



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**SERBEST SONLU HAREKETLİ BÖLÜMLÜ PROTEZ VE TAM
PROTEZ HASTALARININ İMPLANT TEDAVİSİNİ REDDETME
NEDENLERİ İLE DENTAL
ANKSİYETELERİNİN/KORKULARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Mert ARAL

**PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Yasemin KESKİN**

**ANKARA
2024**

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SERBEST SONLU HAREKETLİ BÖLÜMLÜ PROTEZ VE TAM
PROTEZ HASTALARININ İMPLANT TEDAVİSİNİ REDDETME
NEDENLERİ İLE DENTAL
ANKSİYETELERİNİN/KORKULARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

Mert ARAL

PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Yasemin KESKİN

ANKARA
2024

ETİK BEYAN

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Yüksek Lisans/Doktora tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Serbest Sonlu Hareketli Bölümlü Protez ve Tam Protez Hastalarının İmplant Tedavisini Reddetme Nedenleri ile Dental Anksiyetelerinin/Korkularının Değerlendirilmesi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan deneysel çalışma/araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

.....Anabilim Dalında

..... tarafından hazırlanan

“.....” adlı

tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZİ olarak OY
BİRLİĞİ/OY ÇOKLUĞU ile kabul/ret edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:

İmza

Unvanı Adı ve Soyadı

.....Üniversitesi

Jüri Başkanı

İmza İmza

Unvanı Adı ve Soyadı

.....Üniversitesi

Raportör

İmza

Unvanı Adı ve Soyadı

.....Üniversitesi

Üye

İmza

Unvanı Adı ve Soyadı

.....Üniversitesi

Üye

Unvanı Adı ve Soyadı

.....Üniversitesi

Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

İmza

Unvanı Adı ve Soyadı

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ÖZET

Serbest Sonlu Hareketli Bölümlü Protez ve Tam Protez Hastalarının İmplant Tedavisini Reddetme Nedenleri ile Dental Anksiyetelerinin/Korkularının Değerlendirilmesi

Bu araştırmada, dişsiz sonlanması olan kısmi dişsiz vakalar (Kennedy Sınıf 1 ve Sınıf 2) ve tam dişsizliğe sahip olan hastaların implant tercih etmeme sebepleri ve bu sebeplerin frekansları ile, dental anksiyete ve dental korku düzeyleri değerlendirilmiştir. Aynı zamanda skala aracılığıyla ölçülen dental anksiyete ve dental korku ile, belirtilen hasta grubunun implant tercih etmeme sebepleri arasında anlamlı bağlantıların varlığı incelenmiştir.

Günümüzde protetik diş tedavisi uzmanları herhangi bir sistemik, konjenital veya cerrahi-protetik kontrendikasyonu bulunmayan hastalarda, sahip olduğu avantajlardan ve hasta memnuniyetini arttırmasından kaynaklı olarak genelde implant destekli tedavileri tercih etmektedirler. Dişsiz sonlanmaya sahip kısmi dişsizlik ve total dişsizlik vakaları da protetik diş tedavisinde her gün çok sıkça karşılaşılan vakalardır. Bu vakaların sabit bir protez kullanmalarının tek yolu dental implantlardır. Kennedy Sınıf 1 ve Sınıf 2 kısmi dişsizliğe sahip hastalarda nadir durumlarda sabit bir protez için kantilever (kanatlı) köprüler yapılabilir ancak endikasyonları çok sınırlıdır ve de başarı oranları oldukça düşüktür, bundan dolayı da çoğu protetik diş tedavisi uzmanı bu hastalarda bu tedavi yaklaşımını tercih etmemektedir. Total dişsizliğe sahip hastalara ise implant tedavisi sayesinde implant üstü sabit protezin yanı sıra implant üstü overdenture protezler de yapılabilir. Sabit protezlerin ve implant üstü overdenture protezlerin geleneksel hareketli protezlere kıyasla oldukça fazla avantajları vardır. İmplant destekli protez kullanan hastalar, implantın kemik içinde konumlanmasından kaynaklı doğal dişlerin sahip olduğu propriyosepsiyon hissine benzer bir hisse sahip olurlar (osseopersepsiyon). Total dişsizlik durumunda implant üstü overdenture bir protezin retansiyonu geleneksel hareketli proteze göre oldukça daha yüksektir, bu da hastaların çok daha efektif çiğneme yapabilmelerini ve de daha rahat konuşabilmelerini sağlar. İmplant üstü sabit protez yapılabilen total dişsizlik ve dişsiz sonlanmaya sahip kısmi dişsizlik vakalarındaysa, geleneksel hareketli protezler yerine yapılacak implant üstü sabit protezler hastalara hem osseopersepsiyon avantajını sağlayacaktır, hem de hastaların takip çıkarmalı bir protez yerine ağızlarında sabit duran bir protez kullanmalarının kolaylığını sunacaktır. Aynı zamanda hareketli protez kaynaklı retansiyon problemi yaşamayacaklarından dolayı daha rahat konuşabilecek ve daha efektif çiğneme yapabileceklerdir. Ayrıca önceden yapılan çalışmalardan da bildiğimiz üzere bireylerin hareketli protez kullanmaları genelde bireylerin kendi özgüvenlerinin azalmasına ve kendilerini daha yaşlı hissetmelerine sebep olmaktadır.

Çalışmaya dahil edilen belirlenen vaka grubundaki hastaların yukarıda belirtilen avantajlara rağmen implant tedavisini reddetme sebepleri ise değişkenlik göstermektedir. Bu sebeplerden bazıları; hastaların implant tedavisi hakkında yanlış bilgilere sahip olmaları veya sahip olduğu bilgilerin yetersiz olması, bazen hekimin yönlendirmesinin veya yaptığı açıklamaların yetersiz olması, maddi durumlarının implant tedavisini karşılamaya yetmemesidir. Bazen de hastanın implant tedavisini reddetme sebebi diş tedavisi yaptırmaya karşı duyduğu anksiyete ve/veya korkusunun çok yüksek olmasıdır. Ancak, diş tedavisi yaptırmaya karşı anksiyete ve korkusu düşük-orta derecede olan hastalar, çoğu dental işlemde daha invaziv olan implant tedavisi karşısında çeşitli endişelere, akıllarında oluşan farklı sorulara veya güvensizliklere sahip olabilirler. Bu hastaların implant tedavisini reddetme sebeplerinin ve birbirleriyle olan ilişkilerinin anlaşılması, aynı zamanda bunun hastaların dental anksiyete ve korkuları ile ilişkilendirilmesi, bunlar arasındaki çeşitli korelasyonların görülmesini sağlayacak ve hekimlerin bu tarz hastalarla daha sağlıklı bir iletişime sahip olmasını sağlayacaktır. Ayrıca bu çalışmadan elde edilecek sonuçlar, diş hekimliğinde veya implant tedavisinde anksiyete ve korku hakkında araştırma yapılan çalışmalara ve konu kapsamına alınan protetik diş tedavisi hastalarının daha doğru tedavi yaklaşımlarına ikna edilmesi için neler yapılabilir gibi soruları içeren yeni çalışmalara veri kaynağı olacaktır.

Çalışmamızda, dahil edilme kriterlerine uyan hastaların dental anksiyete ve korkularının ölçülmesi ve değerlendirilmesi için, uluslararası literatürde sıklıkla kullanılan Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS) ile Dental Korku Skalası (DKS) kullanılmıştır. Bu iki skala, hem kendi

içlerinde, hem de demografik verilerle ve tarafımızca hazırlanan kapalı uçlu soruları içeren bölümlerle beraber, aralarında anlamlı bir bağlantı olup olmadığı açısından değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Dental korku, Dental anksiyete, Dental implantlar, Serbest sonlu hareketli bölümlü protez, Tam protez



SUMMARY

Association of Dental Anxiety and Fear with Reasons for Refusal of Implant Treatment in Cases with Free-ended Partial Edentulism and Total Edentulism

In this study, the reasons for partially edentulous cases (Kennedy Class 1 and Class 2) and patients with complete edentulism for not choosing implants, the frequencies of these reasons, and the levels of dental anxiety and dental fear were evaluated. At the same time, the existence of significant connections between dental anxiety and dental fear measured through the scale and the reasons why the specified patient group did not prefer implants were examined.

Today, prosthetic dentistry specialists generally prefer implant-supported treatments for patients who do not have any systemic, congenital or surgical-prosthetic contraindications, due to their advantages and increasing patient satisfaction. Partial edentulism and total edentulism cases with edentulous endings are also frequently encountered every day in prosthetic dental treatment. The only way for these cases to use a fixed prosthesis is with dental implants. In rare cases, cantilever (winged) bridges can be used for a fixed prosthesis in patients with Kennedy Class 1 and Class 2 partial edentulism, but their indications are very limited and their success rates are quite low, therefore most prosthodontists do not prefer this treatment approach in these patients. For patients with total edentulism, thanks to implant treatment, implant-supported fixed prosthesis as well as implant-supported overdenture prosthesis can be made. Fixed dentures and implant-supported overdentures have many advantages over traditional removable dentures. Patients using implant-supported dentures have a feeling similar to the proprioception felt by natural teeth due to the positioning of the implant in the bone (osseoperception). In case of total edentulism, the retention of an implant-supported overdenture prosthesis is much higher than that of a traditional removable prosthesis, which allows patients to chew more effectively and speak more comfortably. In cases of total edentulism and partial edentulism with an edentulous end, where implant-supported fixed prosthesis can be made, implant-supported fixed prostheses instead of traditional removable prostheses will provide patients with the advantage of osseoperception and will offer patients the convenience of using a fixed prosthesis instead of a removable prosthesis. At the same time, they will be able to speak more comfortably and chew more effectively because they will not have retention problems due to removable dentures. In addition, as we know from previous studies, individuals' use of removable prostheses generally causes their self-confidence to decrease and make them feel older.

The reasons for patients in the specified case group included in the study to refuse implant treatment despite the above-mentioned advantages vary. Examples of these reasons include patients having incorrect or incomplete information about implant treatment, sometimes the physician's guidance or explanations being inadequate, and their financial situation not being sufficient to cover implant treatment. Sometimes the reason why the patient refuses implant treatment is that his/her anxiety and/or fear of dental treatment is very high. However, patients with low-to-moderate levels of anxiety and fear of dental treatment may have various concerns, questions or insecurities about implant treatment, which is more invasive than most dental procedures. Understanding the reasons why these patients refuse implant treatment and their relationships with each other, as well as associating this with the patients' dental anxiety and fears, will enable various correlations between these to be seen and enable physicians to have a healthier communication with such patients. In addition, the results obtained from this study will be a source of data for studies on anxiety and fear in dentistry or implant treatment, and for new studies that include questions such as what can be done to persuade prosthetic dental treatment patients included in the subject to more accurate treatment approaches.

In our study, the Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) and the Dental Fear Scale (DKS), which are frequently used in the international literature, were used to measure and evaluate the dental anxiety and fears of patients who met the inclusion criteria. These two scales were evaluated both within themselves and with the sections containing demographic data and closed-ended questions prepared by us, in terms of whether there was a meaningful connection between them.

Keywords: Dental fear, Dental anxiety, Dental implants, Free-ended partial edentulism, Total edentulism



İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
Özet	iv
Summary	vi
İçindekiler	viii
Önsöz	x
Simgeler ve Kısaltmalar	xi
Şekiller	xii
Çizelgeler	xvi

1. GİRİŞ	1
1.1. Genel Tanımlar	2
1.2. Korku	3
1.3. Dental Anksiyete (Kaygı)	4
1.3.1. Anksiyetenin Bilişsel, Davranışsal ve Fizyolojik Boyutları	5
1.3.2. Dental Anksiyetenin Kaygı Boyutları Arasındaki İlişki	6
1.3.3. Dental Anksiyeteye Sahip Dört Hasta Grubu – Seattle Sistemi	6
1.3.4. Dental Anksiyete ve Korku Ne Kadar Yaygındır?	8
1.3.5. Dental Anksiyetenin Sonuçları Nelerdir?	8
1.4. Diş Fobisi	9
1.5. Endişeli Hastalarla Etkili İletişim ve Güven Oluşturma	10
1.5.1. Endişeli Hastalarda Diş Hekimi Ziyareti ve Tedavi Planı Değişiklikleri	11
1.6. Dental Anksiyetesi Olan Kişilere Yardım Etme Teknikleri	11
1.6.1. Kontrol Sağlama	11
1.6.2. Dikkat Dağıtma	12
1.6.3. Rahatlama Nefesi	12
1.6.4. Progresif Kas Gevşemesi	12
1.6.5. Farmakolojik Stratejiler	13
1.7. Dental Anksiyetenin Epidemiyolojik Yönleri	13
1.8. Etiyoloji	14
1.8.1. İçsel Bileşenler	16
1.8.2. Dışsal Bileşenler	17
1.9. Diş Korkusu Gelişimi ile İlgili Bilgiler	18
1.9.1. Anksiyetenin Bilişsel Yönleri	18
1.9.2. Kontrol Eksikliği Ve Çaresizlik	19
1.9.3. Uyarın Genellemesi	20
1.9.4. Gizli İnhibisyon (Engelleme)	20
1.9.5. Anksiyetenin Psikodinamik Yönleri	20
1.9.6. Dental Anksiyetenin Klinik Önemi	21
1.9.7. Diş Korkusunun Kısır Döngüsü	22
1.10. Dental Anksiyetenin Klinisyen Üzerindeki Etkisi	22
1.11. Değerlendirme	24
1.11.1. Diş Korkusunun/Dental Anksiyetenin Ölçülmesi	24
1.11.2. Mevcut Dental Anksiyete Ölçeklerinin Sınırlılıkları	26
1.12. Dental Anksiyete Döngüsü ve Sonuçları	29
1.12.1. Tedaviden Kaçınma	30
1.12.2. Ağız Sağlığı	31

1.12.3. Psikolojik ve Sosyal Sonuçlar	31
1.13. Tedavi	32
2. GEREÇ ve YÖNTEM	34
2.1. Modifiye Dental Anksiyete Skalası	35
2.2. Dental Korku Skalası	35
2.3. İstatistiksel Analiz	36
3. BULGULAR	38
3.1. Demografik Verilerin Değerlendirilmesi	38
3.2. A Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi	38
3.3. B Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi	39
3.4. MDAS ve DKS'nin Sınıflamaları ve Puan Ortalamaları	41
3.5. MDAS ve DKS ile Yaş Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	41
3.6. MDAS Ortalaması ile Demografik Verilerin Değerlendirilmesi	42
3.7. MDAS Ortalaması ile A Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi	43
3.8. MDAS Ortalaması ile B Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi	45
3.9. MDAS Sınıflaması ile Demografik Verilerin Değerlendirilmesi	52
3.10. MDAS Sınıflaması ile A Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi	52
3.11. MDAS Sınıflaması ile B Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi	53
3.12. DKS Ortalaması ile Demografik Verilerin Değerlendirilmesi	56
3.13. DKS Alt Boyutları Ortalaması ile Demografik Verilerin Değerlendirilmesi	56
3.14. DKS Ortalaması ile A Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi	59
3.15. DKS Alt Boyutları Ortalaması ile A Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi	61
3.16. DKS Ortalaması ile B Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi	65
3.17. DKS Alt Boyutları Ortalaması ile B Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi	72
3.18. DKS Sınıflaması ile Demografik Verilerin Değerlendirilmesi	90
3.19. DKS Sınıflaması ile A Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi	92
3.20. DKS Sınıflaması ile B Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi	94
4. TARTIŞMA	99
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	106
KAYNAKLAR	111
EKLER	120
Ek-1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu ve Anket Soruları	120
Ek-2. Etik Kurul Onayı	132
ÖZGEÇMİŞ	136

ÖNSÖZ

Anksiyete ve korku birbirine oldukça karışan iki kelimedir. İkisi de günlük hayatta herkesin hissettiği duygulardır. Diş hekimliğinde ve protetik diş tedavisinde dental anksiyete ve kaygının rolü ve saptanması hakkında yapılan çalışma sayısı oldukça az ve yetersizdir. Bu iki terimin diş hekimleri tarafından doğru olarak bilinmesi, hekimle hasta arasındaki iletişimi ve hastalara uygulanan tedavilerin kalitesinde önemli katkıda bulunacaktır. Araştırmamızda, protetik diş tedavisine sıklıkla başvuran dişsiz sonlanmasi olan kısmi dişsiz vakalar (Kennedy Sınıf 1 ve Sınıf 2) ve tam dişsizliğe sahip olan hastaların implant tercih etmeme sebepleri ve bu sebeplerin frekansları ile, dental anksiyete ve dental korku düzeyleri değerlendirilmiştir. Aynı zamanda skala aracılığıyla ölçülen dental anksiyete ve dental korku ile, belirtilen hasta grubunun implant tercih etmeme sebepleri arasında anlamlı bağlantıların varlığı incelenmiştir.

Doktora eğitimi ve tez sürecimin her aşamasında bana yol gösteren ve destekleyen kıymetli danışman hocam Prof. Dr. Yasemin KESKİN'e,

Sahip oldukları bilgi ve deneyimlerini her zaman benimle paylaşan Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı öğretim üyelerine,

Eğitim sürecim boyunca her zaman bana ve diğer tüm arkadaşlarıma yardımlarını esirgemeyen Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı personeli ve hemşirelerine,

Doktora eğitimi sürecinde her zaman yanımda olup beni destekleyen eşim Seda ARAL'a ve hayatım boyunca hep arkamda duran kıymetli aileme teşekkürlerimi sunarım.

SİMGELER ve KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BDT	Bilişsel Davranışsal Terapi
CDAS	Corah'ın Dental Anksiyete Skalası
DAI	Dental Anksiyete Envanteri
DAS	Dental Anksiyete Ölçeği
DBS-R	Revize Edilmiş Diş İnançları Ölçeği
DFS	Dental Korku Anketi
DKS	Dental Korku Skalası
DT	Davranışsal Terapi
IDAF-4C+	Diş Kaygısı ve Korkusu İndeksi
KR-20	Kuder-Richardson-20
Maks	Maksimum
MDAS	Modifiye Dental Anksiyete Ölçeği
Min	Minimum
Ort	Ortalama
S-DAI	DAI'nin Kısa Formu
SES	Sosyoekonomik Statü
SQDA	Dental Anksiyetenin Tek Sorusu
SS	Standart Sapma

ŞEKİLLER

Şekil 1.1. Dental Anksiyetenin Etiyolojisi	15
Şekil 1.2. Dental anksiyete döngüsü ve sonuçları	30
Şekil 2.1. Güç analizi ve örneklem hesabı	37
Şekil 3.1. “Daha önce hareketli protez kullandınız mı?” sorusuna verilen cevaplara göre MDAS ölçeği puanlarının dağılımı	44
Şekil 3.2. “Covid-19 pandemisinin diş tedavisi yaptırmanız hakkında endişe ve korkularınızı arttırdığını düşünüyor musunuz?” sorusuna verilen cevaplara göre MDAS ölçeği puanlarının dağılımı	45
Şekil 3.3. “İmplant tedavisi ve sonrasındaki protez yapılma süreci hakkında hekimim tarafından yeterince bilgilendirildim” sorusuna verilen cevaplara göre MDAS ölçeği puanlarının dağılımı	48
Şekil 3.4. “İmplant tedavisi uzun süreceğinden dolayı yaptırmak istemiyorum” sorusuna verilen cevaplara göre MDAS ölçeği puanlarının dağılımı	48
Şekil 3.5. “İmplant tedavisinin cerrahi bir işlem olması beni rahatsız ediyor” sorusuna verilen cevaplara göre MDAS ölçeği puanlarının dağılımı	49
Şekil 3.7. “İmplant tedavisinin sağlığıma ve vücuduma zarar verebileceğinden dolayı tehlikeli olduğunu düşünüyorum” sorusuna verilen cevaplara göre MDAS ölçeği puanlarının dağılımı	50
Şekil 3.8. “İmplant tedavisini yaptırmaya korkuyorum” sorusuna verilen cevaplara göre MDAS ölçeği puanlarının dağılımı	50
Şekil 3.9. “Eğer yaptıracığım hareketli protezden memnun kalmazsam implant tedavisini yaptırmayı düşünebilirim” sorusuna verilen cevaplara göre MDAS ölçeği puanlarının dağılımı	51
Şekil 3.10. “Eğer maddi durumum daha iyi olsaydı implant tedavisi yaptırmayı düşündüm” sorusuna verilen cevaplara göre MDAS ölçeği puanlarının dağılımı	51
Şekil 3.11. “İmplant tedavisi uzun süreceğinden dolayı yaptırmak istemiyorum” sorusuna verilen cevaplara göre MDAS ölçeği puanlarının dağılımı	55
Şekil 3.12. “Eğer yaptıracığım hareketli protezden memnun kalmazsam implant tedavisini yaptırmayı düşünebilirim” sorusuna verilen cevaplara göre MDAS ölçeği puanlarının dağılımı	55
Şekil 3.13. Cinsiyet için Kaçınma Skorunun Dağılımı	58
Şekil 3.14. Cinsiyet için Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma Skorunun Dağılımı	58
Şekil 3.15. “Daha önce hareketli protez kullandınız mı?” sorusuna verilen cevaplara göre DKS ölçeği puanlarının dağılımı	60
Şekil 3.16. “Covid-19 pandemisinin diş tedavisi yaptırmanız hakkında endişe ve korkularınızı arttırdığını düşünüyor musunuz?” sorusuna verilen cevaplara göre DKS ölçeği puanlarının dağılımı	60

Şekil 3.17. “Eskiden kullandığımız hareketli protezinizden genel olarak memnun muydunuz?” sorusuna verilen cevaplara göre Kaçınma puanlarının dağılımı	63
Şekil 3.18. “Covid-19 pandemisinin dış tedavisi yaptırmanız hakkında endişe ve korkularınızı arttırdığını düşünüyor musunuz?” sorusuna verilen cevaplara göre Kaçınma puanlarının dağılımı	63
Şekil 3.19. “Daha önce hareketli protez kullandınız mı?” sorusuna verilen cevaplara göre Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma puanlarının dağılımı	64
Şekil 3.20. “Covid-19 pandemisinin dış tedavisi yaptırmanız hakkında endişe ve korkularınızı arttırdığını düşünüyor musunuz?” sorusuna verilen cevaplara göre Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma puanlarının dağılımı	64
Şekil 3.21. “İmplant tedavisi ve sonrasındaki protez yapılma süreci hakkında hekimim tarafından yeterince bilgilendirildim” sorusuna verilen cevaplara göre DKS ölçeği puanlarının dağılımı	67
Şekil 3.22. “İmplant tedavisini yaptırmamamın hekimime olan güvenimle ilgisi yoktur” sorusuna verilen cevaplara göre DKS ölçeği puanlarının dağılımı	67
Şekil 3.23. “İmplant tedavisi hakkında sahip olduğum bilgiler genel olarak olumsuz yöndedir” sorusuna verilen cevaplara göre DKS ölçeği puanlarının dağılımı	68
Şekil 3.24. “İmplant tedavisinin bende başarılı olacağına inanmıyorum” sorusuna verilen cevaplara göre DKS ölçeği puanlarının dağılımı	68
Şekil 3.25. “İmplant tedavisinin cerrahi bir işlem olması beni rahatsız ediyor” sorusuna verilen cevaplara göre DKS ölçeği puanlarının dağılımı	69
Şekil 3.26. “İmplant tedavisi ağrılı bir işlemdir” sorusuna verilen cevaplara göre DKS ölçeği puanlarının dağılımı	69
Şekil 3.27. “İmplant tedavisinin sağlığıma ve vücuduma zarar verebileceğinden dolayı tehlikeli olduğunu düşünüyorum” sorusuna verilen cevaplara göre DKS ölçeği puanlarının dağılımı	70
Şekil 3.28. “İmplant tedavisini yaptırmaya korkuyorum” sorusuna verilen cevaplara göre DKS ölçeği puanlarının dağılımı	70
Şekil 3.29. “Eğer yaptıracağım hareketli protezden memnun kalmazsam implant tedavisini yaptırmayı düşünebilirim” sorusuna verilen cevaplara göre DKS ölçeği puanlarının dağılımı	71
Şekil 3.30. “Eğer maddi durumum daha iyi olsaydı implant tedavisi yaptırmayı düşünürdüm” sorusuna verilen cevaplara göre DKS ölçeği puanlarının dağılımı	71
Şekil 3.31. “İmplant tedavisi ve sonrasındaki protez yapılma süreci hakkında hekimim tarafından yeterince bilgilendirildim” sorusuna verilen cevaplara göre Kaçınma puanlarının dağılımı	78
Şekil 3.32. “İmplant tedavisini yaptırmamamın hekimime olan güvenimle ilgisi yoktur” sorusuna verilen cevaplara göre Kaçınma puanlarının dağılımı	78
Şekil 3.33. “İmplant tedavisi hakkında sahip olduğum bilgiler genel olarak olumsuz yöndedir” sorusuna verilen cevaplara göre Kaçınma puanlarının dağılımı	79

Şekil 3.34. “İmplant tedavisinin bende başarılı olacağına inanmıyorum” sorusuna verilen cevaplara göre Kaçınma puanlarının dağılımı	79
Şekil 3.35. “İmplant tedavisinin sağlığıma ve vücuduma zarar verebileceğinden dolayı tehlikeli olduğunu düşünüyorum” sorusuna verilen cevaplara göre Kaçınma puanlarının dağılımı	80
Şekil 3.36. “İmplant tedavisini yaptırmaya korkuyorum” sorusuna verilen cevaplara göre Kaçınma puanlarının dağılımı	80
Şekil 3.37. “Eğer yaptıracağım hareketli protezden memnun kalmazsam implant tedavisini yaptırmayı düşünebilirim” sorusuna verilen cevaplara göre Kaçınma puanlarının dağılımı	81
Şekil 3.38. “Eğer maddi durumum daha iyi olsaydı implant tedavisi yaptırmayı düşünürdüm” sorusuna verilen cevaplara göre Kaçınma puanlarının dağılımı	81
Şekil 3.39. “İmplant tedavisinin cerrahi bir işlem olması beni rahatsız ediyor” sorusuna verilen cevaplara göre Fizyolojik Uyarılma puanlarının dağılımı	82
Şekil 3.40. “İmplant tedavisi ağırlı bir işlemdir” sorusuna verilen cevaplara göre Fizyolojik Uyarılma puanlarının dağılımı	82
Şekil 3.41. “İmplant tedavisinin sağlığıma ve vücuduma zarar verebileceğinden dolayı tehlikeli olduğunu düşünüyorum” sorusuna verilen cevaplara göre Fizyolojik Uyarılma puanlarının dağılımı	83
Şekil 3.42. “İmplant tedavisini yaptırmaya korkuyorum” sorusuna verilen cevaplara göre Fizyolojik Uyarılma puanlarının dağılımı	83
Şekil 3.43. “Eğer yaptıracağım hareketli protezden memnun kalmazsam implant tedavisini yaptırmayı düşünebilirim” sorusuna verilen cevaplara göre Fizyolojik Uyarılma puanlarının dağılımı	84
Şekil 3.44. “Eğer maddi durumum daha iyi olsaydı implant tedavisi yaptırmayı düşünürdüm” sorusuna verilen cevaplara göre Fizyolojik Uyarılma puanlarının dağılımı	84
Şekil 3.45. “İmplant tedavisi ve sonrasında protez yapılma süreci hakkında hekimim tarafından yeterince bilgilendirildim” sorusuna verilen cevaplara göre Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma puanlarının dağılımı	85
Şekil 3.46. “İmplant tedavisini yaptırmamamın hekimime olan güvenimle ilgisi yoktur” sorusuna verilen cevaplara göre Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma puanlarının dağılımı	85
Şekil 3.47. “İmplant tedavisi hakkında sahip olduğum bilgiler genel olarak olumsuz yöndedir” sorusuna verilen cevaplara göre Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma puanlarının dağılımı	86
Şekil 3.48. “İmplant tedavisinin bende başarılı olacağına inanmıyorum” sorusuna verilen cevaplara göre Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma puanlarının dağılımı	86
Şekil 3.49. “İmplant tedavisinin cerrahi bir işlem olması beni rahatsız ediyor” sorusuna verilen cevaplara göre Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma puanlarının dağılımı	87
Şekil 3.50. “İmplant tedavisi ağırlı bir işlemdir” sorusuna verilen cevaplara göre Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma puanlarının dağılımı	87

Şekil 3.51. “İmplant tedavisinin sağlığıma ve vücuduma zarar verebileceğinden dolayı tehlikeli olduğunu düşünüyorum” sorusuna verilen cevaplara göre Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma puanlarının dağılımı	88
Şekil 3.52. “İmplant tedavisini yaptırmaya korkuyorum” sorusuna verilen cevaplara göre Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma puanlarının dağılımı	88
Şekil 3.53. “Eğer yaptıracağım hareketli protezden memnun kalmazsam implant tedavisini yaptırmayı düşünebilirim” sorusuna verilen cevaplara göre Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma puanlarının dağılımı	89
Şekil 3.54. “Eğer maddi durumum daha iyi olsaydı implant tedavisi yaptırmayı düşünürdüm” sorusuna verilen cevaplara göre Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma puanlarının dağılımı	89
Şekil 3.55. DKS ölçeği kategorileri için yaş dağılımı	91
Şekil 3.56. DKS ölçeği kategorileri için eğitim durumu dağılımı	91
Şekil 3.57. DKS ölçeği kategorileri için gelir durumu dağılımı	92
Şekil 3.58. “Daha önce hareketli protez kullandınız mı?” sorusuna verilen cevaplara göre DKS ölçeği puanlarının dağılımı	93
Şekil 3.59. “Covid-19 pandemisinin diş tedavisi yaptırmanız hakkında endişe ve korkularınızı arttırdığını düşünüyor musunuz?” sorusuna verilen cevaplara göre DKS ölçeği puanlarının dağılımı	94
Şekil 3.60. “İmplant tedavisi uzun süreceğinden dolayı yaptırmak istemiyorum” sorusuna verilen cevaplara göre DKS ölçeği puanlarının dağılımı	97
Şekil 3.61. “İmplant tedavisinin cerrahi bir işlem olması beni rahatsız ediyor” sorusuna verilen cevaplara göre DKS ölçeği puanlarının dağılımı	97
Şekil 3.62. “Eğer yaptıracağım hareketli protezden memnun kalmazsam implant tedavisini yaptırmayı düşünebilirim” sorusuna verilen cevaplara göre DKS ölçeği puanlarının dağılımı	98
Şekil 3.63. “Eğer maddi durumum daha iyi olsaydı implant tedavisi yaptırmayı düşünürdüm” sorusuna verilen cevaplara göre DKS ölçeği puanlarının dağılımı	98

ÇİZELGELER

Çizelge 3.1. Demografik Verilerin Değerlendirilmesi	38
Çizelge 3.2. A Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi	39
Çizelge 3.3. B Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi	40
Çizelge 3.4. MDAS ve DKS'nin Sınıflamaları ve Puan Ortalamaları	41
Çizelge 3.5. MDAS ve DKS ile Yaş Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	42
Çizelge 3.6. MDAS Ortalaması ile Demografik Verilerin Değerlendirilmesi	43
Çizelge 3.7. MDAS Ortalaması ile A Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi	44
Çizelge 3.8. MDAS Ortalaması ile B Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi	47
Çizelge 3.9. MDAS Sınıflaması ile Demografik Verilerin Değerlendirilmesi	52
Çizelge 3.10. MDAS Sınıflaması ile A Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi	53
Çizelge 3.11. MDAS Sınıflaması ile B Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi	54
Çizelge 3.12. DKS Ortalaması ile Demografik Verilerin Değerlendirilmesi	56
Çizelge 3.13. DKS Alt Boyutları Ortalaması ile Demografik Verilerin Değerlendirilmesi	57
Çizelge 3.14. DKS Ortalaması ile A Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi	59
Çizelge 3.15. DKS Alt Boyutları Ortalaması ile A Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi	62
Çizelge 3.16. DKS Ortalaması ile B Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi	66
Çizelge 3.17. DKS Alt Boyutları Ortalaması ile B Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi	75
Çizelge 3.18. DKS Sınıflaması ile Demografik Verilerin Değerlendirilmesi	90
Çizelge 3.19. DKS Sınıflaması ile A Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi	93
Çizelge 3.20. DKS Sınıflaması ile B Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi	96

1. GİRİŞ

Günümüzde gelişen tedavi yöntemleri ve materyaller diş hekimliğinde daha etkili, hızlı ve geniş çaplı tedaviler yapılmasını sağlamaktadır. Ancak, tüm bu artan imkanlara rağmen hastalarda her zaman en uygun tedaviler uygulanamamaktadır. Bunların sebepleri arasında bireylerin sağlık durumu, sosyo-ekonomik faktörleri olduğu gibi, bireylerin anksiyete ve korkularının da etkisi vardır. Bu sebepler iç içe olabileceği gibi tek tek de karşımıza çıkabilir. Anksiyete ve korku genellikle her ne kadar çok önemli bir sorun olarak görülmeyp göz ardı edilse de, hastaların kendileri için en uygun tedaviyi reddetmelerindeki sebeplerden biri olduğu için bu durumun hem kendi içinde hem de diğer faktörlerle olan ilişkileriyle değerlendirilmesi son derece önemlidir.

Günümüzde protetik diş tedavisi uzmanları herhangi bir sistemik, konjenital veya cerrahi-protetik kontrendikasyonu bulunmayan hastalarda, sahip olduğu avantajlardan ve hasta memnuniyetini artırmasından dolayı genelde implant destekli tedavileri tercih etmektedirler. Dişsiz sonlanmaya sahip kısmi dişsizlik ve tam dişsizlik vakaları da protetik diş tedavisinde her gün çok sıkça karşılaşılan vakalardır. Bu vakaların sabit protez kullanmalarının tek yolu dental implantlardır. Kennedy Sınıf 1 ve Sınıf 2 kısmi dişsizliğe sahip hastalarda nadir durumlarda sabit protez kullanımı için kantilever (kanatlı) köprüler yapılabilir ancak endikasyonları çok sınırlıdır ve başarı oranları oldukça düşüktür. Bundan dolayı çoğu protetik diş tedavisi uzmanı bu hastalarda bu tedavi yaklaşımını tercih etmemektedir. Tam dişsizliğe sahip hastalara ise implant tedavisi sayesinde implant destekli sabit protezin yanı sıra implant destekli overdenture protezler de yapılabilir. Sabit protezlerin ve implant destekli overdenture protezlerin geleneksel hareketli protezlere göre çok sayıda avantajları bulunmaktadır. İmplant destekli protez kullanan hastalar, implantın kemik içinde konumlanmasından kaynaklı doğal dişlerin sahip olduğu propriyosepsiyon hissine benzer bir hisse sahip olurlar (osseopersepsiyon). Total dişsizlik durumunda implant destekli bir overdenture protezin retansiyonu geleneksel tam protezlere göre daha yüksektir, bu da hastaların daha etkili çiğneme yapabilmesini ve daha rahat konuşabilmesini sağlar. İmplant destekli sabit protez yapılabilen tam dişsizlik ve serbest sonlu kısmi dişsizlik vakalarında ise, geleneksel hareketli protezler yerine yapılacak implant destekli sabit protezler hastalara osseopersepsiyon avantajını sağlar ve sabit bir protez kullanmanın konforunu sunar. Aynı zamanda hareketli protezlerde yaşanabilecek retansiyon problemi elimine edileceği için hasta daha fonksiyonel çiğneme yapabilecek ve daha iyi bir fonasyona sahip olacaktır. Yapılan araştırmalarda bildirildiği üzere bireylerin hareketli protez kullanmaları genelde kendilerini daha yaşlı hissetmelerine ve özgüvenlerinin azalmasına sebep olmaktadır.

Araştırmaya dahil edilen hastalar Kennedy Sınıf 1, Kennedy Sınıf 2 kısmi dişsizlik ve tam dişsizliğe sahip hastalardır. Bu hastaların yukarıda belirtilen avantajlara rağmen implant tedavisini reddetme sebepleri ise değişkenlik göstermektedir. Bu sebeplerden bazıları; hastaların implant tedavisi hakkında yanlış bilgilere sahip olmaları veya sahip oldukları bilgilerin yetersiz olması, hekimin yetersiz açıklama yapması ve hastayı yönlendirmedeki başarısızlığı, maddi durumlarının implant tedavisini karşılamaya yetmemesidir. Bazen de hastanın implant tedavisini reddetme sebebi diş tedavisi yaptırmaya karşı duyduğu anksiyete ve/veya korkusunun çok yüksek olmasıdır. Ancak diş tedavisi yaptırmaya karşı anksiyete ve korkusu düşük-orta derecede olan hastalar, çoğu dental işleminden daha invaziv olan implant tedavisi karşısında çeşitli endişelere, akıllarında oluşan farklı sorulara veya güvensizliklere sahip olabilirler.

1.1. Genel Tanımlar

Birçok insanın diş kliniklerine gitmekten rahatsız olduğu yaygın olarak bilinmektedir. Nüfusun yüzde 40'ı diş bakımı yaptırmaktan korktuğunu itiraf etmektedir (Berggren, 1986). Çoğu insan korkunun ne olduğunu sezgisel olarak bilir; peki diş korkusu, anksiyete ve fobi arasındaki fark nedir? Diş korkusu, anksiyete ve fobi, hastanın korku tepkisinin yoğunluğunu yansıtan bir süreklilik olarak görülebilir. Korku, bireyin bir tehdide veya tehlikeye karşı verdiği duygusal tepkidir. Korku, bedeni tehditle yüzleşmek (savaşmak) veya ondan kaçmak (kaçmak) için hazırlar ve harekete geçirir. Bundan dolayı, korkunun uyarılması uyarlanabilir olarak görülür. Korkunun tepkisi birbiriyle ilişkili üç bileşenden oluşur (Milgrom vd., 1995):

1. Hoş olmayan bilişsel durum (korkunç bir şey olacağı hissi),
2. Otomatik sinir sisteminin sempatik dalının aktivasyonunu içeren fizyolojik değişiklikler (taşikardi, aşırı solunum, hiperventilasyon, kas gerginliği, gastrointestinal rahatsızlık ve duygusal uyarılmanın diğer fizyolojik belirtileri),
3. Açık davranışsal hareketler (sallanma, tempo tutma, gerginlik ve algılanan tehditten kaçma veya kaçınma girişimleri).

Diş hekimine ve dental tedaviye karşı duyulan korkunun farklı dereceleri vardır. Bazı bireyler diş hekimine gitmekte diğerlerinden biraz daha fazla sorun yaşarken, bazıları ise tedavilerine hiç gidemeyecek kadar kötü durumda olabilirler. Diş tedavisine karşı duyulan tepki üç kategoriye ayrılır; dental korku, dental anksiyete ve dental fobi. Bu terimler aynı olguyu tanımlamaktadır, ancak korku tepkisinin boyutu korkudan anksiyeteye,

anksiyeteden fobiye doğru artmaktadır. Terimler arasında net bir kesme noktası yoktur ve tanımlar literatürde farklı şekillerde kullanılmaktadır (Skaret ve Soevdsnes, 2005).

1.2. Korku

Korku, belirli tehdit edici uyarılara karşı verilen duygusal tepkidir. Korku doğal, adaptif bir tepkidir ve bizi tehlikeye karşı koruması beklenir ve korku uyarlanabilir bir şey olarak görülebilir çünkü bedeni tehditle yüzleşmeye veya ondan kaçmaya hazırlar ve harekete geçirir (Milgrom vd., 1995). Korku hissine verdiğimiz yanıt 3 bileşenden oluşmaktadır, bu bileşenler; fizyolojik, bilişsel ve davranışsaldır. Bu üç tepki birbiriyle yakından bağlantılıdır ve hangi tepkinin önce başladığına bağlı olmaksızın birbirlerini aktive ederler. Fizyolojik bileşen, terleme, kalp atışında artış ve mide sorunlarına yol açabilen adrenalini seviyesinin artmasıyla sempatik sinir sisteminin aktivasyonundan oluşur. Bilişsel bileşen, "bu tehlikeli - ölebilirim - kaçmam gerek" gibi olumsuz düşünceleri içerirken, tepkinin davranışsal kısmı durumla savaşmaya veya ondan uzaklaşmaya çalışmayı içermektedir. İnsanların acıdan korkmaları doğal ve normal olarak kabul edilir. Bazı bireyler diş tedavisi öncesi işlemlerin acı verici olacağını düşünür ve bu nedenle de korku hissine kapılabilirler. İnsanlar aynı zamanda bilinmeyenden de korkabilirler ve bu da doğal ve normal olarak kabul edilir. Örneğin; hastalar ilk kez diş çekimi veya kanal tedavisi yaptıracakları zaman, tedavi sürecini bilmedikleri için korku hissedebilirler. Korku yine de kontrol edilebilir bir duygudur ve kişi bu durumla başa çıkma ve mantıklı düşünme yeteneğine sahiptir (Skaret ve Soevdsnes, 2005).

Diş korkusu, toplum genelinde yaygın olan spesifik bir korkudur. Ancak diş korkusu sosyal olarak diğer korkuların çoğundan daha kabul edilebilirdir. Bu sosyal kabul edilebilirlik, diş korkusunun tanınmasını kolaylaştırır, ancak aynı zamanda diş korkusunun sürdürülmesini ve diş korkusuyla ilgili davranışın rasyonelleştirilmesini, sosyal olarak daha az kabul gören korkulara göre daha kolay hale getirir. Bu durum diş hekimlerinin hastalarına diş korkusunu yenme konusunda yardımcı olmalarını zorlaştırmaktadır (Appukuttan vd., 2015; Milgrom vd., 1995).

Diş korkusunun etiolojisi, ağırlı veya hoş olmayan bir diş hekimi ziyaretinden daha karmaşıktır. Diş korkusunun endojen (içsel) ve/veya eksojen (dışsal) bileşenlere sahip olduğu öne sürülmüştür. Endojen bileşenler, daha yaygın bir anksiyete bozukluğunun parçası olarak diş korkusunu ifade eder. Eksojen bileşenler, insanların maruz kaldığı doğrudan veya dolaylı deneyimlerin bir fonksiyonu olarak edinilen diş korkusunu ifade eder. Diş korkusu sosyal olarak diğer korkuların çoğundan daha kabul edilebilir olabilir, ancak çoğu zaman

mantıksızdır. Bir hastanın sahip olduğu diş korkusunun asıl kaynağını keşfetmek oldukça zor olabilir, ancak diş korkusu olan çoğu hasta korkularının asıl sebebinin bilmeden tedavi edilebilir (Appukuttan vd., 2015; Milgrom vd., 1995).

Diş korkusunun incelenmesindeki ve anlaşılmasındaki zorluk, konunun subjektif ve çok boyutlu olmasından kaynaklanmaktadır. Günümüze kadar diş korkusunu ölçmek için çeşitli sorular ve ölçekler geliştirilmiştir. Bu tür bir korkuyu incelemeyi planladığımızda, ölçüm aracının seçimi dikkatli bir şekilde düşünülmelidir. Ölçme aracının seçiminde araştırmak istenilen boyut ve ayrıca çalışma tasarımı göz önünde bulundurulmalıdır (Newton ve Buck, 2000).

Cinsiyet, yaş ve sosyo-ekonomik durum, diş korkusu ile ağız sağlığı arasındaki ilişkinin potansiyel karıştırıcılarına veya etki değiştiricilerine örnektir. Diş korkusu, ağız sağlığı sorunları olan hastaların yaşam kalitesini etkileyebilir. Diş korkusu yüksek olan kişilerin ağız sağlığı alışkanlıkları daha zayıftır ve diş sağlığı korkusu düşük olanlara göre daha sık ağız sağlığı sorunları yaşarlar (Appukuttan vd., 2015; Newton ve Buck, 2000). Diş hekimi korkusunun, diş hekimi ziyaretleri ve acil bakıma sık başvuru arasındaki sürenin uzunluğu ile pozitif yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir ve bu durum diş korkusu olan hastaların tedavisini zorlaştırabilmektedir. Korkunun etiyolojisinin endojen ve/veya eksojen olması, diş korkusunun tedavisini de etkilemektedir. Diş hekimlerinin ve diğer çalışanların diş korkusu konusundaki bilgilerinin artırılmasıyla, korkulu hastaların tedavisine ilişkin stresleri azaltılabilir ve "zor" hastaların tedavisi kolaylaştırılabilir (Ng ve Leung, 2008).

1.3. Dental Anksiyete (Kaygı)

Anksiyete, bireye yönelik tehdidin kaynağının iyi tanımlanamadığı, belirsiz olduğu veya hemen ortaya çıkmadığı durumlarda verilen tepkileri ifade etmek için kullanılır (Milgrom vd., 1995). Anksiyete tepkisi korku tepkisiyle neredeyse aynıdır, her ikisinin de fizyolojik, bilişsel ve davranışsal bir bileşeni vardır. Temel fark ise, tepkiyi tetikleyecek uyarının niteliği ve verilen tehde karşı tepkinin ne kadar güçlü olduğudur (De Jongh vd., 2005). Endişeli bir kişi, doktor randevusu kendisine bildirildiğinde güçlü bir korku tepkisi verebilir veya sadece kliniği ziyaret etmeyi düşündüğünde bile bu fikir onun için bunaltıcı olabilir. Endişeli hasta, yine de endişesinin mantıksız ve oldukça abartılı bir tepki olduğunu bilir ve çoğu zaman endişesine rağmen randevusuna gider (Skaret ve Soevdsnes, 2005).

Dental anksiyete 1950'li yıllardan bu yana bilimsel olarak araştırılmaktadır (Freidson ve Feldman, 1958). Diş hekimliği korkusu ve anksiyete terimleri, literatürde aynı fenomeni

tanımlamak için sıklıkla birbirinin yerine kullanılır; bireyler dış bakımıyla ilgili kaygı ve korkunun farklı işaret ve semptomlarını gösterip rapor ederler (Nascimento vd., 2011).

Korku, tehdit edici olarak algılanan bir nesneye veya duruma karşı gösterilen duygusal bir tepkidir. Korku tepkisi, otonom sinir sisteminin sempatik dalının güçlü aktivasyonunu ve fiziksel tepkileri içerir. Tehdit ortadan kalktığında duygusal tepkiler azalır (Raadal ve Skaret, 2013). Anksiyete duygusal bir tepkidir ve korkuya benzer ancak anksiyete, gelecekte olası bir tehditle ilgili beklentilere tepki olarak da ortaya çıkabilir (Starcevic, 2009). Anksiyete ve korku duyguları çok boyutludur ve çoğunlukla bilişsel, davranışsal, duygusal ve fiziksel bileşenleri olan bir dizi duygusal tepkinin parçası olarak kabul edilir (Raadal ve Skaret, 2013).

1.3.1. Anksiyetenin Bilişsel, Davranışsal ve Fizyolojik Boyutları

Anksiyete, aynı anda ya da ardışık olarak ortaya çıkan tepkilerin karmaşık bir karışımıdır. Bu tepkiler genellikle anksiyetenin bilişsel, davranışsal ve fizyolojik boyutlarına göre kategorize edilir. Anksiyetenin bilişsel boyutu, tehlikenin değerlendirilmesi ve buna eşlik eden korku hissinden oluşur. Korkuyla ilgili düşünme veya düşünce süreçlerini yansıtır ve endişeli tahminleri, varsayımları, inançları ve bilgi işleme önyargılarını içerir (Dempster, 2009).

Anksiyetenin davranışsal boyutu, korkulan uyaranlara karşı ajitasyon, huzursuzluk, kaçınma veya dayanıklılık gibi eylemleri içerir. Bu genellikle davranış yelpazesinin farklı uçlarını temsil eden kaç ya da savaş tepkisi olarak tanımlanır. Lang (1971) davranışsal tepki bileşenini, rahatsızlığı azaltmak veya kaygılı bireylerin beklediği tehlikeyi önlemek amacıyla kaçınma davranışlarını, kompulsiyonları, dikkati dağıtmayı ve çoklu aşırı korumacı davranışları içeren bir davranış olarak tanımlamıştır (Lang, 1971).

Fizyolojik boyut, uyarılmayı veya vücudu harekete geçiren değişiklikleri içerir. Kalp atış hızı, cilt iletkenliği, kan basıncı ve alın kas gerginliğindeki değişiklikler, gerçek veya sanal dış senaryolarına maruz kaldıktan sonra klinik popülasyonlarda değerlendirilmiştir; ancak değişimin niteliği ve niceliği bireyler arasında büyük farklılıklar gösterir (Eitner vd., 2006). Adrenal bezlerden adrenalin (epinefrin) salgılanması gibi biyokimyasal değişimlerin, intravenöz sedasyon uygulanmasına rağmen dış tedavisi öncesi ve sırasında dış fobisine sahip bireylerde, kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu rapor edilmiştir; ancak bu değişiklik, veri toplama (örn. kan örnekleri) sırasında ortaya çıkan endişe nedeniyle bozulmaktadır. Dış korkusu ve dış korkusu dışındaki korkular hakkında yapılan

çalışmalarda, tükürükteki kortizol düzeylerinin yüksek derecede anksiyeteye sahip olan hastalarda ve olmayan kontrol grubu arasında farklı olduğu gösterilmiştir (Dempster, 2009).

Tükürük kortikal konsantrasyonlarının ölçülmesi, hastalar tarafından tolere edilebilirliği yüksek olarak tespit edildiğinden, çalışmalarda rahatlıkla ve sıklıkla kullanılabilir. Anksiyete ile ilgili fizyolojik değişkenleri araştıran diğer çalışmalarda, anksiyetenin psikolojik ve fizyolojik değişkenleri arasında bir ilişki olmadığı rapor edilmiştir (Dempster, 2009).

1.3.2. Dental Anksiyetenin Kaygı Boyutları Arasındaki İlişki

Anksiyetenin bilişsel, davranışsal ve fizyolojik boyutları arasındaki ilişki, mevcut boyutların kombinasyonu ve ortaya çıkma sırasına göre bireyler arasında farklılık gösterir. Bir bireyin tehlikeyi önlemek için hızla tepki verebileceği, örneğin hareket halindeki bir arabanın önünden atlayarak, daha sonra durumun önemi üzerine düşünüp endişeli hissedebileceği acil bir durumda fizyolojik tepki, bilişsel tepkiden önce gelebilir (Armfield, 2010). Alternatif olarak kaygı, öznel tehlike algısıyla başlayabilir ve bu da hızlı bir şekilde fizyolojik uyarılmayı tetikleyebilir (Dempster, 2009).

Literatürde bazı çalışmalar anksiyetenin üç boyutunun düşük korelasyona sahip olduğunu ve her zaman birlikte değişmediğini bildirmektedir (Barlow, 2004; Rachman, 2004). Bu durum, anksiyetesi olduğunu iddia eden bireylerin, anksiyetelerini neden farklı biçimlerde gösterdiklerini açıklayabilir. Belirli boyut kombinasyonları arasındaki ilişkinin yanı sıra bunları oluşturan koşulları belirlemek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Benzer şekilde, dental anksiyetenin üç boyutu arasındaki ilişkinin de iyi araştırılması gerekmektedir (Armfield, 2010; Dempster, 2009).

1.3.3. Dental Anksiyeteye Sahip Dört Hasta Grubu – Seattle Sistemi

Dental anksiyete, hem etiyoloji hem de belirtiler açısından genellikle çok karmaşık bir sorundur. Bazen bir hastanın kaygılı olduğunu görmek kolay olabilir ancak sorunun tam olarak ne olduğunu ve hastaya nasıl yardım edilebileceğini bulmak çoğu zaman daha zordur. Washington Üniversitesi'nde geliştirilen Seattle sistemi, hastaları benzer tanılara sahip gruplara ayırma konusunda yararlı bir araçtır. Sistem, endişeli hastalarla çalışılarak ve tedavi edilerek geliştirilmiştir ve yalnızca "hastalar arasındaki farkları anlamak için bir çerçeve sağlamayı" vurgulamaktadır (Milgrom vd., 1995). Bergen Üniversitesi, diğerlerinin yanı sıra,

hasta korkularını dört türe ayırmak için Seattle sistemini kullanmıştır (Raadal ve Skaret, 2013).

Kategori 1: Belirli Uyarılardan Kaynaklanan Kaygı: Bu kategorideki hastalar genellikle neyden korktuklarını çok iyi bilirler. İğne, delme veya diş çekimi gibi belirli uyarılardan korkarlar. Genellikle korktukları uyarıyı acıyla ilişkilendirirler, çünkü sıklıkla bunun geçmişte acı verici olduğunu deneyimlemişlerdir (klasik koşullanma). Bu gruptaki insanlar sıklıkla diğer benzer durumlarda sakin olduklarını iddia ederler ve belirli bir uyarıdan kaçınıldığı sürece iyi durumda olurlar (Raadal ve Skaret, 2013).

Kategori 2: Diş Hekimliği Personeline Güvensizlik: Bu hastalar kişisel olarak diş hekimine güvenmezler veya ondan korkarlar. Bu gruptaki pek çok kişi diş kliniğine geldiklerinde kızgın veya alaycı görünürler. Hastalar sıklıkla diş hekimisi personeliyle yaşadıkları kötü deneyimlerini anlatırlar. Bazıları diş hekiminin çok sabırsız olduğunu iddia eder; kimsenin soru sormasına izin vermediğini, tedavi sırasında hiçbir şeyin açıklanmadığını anlatırlar. Diğerleri ise diş hekiminin kendileriyle aşağılayıcı bir şekilde konuştuğunu ve kötü ağız hijyenine sahip olmakla suçlandıklarında özgüvenlerinin kırıldığını düşünürler. Bazıları diş hekiminin baskın olduğunu ve yalnızca para kazanmakla ilgilendiğini, dolayısıyla her zaman en pahalı tedaviyi önerdiğini iddia eder (Raadal ve Skaret, 2013).

Kategori 3: Genelleştirilmiş Kaygı: Bu hasta grubu için uğraşmaları gereken tek sorun dental anksiyete değildir. Birçoğu uçmaktan, yükseklikten ve kapalı alanlardan korkar ve çoğu zaman günlük yaşamla pek iyi baş edemez. Diş hekimliğiyle ilgili nelerden korktukları sorulduğunda genellikle “bilmiyorum” yanıtını verirler, düşüncelerinin ve korkularının hiçbir şekilde kontrol edilemeyeceğine inanırlar. Çoğunlukla diğer insanların dişçiye gitme sorununu kolaylıkla atlatabileceklerini ve diş kaygısının kendilerine ait kişisel bir sorun olduğunu düşünürler. Güvenmedikleri diş hekimliği personeli değil, kendileridir. Bu hastalara tedavi hakkında çok fazla bilgi verilmesi genellikle bunaltıcıdır. Bu hastaların çoğu, kontrolü belirli bir durumda daha yetkin olacağına güvendikleri birine memnuniyetle bırakırlar. Bu, diş korkusu olan hastaların en sık görülen türüdür (Raadal ve Skaret, 2013).

Kategori 4: Felaket Kaygısı: Bu gruptaki hastalar diş tedavileri sırasında tıbbi bir acil durumun ortaya çıkmasından korkarlar. Birçoğu anesteziye alerjisi olduğunu iddia eder veya uyuşukluğun asla geçmeyeceğinden korkar. Bazıları kalplerinin hayati tehlike oluşturacak kadar hızlı atmasından veya diş hekiminin hastaneye kaldırılma veya ölümlü sonuçlanacak kritik ve tehlikeli bir hata yapmasından korkar (Raadal ve Skaret, 2013).

1.3.4. Dental Anksiyete ve Korku Ne Kadar Yaygındır?

Diş hekimliği korkusu, anksiyetesi ve fobisinin yaygınlığı üzerine birçok çalışma yapılmıştır. Ancak sorunu kendine saklama ve diş kliniklerinden kaçınma eğilimi nedeniyle bu hastaların kesin sayısını tahmin etmek çok zordur. Çoğu çalışma, dental anksiyete prevalansının %4 – 20 arasında olduğunu tahmin etmektedir (Skaret ve Soevdsnes, 2005). Hatta bazı araştırmalar yetişkin nüfusun %40'ının diş tedavisinden korktuğunu iddia etmektedir (Berggren, 1986). Fobik hasta grubunun farklı çalışmalarda %2,1-2,4 (Ng ve Leung, 2008), %3-5 (Berggren, 1986) ve %4,2-7,1 olduğu tahmin edilmektedir (Vassend, 1993). Başka bir çalışma, hastaları doğumdan 26 yaşına kadar takip ederek diş hekimliği kaygısının görülme sıklığını incelemiştir ve katılımcıların %16,5'inin 18-26 yaşları arasında diş hekimliği kaygısı geliştirdiğini tespit etmişlerdir (Locker, 2003).

Yüksek diş korkusu yaklaşık altı Avustralyalı yetişkinden birini ve yaklaşık on çocuktan birini etkilemektedir. Orta yaşlı kadınlar gibi nüfusun bazı alt grupları arasında yüksek diş korkusu yaygınlığı üç kişiden birine kadar çıkabilir. Kişinin hayatını önemli ölçüde etkileyen yüksek diş korkusu olan dental fobi, Avustralya nüfusunun yaklaşık %5'ini etkilemektedir (Armfield, 2010).

Yüksek dental anksiyetenin yaygınlığı yaş, cinsiyet, eğitim ve sosyo-ekonomik durum gibi bir dizi olası hasta özelliğine göre değişmekle birlikte, bu özelliklerden bağımsız olarak herkesin dental anksiyeteye sahip olabileceği unutulmamalıdır (Armfield, 2010). Aynı zamanda, toplumda yüksek düzeydeki dental anksiyete varlığının yarattığı sonuçların kayda değer olduğu göz önünde bulundurulmalıdır (Armfield vd., 2007).

1.3.5. Dental Anksiyetenin Sonuçları Nelerdir?

1. Diş hekimi korkusu yüksek olan kişilerin diş hekimi ziyaretlerini erteleme veya bunlardan kaçınma olasılığı çok daha yüksektir ve korkulu kişilerin bir kısmı randevularını düzenli olarak iptal etmekte veya randevulara gelmemektedir.
2. Hem çocuklarda hem de yetişkinlerde yüksek diş korkusu olan kişilerin tedavisi zor olabilir, daha fazla zaman gerektirebilir. Ayrıca hem hasta hem de tedavi eden diş hekimi için stresli ve nahoş bir deneyimle sonuçlanabilecek davranış sorunları ortaya çıkabilir.
3. Araştırmalar, dental anksiyetesi olan hastalarla başa çıkmaya çalışmanın birçok diş hekimi için önemli bir stres kaynağı olduğunu göstermektedir.

4. Diş hekimi korkusu olan bireyler, kaçınma davranışları nedeniyle genellikle daha kötü diş sağlığına sahiptir. Özellikle, diş hekimi ziyaretini uzun süre erteleyen kişiler, ciddi ağrılar yaşasalar bile, daha karmaşık ve komplike tedavi gerektiren kapsamlı sorunlara sahip olabilirler.

Hastalar uygun şekilde yönetilmezse, 'diş korkusu kısır döngüsü' olarak adlandırılan durumun oluşması oldukça olasıdır (Armfield, 2010). Hastalar korkuları nedeniyle diş hekimi ziyaretlerinden kaçınmakta, bu da sorunlarının kötüleşmesine, daha yoğun ve potansiyel olarak travmatik tedavilerin gereksinimine neden olmaktadır. İşlerin bu hale gelmesi hastaların korkusunu pekiştirebilir ve şiddetlendirebilir, bu durum da bireylerdeki kaçınma davranışlarının devam etmesine yol açar. Avustralya'da tahminlere göre, yüksek diş korkusu olan kişilerin yaklaşık %40'ı bu kısır döngü profiline uymaktadır. Bu senaryoda hasta, diş hekimi ve toplumsal diş bakım sisteminin hepsi olumsuz etkilenir (Armfield vd., 2007).

1.4. Diş Fobisi

Fobi, bir tür anksiyeteyi temsil eder ve açıkça ayırt edilebilen, sınırlı bir nesne veya uyarana karşı belirgin ve sürekli bir korku olarak açıklanır (Milgrom vd., 1995). Gerçek tehlikeyle orantısız olan ani bir kaygı tepkisine neden olur. Bireyler aşırı stres altındayken durumdan kaçınırlar veya bu durumdan acı çekerler. Fobi yaşamı sınırlayıcıdır ve klinik bir zihinsel bozukluk olarak sınıflandırılır (Salim Rayman vd., 2013). Fobi iyi tanımlanmış bir hastalıktır ve odontofobi olarak tanımlanan durumun çok spesifik kriterleri vardır. Hem DSM-IV (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı) hem de ICD-10 (Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması), odontofobiyi "Spesifik Fobiler" tanısı altına yerleştirir. Tanı diş hekimi personeli tarafından değil, eğitilmiş bir psikolog veya psikiyatrist tarafından konur. Odontofobik kişiler genellikle diş kliniğine hiç gitmezler ya da dayanılmaz bir diş ağrısı yaşadıklarında giderler. Çoğu zaman dişlerini fırçalamayı bırakırlar, çünkü dişlere bakmak diş hekimine gitmemeyi hatırlatır ve bu da onlara büyük rahatsızlık verir. Diş hekimine gitmemek genellikle tedavi ihtiyacının artmasına neden olur ve dolayısıyla anksiyete ve utançları daha da artar. Sahip oldukları kötü ağız ve diş sağlığı ile bundan kaynaklanan fonksiyon bozuklukları nedeniyle genellikle sosyal bir fobi de geliştirirler ve fobileri günlük yaşamlarını büyük ölçüde etkiler (Kvale vd., 2003).

Fobilerin özellikleri arasında açıklanamayacakları/gerekçelendirilemeyecekleri ve gönüllü kontrolün ötesinde oldukları gerçeği yer almaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliği'ne göre spesifik fobi tanısı için kriterler şunlardır (Kvale vd., 2003):

1. Aşırı ve mantıksız, belirgin ve sürekli korku,
2. Fobik uyarılara maruz kalmanın neredeyse her zaman anında bir anksiyete tepkisine neden olması,
3. Kişinin korkunun aşırı veya mantıksız olduğunu kabul etmesi,
4. Fobik durumdan kaçınılması ya da yoğun anksiyete veya sıkıntıyla buna katlanması,
5. Korkulan durumlardaki kaçınmanın, endişeli beklentinin veya sıkıntının, kişinin normal rutinini, mesleki işlevselliğini veya sosyal faaliyetlerini önemli ölçüde bozması.

Dental fobi, dental anksiyetenin ciddi bir türüdür. Açıkça fark edilebilen durumlarla, nesnelere (örn. delme, enjeksiyon) veya genel olarak dental durumla ilgili belirgin ve sürekli anksiyete ile karakterizedir. Diş bakımından kaçınma, ciddi bir sıkıntıya neden olacak veya sosyal işlevselliğe müdahale edecek kadar büyükse, tepki fobik olarak tanımlanabilir (Milgrom vd., 1995; Salim Rayman vd., 2013).

Dental anksiyete ve fobi, anksiyete deneyiminin miktarına, yoğunluğuna ve hastanın bununla başa çıkma kapasitesine bakılarak da ayırt edilebilir. Diş anksiyetesi yaşayan hastalar anksiyetenin yoğunluğuyla baş edebilir ve diş tedavisi alabilirler. Diş fobisi olan hastalar anksiyetenin yoğunluğuyla baş edemedikleri için tedaviden kaçınırlar (Freeman, 2007; Salim Rayman vd., 2013).

1.5. Endişeli Hastalarla Etkili İletişim ve Güven Oluşturma

Diş hekimi ve hasta arasındaki iletişim, yetkin klinik bakımla sonuçlanan verimli bir çalışma ilişkisi için çok önemlidir. Diş hekimliği iletişim becerileri konusunda günümüze kadar pekçok araştırma yapılmıştır (Erten vd., 2006). İyi iletişimin temel unsurları arasında etkili çift yönlü etkileşim kurmak, hastanın endişelerini gerçekten kabul etmek, sözel olmayan ipuçlarına dikkat etmek, etkili dinleme ve hastanın söylediklerini doğru bir şekilde yansıtmak, empati göstermek ile uygun ses ve ton kullanmak yer alır. Sonuç olarak, uyum, iletişim ve güven herhangi bir anksiyete yönetimi yaklaşımının bel kemiğini oluşturur (Milgrom vd., 1995).

1.5.1. Endişeli Hastalarda Diş Hekimi Ziyareti ve Tedavi Planı Değişiklikleri

Dişle ilgili kaygıları olan hastalar için tedavi planlaması esnek olmalı, sıra hastanın nelerden korktuğuna ve neleri önemli gördüğüne göre belirlenmelidir. Tedavi aşamalar halinde düşünülmelidir (Milgrom vd., 1995).

- Başlangıç aşaması hastanın kliniğe alışmasını, yakınlık kurulmasını ve hastayla sorunlar ve endişeler üzerine konuşulmasını içerebilir. Endişeli bir hasta bu noktada tanısal prosedürlere hazır olmayabilir, bu nedenle tanı için ikinci bir ziyaretin planlanması gerekebilir (Erten vd., 2006; Milgrom vd., 1995).

- Erken tedavi aşaması, hastanın tedaviyi tolere etme kabiliyetini artırmak için tasarlanmış basit önleyici tedavileri ve mümkünse asıl tedaviyi de içeren detaylı bir tedavi planını içerebilir (Erten vd., 2006; Milgrom vd., 1995).

- İkinci veya üçüncü aşama, ileri tedavileri içerebilir. Bu aşamada, uygulanacak tedavi sürecinin ayrıntılı olarak tartışılmasından kaçınılması tavsiye edilir (Milgrom vd., 1995).

1.6. Dental Anksiyetesi Olan Kişilere Yardım Etme Teknikleri

1.6.1. Kontrol Sağlama

Anlat-göster-yap: Belirsizliği azaltmanın ve öngörülebilirliği artırmanın bir yolu da 'anlat-göster-yap' tekniğini kullanmaktır. Bu, ne olacağının, hangi araçların kullanılacağına ve bunun nedenlerinin açıklanmasını ('anlat' aşaması) ve ardından prosedürün gösterilmesini ('göster' aşaması) içerir. Daha sonra prosedür uygulanarak 'yap' aşaması gerçekleştirilir (Australian Dental Association (ADA), 2014; Salim Rayman vd., 2013).

Dinlenme araları: Diş hekimi ya da hasta bir işlem sırasında mola verebilir. Diş hekimliğinden korkan birçok kişi "daha fazla dayanamayana" kadar işleme devam etme ihtiyacı hisseder, bu durumda hastaların kendilerini işleme devam edecek kadar sakinleştirmeleri daha zordur. Hasta bir dinlenme molası başlattığında, prosedürü duraklatabilmek hastanın tedavi üzerindeki kontrol hissini artırabilir (ADA, 2014; Salim Rayman vd., 2013).

Sinyal verme: Diş hekimine, terapisteye veya hijyeniste tedaviyi durdurması için işaret verebilmek, hasta ve diş hekimi arasında iletişim ve güven oluşturmanın önemli bir bileşenidir. Hastaya işlem sırasında diş hekimiyile iletişim kurması için bir araç verildiğinde, hastanın kontrol ve güven duygusu artar. Bu sinyal, hastanın diş hekimine prosedürü

durdurmak istediğini bildirmek için elini kaldırması kadar basit olabilir. Belirli sinyaller önceden belirlenebilir (ADA, 2014; Salim Rayman vd., 2013).

1.6.2. Dikkat Dağıtma

Diş kliniğinde dikkatin belirli alternatif görsel veya işitsel uyaranlara odaklanmasının hafif ile orta derecede dental anksiyetesi olan hastalar için faydalı olabileceğine dair kanıtlar vardır. Kliniklerde arka plan müziğinden televizyon setlerine, bilgisayar oyunlarından film izlemek için kullanılan 3D video gözlüklerine kadar çeşitli seçenekler kullanılabilir (ADA, 2014; Salim Rayman vd., 2013).

1.6.3. Rahatlama Nefesi

Neredeyse her korkulu hasta için faydalı olduğuna inanılan bir egzersiz, tempolu nefes alma yoluyla gevşemdir. Rahatlama nefesinin çeşitli varyasyonları vardır. Örneğin, hastalara yavaşça nefes vermeden önce her nefesi yaklaşık 5 saniye tutarak yavaş ve derin nefes almaları öğretilir. 2-4 dakika boyunca yavaş ve sabit nefes almanın hastanın kalp atış hızını azaltmada ve endişeli hastaları gözle görülür şekilde daha rahat hale getirmede etkili olduğu düşünülmektedir. Çeşitli nefes alma teknikleri diş kliniğinde oldukça kolay bir şekilde hastaya öğretilir ve ilk muayeneden önce hasta tarafından evde uygulanabilir (ADA, 2014; Salim Rayman vd., 2013).

1.6.4. Progresif Kas Gevşemesi

Progresif kas gevşetmede kullanılan prosedür nispeten basittir, ancak zaman yatırımı gerektirir. Ön bir seansta hastaya öğretilen bu tekniğe hastanın hakim olması için evde (1-2 hafta boyunca günde bir veya iki kez) pratik yapması gerekmektedir (ADA, 2014; Salim Rayman vd., 2013).

Progresif kas gevşetme uygulaması için kullanılacak birkaç spesifik kas dizisi vardır, ancak diziden bağımsız olarak, her kas tam gerginliğin yaklaşık %75'ine kadar gerilir, 5 ile 10 saniye arasında tutulur ve ardından dikkat gerginlik hissine ve ardından kas gevşemesinin spesifik hislerine odaklanarak yaklaşık 10 saniye gevşetilir (ADA, 2014; Salim Rayman vd., 2013).

1.6.5. Farmakolojik Stratejiler

Diş hekimleri, insanların dental anksiyete ile başa çıkmalarına yardımcı olmak için çeşitli farmakolojik yaklaşımlara aşina olabilirler, ancak bunlar genellikle yalnızca şu kişiler için etkilidir (ADA, 2014; Salim Rayman vd., 2013):

- sadece bitmesini isteyenler
- diş tedavisi sırasında bilinçli olmak istemeyenler
- sadece rahatlamak için biraz yardıma ihtiyaç duyanlar
- iğne, enjeksiyon gibi korkuya özgü sorunları olanlar
- yukarıda listelenen diğer yaklaşımları denemiş ve başarılı olamamış olanlar.

Çoğu durumda, korku yönetimine yönelik çeşitli davranışsal ve psikolojik yaklaşımlarla birlikte şefkatli ve hasta merkezli bir yaklaşım, farmakolojik yöntemlerin kullanımından daha üstün kısa vadeli sonuçlar ve daha iyi uzun vadeli çözüm sağlayacaktır. Bununla birlikte, bazı kişiler için sedasyon da çok etkili olabilir (ADA, 2014).

1.7. Dental Anksiyetenin Epidemiyolojik Yönleri

Yetişkinler arasında diş hekimliği kaygısının yaygınlığı, son 60 yıldır dünya çapında bir araştırma konusu olmuştur. Dental anksiyete prevalansı %0,9 ile 37,0 arasında değişmektedir. Diş fobisi raporları hariç tutulursa, diş hekimliği kaygısının yaygınlığı %3,0 ile %37,0 arasındadır. Bununla birlikte, diş hekimliği fobisinin yaygınlığına ilişkin yalnızca birkaç rapor bulunmaktadır ve bu çalışmalar %0,9-4,5 oranında rapor edilen yaygınlık ile daha az değişken sonuçlar göstermektedir. Bu, diş fobisinin daha yaygın spesifik fobilerden biri olduğunu gösterir (Gatchel vd., 1983; Salim Rayman vd., 2013).

Nüfusa dayalı yaygınlık araştırmalarının ortak bulgusu, diş hekimliği kaygısının kadınlarda erkeklerden daha yaygın olduğudur, ancak cinsiyetler arasında fark olmadığını gösteren bazı raporlar da vardır (Gatchel vd., 1983). Yaygın olarak bildirilen diğer bir faktör ise düşük eğitim, düşük gelir ve/veya düşük sosyal sınıf olarak ölçülen sosyoekonomik statüdür (SES). SES ile diş hekimliği kaygısı arasında negatif bir ilişki olduğunu gösteren birçok çalışma mevcutken, diğer çalışmalar bu sonuçları doğrulamamaktadır (Salim Rayman vd., 2013).

Genel popülasyonda dental anksiyetedeiki değişiklikler; grup, yaş ve zaman etkileri gibi farklı etkilere bağlıdır. Yaşın dental anksiyete üzerindeki etkisini inceleyen ve yaşlı bireylerde dental kaygı düzeyinin azaldığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Sürekli değişiklikler bir kohortun takip ölçümleriyle incelenir (Salim Rayman vd., 2013). Genel popülasyonda farklı zaman noktalarında diş hekimliği kaygısı düzeylerinde meydana gelen değişiklikleri analiz etmek için, tekrarlanan kesitsel araştırmalar kullanılarak zaman etkileri değerlendirilebilir (Gatchel vd., 1983).

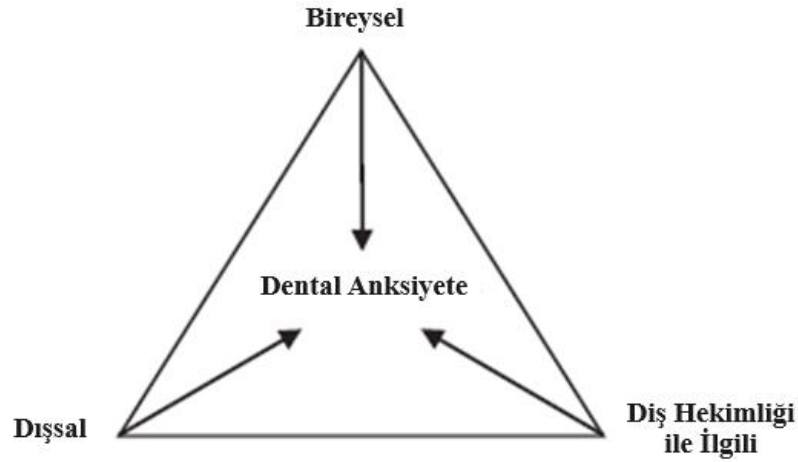
İsveç'te diş hekimliği kaygısının yaygınlığına ilişkin toplum temelli bir çalışmanın yapılmasının üzerinden yarım yüzyıldan fazla zaman geçmiştir. Ancak, hala çoğu ülkenin bu konuda attığı adımlar yetersizdir. Diş hekimliği kaygısının, toplum düzeyinde sağlık planlaması ve eğitimi üzerindeki etkisini anlamak ve değerlendirmek için mevcut duruma ilişkin yaygınlık araştırmalarına ihtiyaç vardır (Salim Rayman vd., 2013).

1.8. Etiyoloji

Genellikle diş hekimi korkusunun, diş hekimi ziyaretlerindeki olumsuz deneyimlerin bir sonucu olduğuna inanılır. Ancak rahatsız edici bir diş hekimi ziyareti farklı hastalarda farklı etkiler yaratabilir ve bu farklılıkların iyi analiz edilmesi gerekmektedir. Bu tecrübe bir grup hastada diş hekimi korkusuna yol açarken, başka bir grupta çok az etki gösterebilir, ya da ileri derecede korku sebebiyle hastalar dental fobi sahibi bile olabilir. Diş korkusu ve anksiyetenin çocukluk döneminde geliştiğine inanılmaktadır. Locker ve ark. hastaların %72,9'unda ve Hällström ve ark. ise %88,0'inde anksiyetenin bu yıllarda başladığını bildirmiştir (Hällström ve Hailing, 1984; Locker vd., 1999). Ancak bazı çalışmalar diş korkusunun %30-50'sinin ergenlik veya yetişkinlikte başladığını ileri sürmektedir (Locker vd., 1999; Milgrom vd., 1988).

Diş korkusunun etiyojisi, korkunun çocuklukta veya daha sonraki yaşamda kazanılmış olması durumunda farklılık gösterebilir. Doğrudan modelleme, yetişkin başlangıçlı kaygıdan ziyade çocuk başlangıçlı kaygıya daha fazla katkıda bulunabilir ve genel psikolojik durumlar, çocuk başlangıçlı korkudan ziyade yetişkin başlangıçlı kaygıya daha fazla katkıda bulunabilir (Hällström ve Hailing, 1984; Milgrom vd., 1988).

Dental anksiyetenin bu çok boyutlu doğası Şekil 1.1.'deki model ile gösterilmiştir. Model, diş hekimliği kaygısının gelişimine katkıda bulunmak için faktörlerin (bireysel, diş ve dişle ilgili) nasıl etkileşime girdiğini açıklayabilir (Checa vd., 2023).



Şekil 1.1. Dental Anksiyetenin Etiyolojisi

Dental anksiyetenin gelişimine katkıda bulunan en yaygın dental faktör, olumsuz bir diş tedavisi deneyimidir. Diş bakımında genel olarak olumsuz bir deneyime katkıda bulunabilecek çeşitli faktörler vardır. En sık bildirilen deneyim ise ağrıdır, diğer deneyimler ise, algılanan kontrol eksikliği, kaba diş hekimi, kişisel alanın ihlali ve rahatsızlıktır (Locker vd., 1999; Milgrom vd., 1988).

Klasik koşullanma veya doğrudan öğrenme, öğrenme teorisinin bir parçasıdır. Bu teori, diş bakımında olumsuz olayların yaşanması ile diş kaygısı arasındaki ilişkiyi açıklamakta faydalıdır. Diş hekimliğiyle ilgili durumlardaki olumsuz olayların yaşamın erken dönemlerinde rapor edilmesi, diş hekimliği konusunda kaygılı bireyler arasında fazlasıyla temsil edilmektedir ve bazı olumsuz olaylar, diş hekimliği kaygısına daha da fazla zemin hazırlamaktadır. Dental anksiyetesi olan bireylerin çoğunluğu, genellikle kontrol eksikliği ile birlikte ağırlı tedavi deneyimi yaşadıklarını bildirmektedir (Hällström ve Hailing, 1984; Milgrom vd., 1988).

Bireysel faktörler, bireyin bir deneyimi algılama biçimini etkiler. Diğer korkuları ve psikolojik bozuklukları olan bireyler, şiddetli diş kaygısı olan popülasyonlarda fazlasıyla temsil edilmektedir. Genel olarak, yüksek diş hekimliği kaygısı, yüksek düzeydeki diğer spesifik fobiler, depresyon, duygu durum bozuklukları ve diğer psikiyatrik bozukluklar ve semptomlarla güçlü bir şekilde pozitif ilişkilidir. Bu hem gözlemsel hem de klinik çalışmalarda görülmektedir (Hällström ve Hailing, 1984).

Diş kaygısıyla ilgili diğerk bireysel faktörler mizaç ve muhtemelen genetik faktörlerdir. Diş kaygısı ile ilişkili olduğu gösterilen mizaçlar; utangaçlık, çekingenlik, olumsuz duygusallık ve nevrotik kişilik özelliğidir (Locker vd., 1999).

Fobinin kendisinden ziyade kaygıya karşı genetik bir hassasiyetin miras alınması daha olasıdır. Yetişkinlerde ortaya çıkan dental anksiyetenin, çocukluk çağı başlangıcına göre daha sık bireysel faktörlerden etkilendiğı gösterilmiştir (Checa vd., 2023; Locker vd., 1999).

Diş faktörler kardeşlerden veya arkadaşlardan gelen sosyal aktarım, sosyal çevre tutumları, kültürel bağlam ve sosyal durumlar olarak görülebilir. Dolaylı deneyimler yoluyla birey, başkalarındaki, çoğunlukla da kendi ailesindeki korku tepkilerini görerek bir korku tepkisi geliştirir. Tepkiyi öğrenmenin bir başka yolu da, bireyin başkalarından tehlike hakkında bilgi alarak bir korku tepkisi geliştirdiğı, olumsuz bilginin iletilmesidir (Hällström ve Hailing, 1984). Farklı travmalar (işkence, cinsel istismar ve saldırı) deneyimlemenin de bireysel hassasiyete ve diş kaygısının artmasına sebep olduğu gösterilmiştir (Milgrom vd., 1988).

Bireysel ve diş faktörler birlikte bireyin diş tedavisine maruz kalma ve deneyimine karşı hassasiyetini açıklamaktadır. Bu faktörler, diş hekimlerinin diş kaygısını önlemek ve hatta tedavi etmek için değiştirebileceğı faktörlerdir (Checa vd., 2023). Weiner ve Sheehan diş korkusunun hem içsel hem de dışsal bileşenlere sahip olabileceğini öne sürmüştür (Weiner ve Sheehan, 1990).

1.8.1. İçsel Bileşenler

Diş korkusunun endojen kökeni, diş korkusunun çoklu fobileri ve psikiyatrik tanıları içeren daha yaygın bir anksiyete sendromunun parçası olduğunu göstermektedir. Diş korkusunun doğuştan gelen bir tepki olduğu düşünülmesine de, diş korkusu ile artan genel kaygı düzeyleri, çoklu korkular veya panik bozuklukları arasında bir ilişki bulunmuştur. Diş korkusu, yükseklik korkusu, uçma korkusu, sakatlanma korkusu ve ağrı gibi birçok spesifik korkuyla ilişkilendirilmiştir (Weiner ve Sheehan, 1990). Korkulu hastalar ayrıca; duygu durum bozuklukları, davranış bozuklukları, agorafobi, sosyal fobi, alkol bağımlılığı veya madde bağımlılığı gibi diğerk psikopatolojilerden de rahatsız olabilirler. Diş korkusunun içsel etiyojisi, bazı kişilerin anksiyete bozukluklarına karşı içsel kişilik hassasiyetine sahip olabileceğini ve yetişkinler arasında farklı kökenlerden dolayı diş korkusundan muzdarip alt grupların olabileceğini düşündürmektedir (Armfield, 2008).

1.8.2. Dışsal Bileşenler

Diş korkusunun dışsal kökeni, doğrudan deneyimin bir sonucu olarak veya insanların tehdit edici olduğunu düşündüğü dolaylı deneyimler yoluyla edinilen korkuları ifade eder. Diş muayenehanelerindeki olumsuz deneyimler, hastalarda diş korkusu gelişmesinin en yaygın yoludur. Diş hekimliği korkularının %80'inin doğrudan edinildiği ileri sürülmektedir (Milgrom vd., 1995).

Doğrudan olumsuz deneyimler diş korkusuna neden olabilir. Korkutucu ve acı verici tecrübeler koşullu duygusal tepki ile sonuçlanabilir. Bu da, ağrı ve olumsuz uyaranların aşırı yoğun olması ile ortaya çıkan yansıtıcı duygusal tepki ile gerçekleşir (Weiner ve Sheehan, 1990). Negatif uyaran genellikle daha sonra orijinal uyaranla ilişkilendirilen başka uyaranların varlığında ortaya çıkar. İlişkili uyarana koşulsuz uyaran denir ve daha sonra otomatik olarak koşulsuz tepki olarak adlandırılan bir tepkiye, acıya veya korkuya neden olabilir. Koşulsuz uyaran ise, koşullu uyaran olarak adlandırılan orijinal acı verici veya korkutucu uyaran olmadan duygusal bir tepkiye neden olabilir. Bir kişi dişçiye gittiğinde yapılan işlem ağrı tepkisine neden olabilir ve sonrasında bu durum korkuya ve kaçınmaya neden olabilir (Armfield, 2008). Diş hekimliğinden kaçınmayı ortadan kaldırmanın en iyi yollarından biri, kişiyi ağrı deneyimi yaşatmadan diş hekimliği ile ilgili bir duruma yeniden maruz bırakmaktır (Milgrom vd., 1995).

Diş hekimine gitmekten korkan hastaların hepsi acı verici deneyimler yaşamazlar. Korkulu hastaların büyük bir yüzdesi, diş hekiminin kişisel ve mesleki özelliklerinin korkularının sorumlusu olduğunu bildirmiştir. Diş hekimisi-hasta ilişkisi (örn. kişilerarası davranış ve hasta ile diş hekimisi arasındaki güven), dental korkusu olan ve diş tedavisinden kaçınanların çoğu için önemli bir konudur. İnsanlar kendileriyle ilgilenen ve kendilerini rahat hissetmelerini sağlayan insanlarla ilişki kurmayı tercih ederler (Armfield, 2008). Ayrıca çocukların korku ediniminde, davranışa dayalı diş hekimliği deneyimlerinin, tedavi deneyimlerinden daha büyük bir rol oynadığı ileri sürülmektedir. Hastanın kaygısındaki azalma, diş hekiminin hastanın rahatı konusunda endişelendiği, empatik ve destekleyici olduğu algısıyla ilişkilendirilmiştir (Weiner ve Sheehan, 1990). Ağrıyı önleme, güler yüzlü olma, hızlı çalışma, sakin davranma, manevi destek verme ve ağrı konusunda güven verici olma diş hekiminin diş korkusunu azaltmasıyla ilişkilendirilen davranışlarıdır. Ayrıca travmatik deneyimlerin sonuçları, meydana geldikleri bağlama bağlı olabilir. Hasta tarafından ilgili olarak algılanan bir diş hekiminin yaptığı tedavi esnasında oluşan ağrının,

hastaya göre soğuk ve kontrolcü olarak algılanan bir diş hekiminin uyguladığı tedavide oluşan ağrıya göre daha az psikolojik etkiye sebep olması muhtemeldir (Corah vd., 1988).

Diş tedavisi ile ilgili hoş olmayan bilgilerin edinildiği diğer yollar ise kitle iletişim araçlarıdır. Örneğin gazete ve dergilerdeki karikatürler diş hekimlerinin işkenceci olarak nitelendirilmektedir. Ayrıca birçok film ve dizide dişçiye gitmek hoş olmayan bir şeymiş gibi anlatılmaktadır. Dişçiye gitmeden önce bunları okuyan ve izleyen biri, dişçiye gittiğinde travmatik bir şeyler yaşanacağını bekleyebilir. Diş hekimi muayenesi sırasında hafif rahatsız edici uyarıları acı verici olarak algılayabilir ve en büyük korkularının farkına varabilir (Milgrom vd., 1995).

1.9. Diş Korkusu Gelişimi ile İlgili Bilgiler

1.9.1. Anksiyetenin Bilişsel Yönleri

Anksiyetenin bilişsel modeline göre, anksiyete bozukluklarının başlangıcı ile ilişkili olan hazırlayıcı ve tetikleyici faktörler vardır. Hazırlayıcı faktörler bir bireyi potansiyel olarak savunmasız bırakabilir, anksiyete ve/veya anksiyete bozukluklarına daha yatkın hale getirebilir. Bu hazırlayıcı faktörler şunlardır (Beck vd., 1985):

1. genetik kalıtım - genetik kırılmanın rolü, çevresel, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkileşimli rolü dikkate alınmadan tam olarak anlaşılamaz,
2. fiziksel hastalık durumları - fiziksel bir sorun anksiyete sorunuyla bir arada bulunabilir,
3. psikolojik travma - tek bir travma veya bir dizi travmatik deneyimden oluşabilir,
4. başa çıkma mekanizmalarının yokluğu - başa çıkma becerisine ilişkin olumsuz, çarpık bir görüşle başa çıkma eksikliği,
5. işlevsiz düşünceler, inançlar, varsayımlar ve bilişsel işlemler - tehdit veya tehlike hakkında gerçekçi olmayan inançlar.

Bireysel farklılıkların sonucu olarak bir anksiyete bozukluğu, hazırlayıcı ve tetikleyici faktörlerin benzersiz kombinasyonundan kaynaklanabilir (Beck vd., 1985). Bilişsel model, anksiyeteyi tetikleyebilecek birkaç olası faktöre de işaret etmektedir. Bu olası faktörler; fiziksel hastalık veya toksik maddeler, şiddetli dış stres faktörleri, uzun süreli stres ve bireyin özel bir duygusal hassasiyetini etkileyen faktörlerdir (Freeman ve DiTomasso, 2002).

Dental anksiyetenin bilişsel modeli, dental korkunun gelişiminde iki ana faktörü içerir (Milgrom vd., 1995):

1. hastaların daha önceki dental tedavi deneyimi ve
2. hastaların dental ziyaret sırasında olacaklar üzerinde kontrol sahibi olup olmadıkları veya olabilecekleri algısı.

Model, korku ve kaçınma davranışının çeşitli doğrudan ve/veya dolaylı deneyimler yoluyla edinildiğini öne sürmektedir. Geçmiş deneyimler, hastanın bir sonraki diş hekimi ziyareti sırasında başa çıkma becerisinin ötesinde korkunç şeyler yaşayacağına inanmasına yol açabilir (Freeman ve DiTomasso, 2002; Milgrom vd., 1995).

1.9.2. Kontrol Eksikliği Ve Çaresizlik

Kontrol eksikliği ve çaresizlik diş hekimine gitmekle ilişkili korku özellikleridir (Milgrom vd., 1995). Eğer bir kişi olumsuz etkileri düzeltme imkanına sahip olmadığına inanırsa, kendini çaresiz hissedecek ve kontrol eksikliği algılayacaktır, bu da korkuya neden olacaktır. Bir diş hekiminin hastalar üzerinde artırabileceği dört tür kontrol vardır (Thompson, 1981):

1. Davranışsal (örn. bazı davranışsal işaretler hakkında anlaşma),
2. Bilişsel (örn. hoş anıları ve rahat yerleri hatırlama),
3. Bilgilendirici (örn. ne yapıldığını anlatma),
4. Geriye dönük (örn. rahatsızlık hissini diş hekimi veya aletlerden değil ağız sağlığı bakımının ihmal edilmesinden kaynaklandığını anlama).

Diş tedavisi deneyimleri olumluysa ve hastalar durumun kontrolünün kendilerinde olduğunu hissediyorlarsa, diş korkusu olası değildir. Hastalar kontrolün kendilerinde olduğunu hissederlerse, olumsuz deneyimler bile korkuya neden olmayabilir (Milgrom vd., 1995; Thompson, 1981).

1.9.3. Uyararı Genellemesi

Uyararı genellemesi, acı veya travma ile ilgili bir uyararı tepki vermeye koşullanmış bir kişinin benzer uyararılara veya durumlara da duygusal olarak tepki vereceği bir sũreçtir. Diş hekimliği ile doğrudan olumsuz deneyimleri olmayan kişiler, travma yaşadıkları duruma benzer dental durumların unsurlarına (örn. tıbbi / cerrahi prosedũrler) olumsuz yanıt verebilir (Davey, 1989; Milgrom vd., 1995).

1.9.4. Gizli İnhibisyon (Engelleme)

Gizli engelleme bir bireyin diş korkusu edinmesini engelleyebilir çũnkũ olumsuz deneyimlerden önce birkaç olumlu deneyim yaşanırsa bir kişinin korku veya acıya koşullanması daha zordur. Bir hasta, birkaç yıl nispeten travmatik olmayan diş bakımı aldıktan sonra travmatik bir deneyim yaşarsa diş fobisi edinmeyebilir. Kişinin koşullu duygusal tepkilere ilişkin öznel değerlendirmesi, diş korkusu edinmesini engelleyebilir. Örneğin; hekim tarafından hastaya, yaşayacağı acı verici deneyimin diş sağlığının iyileşmesiyle sonuçlanacağı bilgisinin verilmesi, hastanın yaşayacağı ağrıyı hafifletilebilir ve bu sayede hastada diş korkusu gelişmeyebilir (Davey, 1989).

1.9.5. Anksiyetenin Psikodinamik Yönleri

Psikanalitik teori, anksiyete bozukluğu olan hastaları anlamak için başka bir bakış açısı sağlar. Bu teori iki tũr anksiyete içerir: travmatik anksiyete ve sinyal anksiyetesi. Travmatik anksiyetede kişilerin egosu psikolojik olarak anlamlı bir tehlike (başa çıkılmayan bir uyarılma) tarafından alt edilir. Bu durum ezici, travmatik ya da otomatik bir anksiyeteye yol açar ve ego işlevini yerine getiremez ya da kendini savunamaz. Sinyal anksiyetesi, egoyu psikolojik olarak anlamlı tehlikelerin varlığına karşı uyarmak ve savunmayı harekete geçirmek için bir uyarıcı grvi görmek üzere kũũk dozlarda anksiyete üreten intrapsişik bir mekanizmadır. Sinyal anksiyetesi, panik ataklar sırasında yaşanan ezici travmatik anksiyete deneyimini önler. Psikanalitik teori, çocuklarda merkezi endişeli korkuların gelişimsel bir ilerlemesini tanımlar. Travmatik veya tehlikeli durumlar şunlardır (Milrod vd., 2002):

1. Nesneyi kaybetme korkusu (rneğin sevilen bir ebeveyn - ayrılık kaygısı),
2. Nesnenin sevgisini kaybetme korkusu,
3. Kastrasyon korkusu,
4. Sũper ego korkusu (vicdan azabı korkusu).

Potansiyel olarak anksiyetenin patlak vermesine yol açabilecek psikolojik olarak anlamlı iç tehlikeler yaşamın evrelerine göre değişir. Yetişkinlerde, bu gelişimsel ve durumsal korkuların birkaçı veya hepsi aynı anda işleyebilir (Milrod vd., 2002).

Dental korkunun psikodinamik teorisine göre, önceki dental tedaviden veya diş hekimliği dışındaki durumlardan kaynaklanan yanlış bağlantılar ve yanlış anlamalar dental korku deneyiminde önemli olabilir. Yanlış bağlantılar basitçe, kişinin bir durumda deneyimlediklerini karıştırması ve bunu başka bir duruma bağlamasıyla oluşan yanlış algılardır. Yanlış bağlantılara sebep olan karışıklık, iki durumun ortak bir yönü olması nedeniyle ortaya çıkar, bu duruma aşı enjeksiyonu ve lokal anestezi enjeksiyonu örnek olarak verilebilir (Milrod vd., 2002). Dental anksiyetenin psikodinamik teorisi dental korkuyu, nevrotik bir anksiyete ve diş tedavisi sırasında neler olabileceğini hayal etmeye dayalı bir iç tehlike tehdidinin sonucu olarak açıklar. Çalışmalar, dental aletlerin acı, şiddet ve yıkım nesnelere olarak algılanmasıyla anksiyete ataklarına yol açan duygusal tepkileri tetikleyeceğini ortaya koymuştur. Bir hastanın yoğun korkuyla başa çıkma becerisi, tedaviyi kabul edip edemeyeceğini belirleyecektir. Ayrıca, dental anksiyetesi yüksek olan hastalar anksiyetesi düşük olan hastalara göre olumlu olayların meydana gelme olasılığının daha az olduğunu bildirmiştir (Freeman, 2007).

1.9.6. Dental Anksiyetenin Klinik Önemi

Dental anksiyete genellikle ağız sağlığı bakımı arayışında gecikmeye veya tedaviden kaçınmaya neden olur. Bunun sonucunda, periodontal hastalık veya diş çürüğü gibi diş hastalıklarının tedavi edilmemesi nedeniyle ağız sağlığı kötüleşebilir. Kötü ağız sağlığının sekelleri, genel veya lokalize ağrı gibi hastalığın belirgin etkilerinin ötesine geçebilir ve kötü estetik ve yemek yeme, konuşma ve sosyalleşmede zorluk gibi diğer işlevsel ve psikososyal sorunları içerebilir. Kişiyeye bağlı olarak, dental anksiyete benlik saygısının ve sosyalleşmenin azalmasına neden olabilir ve bu da genel refahı tehlikeye atabilir (De Jongh vd., 1995).

Dental anksiyetenin günlük yaşam üzerindeki olumsuz etkisi bir dizi çalışmada rapor edilmiştir. Dental anksiyetesi olan bireyler, anksiyetelerinin sosyal etkileşimlerde (örn. dışarıda yemek yeme veya arkadaşlarla buluşma) sorunlara yol açtığını, dental anksiyetelerini önemli ölçüde azaltan bireyler ise alkol alımının azalması ve sosyal ortamlarda rahatlatma gibi psikososyal işlevselliklerinin iyileştiğini rapor etmiştir (De Jongh vd., 1995). Diğer anksiyeteli hastalar ise dental anksiyetelerinin yaşamları üzerinde daha geniş kapsamlı bir etkisi olduğunu, daha fazla olumsuz düşünce, duygu ve korku; kaçınma davranışı; yemek yeme ile ilgili davranışlarda değişiklikler; daha kötü ağız hijyeni ve kendi

kendine ilaç kullanma alışkanlıkları; kas gerginliği, ağlama ve saldırganlık; uyku düzeninde bozulma; iş ve sosyal ilişkilerde bozulma olduğunu bildirmiştir (Cohen vd., 2000). Dental anksiyetesi olan denekler, diş hekimliği ile ilgili daha olumsuz düşünce ve algılar bildirme; tedavi sırasında daha fazla ağrı veya acı korkusu bildirme; geçmişteki tedaviyi daha acı verici olarak hatırlama ve tedavi sırasında çok az kontrol tanımlama; korkutucu veya utanç verici diş hekimliği deneyimleri yaşama ve bu deneyimlere daha tepkisel olma açısından kıyaslandığında, dental anksiyetesi olmayan deneklere göre farklıdır (Cohen vd., 2000; De Jongh vd., 1995). Ayrıca yapılan diğer çalışmalar, dental anksiyete ile deneyimlenen ve algılanan ağrı arasında güçlü bir korelasyon olduğunu bildirmektedir (Sullivan ve Neish, 1997). Bununla birlikte, diş kaygısı olan tüm bireyler diş bakımından kaçınmamaktadır, bazıları tedavi için randevularına giderler ancak, ilişkili travmatik olayların beklentisiyle isteksiz ve çekingendirler. Bu bireyler, anksiyetelerinin derecesine veya yoğunluğuna bağlı olarak diş randevularından önceki günlerde başlayıp, randevularından sonraki günlere kadar devam eden duygusal anlamda acı çekebilirler (Gadbury-Amyot vd., 1996; Sullivan ve Neish, 1997).

1.9.7. Diş Korkusunun Kısır Döngüsü

Diş korkusu veya anksiyetenin diş bakımından kaçınmaya neden olduğu ve tedavi ihmali sonucu ağız sağlığının bozulmasına kadar yol açtığı öne sürülmektedir. Diş korkusunun psikolojik etkileri, kötü ağız sağlığı konusunda utanç, mahcubiyet ve diş bakımından kaçınma olabilir. Zamanla bu durum diğer insanlarla sosyal ilişkilerde bozulmalara yol açabilir ve diş korkusunu artırabilir. Bu da diş bakımının daha da gecikmesine ve ağız sağlığının daha da bozulmasına neden olabilir (Berggren, 1994). Sonuç olarak diş korkusunun etiolojisi çok faktörlüdür. Dental korkunun dışsal kökeni, doğrudan veya dolaylı deneyimlerin sonucunda korkunun edinilmesi olarak görülebilir. Bu deneyimler korkunun nedeni olmayabilir, ancak anksiyete bozukluklarına ve çoklu korkulara karşı endojen kırılabilirlik olan hastalar arasında korkunun gelişmesi için olasılıklar olarak da görülebilir (Berggren, 1994). Korku gelişimi bir süreklilik olarak görülebilir; sürekliliğin bir ucunda hiç öğrenme gerekmezken diğer ucunda büyük ölçüde öğrenme gerekir. Korkunun endojen veya eksojen etiolojisi de diş korkusunun tedavisini etkiler (Hakeberg, 1992).

1.10. Dental Anksiyetenin Klinisyen Üzerindeki Etkisi

Klinisyenler endişeli hastaları tedavi ederken stres ve kaygılarının arttığını bildirmektedir. 476 diş hekiminin katıldığı bir ankette, %80'i endişeli bir hastayla uğraşırken kendilerinin de endişelendiğini kabul etmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 977 diş

hekimi üzerinde yapılan bir başka çalışmada, endişeli hastalar üzerinde teknik olarak basit prosedürlerin uygulanmasının diş hekimlerinin kalp atış hızlarında artışa neden olduğu, endişeli olmayan hastalar üzerinde teknik olarak zorlayıcı prosedürler uygulandığında ise böyle bir artış gözlenmediği bildirilmiştir. Genel olarak, endişeli hastalar muayenehane verimliliğini düşürür, çünkü; klinisyenin onları tedavi etmesi için daha fazla zaman gerekir. Endişeli hastaların randevularını iptal etme veya randevularına diğer hastalara kıyasla daha sık gelmeme olasılığı da daha yüksektir (O'Shea vd., 1984).

Dental anksiyetenin hasta tedavisi ve yönetimi üzerinde etkisi olduğuna dair kanıtlara rağmen, Weiner ve Weinstein (1995) diş hekimlerinin üçte birinin dental anksiyete yokmuş gibi davrandığını tespit etmiştir ve Birleşik Krallık'taki diş hekimleri arasında yakın zamanda yapılan bir anket, çok az diş hekiminin dental anksiyeteyi herhangi bir yapılandırılmış yöntem kullanarak değerlendirmeye çalıştığını göstermiştir. Anekdot niteliğindeki kanıtlar, diş hekimleri ve dental hijyenistlerin, şayet hastaların dental anksiyetesini sorgularlarsa, hastaların gereksiz yere anksiyete yaratan belirli olaylara odaklanmasına sebep olabileceklerinden endişe ettiklerini öne sürmektedir, ancak bu hipotezi destekleyen hiçbir bilimsel kanıt bulunmamaktadır (Weiner ve Weinstein, 1995). Humphris ve meslektaşları, diş hekimine gitmeden önce kısa bir dental anksiyete anketi doldurmaları istendiğinde hastaların dental anksiyetelerinde bir değişiklik olmadığını tespit etmişlerdir (Humphris vd., 2006). Dailey ve meslektaşları tarafından sekiz farklı genel muayenehaneden 119 hastayı kapsayan bir takip çalışmasında, hastalar diş hekimlerinin tedaviden önce dental anksiyetelerinden haberdar olduğunu bildiklerinde, durumluk anksiyetede başlangıca kıyasla önemli bir azalma tespit edilmiştir. Bu azalmanın, diş hekimlerinin endişeli bir hastayla karşı karşıya olduklarını bildikleri için davranışlarını değiştirmelerinden mi yoksa hastaların diş hekimlerinin duygularının farkında olduğunu bilerek kendilerini daha güvende hissetmelerinden mi kaynaklandığı çalışmada belirlenememiştir. Hastalar, diş hekiminin kaygılarının farkında olduğunu hissettiklerinde diş tedavisiyle ilgili olumsuz düşüncelerini daha iyi kontrol edebilirler. Alternatif olarak, hastalar kaygı ve endişe duygularından haberdar olan diş hekimleri hakkında daha olumlu düşünebilir. Düşüncenin kaynağı ne olursa olsun, olumlu bir diş hekimi/hasta ilişkisi ve hastaların klinisyenlerinin duygularını önemseydiğine dair inançları, hasta anksiyetesinin azalması açısından olumlu sonuçlar doğurur (Dailey vd., 2001).

Hasta anksiyetesi, hastanın ağız sağlığı, memnuniyeti, beklentileri ve devamlılığı ile negatif ilişkili görünmektedir, ancak korkunun mu olumsuz tutumları yarattığı yoksa kişinin olumsuz tutumlarının mı korkuyu yarattığı belirsizdir. Ayrıca, diş hekimlerinin davranışları

ve kaygıları da hasta kaygısıyla ilişkilidir. Kaygılı hastaları tedavi etmek, diş hekimlerinin ilk beş stres faktöründen biri olarak tanımlanmıştır, diğer dört faktör ise; programın gerisinde kalmak, ağrıya neden olmak, ağır iş yükü varlığı ve geç gelen hastalardır. Bu nedenle, hastalarda dental anksiyetenin azaltılması hem hastalara hem de klinisyenlere fayda sağlayabilir (Moore ve Brodsgaard, 2001; Weiner ve Weinstein, 1995).

1.11. Değerlendirme

1.11.1. Diş Korkusunun/Dental Anksiyetenin Ölçülmesi

Diş hekimlerine endişeli hastaların yönetiminde yardımcı olabileceği için dental korkunun değerlendirilmesi son derecede önemlidir. Ayrıca, diş korkusunun değerlendirilmesi, diş hekimi ziyaretinin tahmini ve ağız sağlığının artırılması hakkındaki psikolojik yapı hakkında bilgi sağlar. Hekimler için tedavilerinde önemli rol alabilen diş korkusunun ölçülmesi öznel ve çok boyutlu olduğundan dolayı zor olabilir (Berggren, 1994).

Doğru bir anksiyete ölçümü için gerekli kriterler, herhangi bir ölçüm aracı için gerekli olanlarla aynıdır (McGrath, 1986):

1. Güvenilirlik, yöntemin zaman içinde tutarlı sonuçlar vermesi,
2. İçerik geçerliliği, yöntemin anksiyetenin kesin olarak belirli bir boyutunu ölçmesi (örn. duygunun yoğunluğu),
3. Yöntemin nispeten önyargısız olması (prosedürel önyargı veya hasta/araştırmacı yanıtları önyargılarından bağımsız),
4. Yöntemin çok yönlü olması (klinik ve laboratuvar kullanımı için uygulanabilir, çeşitli dental ortamlarda pratik),
5. Yöntemin tanımlanabilir bir sayı ölçeğinde sayılar vermesi (istatistiksel analizler yapılabilir).

Dental anksiyeteyi değerlendirmek için davranışsal derecelendirme, fizyolojik ölçümler, kişinin kendisi tarafından bildirilen ölçekler ve klinik görüşmeler gibi çeşitli ölçüm teknikleri kullanılır (Berggren, 1994).

Davranışsal değerlendirme, subjektif bir değerlendirmeden ziyade objektiftir. Kaygılı bireyler bekleme odasında genel olarak daha fazla hareket ve özel olarak daha fazla el ve kol hareketi sergileme eğiliminde olduğundan, bireyin davranışı anksiyeteyi işaret

edebilir. Öte yandan, aşırı kaygılı kişiler diş hekimi kendilerini muayene ederken daha az hareket eder, daha az konuşur ve ellerini bir arada tutuyor gibi görünür. Sadece hastayı gözlemleyerek bir kişi hakkında çok fazla bilgi elde edilebilir (McGrath, 1986; Salim Rayman vd., 2013).

Dental anksiyetenin yapılandırılmış davranışsal değerlendirmesine bir örnek, hastanın diş tedavisi durumunda nelerle baş etmeye hazır olduğunu göstermek amacıyla hastanın tedavi öncesi ve sonrası yeteneğini ölçen Kademeli Davranışsal Yaklaşım Testi'dir. Bu test hastanın odaya girmesiyle başlar ve tedavi bitmesiyle sona erer. Diş hekimi her adımda hastanın kaygısını ve davranışını değerlendirir (Haukebø vd., 2008). Diğer bir örnek ise hastanın tedavi durumundaki davranışının yapılandırılmış derecelendirilmesini içeren ve hastanın aktivitesini genel, spesifik ve postüral duruma göre ölçen Dental Operasyonel Değerlendirme Ölçeğidir (Kleinknecht, 1978).

Anksiyetenin fizyolojik reaksiyonlarının ölçümleri çoğunlukla araştırma ortamlarıyla sınırlıdır ve cilt iletkenliğini, kalp atış hızını ve elektromiyografik tepkiyi ölçer (Haukebø ve Vika, 2013; Milgrom vd., 1995). Bununla birlikte, fizyolojik tepkiler ile diş kaygısı arasında genel bir değişiklik gösterilmediğinden, kaygı ve korku tepkisine verilen fizyolojik tepkilerin ölçülmesinde sınırlamalar vardır (Hakeberg ve Lundgren, 2013).

Öz bildirimler, klinik görüşmeler veya öz bildirimli ölçekler aracılığıyla iki ana yolla elde edilebilir. Klinik görüşme birincil tanı aracı olarak hizmet edebilir, ancak kişinin kendisinin bildirdiği psikometrik ölçekler de önemlidir (Salim Rayman vd., 2013).

Kişinin bildirdiği ölçekler yaygınlığı, sonuçları ve tedavi etkilerini tahmin etmek için araştırma ortamlarında yaygın olarak kullanılır. Literatürde dental korku ve anksiyeteyi ölçmek için kişisel olarak bildirilen çeşitli psikometrik ölçekler tanımlanmıştır (Milgrom vd., 1995). 1969 yılında geliştirilmesinden bu yana sıklıkla kullanılan bir ölçek Dental Anksiyete Ölçeği'dir (DAS) (Corah, 1969). Dental anksiyeteyi ölçmek için iyi bilinen ve yaygın olarak kullanılan diğer ölçekler, Dental Korku Anketi (DFS) (Kleinknecht vd., 1973), DAS'tan türetilen Modifiye Dental Anksiyete Ölçeği (MDAS) (Humphris vd., 1995), Dental Anksiyetenin Tek Sorusu (SQDA) Dental Anksiyete Ölçeği (Neverlien, 1990), Dental Anksiyete Envanteri (DAI) (Stouthard vd., 1995), DAI'nin kısa formu (S-DAI) (Stouthard vd., 1993), Revize Edilmiş Diş İnançları Ölçeği (DBS-R) (Coolidge vd., 2005) ve Diş Kaygısı ve Korkusu İndeksi'dir (IDAF-4C+) (Armfield, 2010). Bu testler tek maddeli testlerden 36 maddelik çok maddeli testlere kadar çeşitlilik göstermektedir. Tek maddeli öz bildirimlere veya birkaç maddeli ölçeklere dayalı bir dental anksiyete sınıflandırması en

yaygın olarak epidemiyolojik veya gözlemsel çalışmalarda bulunurken, çok maddeli ölçekler klinik araştırmalarda bulunur ve klinik çalışmalarda kullanılır. Bu öz bildirimler kaygı ve korku tepkisinin çok boyutlu doğasının farklı yönlerini yakalamaktadır ancak, bu testlerin çoğunun kaygı ve korkunun yapısına ilişkin mükemmel bir değerlendirme sağlamadığı ileri sürülmektedir (Armfield, 2010; Newton ve Buck, 2000).

1.11.2. Mevcut Dental Anksiyete Ölçeklerinin Sınırlılıkları

Birçok dental anksiyete çalışmasında, veriler uygun popülasyonlardan toplanmaktadır. Yaygın olarak örneklenen denek grupları arasında psikoloji öğrencileri, askeri personel ve tedavi arayışında olan diş kaygılı hastalar yer almaktadır. Bu birey grupları benzer nitelikleri paylaşır, ancak bu popülasyonlardan elde edilen bulgular genel popülasyona genellenemez. Dental anksiyetenin yaygınlığını belirlemek için en değerli çalışmalar genel popülasyondan alınan epidemiyolojik temelli örneklerdir (Coolidge vd., 2008; Fiset vd., 1989; Goettems vd., 2014; Locker vd., 1996; Mărginean ve Filimon, 2011; Oliveira vd., 2014; Ozlek vd., 2019).

Mevcut dental anksiyete ölçeklerinin ikinci sınırlaması, dental anksiyetenin kabul edilmiş bir tanımının olmamasıyla ilgilidir. Birçok çalışma, dental anksiyeteyi çalışma amaçları doğrultusunda tanımlamamakta veya dental anksiyeteyi tanımlamak için farklı kesme noktaları kullanmakta, böylece çalışmalar arasında karşılaştırma yapma becerisini sınırlamaktadır. Literatür anksiyetenin bilişsel, davranışsal ve fizyolojik boyutlardan oluştuğunu öne sürse de, öz bildirim anketlerinin çoğu dental anksiyetenin yalnızca bilişsel açıdan (yani korkunun varlığı) sorgulanmasına odaklanmakta ve birden fazla boyutun değerlendirilmesini içermemektedir (Coolidge vd., 2008; Fiset vd., 1989; Goettems vd., 2014; Locker vd., 1996; Mărginean ve Filimon, 2011; Oliveira vd., 2014; Ozlek vd., 2019).

Dental anksiyetenin tanımlanması ve ölçülmesindeki tutarsızlıkların etkisi, Locker ve arkadaşları (1996) tarafından yapılan ve genel popülasyonda dental anksiyete düzeylerini değerlendirmek için üç farklı ölçeğin kullanıldığı bir çalışmada gösterilmiştir (n=2729). Dental Anksiyete Ölçeği, Gatchel'in korku sorusu ve Dental İnanç Anketi'nden alınan tek bir madde, daha önceki çalışmalarda belirtilen aralıkta dental anksiyeteli deneklerin ilgili yüzdelerini belirlemiştir; deneklerin %25,9'u (n=679) en az bir dental anksiyete ölçümü ile dental anksiyeteli olarak tanımlanmıştır. Bununla birlikte, her bir ölçek tarafından tanımlanan belirli bireyler arasında çok az örtüşme vardı; 679 denekden sadece 145'i üç ölçeğe göre de dental anksiyeteli olarak tespit edilmiştir. Bu durum, her ölçeğin dental anksiyetenin farklı yönlerini ölçtüğünü ve bunun da her ölçek tarafından farklı bir insan alt

kümesinin tanımlanmasıyla sonuçlandığını göstermektedir. Buradan, sadece tek bir ölçeğin sonuçlarını kullanmanın genel olarak dental anksiyetenin yaygınlığını eksik veya fazla tahmin edebileceği sonucuna varılabilir (Locker vd., 1996).

Doğası gereği, bu verilerin toplanması genellikle invaziv veya en azından zahmetlidir ve verinin toplanması sürecinde (örn. kan örneği, kalp atış hızı) kaygı artışlarına neden olabilir. Dental anksiyete çalışmalarında fizyolojik yanıtın ölçümü genellikle standartlaştırılmış klinik testlerden çok daha az titiz bir ölçüm olan ve bireysel yorumlamaya çok daha duyarlı olan deneğin kendi raporuyla sınırlıdır. Diş tedavisi sırasında fizyolojik değişikliklerin tanınması ve raporlanmasındaki değişkenlik de dental anksiyetenin aşırı veya eksik temsil edilmesine neden olabilir. Bu durum, dental anksiyete araştırmalarında neden sınırlı sayıda fizyolojik yanıt testi yapıldığını ve dental anksiyete ile fizyolojik yanıt arasındaki ilişkinin neden iyi bilinmediğini ve daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğunu açıklayabilir (Coolidge vd., 2008; Fiset vd., 1989; Goettems vd., 2014; Mărginean ve Filimon, 2011; Oliveira vd., 2014; Ozlek vd., 2019).

Üçüncü sınırlama, dental anksiyete ölçümlerinin psikometrik testlerindeki değişkenlikle ilgilidir. Bir dental anksiyete ölçeğinin değerlendirmeyi amaçladığı şeyi ölçebilmesi (geçerlilik) ve bunu tekrarlanabilir bir şekilde yapabilmesi (güvenilirlik) çok önemlidir. Bir testin veya ölçeğin güvenilirliği, o aracın farklı koşullar altında ne ölçüde benzer sonuçlar elde ettiğini ele alır. Güvenilirlik birçok şekilde değerlendirilebilir ve korelasyon katsayıları, ölçümlerin korelasyon veya karşılık gelme derecesini yansıtmak için en yaygın kullanılan istatistiktir. Bu katsayılar 0 ile 1 arasında değişir ve ilişkinin gücünü temsil eder, anlamı ise bunu belirlemek için kullanılan teste bağlıdır (Coolidge vd., 2008; Locker vd., 1996; Mărginean ve Filimon, 2011; Oliveira vd., 2014).

Test-tekrar test güvenilirliği, farklı zamanlarda yanıtlanan aynı sorulara verilen yanıtlar arasındaki korelasyonu belirleyerek ölçümün istikrarını yansıtır. Bu, ölçeğin iki veya daha fazla kez uygulanmasını gerektirir. Test uygulamaları arasındaki uygun zaman aralığı, test edilen konunun niteliğine ve bir sonraki testten önce değişip değişmeyeceğine bağlı olarak değiştiğinden, bu analizin potansiyel bir sınırlamasıdır. 2-14 günlük bir tekrar test aralığı yaygındır, ancak 1 gün ile bir yıl arasında değişebilir. Test-tekrar test güvenilirliği hesaplanırken, verilerin aralıklı, sıralı veya nominal (sırasıyla) olmasına bağlı olarak Pearson Korelasyon testi, Spearman sıra testi veya Ki Kare tabanlı bir test kullanılır. Tutarlılık için güvenilirlik katsayısı en az 0,7 ve daha yüksek olmalıdır (Fiset vd., 1989; Goettems vd., 2014; Mărginean ve Filimon, 2011; Ozlek vd., 2019).

İç tutarlılık, aynı kavramı ele alan farklı sorulara verilen yanıtlar arasındaki korelasyonu tanımlar. Birden fazla madde içeren diğer ölçümler için ve üretilen verilere bağlı olarak, Cronbach alfa, Kuder-Richardson-20 (KR-20) veya split-halves bir ölçeğin iç tutarlılığını değerlendiren analizlerdir. Split-halves güvenilirliği, ölçek maddelerini daha sonra birbirleriyle korelasyon gösteren iki alt ölçeğe ayırır. Bu analizin bir sınırlaması, ölçeğin gerçek güvenilirliğini olduğundan düşük gösterebilmesidir çünkü elde edilen güvenilirlik, madde sayısının yarısına sahip bir ölçeğe dayanmaktadır. Kuder-Richardson-20 ikili değişkenler için uygundur (örn. evet-hayır, var-yok) ve Cronbach alfa KR-20'nin bir uzantısıdır ve ikiden fazla seçenek olduğunda kullanılır. İç tutarlılığın 0,8 veya daha yüksek olması yüksek derecede güvenilirliği temsil eder. Ancak, iç tutarlılığın tek güvenilirlik ölçütü olarak hesaplanması, güvenilirliğin şişirilmiş bir şekilde yorumlanmasına yol açabilir, çünkü iç tutarlılık yalnızca tek bir durumda ölçülür ve bu nedenle farklı puanlayıcılar veya testi farklı günlerde alan denekler arasında var olabilecek varyasyonu hesaba katmaz. Test ne kadar çok madde içerirse, iç tutarlılık değeri o kadar yüksek olur ve bu da diğer güvenilirlik ölçümlerine olan ihtiyacı ortaya çıkarır (Coolidge vd., 2008; Fiset vd., 1989; Goettens vd., 2014; Locker vd., 1996; Mărginean ve Filimon, 2011; Oliveira vd., 2014; Ozlek vd., 2019).

Birçok klinik senaryoda, gözlemcilerden veya puanlayıcılardan belirli bir işaret veya semptomun varlığını veya yokluğunu değerlendirmeleri istenir. Bu durumlarda güvenilirlik, değerlendiriciler arasındaki uyum veya ilişkiye dayalı olarak değerlendirilir ve analiz, değerlendiriciler arasındaki değişkenliği (değerlendiriciler arası güvenilirlik) ve/veya aynı değerlendirmeye birden fazla maruz kalmaya dayalı olarak aynı değerlendirici içindeki değişkenliği (değerlendirici içi güvenilirlik) hesaplar. Değerlendiriciler arası güvenilirlik, değerlendirici içi güvenilirliğe katkıda bulunan tüm hata kaynaklarını içerir; bu nedenle, eğer yüksek bulunursa, değerlendirici içi güvenilirliğin hesaplanmasına gerek yoktur. Ancak, değerlendiriciler arası güvenilirlik düşükse, bunun değerlendiriciler arasındaki farklılıklardan mı yoksa kendi içlerindeki farklılıklardan mı kaynaklandığını belirlemek için değerlendirici içi güvenilirlik hesaplanır (Coolidge vd., 2008; Locker vd., 1996; Mărginean ve Filimon, 2011).

Görünüş (face), eşzamanlı, tahmine dayalı ve yapı geçerliliği dahil olmak üzere çeşitli geçerlilik türleri tanımlamıştır. Görünüş geçerliliği basitçe bir ölçümün hedeflenen amaca uygun olup olmadığını ve ölçmesi gereken şeyi ölçüyor gibi görünüp görünmediğini gösterir. Dental anksiyete söz konusu olduğunda, anksiyeteyi değerlendirmek veya tahmin etmek için altın bir standart olmadığından, eşzamanlı veya öngörücü geçerlilik uygun değildir. Bununla birlikte, dental anksiyetenin ölçülmesi için yapı geçerliliği uygundur,

çünkü; yapı geçerliliği altın standardın yokluğunda, çeşitli belirti ve semptomlar (örneğin, avuç içlerinin terlemesi, kalp atış hızının artması, diş tedavisinden kaçınma) ile bir varlığın, bu durumda dental anksiyetenin varlığı arasında bir çıkarım yapan bir teoriyi (veya yapı) tanımlar (Locker vd., 1996; Mărginean ve Filimon, 2011).

Birçok çalışma, kullandıkları dental anksiyete ölçeklerinin kabul edilebilir güvenilirlik ve geçerliliğine atıfta bulunmaktadır, ancak bu ölçeklere dair geçerlik/güvenirlik çalışmalarında yukarıda bahsi geçen testlerden sadece birkaçı kullanılmıştır. Bu durum literatürde hali hazırda kullanılan ölçeklerin geçerlik/güvenirlik sonuçlarının gözden geçirilmesi gerektiğini göstermektedir. Ayrıca benzer ölçekler tarafından kullanılan farklı kesme noktaları ve dental anksiyetenin farklı yönlerini ve boyutlarını ölçen farklı ölçeklerin kullanılması nedeniyle çalışmalar arasında önemli değişkenlik vardır. Bu değişkenlik, çalışma sonuçlarının karşılaştırılmasını sorunlu hale getirmektedir (Coolidge vd., 2008; Fiset vd., 1989; Goettems vd., 2014).

1.12. Dental Anksiyete Döngüsü ve Sonuçları

1984 yılında Berggren, Şekil 1.2.'de gösterilen “Dental fobinin kısır döngüsü” ismini verdiği modeli kullanarak dental anksiyetenin nasıl korunduğunu açıklamıştır. Diş kaygısı olan bir kişi, anksiyete nedeniyle diş tedavisinden kaçınmaya başladığında, bu kaçınma anında rahatlama sağlar ancak, zamanla etkilenen kişinin sosyal ve dişle ilgili durumlarda utanç ve suçluluk hissetmesine sebep olan diş ve ağız sağlığının bozulmasına yol açar. Bu davranışın, diş hekimliği kaygısını sürdüren bir geri bildirim döngüsü (kısır döngü) yarattığına inanılmaktadır (Berggren, 1994).



Şekil 1.2. Dental anksiyete döngüsü ve sonuçları

Berggren'in modeli literatürde incelenmiş, tartışılmıştır ve hem doğrulayacak hem de modelin daha da geliştirilmesini haklı çıkaracak kanıtlar bulunmuştur. Armfield, yüksek veya orta düzeyde diş hekimliği kaygısı olan bireylerin %38,5'inin diş hekimliği kaygısı kısır döngüsüne uyduğunu göstermiştir. Armfield, Berggren ve Hakeberg'in diş kaygısının psikososyal sonuçlarını vurguladığı çemberin üçüncü adımı olarak diş tedavisinin engellenmesinin ve bozulmasının bir sonucu olarak semptom odaklı tedaviye yoğunlaşmıştır. De Jongh ve ark., diş anksiyeteli hastaların dental sorunlarının kontrol edilmesi durumunda, bu hastalarda psikososyal sonuçların daha az belirgin hale geldiğini bildirmiştir. Bu sonuçlar Berggren'in diş hekimliği kaygısını sürdürme modelini güçlendirmektedir (Armfield vd., 2007; De Jongh vd., 2005; Hakeberg, 1992).

1.12.1. Tedaviden Kaçınma

Diş hekimliği açısından kaygılı bireyler, kaygısız bireylere göre daha sık olarak diş bakımından kaçınır veya yalnızca ara sıra diş bakımına giderler. Diş hekimine gitmekten kaçınmanın ölçümü çoğunlukla, son diş hekimi ziyareti veya düzenli diş hekimi ziyaretlerinin sıklığı hakkında kişisel olarak bildirilen tek sorular yoluyla yapılır. Literatürde, ülke ve kültürden bağımsız olarak yüksek dental kaygı ile diş bakımından kaçınma arasında bir ilişki olduğuna dair güçlü bir destek vardır, ancak elbette bu kaçınma davranışının derecesinde bir değişkenlik mevcuttur. Popülasyonda diş bakımına düzenli olarak giden ancak şiddetli zihinsel acı çeken ve diş bakımı konusunda oldukça kaygılı bireylerden, düzenli olarak diş hekimine gitmeyen veya sadece acil bir durumda yada ara sıra kontrol için başvuran, hatta diş tedavisinden tamamen kaçınan kişilere kadar bir dağılım mevcuttur (Armfield vd., 2007; Hakeberg ve Lundgren, 2013).

1.12.2. Ağız Sağlığı

Kaçınma davranışının sonuçları bireyi ciddi şekilde etkileyebilir. Bireylerin çoğunluğu için dental kaygının yüksek olması nedeniyle kaçınma davranışının bir sonucu ağız sağlığının kötü olmasıdır (Henning Abrahamsson vd., 2001).

Dünya Sağlık Örgütü 2012 yılında ağız sağlığını “ağız ve yüz ağrısı, ağız ve boğaz kanseri, ağız enfeksiyonu ve yaraları, periodontal (diş eti) hastalık, diş çürüğü, diş kaybı ve kişinin sağlığını kısıtlayan diğer hastalık ve bozukluklardan arınmış olma durumu” olarak tanımlamıştır. Başka bir deyişle ağız sağlığı kavramı, ağız hastalıklarının hem fiziksel hem de psikososyal yönlerini kapsamaktadır (World Health Organization(WHO), 2017).

Çalışmalar, diş hekimliği konusunda kaygılı hastaların kaygısı olmayan bireylere göre daha fazla eksik dişe, daha fazla çürük lezyonuna, daha fazla apikal periodontitise ve daha az dolgulu dişe sahip olduğunu göstermektedir. Bulgular, dental kaygı ile ağız sağlığı arasında kademeli bir ilişki olduğunu göstermektedir. Dental kaygı düzeyi ne kadar yüksekse diş sağlığına olan olumsuz etkisi de o kadar büyük olur (Heidari vd., 2017; Locker ve Liddell, 1992; Ng ve Leung, 2008). Ayrıca, düzenli diş hekimi ziyareti alışkanlıkları bildiren bireyler, diş bakımından kaçınanlara göre önemli ölçüde daha sağlıklı bir diş yapısına, dental kaygısı olmayanlarla benzer bir diş sağlığına ve daha az ciddi psikososyal sonuçlara sahiptir (Henning Abrahamsson vd., 2001).

1.12.3. Psikolojik ve Sosyal Sonuçlar

Uzun süredir devam eden dental kaygı, etkilenen kişilerde ciddi psikolojik sonuçlar doğurabilir. Bozulan ağız sağlığı, utanç ve olumsuz sosyal sonuçlarla ilişkilidir ve bu da yaşam kalitesinin bozulmasına neden olabilir. 1993 yılında Berggren diş hekimliği kaygısı ve kaçınma davranışının psikososyal sonuçlarını bildirmiş ve katılımcıların sosyal yaşamları üzerinde bir dizi olumsuz etki bildirdiklerini ifade etmiştir. Katılımcıların sahip olduğu dental anksiyetenin gösterdikleri duygusal tepkilerindeki ve günlük yaşantılarındaki etkisinin boyutunun çok fazla olduğu görülmüştür. Çalışmadaki katılımcıların çoğunluğunun diğer insanlarla ilişkileri etkilenmişti, ayrıca yalnızlık/izolasyon ve kolayca üzülme veya öfkeye kapılma duyguları da sıklıkla görülmekteydi (Berggren, 1993). Locker, bireylerin %93'ünden fazlasının diş kaygısı nedeniyle bir veya daha fazla psikososyal sorun bildirdiğini gösterdi. Diş hekimliği kaygısı yüksek olan bireyler, diş hekimliği kaygısının onları öfkeliendiren, utandıran ve depresyona sokan duygusal sonuçları olduğunu bildirdiler. Bildirilen sosyal etkiler aile ilişkilerine, yakın ilişkilere, arkadaşlarla ilişkilere ve çalışma hayatına etki

etmekteydi. Davranışsal tedavi sonrasında olumsuz psikososyal etkilerde azalma olduğu rapor edilmiştir. Dental anksiyetenin psikolojik sonuçlarının önemli bir kısmının kaçınma davranışı ve oral sağlık üzerindeki etkisi ile ilişkili olduğu görülmektedir; bu nedenle genellikle, dental olarak sağlıklı durumdaki düzenli dental kontrollere giden hastalar, kaçınanlar kadar ciddi psikososyal sonuçlar bildirmemektedir (Locker, 2003). Şiddetli diş kaygısı olan bireylerde baş ağrısı, mide sorunları, uyku bozuklukları, sık alkol ve sakinleştirici kullanımı gibi psikosomatik semptomların da yüksek düzeyde olduğu bildirilmektedir (Salim Rayman vd., 2013).

1.13. Tedavi

Şiddetli dental anksiyete yaşayan yetişkin hastalar uzman kliniklere sevk edilebilir. Sunulan tedavi yöntemleri genellikle geleneksel diş tedavisine uyarlanmış, farklı sakinleştiricilerle tedavi ve diş kaygısını tedavi etmeye yönelik davranışsal müdahalelerdir. Sedatifler (bilinçli sedasyon, intravenöz sedasyon yoluyla derin sedasyon, genel anestezi), diş hekimliği açısından endişeli hastaların tedavisinde, diş tedavisine başa çıkmalarına yardımcı olmak veya beklenti kaygısını önlemek ve diş randevusunu kolaylaştırmak için yaygın olarak kullanılır. Sedatifler, diş tedavisinin birincil hedef olduğu durumlarda, örneğin acil diş bakımında faydalıdır, ancak diş kaygısı üzerindeki etkisi sınırlıdır (Berggren, 1986; Hakeberg vd., 1993; Savanheimo vd., 2012).

Davranışsal terapi (DT) ve bilişsel davranışsal terapi (BDT), belirli fobiler için en yaygın kabul gören psikolojik tedavilerdir ve tedavinin özellikle dental anksiyete/fobi üzerindeki etkinliğine dair kanıtlar vardır. BDT geniş bir psikoterapi biçimidir. Maruz bırakma, sistematik duyarsızlaştırma ve rahatlama gibi terapi yöntemleri ile bilişsel terapiyi (BT) içerdiği gibi aynı zamanda, bilişsel müdahaleleri (olumsuz düşünce ve inançların yeniden yapılandırılması) de kapsamaktadır. BDT genellikle öğrenme teorisine ve duyguların bilişsel-davranışsal modeline dayanır. Genel ve hastalığa özgü tedavi yöntemlerini içerir, hastanın sorunlarına çözüm bulmayı amaçlayarak yapılandırılmıştır ve eylem odaklıdır (Öst vd., 2013). 2013 tarihli psikolojik tedavi incelemesinde Wide Boman ve ark., şiddetli diş kaygısını tedavi etmek için literatürde davranışsal müdahalelere yönelik destek bulunduğunu ve BDT/BT'nin hastanın diş tedavisini kabulünü iyileştirdiğini bulmuştur (Wide Boman vd., 2013). Gordon ve ark., çeşitli formatlarda, yöntemlerde ve miktarlarda sunulan BDT tekniklerinin, diş kaygısını ve kaçınmayı azaltmada etkili olduğunu bildirmiştir (Gordon vd., 2013). Bu yapılan iki ayrı çalışmada da, dahil edilen çalışmaların metodolojik sınırlamalarına ve kaliteli çalışmalara olan ihtiyaca vurgu yapılmıştır (Gordon vd., 2013; Wide Boman vd., 2013).

Yaptığımız araştırmanın amacı, serbest sonlu kısmi dişsiz vakalar (Kennedy Sınıf 1 ve Sınıf 2) ve tam dişsizliğe sahip hastaların implant tercih etmeme sebeplerinin ve bunların frekanslarının belirlenmesi, aynı zamanda dental anksiyete ve dental korku düzeylerinin skala aracılığıyla ölçülmesi ve hastaların tercih etmeme sebepleriyle birlikte aralarındaki çeşitli korelasyonların değerlendirilmesidir.



2. GEREÇ ve YÖNTEM

16.01.2023 tarihinde Ankara Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınan tez çalışması, Ankara Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı'na başvuran toplam 174 hasta üzerinde gerçekleştirildi. Hastaların dahil edilme ve edilmeme kriterleri aşağıdaki belirtilmiştir.

Gönüllülerin araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- 1- Kennedy Sınıf 1 (bilateral dişsiz sonlanma), Kennedy Sınıf 2 (unilateral dişsiz sonlanma) ve tam dişsizliğe sahip implant tedavisi yaptırmak istemeyen hastalar
- 2- 18 yaşından büyük hastalar
- 3- İmplant tedavisi yapılmasını engelleyecek herhangi bir sistemik, konjenital hastalığı olmayan ve de aynı zamanda cerrahi ve protetik açıdan implant yaptırmasında herhangi bir kontrendikasyonu bulunmayan hastalar

Gönüllülerin araştırmaya dahil edilmeme kriterleri:

- 1- Kennedy Sınıf 1 (bilateral dişsiz sonlanma), Kennedy Sınıf 2 (unilateral dişsiz sonlanma) ve tam dişsizliğe sahip ancak implant tedavisi yaptırmak konusunda kararsız olan veya implant tedavisini kabul eden hastalar
- 2- Gebe ve emziren kadın hastalar
- 3- Şahsen olur veremeyecek gönüllüler

Hastalara kendilerine uygulanan tedavi protokolü ve çalışmanın içeriği konusunda detaylı bilgi verildi. Hasta seçiminde, tedavi uygulaması için elverişsiz herhangi bir durumun (gebelik, acil vakalar vb.) bulunmamasına dikkat edildi. Hastalara anket formları verilmeden önce araştırmacı tarafından muayene edilip, çalışmaya katılmaya uygun olup olmadıkları kontrol edilmiştir. Çalışmaya katılmaya uygun olan hastalara, çalışma önce sözlü olarak anlatılmıştır. Daha sonra da, bilgilendirilmiş gönüllü onam formu ile başlayan anketler doldurulması için kendilerine verilmiştir. Anketteki soruların bölümleri sırasıyla; demografik verileri içeren sorular, amaca yönelik hazırlanmış kapalı uçlu sorular (A bölümü), implant tedavisi hakkındaki sorular (B bölümü), çalışmada anksiyete değerlendirmesi için kullanılan 2 ölçeğe yani Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS)'na ve Dental Korku Skalası (DKS)'na ait sorular şeklindedir. Anketin ilk 7 soruluk bölümünün ilk 4 sorusu demografik verileri elde etmek için sorulan sorulardır, 5'ten 7'ye kadar olan sorular ise bulgularda değerlendirilirken "A bölümü" olarak kodlanmıştır. Sonrasında sorulan 11 soruluk bölüm ise "B bölümü" olarak kodlanmıştır. Sorulara verilen bu kodlandırmanın sebebi, istatistiksel

analiz yapılırken ve sorular kendilerine ait kategoriler halinde değerlendirilirken kolaylık sağlaması adnadır.

2.1. Modifiye Dental Anksiyete Skalası

Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS), Corah'ın Dental Anksiyete Skalası'na (CDAS) dayanmaktadır. CDAS ne yazık ki bazı hastaların anksiyetesinin odak noktası olan lokal anestezi enjeksiyonu sorgulamamaktadır. Orijinal CDAS üzerinde modellenen bu ölçek, lokal anestezi ile ilgili de bir soru içermektedir (Lindsay vd., 1987).

Modifiye Dental Anksiyete Skalası, her bir madde için 'endişeli değil' ile 'aşırı endişeli' arasında değişen tutarlı bir cevaplama şemasına sahip 5 maddelik kısa bir ölçektir. Ölçekteki sorulara verilen cevapların puan karşılıkları toplanarak toplam puan elde edilir. Toplam puan minimum 5 ve maksimum 25 olmaktadır (Humphris vd., 1995). MDAS, Birleşik Krallık'ta en sık kullanılan dental anksiyete ölçeğidir ve uygulandığı hastaların korkularını artırmaz, aksine mevcut bulgular, ölçeğin doldurulmasının muayenehane ortamında durumluk kaygıyı önemli ölçüde azaltabileceğini göstermektedir (Dailey vd., 2001). İyi psikometrik özelliklere sahiptir, doldurulması nispeten hızlıdır ve puanlaması kolaydır. Dental personel tarafından özel ilgi gerektirebilecek yüksek dental anksiyeteyi göstermek için ampirik olarak 19 ve üzeri bir kesme değeri belirlenmiştir (Humphris vd., 1995). Bu ölçek, araştırma çalışmalarında kullanılmış ve diş hekimliği ile ilgili bu önemli psikolojik yapı hakkındaki bilgilerimize katkıda bulunmaya yardımcı olmuştur. MDAS, hastaların hissettikleri hoş olmayan duygunun(dental anksiyetenin) özelliklerini incelemeye yardımcı olmak için tasarlanmış bir dizi araçtan biridir (Newton ve Buck, 2000). Daha önce de belirtildiği gibi, ölçek orijinal Corah Dental Anksiyete Ölçeği'ne (CDAS) dayanmaktadır ve iki araç arasındaki değerleri karşılaştırmak için dönüşüm tabloları yayınlanmıştır (Corah, 1969). MDAS ölçeği geçerlik-güvenirlik çalışması yapılmış/yayınlanmış olan (İspanyolca (Coolidge vd., 2008), Türkçe (Tunc vd., 2005), Yunanca (Coolidge vd., 2008), Çince (Yuan vd., 2008) bir dizi dünya diline de çevrilmiştir.

2.2. Dental Korku Skalası

Dental Korku Skalası (DKS), Bellingham, WA, ABD'li öğrenciler (üniversite, lise ve ortaokul) tarafından geliştirilmiştir. Orijinal DKS, belirli korku uyaranlarını tanımlamak ve hastaların tepkilerini ölçmek için 27 madde içermektedir. Ankette diş tedavisinden kaçınma, diş hekimi randevusu sırasında fizyolojik uyarılma, iğne görmek ve diş hekimi muayenehanesinin kokusunu almak gibi çeşitli diş hekimliği uyaranlarına ilişkin maddeler değerlendirilmiştir. Buna ek olarak, bir madde diş hekimliği korkusunun genel bir

değerlendirmesini istemekte ve dört madde de aile ve arkadaşlar arasında dış hekimliğine verilen tepkiler hakkında bilgi istemektedir (Kleinknecht vd., 1973). Daha sonra yazarlar faktör analizi sonucunda DKS'yi 20 maddeye indirmişlerdir. DKS'nin doğruluğu, dış hekimliği hastaları ve psikoloji lisans öğrencilerinden oluşan farklı örneklerde yürütülen bir çalışmada ortaya konmuştur (Kleinknecht vd., 1984).

Mevcut DKS, kaçınma (8 madde), fizyolojik uyarılma (5 madde) ve belirli uyarılardan/durumlardan korkma (7 madde) olmak üzere üç boyuttan oluşan 20 maddelik 5'li ölçekten oluşmaktadır. Yanıt seçenekleri "hiçbir zaman" veya "hiç" (puan = 1) ile "neredeyse her zaman" veya "çok fazla" (puan = 5) arasında değişen bir derecelendirme ölçeğini takip etmektedir. Kaçınma puanları 8 ile 40 arasında, fizyolojik uyarılma 5 ile 25 arasında ve belirli uyarılardan/durumlardan korkma 7 ile 35 arasında değişebilir. DFS puanlarının toplamı 20 ile 100 arasında değişebilir ve en yüksek puanlar yüksek dış korkusuna işaret eder (Kleinknecht vd., 1984).

DFS, 1990'ların başında Brezilyalı psikoloji lisans öğrencileri arasında kültürler arası olarak uyarlanmış ve onaylanmıştır (Cesar vd., 1993). İki dil bilen bir kişi tarafından Brezilya Portekizcesine çevrilmiş ve sonra tekrar ana diline çevrilmiştir, daha sonra ön teste tabi tutulmuş ve revize edilmiştir. DFS'nin Brezilya versiyonunun faktör analizi sonucu, ölçek varyansının %66,3'ünü açıklayan üç faktörlü yapı kabul görmüştür (Coolidge vd., 2008).

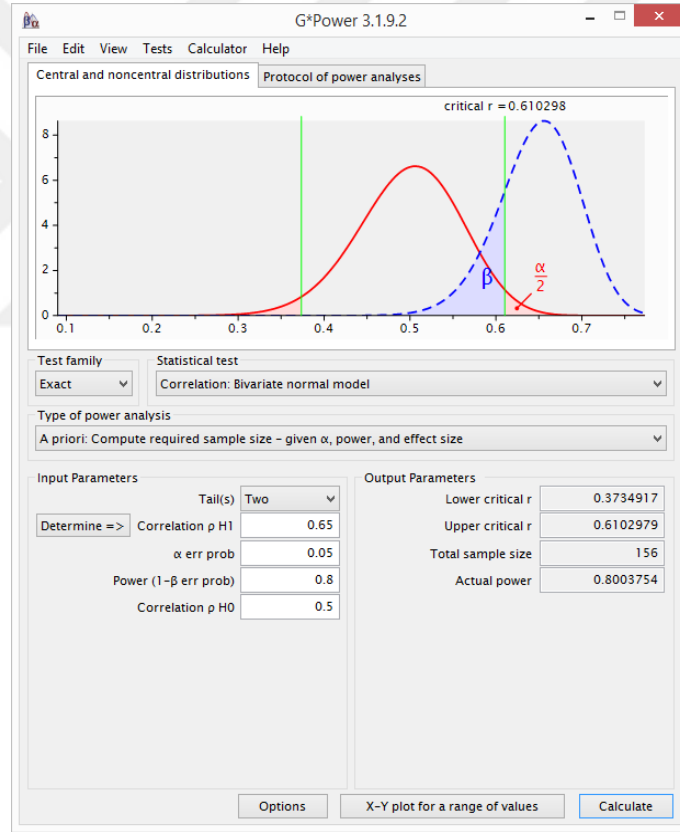
Ölçek, Danca, İsveççe, Norveççe, Macarca, Brezilyaca, Türkçe, İspanyolca, Kastilyaca, Çince ve Malayca versiyonları da dahil olmak üzere birçok dile çevrilmiştir (Oliveira vd., 2014). Ölçeğin Türkçe versiyonu Fırat ve ark. tarafından uyarlanmıştır, 20 ile 100 arasında bir toplam puan vermektedir ve alt boyutlar için geçerlik sağlanamamıştır (Fırat vd., 2006). DFS'nin kriter geçerliliği sıklıkla dış fobisi olan gruplar ile fobik olmayanlar karşılaştırılarak değerlendirilmiş ve fobiklerin fobik olmayanlardan daha yüksek puan aldığı bulunmuştur (Oliveira vd., 2014).

2.3. İstatistiksel Analiz

Verilerin analizinde SPSS 11.5 programından faydalanıldı. Tanımlayıcı olarak nicel değişkenler için ortalama±standart sapma ve ortanca (minimum-maksimum), nitel değişkenler için ise hasta sayısı (yüzde) kullanıldı. Nicel değişken bakımından iki kategoriye sahip nitel değişkenin kategorileri arasında fark olup olmadığına, normal dağılım varsayımları sağlanıyorsa Student-t testi, sağlanmıyorsa Mann-Whitney U testi kullanılarak

bakıldı. Nicel değişken bakımından ikiden fazla kategoriye sahip nitel değişkenin kategorileri arasında fark olup olmadığına, normal dağılım varsayımları sağlanmadığı için Kruskal Wallis H testi kullanılarak bakıldı. İki nitel değişken arasındaki ilişki incelenmek istendiğinde ise Ki-kare ve Fisher-exact testleri kullanıldı. İki nicel değişken arasındaki ilişki incelenmek istendiğinde, normal dağılım varsayımları sağlanmadığı için Spearman Korelasyon testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak alındı.

Literatürde benzer çalışma olmadığından örneklem hesabı klinik bilgi üzerinden yapılmıştır. Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS) ile Dental Korku Skalası (DKS) arasındaki korelasyon katsayısı 0,65 olarak alındığında, 0,50'lik H_0 hipotezine karşılık, 0,05 anlamlılık düzeyinde, 0,80 güç ile Pearson Korelasyon testi kullanılarak örneklem hesabı yapıldığında minimum 156 kişilik örneklem çalışma için yeterli bulunmuştur.



Şekil 2.1. Güç analizi ve örneklem hesabı

3. BULGULAR

3.1. Demografik Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmaya dahil edilen hastaların ait yaş ortalaması 60,21±10,78 yıl iken, 73'ü (%42,0) kadın ve 101'i (58,0) ise erkekti. Hastaların %4,0'u ilkokul, %21,3'ü ortaokul, %43,1'i lise, %21,8'i üniversite ve %9,8'i ise yüksek lisans ve üstü mezunuydu. Ayrıca %42,0'sinin gelir durumu asgari ücretin altındayken, %20,1'i asgari ücret kadar, %11,5'i asgari ücret ile 12500 TL arası ve %26,4'ü 12500TL'den fazla gelire sahipti (Çizelge 3.1.).

Çizelge 3.1. Demografik Verilerin Değerlendirilmesi

Değişkenler		
Yaş (yıl)	Ort.±SS	60,21±10,78
	Ortanca (Min-Maks)	60,50 (31,00-93,00)
Cinsiyet, n(%)	Kadın	73 (%42,0)
	Erkek	101 (%58,0)
Eğitim Durumu, n(%)	İlkokul	7 (%4,0)
	Ortaokul	37 (%21,3)
	Lise	75 (%43,1)
	Üniversite	38 (%21,8)
	Yüksek lisans ve üstü	17 (%9,8)
Ortalama Gelir, n(%)	Asgari Ücretin Altı	73 (%42,0)
	Asgari Ücret	35 (%20,1)
	Asgari Ücret ile 12.500 TL arasında	20 (%11,5)
	12.500 TL ve Üzerinde	46 (%26,4)

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min: Minimum, Maks: Maksimum

3.2. A Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi

Çalışmada 100 (%57,5) hasta daha önce protez kullandığını belirtti. Daha önce kullandığı hareketli protez ile ilgili sorun yaşadığını beyan eden hastaların %59,0'u protezin tutuculuğunun az olmasından, ağızda sürekli oynamasından, %49,0'u protezin estetik olarak kendilerini rahatsız etmesinden, %41,0'i protez ile yemekleri çiğnerken zorlanmaktan ve %40,0'ı ise yapılan düzeltmelerden sonra bile protezin hala ağızda vuruk yapmasından şikayetçiydi. Eskiden kullandığı hareketli protezden memnun olan 56 (%56,0) kişi mevcuttu. Katılımcıların %83,9'u implant tedavisi hakkında bilgi sahibiydi ve %27,0'si Covid-19 pandemisinin dış tedavisi yaptırmaya hakkında endişe ve korkuları arttırdığını düşünmekteydi (Çizelge 3.2.).

Çizelge 3.2. A Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi

Değişkenler		
Daha önce hareketli protez kullandınız mı?, n(%)	Evet	100 (%57,5)
	Hayır	74 (%42,5)
Protezin Tutuculuğunun Az Olması, Ağızda Sürekli Oynaması Şikayeti, n(%)	Evet	59 (%59,0)
	Hayır	41 (%41,0)
Protezin Estetik Olarak Rahatsız Etmesi Şikayeti, n(%)	Evet	49 (%49,0)
	Hayır	51 (%51,0)
Protez ile Yemekleri Çiğnerken Zorlanma Şikayeti, n(%)	Evet	41 (%41,0)
	Hayır	59 (%59,0)
Yapılan Düzeltmelerden Sonra Bile Protezin Hala Ağızda Vuruk Yapması Şikayeti, n(%)	Evet	40 (%40,0)
	Hayır	60 (%60,0)
Eskiden kullandığınız hareketli protezinizden genel olarak memnun muydunuz?, n(%)	Evet	56 (%56,0)
	Hayır	44 (%44,0)
İmplant tedavisi hakkında bilginiz var mı?, n(%)	Evet	146 (%83,9)
	Hayır	28 (%16,1)
Covid-19 pandemisinin diş tedavisi yaptırmanız hakkında endişe ve korkularınızı arttırdığını düşünüyor musunuz?, n(%)	Evet	47 (%27,0)
	Hayır	127 (%73,0)

3.3. B Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi

“İmplant tedavisi ve sonrasında protez yapılma süreci hakkında hekimim tarafından yeterince bilgilendirildim” maddesine hayır cevabı veren 59 (%33,9), kararsızım cevabı veren 40 (%23,0) ve evet cevabı veren 75 (%43,1) hasta mevcuttu. “İmplant tedavisini yaptırmamamın hekimime olan güvenimle ilgisi yoktur” maddesine hayır cevabı veren 52 (%29,9), kararsızım cevabı veren 54 (%31,0) ve evet cevabı veren 68 (%39,1) hasta mevcuttu (Çizelge 3.3.).

“İmplant tedavisi uzun süreceğinden dolayı yaptırmak istemiyorum” maddesine hayır cevabı veren 34 (%19,5), kararsızım cevabı veren 45 (%25,9) ve evet cevabı veren 95 (%54,6) hasta mevcuttu. “İmplant tedavisi hakkında sahip olduğum bilgiler genel olarak olumsuz yöndedir” maddesine hayır cevabı veren 59 (%33,9), kararsızım cevabı veren 74 (%42,5) ve evet cevabı veren 41 (%23,6) hasta mevcuttu (Çizelge 3.3.).

“İmplant tedavisinin bende başarılı olacağına inanmıyorum” maddesine hayır cevabı veren 33 (%19,0), kararsızım cevabı veren 60 (%34,5) ve evet cevabı veren 81 (%46,5) hasta mevcuttu. “İmplant tedavisinin cerrahi bir işlem olması beni rahatsız ediyor” maddesine hayır cevabı veren 25 (%14,4), kararsızım cevabı veren 37 (%21,3) ve evet cevabı veren 112 (%64,3) hasta mevcuttu. B bölümündeki diğer maddelere ait tanımlayıcılar Çizelge 3.3.’te verildi.

Çizelge 3.3. B Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi

Değişkenler		
İmplant tedavisi ve sonrasındaki protez yapılma süreci hakkında hekimim tarafından yeterince bilgilendirildim, n(%)	Hayır	59 (%33,9)
	Kararsızım	40 (%23,0)
	Evet	75 (%43,1)
İmplant tedavisini yaptırmamamın hekimime olan güvenimle ilgisi yoktur, n(%)	Hayır	52 (%29,9)
	Kararsızım	54 (%31,0)
	Evet	68 (%39,1)
İmplant tedavisi uzun süreceğinden dolayı yaptırmak istemiyorum, n(%)	Hayır	34 (%19,5)
	Kararsızım	45 (%25,9)
	Evet	95 (%54,6)
İmplant tedavisi hakkında sahip olduğum bilgiler genel olarak olumsuz yöndedir, n(%)	Hayır	59 (%33,9)
	Kararsızım	74 (%42,5)
	Evet	41 (%23,6)
İmplant tedavisinin bende başarılı olacağına inanmıyorum. n(%)	Hayır	33 (%19,0)
	Kararsızım	60 (%34,5)
	Evet	81 (%46,5)
İmplant tedavisinin cerrahi bir işlem olması beni rahatsız ediyor, n(%)	Hayır	25 (%14,4)
	Kararsızım	37 (%21,3)
	Evet	112 (%64,3)
İmplant tedavisi ağırlı bir işlemdir, n(%)	Hayır	14 (%8,0)
	Kararsızım	46 (%26,4)
	Evet	114 (%65,4)
İmplant tedavisinin sağlığıma ve vücuduma zarar verebileceğinden dolayı tehlikeli olduğunu düşünüyorum, n(%)	Hayır	37 (%21,3)
	Kararsızım	57 (%32,7)
	Evet	80 (%46,0)
İmplant tedavisini yaptırmaya korkuyorum, n(%)	Hayır	32 (%18,4)
	Kararsızım	77 (%44,2)
	Evet	65 (%37,4)
Eğer yaptıracığım hareketli protezden memnun kalmazsam implant tedavisini yaptırmayı düşünebilirim, n(%)	Hayır	22 (%12,6)
	Kararsızım	41 (%23,6)
	Evet	111 (%63,8)
Eğer maddi durumum daha iyi olsaydı implant tedavisi yaptırmayı düşünürdüm, n(%)	Hayır	24 (%13,8)
	Kararsızım	35 (%20,1)
	Evet	115 (%66,1)

3.4. MDAS ve DKS'nin Sınıflamaları ve Puan Ortalamaları

Hastalara ait Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS) ölçeği ortalaması 10,78±4,20 iken bu ölçek skoruna göre hastaların %96,0'sı düşük ve %4,0'ü yüksek anksiyete seviyesine sahipti. Hastalara ait Dental Korku Skalası (DKS) ölçeği Kaçınma, Fizyolojik Uyarılma ve Belirli Uyarılardan/Durumlardan Korkma alt boyutlarına ve ölçek toplam puanına ait ortalamalar sırasıyla 15,03±5,95, 9,52±3,81, 17,20±5,73 ve 41,75±13,30 olarak bulundu. Ayrıca DKS ölçek skoruna göre hastaların %50,0'sı düşük, %39,7'si ılımlı ve %10,3'ü ise yüksek anksiyeteli olarak sınıflandı (Çizelge 3.4.).

Çizelge 3.4. MDAS ve DKS'nin Sınıflamaları ve Puan Ortalamaları

Değişkenler		
MDAS	Ort.±SS	10,78±4,20
	Ortanca (Min-Maks)	10,00 (5,00-25,00)
MDAS, n(%)	Düşük Anksiyete Seviyesi	167 (%96,0)
	Yüksek Anksiyete Seviyesi	7 (%4,0)
Kaçınma	Ort.±SS	15,03±5,95
	Ortanca (Min-Maks)	14,00 (8,00-22,00)
Fizyolojik Uyarılma	Ort.±SS	9,52±3,81
	Ortanca (Min-Maks)	8,00 (5,00-20,00)
Belirli Uyarılardan / Durumlardan Korkma	Ort.±SS	17,20±5,73
	Ortanca (Min-Maks)	17,00 (7,00-30,00)
DKS	Ort.±SS	41,75±13,30
	Ortanca (Min-Maks)	39,50 (20,00-79,00)
DKS, n(%)	Düşük Anksiyeteli	87 (%50,0)
	İlımlı Anksiyeteli	69 (%39,7)
	Yüksek Anksiyeteli	18 (%10,3)

Ort:Ortalama, SS:Standart Sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum, MDAS:Modifiye Dental Anksiyete Skalası, DKS:Dental Korku Skalası

3.5. MDAS ve DKS ile Yaş Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Yaş ile MDAS skoru arasında negatif yönlü düşük büyüklükte ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($r=-0,192$ ve $p=0,011$). Yaş arttıkça MDAS skoru düşmekteydi. Yaş ile Kaçınma skoru arasında negatif yönlü düşük büyüklükte ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($r=-0,228$ ve $p=0,003$). Yaş arttıkça Kaçınma skoru düşmekteydi. Yaş ile Belirli Uyarılardan/Durumlardan Korkma skoru arasında negatif yönlü düşük büyüklükte

ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($r=-0,311$ ve $p<0,001$). Yaş arttıkça Belirli Uyarılardan/Durumlardan Korkma skoru düşmekteydi. Yaş ile DKS skoru arasında negatif yönlü düşük büyüklükte ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($r=-0,264$ ve $p<0,001$). Yaş arttıkça DKS skoru düşmekteydi (Çizelge 3.5.).

Çizelge 3.5. MDAS ve DKS ile Yaş Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Ölçekler		Yaş
MDAS	Korelasyon Katsayısı	-0,192
	p değeri	0,011 ^a
Kaçınma	Korelasyon Katsayısı	-0,228
	p değeri	0,003
Fizyolojik Uyarılma	Korelasyon Katsayısı	-0,084
	p değeri	0,272
Belirli Uyarılardan/Durumlardan Korkma	Korelasyon Katsayısı	-0,311
	p değeri	<0,001
DKS	Korelasyon Katsayısı	-0,264
	p değeri	<0,001 ^a

a:Spearman Korelasyon testi

3.6. MDAS Ortalaması ile Demografik Verilerin Değerlendirilmesi

Çizelge 3.6.'da MDAS skoru bakımından demografik veriler için karşılaştırmalara bakıldı ancak hiçbir değişken için anlamlı fark bulunamadı ($p>0,05$).

Çizelge 3.6. MDAS Ortalaması ile Demografik Verilerin Değerlendirilmesi

Değişkenler		MDAS		p değeri
		Ort.±SS	Ortanca (Min-Maks)	
Cinsiyet	Kadın	11,25±4,57	11,00 (5,00-25,00)	0,290 ^a
	Erkek	10,44±3,90	10,00 (5,00-22,00)	
Eğitim Durumu	İlkokul	11,29±2,69	10,00 (8,00-15,00)	0,283 ^b
	Ortaokul	9,62±3,99	9,00 (5,00-23,00)	
	Lise	11,25±4,31	11,00 (5,00-22,00)	
	Üniversite	10,58±4,04	10,00 (5,00-18,00)	
	Yükseklisans ve üstü	11,41±4,93	11,00 (5,00-25,00)	
Ortalama Gelir	Asgari Ücretin Altı	10,26±4,17	10,00 (5,00-23,00)	0,314 ^b
	Asgari Ücret	10,40±3,61	10,00 (5,00-17,00)	
	Asgari Ücret ile 12.500 TL arasında	11,45±4,19	11,50 (5,00-20,00)	
	12.500 TL ve Üzerinde	11,59±4,64	11,00 (5,00-25,00)	

Ort:Ortalama, SS:Standart Sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum, a:Mann-Whitney U testi, b:Kruskal Wallis H testi

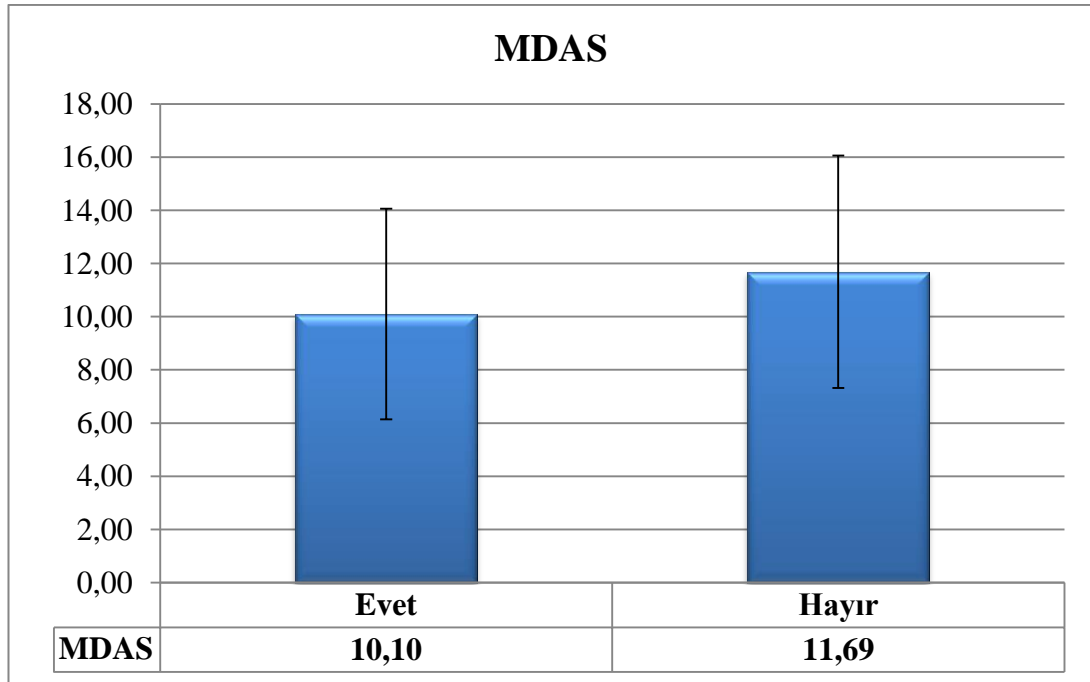
3.7. MDAS Ortalaması ile A Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi

Çizelge 3.7.'de MDAS skoru bakımından A grubundaki sorular için karşılaştırmalara bakıldı, “Daha önce hareketli protez kullandınız mı?” ve “Covid-19 pandemisinin dış tedavisi yaptırmanız hakkında endişe ve korkularınızı arttırdığını düşünüyor musunuz?” sorularına verilen cevaplar bakımından anlamlı fark bulundu (sırasıyla p=0,011 ve p=0,008). “Daha önce hareketli protez kullandınız mı?” sorusuna hayır cevabı verenlerin MDAS skoru ortalaması 11,69±4,37 iken bu ortalama evet cevabı veren hastalarda 10,10±3,96 olarak bulundu ve dağılım Şekil 3.1.'de verildi. “Covid-19 pandemisinin dış tedavisi yaptırmanız hakkında endişe ve korkularınızı arttırdığını düşünüyor musunuz?” sorusuna evet cevabı verenlerin MDAS skoru ortalaması hayır cevabı verenlerden anlamlı düzeyde yüksekti ve dağılım Şekil 3.2.'de verildi.

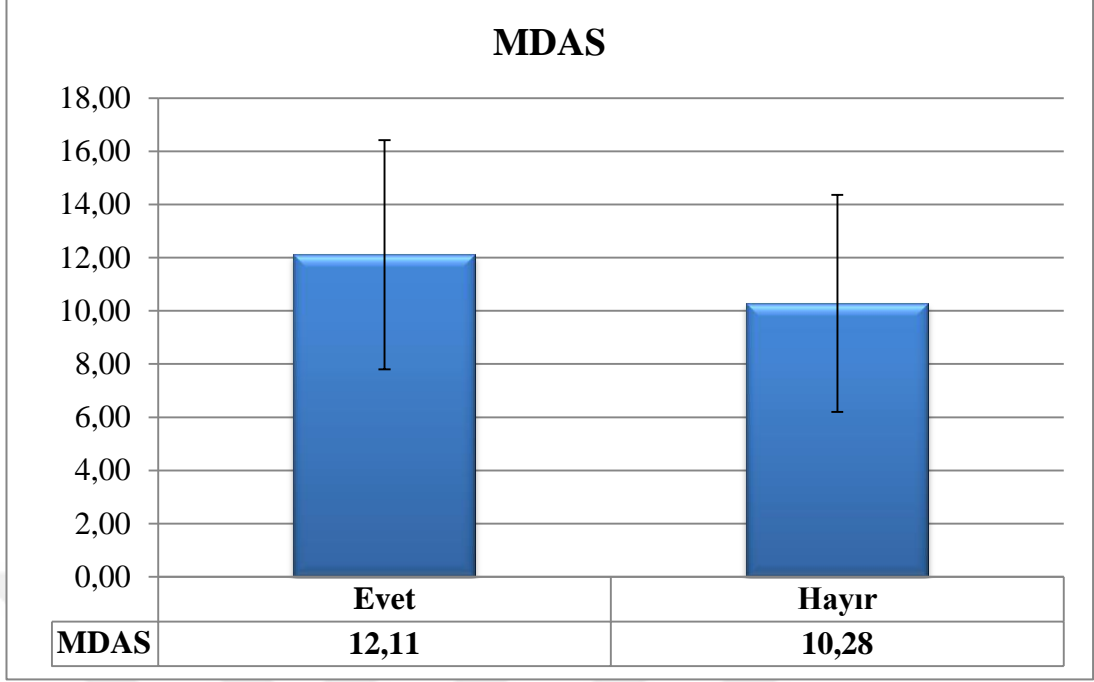
Çizelge 3.7. MDAS Ortalaması ile A Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi

Değişkenler		MDAS		p değeri
		Ort.±SS	Ortanca (Min-Maks)	
Daha önce hareketli protez kullandınız mı?	Evet	10,10±3,96	10,00 (5,00-23,00)	0,011^a
	Hayır	11,69±4,37	12,00 (5,00-25,00)	
Eskiden kullandığınız hareketli protezinizden genel olarak memnun muydunuz?	Evet	10,59±3,68	10,00 (5,00-20,00)	0,084 ^a
	Hayır	9,48±4,26	9,00 (5,00-23,00)	
İmplant tedavisi hakkında bilginiz var mı?	Evet	10,95±4,26	10,00 (5,00-25,00)	0,221 ^a
	Hayır	9,86±3,82	9,00 (5,00-19,00)	
Covid-19 pandemisinin dış tedavisi yaptırmanız hakkında endişe ve korkularınızı arttırdığını düşünüyor musunuz?	Evet	12,11±4,31	12,00 (5,00-25,00)	0,008^a
	Hayır	10,28±4,08	10,00 (5,00-23,00)	

Ort:Ortalama, SS:Standart Sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum, a:Mann-Whitney U testi



Şekil 3.1. “Daha önce hareketli protez kullandınız mı?” sorusuna verilen cevaplara göre MDAS ölçeği puanlarının dağılımı



Şekil 3.2. “Covid-19 pandemisinin dış tedavisi yaptırmanız hakkında endişe ve korkularınızı arttırdığını düşünüyor musunuz?” sorusuna verilen cevaplara göre MDAS ölçeği puanlarının dağılımı

3.8. MDAS Ortalaması ile B Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi

Çizelge 3.8.’de MDAS skoru bakımından B grubundaki maddeler için karşılaştırmalara bakıldı, “İmplant tedavisini yaptırmamamın hekimime olan güvenimle ilgisi yoktur”, “İmplant tedavisi hakkında sahip olduğum bilgiler genel olarak olumsuz yöndedir” ve “İmplant tedavisinin bende başarılı olacağına inanmıyorum” maddelerine verilen cevaplar hariç tüm maddeler için anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$). “İmplant tedavisi ve sonrasındaki protez yapılma süreci hakkında hekimim tarafından yeterince bilgilendirildim” maddesine hayır cevabı verenlerin MDAS skoru ortalaması $11,63 \pm 4,62$ iken bu ortalama karasızım cevabı veren hastalarda $11,73 \pm 3,96$ ve evet cevabı veren hastalarda $9,60 \pm 3,72$ olarak bulundu ve dağılım Şekil 3.3.’te verildi. “İmplant tedavisi uzun süreceğinden dolayı yaptırmak istemiyorum” maddesi için en yüksek MDAS skoru ortalaması hayır cevabı veren hastalarda, en düşük MDAS skoru ortalaması ise bu soruya evet cevabı veren hastalarda bulundu ve dağılım Şekil 3.4.’te verildi.

“İmplant tedavisinin cerrahi bir işlem olması beni rahatsız ediyor” maddesine hayır cevabı verenlerin MDAS skoru ortalaması $9,36 \pm 4,51$ iken bu ortalama karasızım cevabı veren hastalarda $10,22 \pm 3,74$ ve evet cevabı veren hastalarda $11,28 \pm 4,22$ olarak bulundu ve dağılım Şekil 3.5.’te verildi. “İmplant tedavisi ağırlı bir işlemdir” maddesi için en yüksek MDAS skoru ortalaması evet cevabı veren hastalarda, en düşük MDAS skoru ortalaması ise

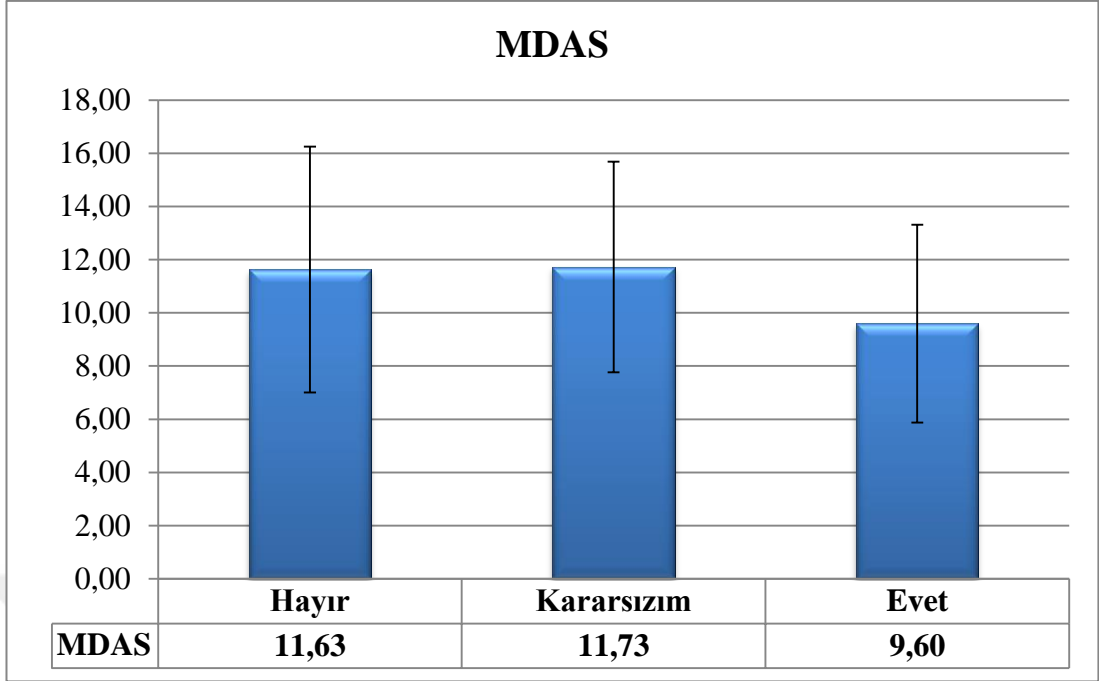
bu maddeye hayır cevabı veren hastalarda bulundu ve dağılım Şekil 3.6.'da verildi. “İmplant tedavisinin sağlığıma ve vücuduma zarar verebileceğinden dolayı tehlikeli olduğunu düşünüyorum” maddesi için en yüksek MDAS skoru ortalaması karasızım cevabı veren hastalarda, en düşük MDAS skoru ortalaması ise bu maddeye hayır cevabı veren hastalarda bulundu ve dağılım Şekil 3.7.'de verildi (Çizelge 3.8.).

“İmplant tedavisini yaptırmaya korkuyorum” maddesine hayır cevabı verenlerin MDAS skoru ortalaması $8,78 \pm 4,29$ iken bu ortalama karasızım cevabı veren hastalarda $10,91 \pm 3,62$ ve evet cevabı veren hastalarda $11,60 \pm 4,54$ olarak bulundu ve dağılım Şekil 3.8.'de verildi. “Eğer yaptıracağım hareketli protezden memnun kalmazsam implant tedavisini yaptırmayı düşünebilirim” maddesi için en yüksek MDAS skoru ortalaması karasızım cevabı veren hastalarda, en düşük MDAS skoru ortalaması ise bu maddeye hayır cevabı veren hastalarda bulundu ve dağılım Şekil 3.9.'da verildi. “Eğer maddi durumum daha iyi olsaydı implant tedavisi yaptırmayı düşünürdüm” maddesi için en yüksek MDAS skoru ortalaması karasızım cevabı veren hastalarda, en düşük MDAS skoru ortalaması ise bu maddeye hayır cevabı veren hastalarda bulundu ve dağılım Şekil 3.10.'da verildi (Çizelge 3.8.).

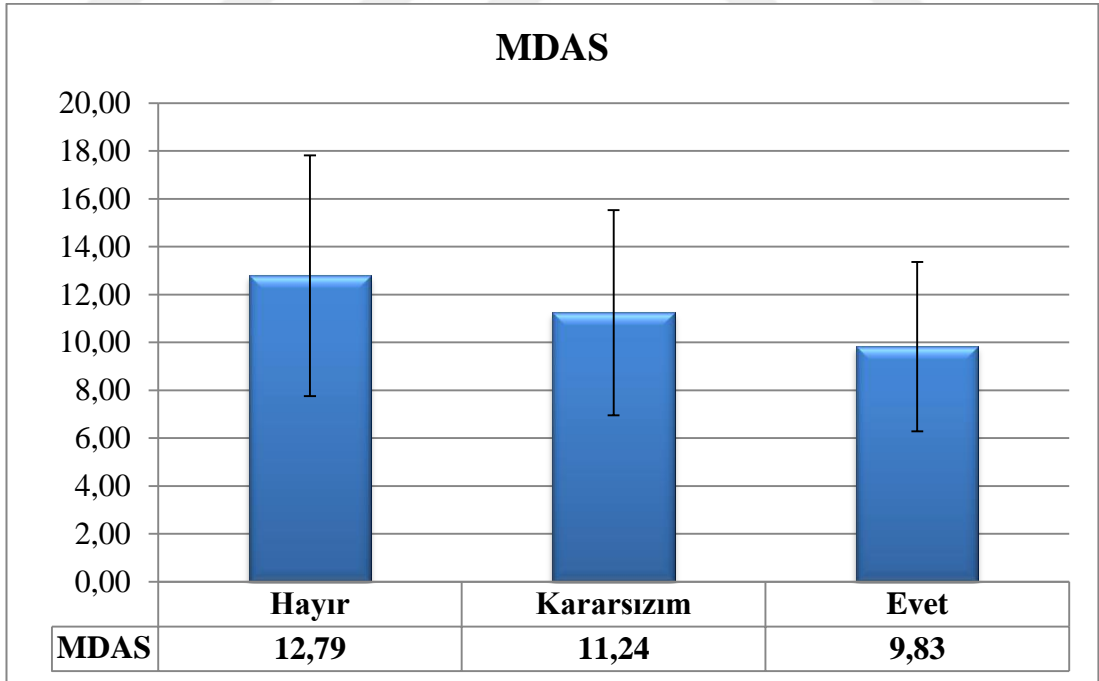
Çizelge 3.8. MDAS Ortalaması ile B Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi

Değişkenler		MDAS		P değeri
		Ort.±SS	Ortanca (Min-Maks)	
İmplant tedavisi ve sonrasındaki protez yapılma süreci hakkında hekimim tarafından yeterince bilgilendirildim	Hayır	11,63±4,62	10,00 (5,00-25,00)	0,007 ^a
	Kararsızım	11,73±3,96	12,00 (5,00-20,00)	
	Evet	9,60±3,72	9,00 (5,00-20,00)	
İmplant tedavisini yaptırmamamın hekimime olan güvenimle ilgisi yoktur	Hayır	11,23±4,50	10,00 (5,00-25,00)	0,096 ^a
	Kararsızım	11,37±3,84	11,00 (5,00-22,00)	
	Evet	9,96±4,17	9,50 (5,00-20,00)	
İmplant tedavisi uzun süreceğinden dolayı yaptırmak istemiyorum	Hayır	12,79±5,03	12,00 (5,00-25,00)	0,007 ^a
	Kararsızım	11,24±4,29	11,00 (5,00-23,00)	
	Evet	9,83±3,54	10,00 (5,00-18,00)	
İmplant tedavisi hakkında sahip olduğum bilgiler genel olarak olumsuz yöndedir	Hayır	10,27±4,35	10,00 (5,00-23,00)	0,394 ^a
	Kararsızım	10,91±3,98	10,00 (5,00-22,00)	
	Evet	11,27±4,41	10,00 (5,00-25,00)	
İmplant tedavisinin bende başarılı olacağına inanmıyorum	Hayır	9,61±4,41	9,00 (5,00-23,00)	0,101 ^a
	Kararsızım	11,08±3,95	11,00 (5,00-20,00)	
	Evet	11,02±4,27	10,00 (5,00-25,00)	
İmplant tedavisinin cerrahi bir işlem olması beni rahatsız ediyor	Hayır	9,36±4,51	9,00 (5,00-23,00)	0,038 ^a
	Kararsızım	10,22±3,74	10,00 (5,00-20,00)	
	Evet	11,28±4,22	11,00 (5,00-25,00)	
İmplant tedavisi ağırlı bir işlemdir	Hayır	7,86±3,90	6,50 (5,00-20,00)	0,004 ^a
	Kararsızım	10,46±4,19	10,00 (5,00-23,00)	
	Evet	11,26±4,12	11,00 (5,00-25,00)	
İmplant tedavisinin sağlığıma ve vücuduma zarar verebileceğinden dolayı tehlikeli olduğunu düşünüyorum	Hayır	9,16±4,03	8,00 (5,00-23,00)	0,010 ^a
	Kararsızım	11,40±4,04	11,00 (5,00-20,00)	
	Evet	11,08±4,26	10,00 (5,00-25,00)	
İmplant tedavisini yaptırmaya korkuyorum	Hayır	8,78±4,29	7,00 (5,00-20,00)	0,003 ^a
	Kararsızım	10,91±3,62	11,00 (5,00-23,00)	
	Evet	11,60±4,54	10,00 (5,00-25,00)	
Eğer yaptıracağım hareketli protezden memnun kalmazsam implant tedavisini yaptırmayı düşünebilirim	Hayır	9,18±5,43	7,50 (5,00-25,00)	0,009 ^a
	Kararsızım	11,88±4,43	11,00 (5,00-23,00)	
	Evet	10,68±3,75	10,00 (5,00-22,00)	
Eğer maddi durumum daha iyi olsaydı implant tedavisi yaptırmayı düşünürdüm	Hayır	8,96±5,15	7,00 (5,00-25,00)	0,005 ^a
	Kararsızım	11,89±4,34	11,00 (5,00-23,00)	
	Evet	10,82±3,84	10,00 (5,00-22,00)	

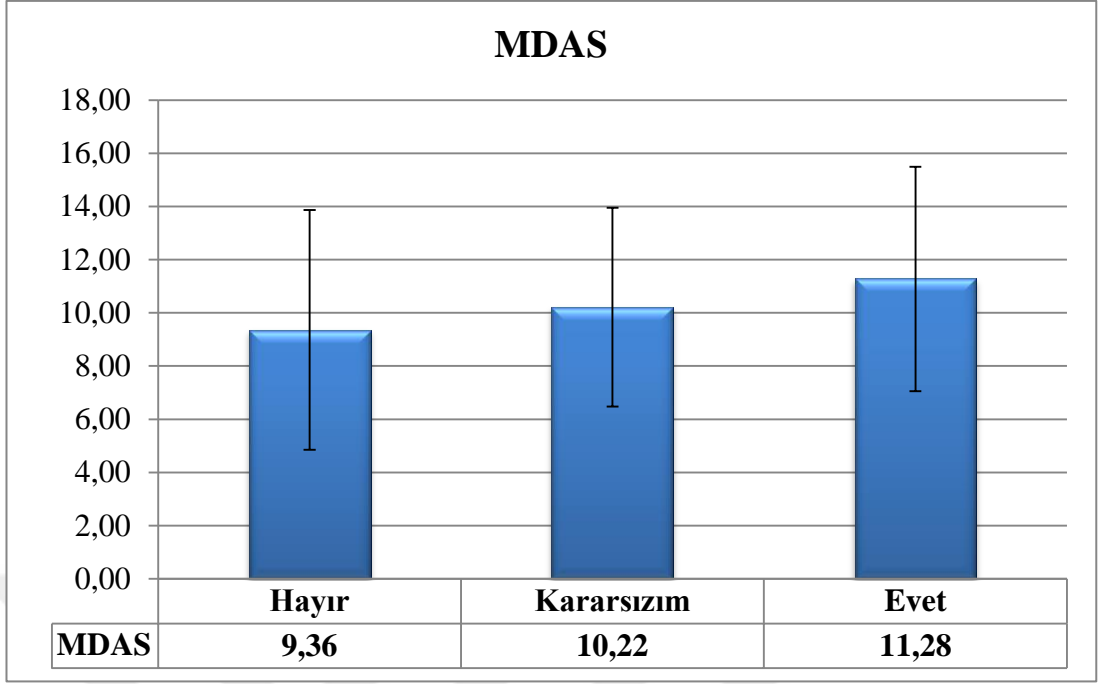
Ort:Ortalama, SS:Standart Sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum, a:Kruskal Wallis H testi



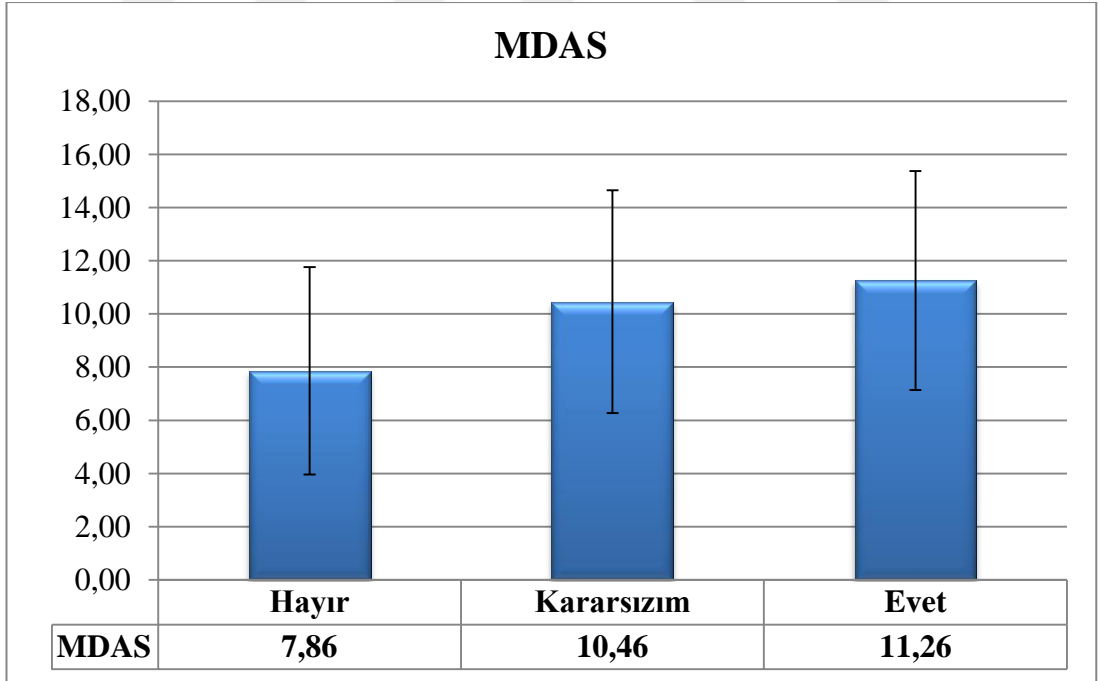
Şekil 3.3. “İmplant tedavisi ve sonrasında protez yapılma süreci hakkında hekimim tarafından yeterince bilgilendirildim” sorusuna verilen cevaplara göre MDAS ölçeği puanlarının dağılımı



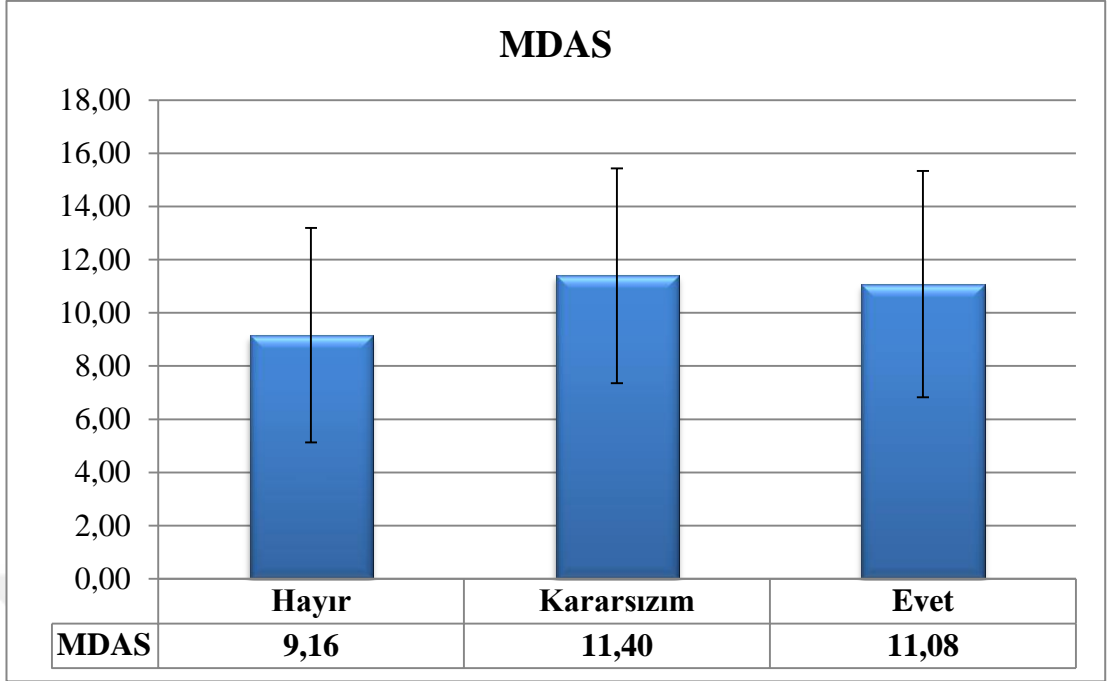
Şekil 3.4. “İmplant tedavisi uzun süreceğinden dolayı yaptırmak istemiyorum” sorusuna verilen cevaplara göre MDAS ölçeği puanlarının dağılımı



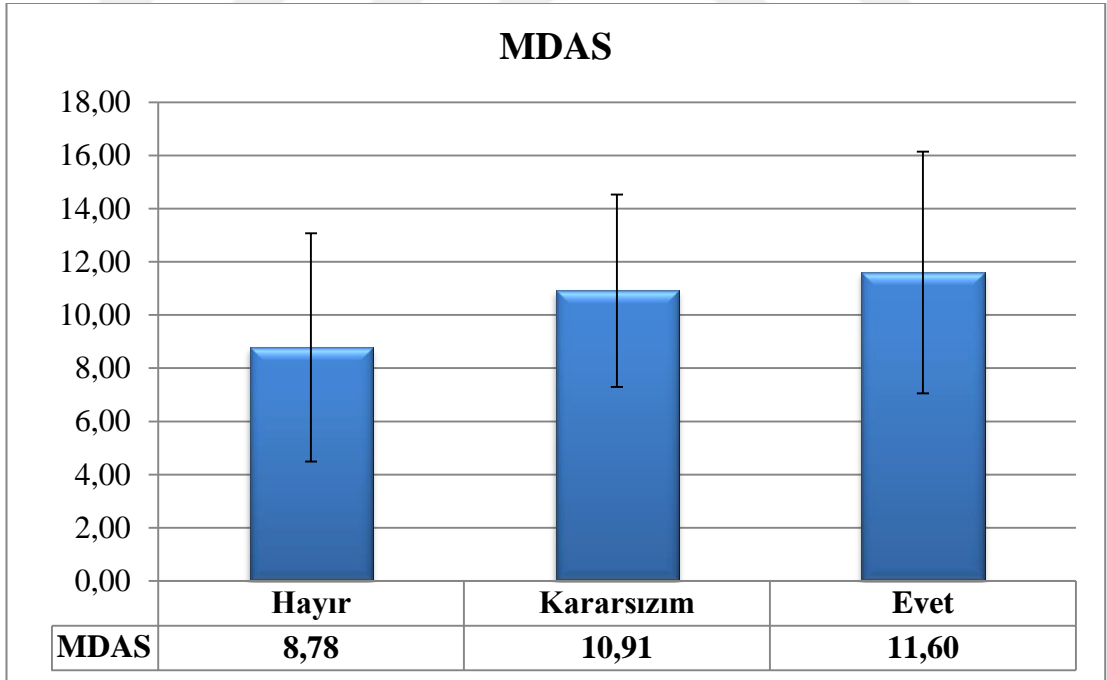
Şekil 3.5. “İmplant tedavisinin cerrahi bir işlem olması beni rahatsız ediyor” sorusuna verilen cevaplara göre MDAS ölçeği puanlarının dağılımı



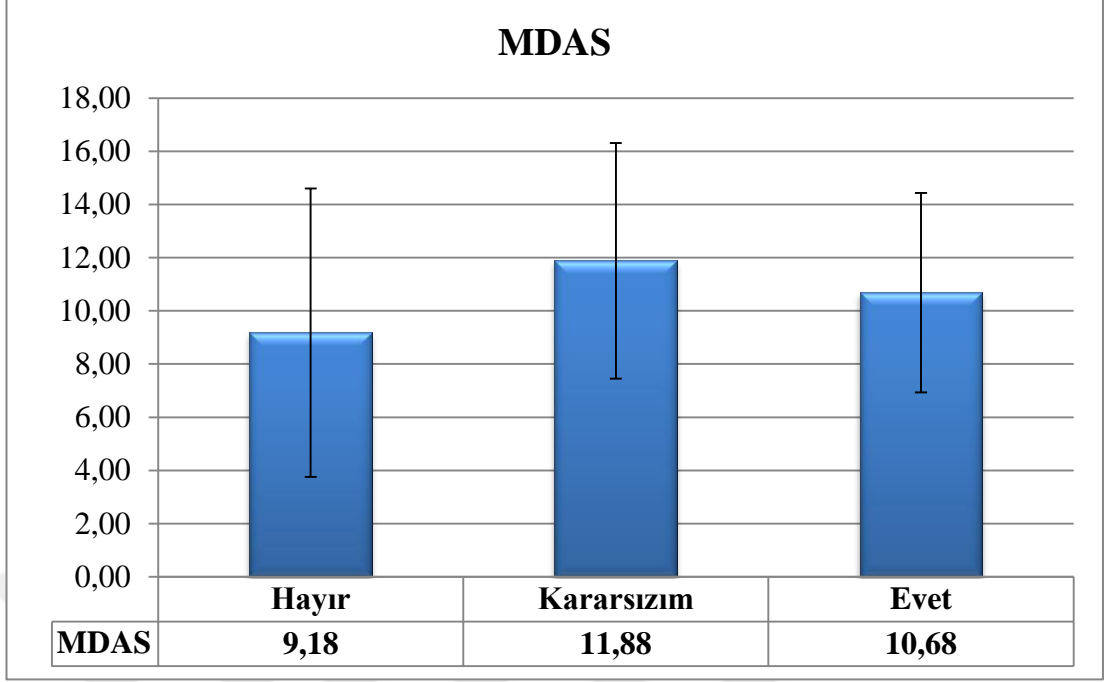
Şekil 3.6. “İmplant tedavisi ağırlı bir işlemdir” sorusuna verilen cevaplara göre MDAS ölçeği puanlarının dağılımı



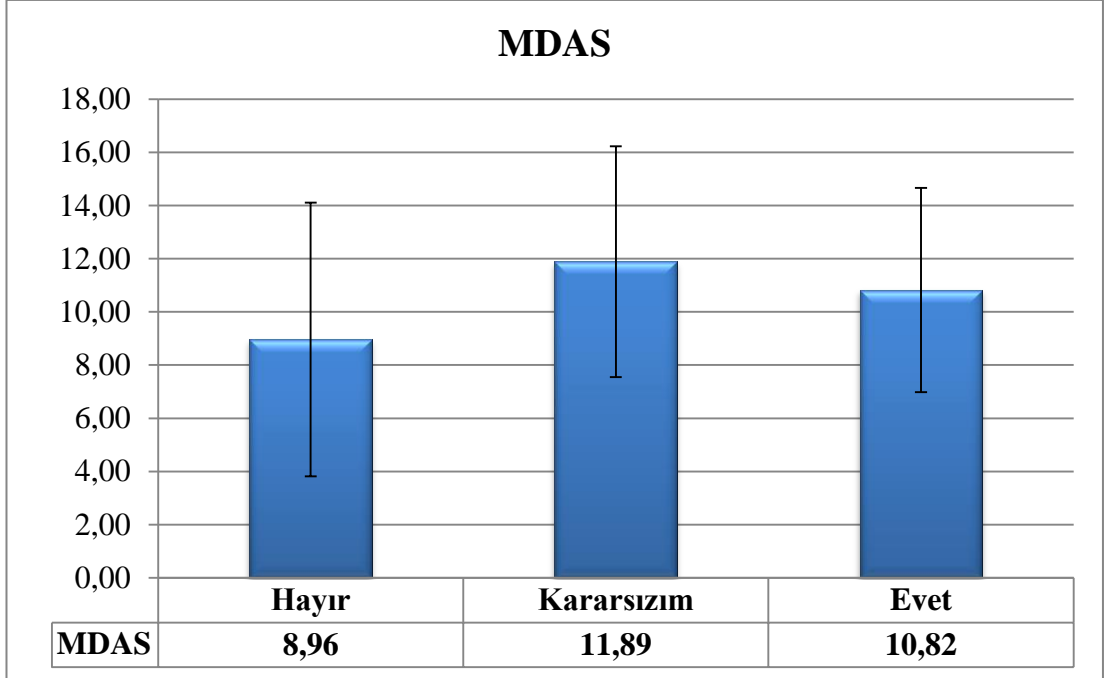
Şekil 3.7. “İmplant tedavisinin sağlığıma ve vücuduma zarar verebileceğinden dolayı tehlikeli olduğunu düşünüyorum” sorusuna verilen cevaplara göre MDAS ölçeği puanlarının dağılımı



Şekil 3.8. “İmplant tedavisini yaptırmaya korkuyorum” sorusuna verilen cevaplara göre MDAS ölçeği puanlarının dağılımı



Şekil 3.9. “Eğer yaptıracağım hareketli protezden memnun kalmazsam implant tedavisini yaptırmayı düşünebilirim” sorusuna verilen cevaplara göre MDAS ölçeği puanlarının dağılımı



Şekil 3.10. “Eğer maddi durumum daha iyi olsaydı implant tedavisi yaptırmayı düşünürdüm” sorusuna verilen cevaplara göre MDAS ölçeği puanlarının dağılımı

3.9. MDAS Sınıflaması ile Demografik Verilerin Değerlendirilmesi

Çizelge 3.9.'da MDAS skoru sınıflaması ile demografik veriler için karşılaştırmalara bakıldı ancak hiçbir değişken ile MDAS skoru sınıflaması bakımından anlamlı fark bulunamadı ($p>0,05$).

Çizelge 3.9. MDAS Sınıflaması ile Demografik Verilerin Değerlendirilmesi

Değişkenler		MDAS		p değeri
		Düşük Anksiyete	Yüksek Anksiyete	
Yaş	Ort.±SS	60,22±10,64	60,14±14,78	0,985 ^a
	Ortanca (Min-Maks)	60,00 (31,00-93,00)	61,00 (42,00-84,00)	
Cinsiyet, n(%)	Kadın	69 (%94,5)	4 (%5,5)	0,455 ^b
	Erkek	98 (%97,0)	3 (%3,0)	
Eğitim Durumu, n(%)	İlkokul	7 (%100,0)	0 (%0,0)	0,467 ^b
	Ortaokul	36 (%97,3)	1 (%2,7)	
	Lise	70 (%93,3)	5 (%6,7)	
	Üniversite	38 (%100,0)	0 (%0,0)	
	Yüksek lisans ve üstü	16 (%94,1)	1 (%5,9)	
Ortalama Gelir, n(%)	Asgari Ücretin Altı	70 (%95,9)	3 (%4,1)	0,523 ^b
	Asgari Ücret	35 (%100,0)	0 (%0,0)	
	Asgari Ücret ile 12.500 TL arasında	19 (%95,0)	1 (%5,0)	
	12.500 TL ve Üzerinde	43 (%93,5)	3 (%6,5)	

Ort:Ortalama, SS:Standart Sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum, a:Student-t testi, b:Fisher-exact testi

3.10. MDAS Sınıflaması ile A Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi

Çizelge 3.10.'da MDAS skoru sınıflaması ile A grubundaki sorular için karşılaştırmalara bakıldı ancak hiçbir değişken ile MDAS skoru sınıflaması bakımından anlamlı fark bulunamadı ($p>0,05$).

Çizelge 3.10. MDAS Sınıflaması ile A Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi

Değişkenler		MDAS		P değeri
		Düşük Anksiyete	Yüksek Anksiyete	
Daha önce hareketli protez kullandınız mı?, n(%)	Evet	96 (%96,0)	4 (%4,0)	1,000 ^a
	Hayır	71 (%95,9)	3 (%4,1)	
Eskiden kullandığınız hareketli protezinizden genel olarak memnun muydunuz?, n(%)	Evet	54 (%96,4)	2 (%3,6)	1,000 ^a
	Hayır	42 (%95,5)	2 (%4,5)	
İmplant tedavisi hakkında bilginiz var mı?, n(%)	Evet	140 (%95,9)	6 (%4,1)	1,000 ^a
	Hayır	27 (%96,4)	1 (%3,6)	
Covid-19 pandemisinin diş tedavisi yaptırmanız hakkında endişe ve korkularınızı arttırdığını düşünüyor musunuz?, n(%)	Evet	46 (%97,9)	1 (%2,1)	0,676 ^a
	Hayır	121 (%95,3)	6 (%4,7)	

a: Fisher-exact testi

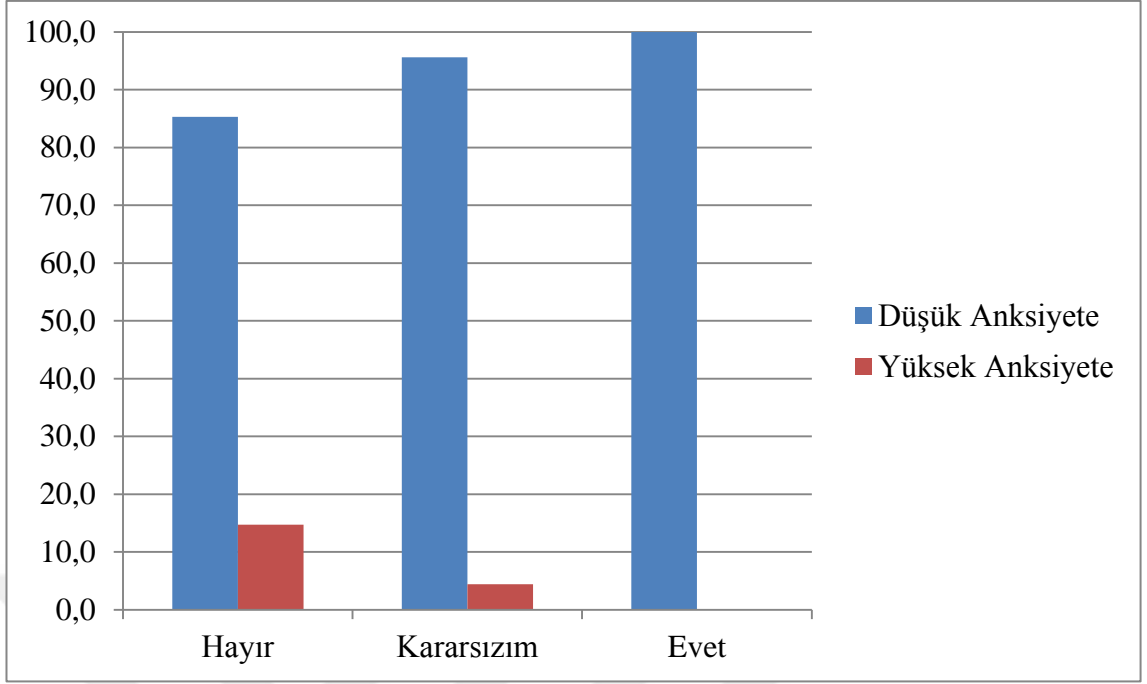
3.11. MDAS Sınıflaması ile B Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi

Çizelge 3.11.'de MDAS skoru sınıflaması ile B grubundaki sorular için karşılaştırmalara bakıldı, "İmplant tedavisi uzun süreceğinden dolayı yaptırmak istemiyorum" ve "Eğer yaptıracığım hareketli protezden memnun kalmazsam implant tedavisini yaptırmayı düşünebilirim" maddeleri ile MDAS skoru sınıflaması arasında anlamlı fark bulundu (sırasıyla $p=0,001$ ve $p=0,028$). "İmplant tedavisi uzun süreceğinden dolayı yaptırmak istemiyorum" maddesine hayır cevabı veren hastaların %14,7'si, kararsızım cevabı verenlerin %4,4'ü yüksek anksiyeteye sahipken, bu maddeye evet cevabı veren hastaların hiçbiri yüksek anksiyeteye sahip değildi ve dağılım Şekil 3.11.'de verildi. "Eğer yaptıracığım hareketli protezden memnun kalmazsam implant tedavisini yaptırmayı düşünebilirim" maddesine hayır cevabı veren hastaların %13,6'sı, kararsızım cevabı verenlerin %4,9'u ve evet cevabı veren hastaların ise %1,8'i yüksek anksiyeteye sahipti ve dağılım Şekil 3.12.'de verildi.

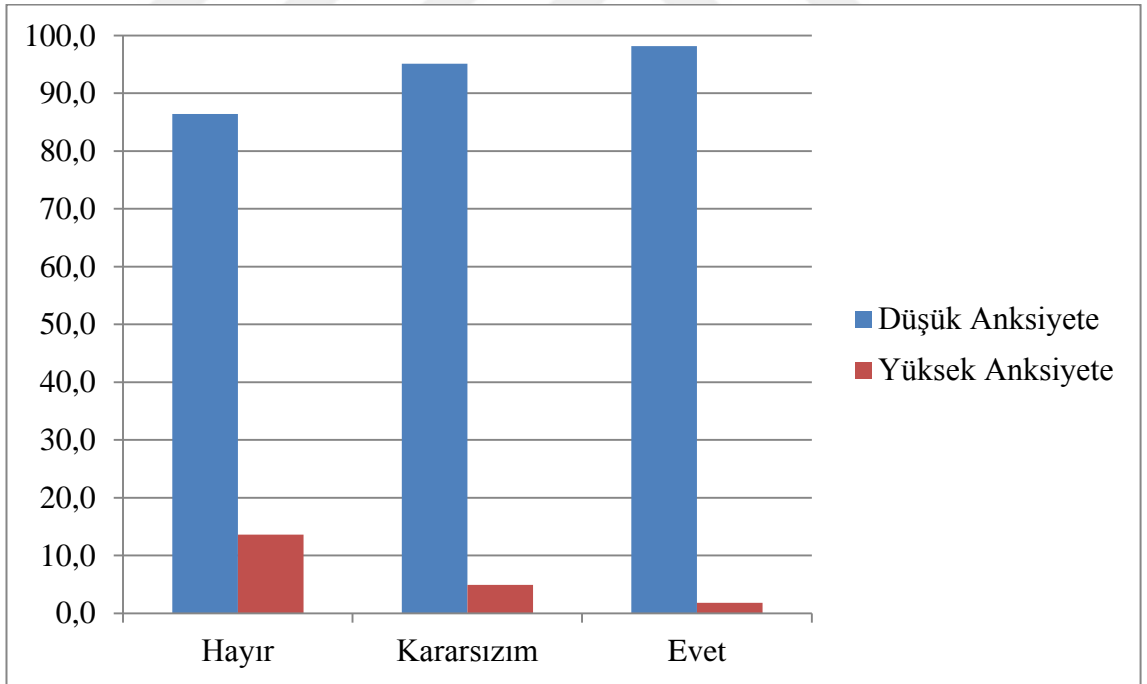
Çizelge 3.11. MDAS Sınıflaması ile B Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi

Değişkenler		MDAS		p değeri
		Düşük Anksiyete	Yüksek Anksiyete	
İmplant tedavisi ve sonrasındaki protez yapılma süreci hakkında hekimim tarafından yeterince bilgilendirildim, n(%)	Hayır	54 (%91,5)	5 (%8,5)	0,156 ^a
	Kararsızım	39 (%97,5)	1 (%2,5)	
	Evet	74 (%98,7)	1 (%1,3)	
İmplant tedavisini yaptırmamamın hekimime olan güvenimle ilgisi yoktur, n(%)	Hayır	49 (%94,2)	3 (%5,8)	0,799 ^a
	Kararsızım	52 (%96,3)	2 (%3,7)	
	Evet	66 (%97,1)	2 (%2,9)	
İmplant tedavisi uzun süreceğinden dolayı yaptırmak istemiyorum, n(%)	Hayır	29 (%85,3)	5 (%14,7)	0,001 ^a
	Kararsızım	43 (%95,6)	2 (%4,4)	
	Evet	95 (%100,0)	0 (%0,0)	
İmplant tedavisi hakkında sahip olduğum bilgiler genel olarak olumsuz yöndedir, n(%)	Hayır	56 (%94,9)	3 (%5,1)	0,696 ^a
	Kararsızım	72 (%97,3)	2 (%2,7)	
	Evet	39 (%95,1)	2 (%4,9)	
İmplant tedavisinin bende başarılı olacağına inanmıyorum n(%)	Hayır	32 (%97,0)	1 (%3,0)	0,418 ^a
	Kararsızım	59 (%98,3)	1 (%1,7)	
	Evet	76 (%93,8)	5 (%6,2)	
İmplant tedavisinin cerrahi bir işlem olması beni rahatsız ediyor, n(%)	Hayır	23 (%92,0)	2 (%8,0)	0,522 ^a
	Kararsızım	36 (%97,3)	1 (%2,7)	
	Evet	108 (%96,4)	4 (%3,6)	
İmplant tedavisi ağırlı bir işlemdir, n(%)	Hayır	13 (%92,9)	1 (%7,1)	0,557 ^a
	Kararsızım	44 (%95,7)	2 (%4,3)	
	Evet	110 (%96,5)	4 (%3,5)	
İmplant tedavisinin sağlığıma ve vücuduma zarar verebileceğinden dolayı tehlikeli olduğunu düşünüyorum, n(%)	Hayır	35 (%94,6)	2 (%5,4)	0,609 ^a
	Kararsızım	56 (%98,2)	1 (%1,8)	
	Evet	76 (%95,0)	4 (%5,0)	
İmplant tedavisini yaptırmaya korkuyorum, n(%)	Hayır	30 (%93,8)	2 (%6,2)	0,223 ^a
	Kararsızım	76 (%98,7)	1 (%1,3)	
	Evet	61 (%93,8)	4 (%6,2)	
Eğer yaptıracağım hareketli protezden memnun kalmazsam implant tedavisini yaptırmayı düşünebilirim, n(%)	Hayır	19 (%86,4)	3 (%13,6)	0,028 ^a
	Kararsızım	39 (%95,1)	2 (%4,9)	
	Evet	109 (%98,2)	2 (%1,8)	
Eğer maddi durumum daha iyi olsaydı implant tedavisi yaptırmayı düşünürdüm, n(%)	Hayır	22 (%91,7)	2 (%8,3)	0,194 ^a
	Kararsızım	33 (%94,3)	2 (%5,7)	
	Evet	112 (%97,4)	3 (%2,6)	

a: Fisher-exact testi



Şekil 3.11. “İmplant tedavisi uzun süreceğinden dolayı yaptırmak istemiyorum” sorusuna verilen cevaplara göre MDAS ölçeği puanlarının dağılımı



Şekil 3. 22. “Eğer yaptıracağım hareketli protezden memnun kalmazsam implant tedavisini yaptırmayı düşünebilirim” sorusuna verilen cevaplara göre MDAS ölçeği puanlarının dağılımı

3.12. DKS Ortalaması ile Demografik Verilerin Değerlendirilmesi

Çizelge 3.12.'de DKS skoru bakımından demografik veriler için karşılaştırmalara bakıldı ancak hiçbir değişken için anlamlı fark bulunamadı ($p>0,05$).

Çizelge 3.12. DKS Ortalaması ile Demografik Verilerin Değerlendirilmesi

Değişkenler		DKS		p değeri
		Ort.±SS	Ortanca (Min-Maks)	
Cinsiyet	Kadın	44,10±14,84	40,00 (20,00-79,00)	0,129 ^a
	Erkek	40,06±11,87	39,00 (20,00-70,00)	
Eğitim Durumu	İlkokul	45,14±6,39	47,00 (37,00-53,00)	0,389 ^b
	Ortaokul	38,27±10,39	37,00 (20,00-68,00)	
	Lise	41,93±12,13	40,00 (22,00-79,00)	
	Üniversite	43,42±15,70	40,00 (21,00-78,00)	
	Yükseklisans ve üstü	43,41±19,03	39,00 (20,00-79,00)	
Ortalama Gelir	Asgari Ücretin Altı	39,75±11,11	38,00 (20,00-70,00)	0,553 ^b
	Asgari Ücret	41,11±10,51	40,00 (22,00-60,00)	
	Asgari Ücret ile 12.500 TL arasında	44,50±14,03	42,50 (24,00-79,00)	
	12.500 TL ve Üzerinde	44,22±17,31	40,50 (20,00-79,00)	

Ort:Ortalama, SS:Standart Sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum, a:Mann-Whitney U testi, b:Kruskal Wallis H testi

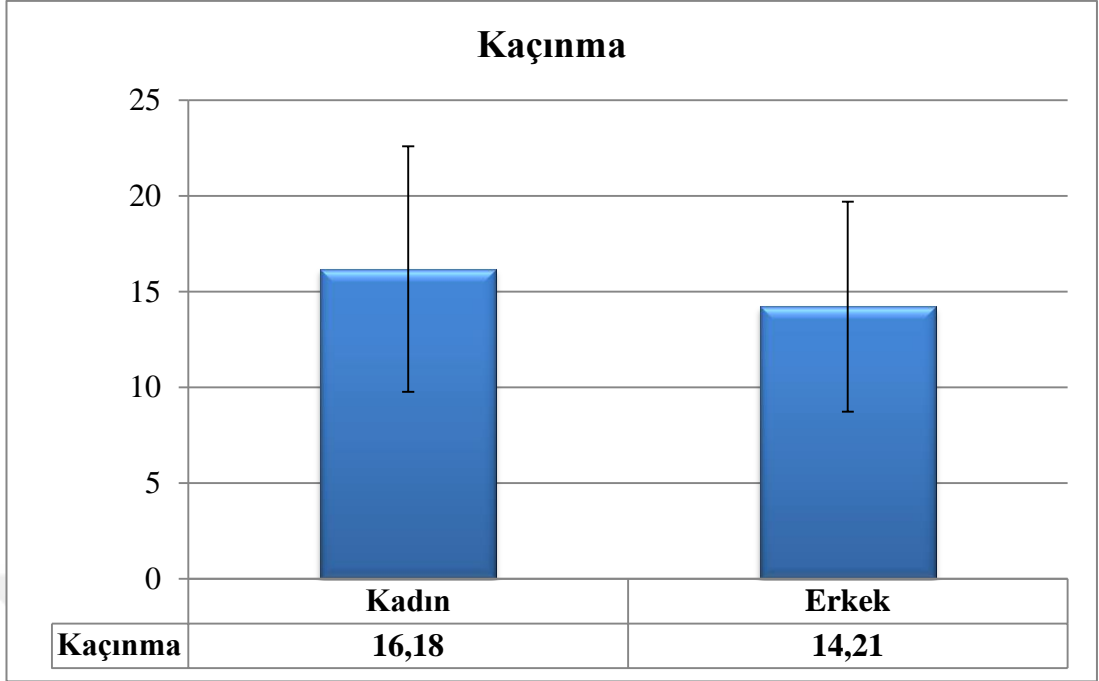
3.13. DKS Alt Boyutları Ortalaması ile Demografik Verilerin Değerlendirilmesi

DKS Kaçınma ve Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma alt boyutları için cinsiyet bakımından anlamlı fark bulundu (sırasıyla $p=0,035$ ve $p=0,043$). Kaçınma skoru kadın hastalarda $16,18±6,41$ iken bu skor erkek hastalarda $14,21±5,49$ olarak bulundu ve dağılım Şekil 3.13.'te verildi. Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma skoru kadın hastalarda anlamlı düzeyde yüksekti ve dağılımı Şekil 3.14.'te verildi.

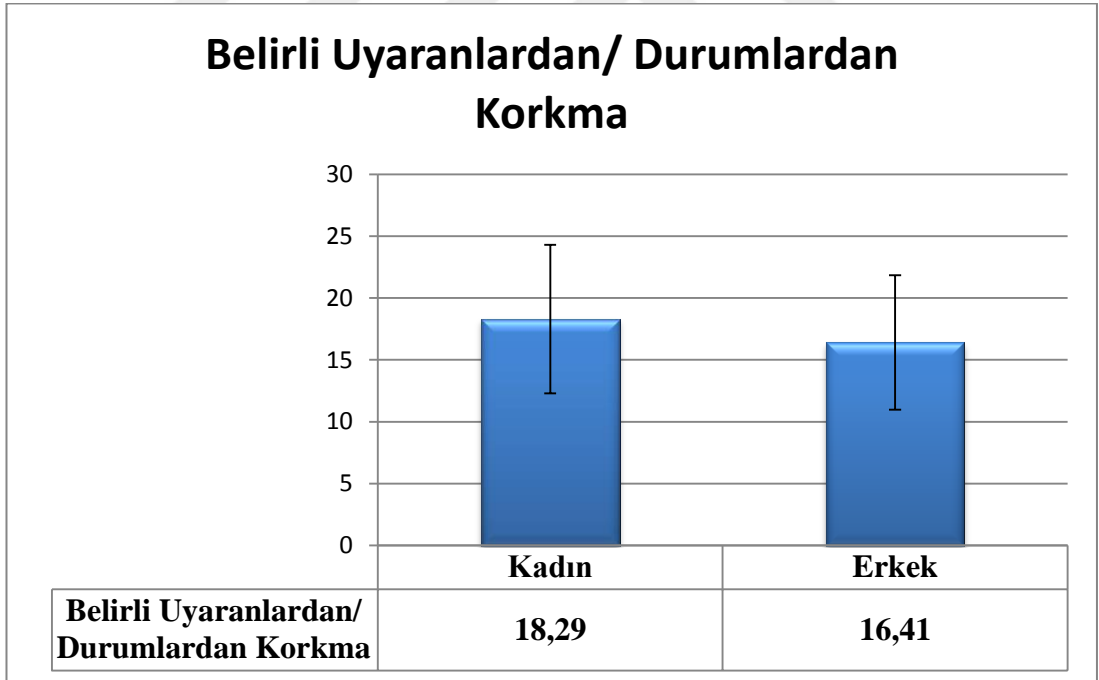
Çizelge 3.13. DKS Alt Boyutları Ortalaması ile Demografik Verilerin Değerlendirilmesi

Değişkenler		Kaçınma		p değeri	Fizyolojik Uyarılma		p değeri	Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma		p değeri
		Ort.±SS	Ortanca (Min-Maks)		Ort.±SS	Ortanca (Min-Maks)		Ort.±SS	Ortanca (Min-Maks)	
Cinsiyet	Kadın	16,18±6,41	14,00 (8,00-32,00)	0,035 ^a	9,63±4,04	8,00 (5,00-20,00)	0,940 ^a	18,29±6,00	18,00 (7,00-30,00)	0,043 ^a
	Erkek	14,21±5,49	12,00 (8,00-32,00)		9,45±3,66	9,00 (5,00-20,00)		16,41±5,43	16,00 (7,00-29,00)	
Eğitim Durumu	İlkokul	15,43±4,79	13,00 (11,00-23,00)	0,610 ^b	10,86±5,30	8,00 (5,00-20,00)	0,832 ^b	18,86±2,34	19,00 (15,00-21,00)	0,364 ^b
	Ortaokul	13,76±5,27	13,00 (8,00-27,00)		8,86±3,05	8,00 (5,00-16,00)		15,65±4,83	15,00 (7,00-28,00)	
	Lise	14,89±5,58	14,00 (8,00-31,00)		9,65±3,64	8,00 (5,00-20,00)		17,39±5,39	17,00 (7,00-28,00)	
	Üniversite	15,82±6,34	14,00 (8,00-31,00)		9,61±4,02	9,00 (5,00-17,00)		18,00±6,68	17,00 (7,00-30,00)	
	Yükseklisans ve üstü	16,53±8,23	14,00 (8,00-32,00)		9,65±5,01	8,00 (5,00-19,00)		17,24±7,43	16,00 (7,00-29,00)	
Ortalama Gelir	Asgari Ücretin Altı	13,90±4,96	13,00 (8,00-26,00)	0,316 ^b	9,33±3,33	8,00 (5,00-20,00)	0,989 ^b	16,52±5,00	16,00 (7,00-28,00)	0,442 ^b
	Asgari Ücret	14,74±5,08	14,00 (8,00-27,00)		9,66±4,11	9,00 (5,00-20,00)		16,71±5,24	16,00 (8,00-26,00)	
	Asgari Ücret ile 12.500 TL arasında	16,10±6,46	14,00 (9,00-31,00)		9,50±3,41	8,50 (5,00-20,00)		18,90±5,76	19,50 (9,00-29,00)	
	12.500 TL ve Üzerinde	16,59±7,40	14,00 (8,00-32,00)		9,74±4,51	8,50 (5,00-19,00)		17,89±7,00	17,00 (7,00-30,00)	

Ort:Ortalama, SS:Standart Sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum, a:Mann-Whitney U testi, b:Kruskal Wallis H testi



Şekil 3.13. Cinsiyet için Kaçınma Skorunun Dağılımı



Şekil 3.34. Cinsiyet için Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma Skorunun Dağılımı

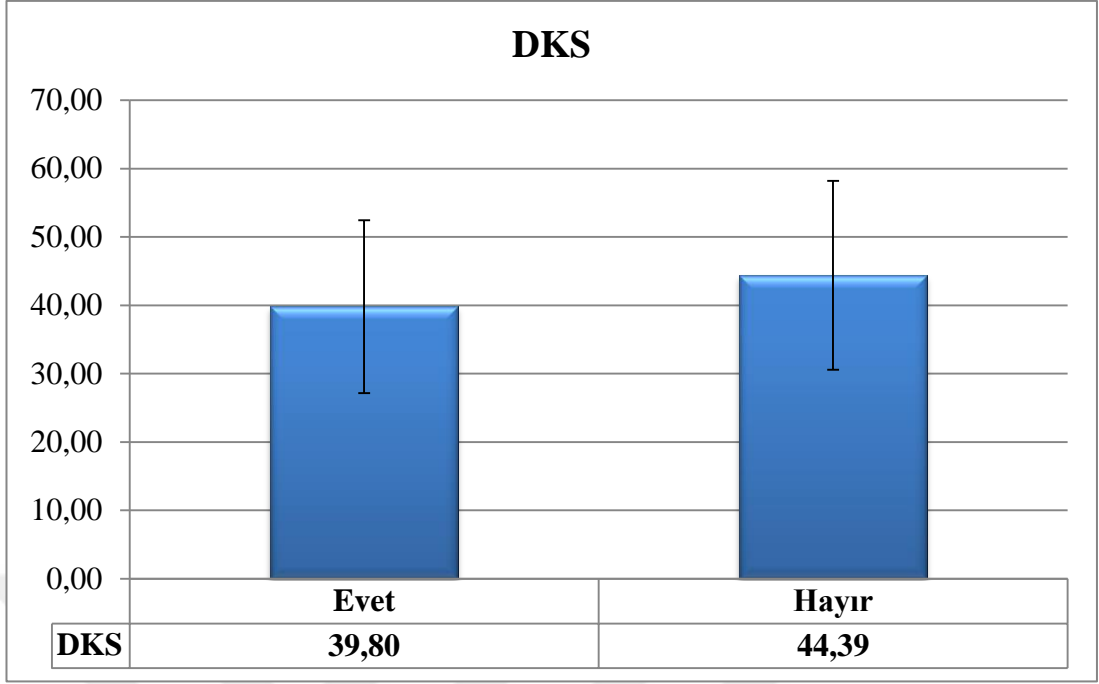
3.14. DKS Ortalaması ile A Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi

Çizelge 3.14.'te DKS skoru bakımından A grubundaki sorular için karşılaştırmalara bakıldı, “Daha önce hareketli protez kullandınız mı?” ve “Covid-19 pandemisinin dış tedavisi yaptırmanız hakkında endişe ve korkularınızı arttırdığını düşünüyor musunuz?” sorularına verilen cevaplar bakımından anlamlı fark bulundu (sırasıyla $p=0,016$ ve $p=0,001$). “Daha önce hareketli protez kullandınız mı?” sorusuna hayır cevabı verenlerin DKS skoru ortalaması $44,39\pm 13,82$ iken bu ortalama evet cevabı veren hastalarda $44,39\pm 13,82$ olarak bulundu ve dağılım Şekil 3.15.'te verildi. “Covid-19 pandemisinin dış tedavisi yaptırmanız hakkında endişe ve korkularınızı arttırdığını düşünüyor musunuz?” sorusuna evet cevabı verenlerin DKS skoru ortalaması hayır cevabı verenlerden anlamlı düzeyde yüksekti ve dağılım Şekil 3.16.'da verildi.

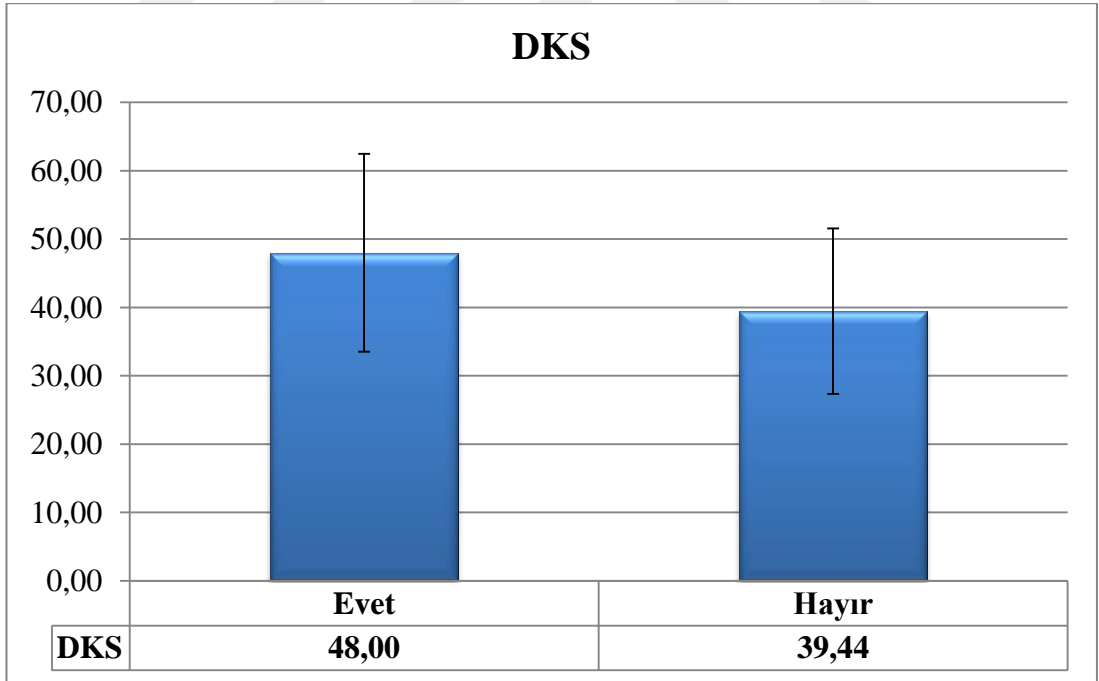
Çizelge 3.14. DKS Ortalaması ile A Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi

Değişkenler	DKS			p değeri
		Ort.±SS	Ortanca (Min-Maks)	
Daha önce hareketli protez kullandınız mı?	Evet	39,80±12,63	37,50 (20,00-79,00)	0,016 ^a
	Hayır	44,39±13,82	43,00 (20,00-79,00)	
Eskiden kullandığınız hareketli protezinizden genel olarak memnun muydunuz?	Evet	41,41±11,82	38,00 (21,00-70,00)	0,062 ^a
	Hayır	37,75±13,44	35,00 (20,00-79,00)	
İmplant tedavisi hakkında bilginiz var mı?	Evet	42,65±13,87	40,00 (20,00-79,00)	0,101 ^a
	Hayır	37,07±8,58	37,50 (20,00-55,00)	
Covid-19 pandemisinin dış tedavisi yaptırmanız hakkında endişe ve korkularınızı arttırdığını düşünüyor musunuz?	Evet	48,00±14,47	46,00 (26,00-79,00)	0,001 ^a
	Hayır	39,44±12,11	38,00 (20,00-79,00)	

Ort:Ortalama, SS:Standart Sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum, a:Mann-Whitney U testi



Şekil 3.4. “Daha önce hareketli protez kullandınız mı?” sorusuna verilen cevaplara göre DKS ölçeği puanlarının dağılımı



Şekil 3.56. “Covid-19 pandemisinin diş tedavisi yaptırmanız hakkında endişe ve korkularınızı arttırdığını düşünüyor musunuz?” sorusuna verilen cevaplara göre DKS ölçeği puanlarının dağılımı

3.15. DKS Alt Boyutları Ortalaması ile A Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi

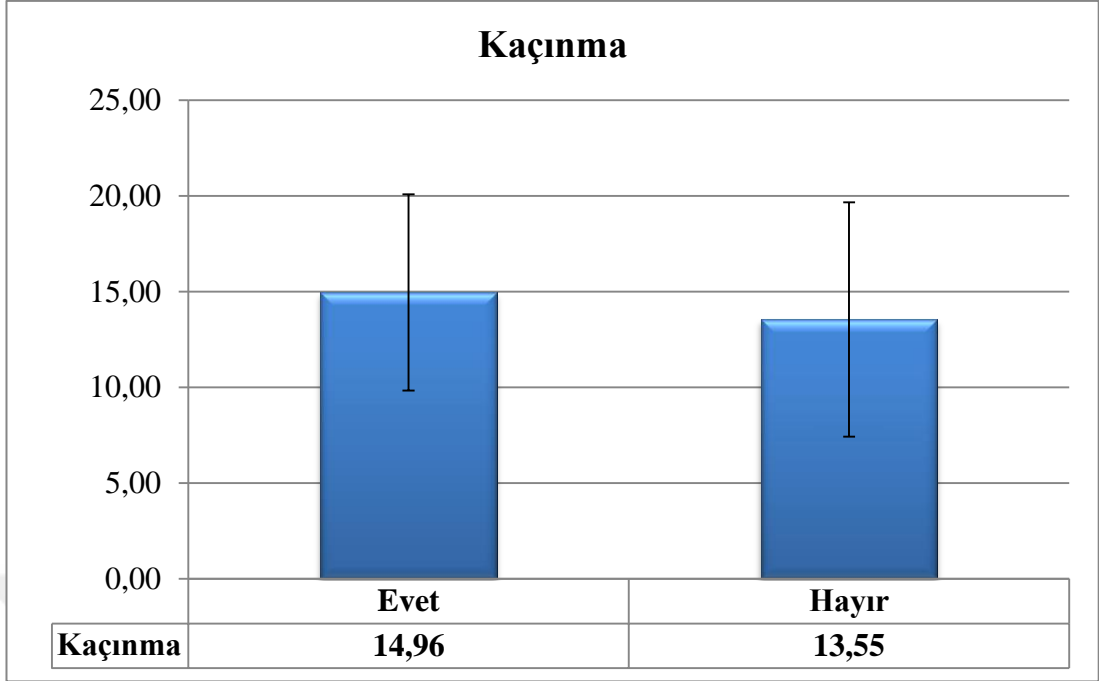
Çizelge 3.15.'te DKS alt boyut skorları bakımından A grubundaki sorular için karşılaştırmalara bakıldı. Kaçınma skoru için “Eskiden kullandığınız hareketli protezinizden genel olarak memnun muydunuz?” ve “Covid-19 pandemisinin diş tedavisi yaptırmanız hakkında endişe ve korkularınızı arttırdığını düşünüyor musunuz?” sorularına verilen cevaplar bakımından anlamlı fark bulundu (sırasıyla $p=0,034$ ve $p<0,001$). “Eskiden kullandığınız hareketli protezinizden genel olarak memnun muydunuz?” sorusuna hayır cevabı verenlerin Kaçınma skoru ortalaması $13,55\pm 6,12$ iken bu ortalama evet cevabı veren hastalarda $14,96\pm 5,13$ olarak bulundu ve dağılım Şekil 3.17.'de verildi. “Covid-19 pandemisinin diş tedavisi yaptırmanız hakkında endişe ve korkularınızı arttırdığını düşünüyor musunuz?” sorusuna evet cevabı verenlerin Kaçınma skoru ortalaması hayır cevabı verenlerden anlamlı düzeyde yüksekti ve dağılım Şekil 3.18.'de verildi. Fizyolojik Uyarılma skoru bakımından hiçbir değişken için anlamlı fark bulunamadı ($p>0,05$).

Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma skoru için “Daha önce hareketli protez kullandınız mı?” ve “Covid-19 pandemisinin diş tedavisi yaptırmanız hakkında endişe ve korkularınızı arttırdığını düşünüyor musunuz?” sorularına verilen cevaplar bakımından anlamlı fark bulundu (sırasıyla $p=0,041$ ve $p=0,002$). “Daha önce hareketli protez kullandınız mı?” sorusuna hayır cevabı verenlerin Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma skoru ortalaması $18,28\pm 6,14$ iken bu ortalama evet cevabı veren hastalarda $16,39\pm 5,30$ olarak bulundu ve dağılım Şekil 3.19.'da verildi. “Covid-19 pandemisinin diş tedavisi yaptırmanız hakkında endişe ve korkularınızı arttırdığını düşünüyor musunuz?” sorusuna evet cevabı verenlerin Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma skoru ortalaması hayır cevabı verenlerden anlamlı düzeyde yüksekti ve dağılım Şekil 3.20.'de verildi.

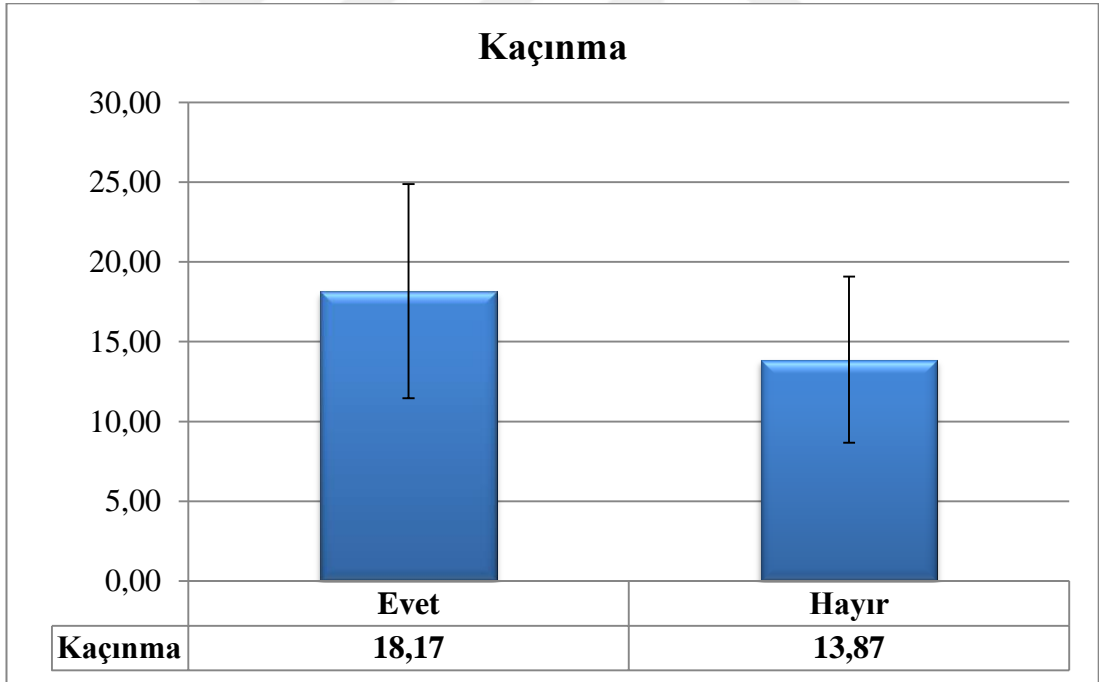
Çizelge 3.15. DKS Alt Boyutları Ortalaması ile A Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi

Değişkenler		Kaçınma		p değeri	Fizyolojik Uyarılma		p değeri	Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma		p değeri
		Ort.±SS	Ortanca (Min- Maks)		Ort.±SS	Ortanca (Min- Maks)		Ort.±SS	Ortanca (Min- Maks)	
Daha önce hareketli protez kullandınız mı?	Evet	14,34±5,60	13,00 (8,00-31,00)	0,085 ^a	9,07±3,59	8,00 (5,00-20,00)	0,084 ^a	16,39±5,30	16,00 (7,00-30,00)	0,041 ^a
	Hayır	15,97±6,32	14,00 (8,00-32,00)		10,14±4,04	10,00 (5,00-20,00)		18,28±6,14	17,00 (7,00-30,00)	
Eskiden kullandığınız hareketli protezinizden genel olarak memnun muydunuz?	Evet	14,96±5,13	14,00 (8,00-28,00)	0,034 ^a	9,23±3,59	8,00 (5,00-20,00)	0,530 ^a	17,21±5,29	16,50 (7,00-30,00)	0,072 ^a
	Hayır	13,55±6,12	12,00 (8,00-31,00)		8,86±3,61	8,00 (5,00-20,00)		15,34±5,20	14,50 (7,00-28,00)	
İmplant tedavisi hakkında bilginiz var mı?	Evet	15,43±6,15	14,00 (8,00-32,00)	0,068 ^a	9,61±3,86	8,50 (5,00-20,00)	0,571 ^a	17,61±5,94	17,00 (7,00-30,00)	0,053 ^a
	Hayır	12,96±4,37	12,00 (8,00-27,00)		9,07±3,57	8,00 (5,00-20,00)		15,04±3,92	15,00 (7,00-23,00)	
Covid-19 pandemisinin diş tedavisi yaptırmanız hakkında endişe ve korkularınızı arttırdığını düşünüyor musunuz?	Evet	18,17±6,72	16,00 (8,00-32,00)	<0,001 ^a	10,30±3,88	10,00 (5,00-19,00)	0,074 ^a	19,53±5,89	20,00 (8,00-30,00)	0,002 ^a
	Hayır	13,87±5,21	12,00 (8,00-31,00)		9,24±3,76	8,00 (5,00-20,00)		16,33±5,45	16,00 (7,00-29,00)	

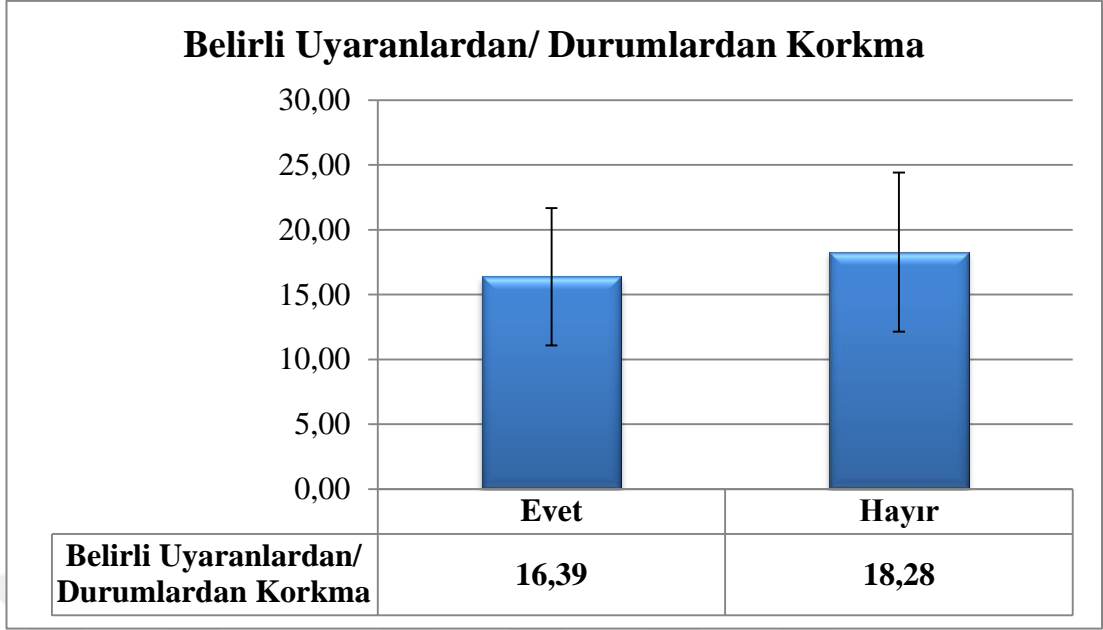
Ort: Ortalama, SS:Standart Sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum, a:Mann-Whitney U testi



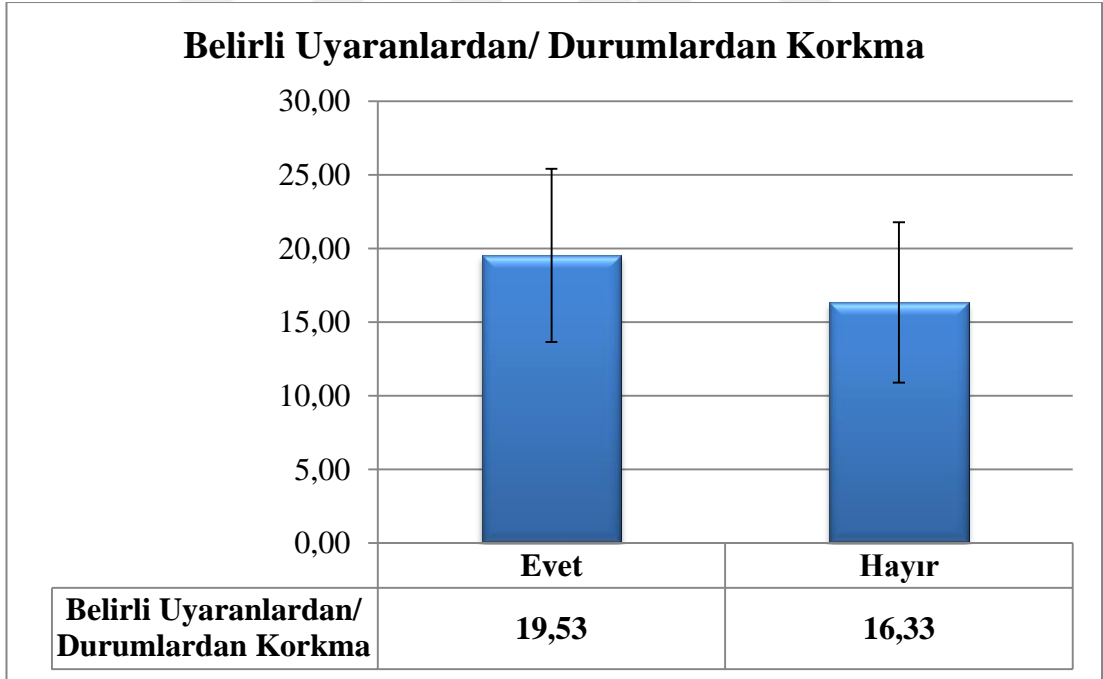
Şekil 3.17. “Eskiden kullandığınız hareketli protezinizden genel olarak memnun muydunuz?” sorusuna verilen cevaplara göre Kaçınma puanlarının dağılımı



Şekil 3.18. “Covid-19 pandemisinin diş tedavisi yaptırmanız hakkında endişe ve korkularınızı arttırdığını düşünüyor musunuz?” sorusuna verilen cevaplara göre Kaçınma puanlarının dağılımı



Şekil 3.19. “Daha önce hareketli protez kullandınız mı?” sorusuna verilen cevaplara göre Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma puanlarının dağılımı



Şekil 3.20. “Covid-19 pandemisinin dış tedavisi yaptırmanız hakkında endişe ve korkularınızı arttırdığını düşünüyor musunuz?” sorusuna verilen cevaplara göre Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma puanlarının dağılımı

3.16. DKS Ortalaması ile B Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi

Çizelge 3.16.'da DKS skoru bakımından B grubundaki maddeler için karşılaştırmalara bakıldı ve "İmplant tedavisi uzun süreceğinden dolayı yaptırmak istemiyorum" maddesine verilen cevaplar hariç tüm maddeler için anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). "İmplant tedavisi ve sonrasındaki protez yapılma süreci hakkında hekimim tarafından yeterince bilgilendirildim" maddesine hayır cevabı verenlerin DKS skoru ortalaması $44,49\pm 12,92$ iken bu ortalama karasızım cevabı veren hastalarda $43,00\pm 12,44$ ve evet cevabı veren hastalarda $38,93\pm 13,66$ olarak bulundu ve dağılım Şekil 3.21.'de verildi. "İmplant tedavisini yaptırmamamın hekimime olan güvenimle ilgisi yoktur" maddesi için en yüksek DKS skoru ortalaması hayır cevabı veren hastalarda, en düşük DKS skoru ortalaması ise bu soruya evet cevabı veren hastalarda bulundu ve dağılım Şekil 3.22.'de verildi. "İmplant tedavisi hakkında sahip olduğum bilgiler genel olarak olumsuz yöndedir" maddesi için en yüksek DKS skoru ortalaması hayır cevabı veren hastalarda, en düşük DKS skoru ortalaması ise bu soruya evet cevabı veren hastalarda bulundu ve dağılım Şekil 3.23.'te verildi.

"İmplant tedavisinin bende başarılı olacağına inanmıyorum" maddesine hayır cevabı verenlerin DKS skoru ortalaması $35,70\pm 14,25$ iken bu ortalama karasızım cevabı veren hastalarda $43,20\pm 12,58$ ve evet cevabı veren hastalarda $43,15\pm 12,89$ olarak bulundu ve dağılım Şekil 3.24.'te verildi. "İmplant tedavisinin cerrahi bir işlem olması beni rahatsız ediyor" maddesine hayır cevabı verenlerin DKS skoru ortalaması $35,08\pm 13,44$ iken bu ortalama karasızım cevabı veren hastalarda $39,11\pm 11,46$ ve evet cevabı veren hastalarda $44,12\pm 13,27$ olarak bulundu ve dağılım Şekil 3.25.'te verildi. "İmplant tedavisi ağırlı bir işlemdir" maddesi için en yüksek DKS skoru ortalaması evet cevabı veren hastalarda, en düşük DKS skoru ortalaması ise bu maddeye hayır cevabı veren hastalarda bulundu ve dağılım Şekil 3.26.'da verildi. "İmplant tedavisinin sağlığıma ve vücuduma zarar verebileceğinden dolayı tehlikeli olduğunu düşünüyorum" maddesi için en yüksek DKS skoru ortalaması karasızım cevabı veren hastalarda, en düşük DKS skoru ortalaması ise bu maddeye hayır cevabı veren hastalarda bulundu ve dağılım Şekil 3.27.'de verildi (Çizelge 3.16.).

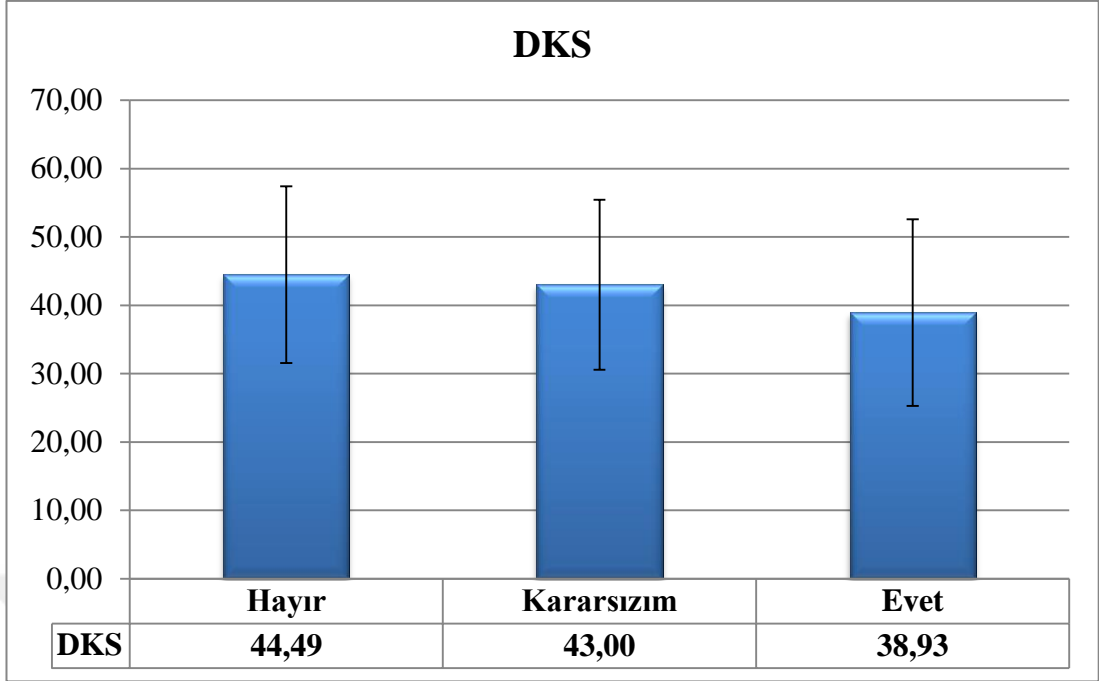
"İmplant tedavisini yaptırmaya korkuyorum" maddesine hayır cevabı verenlerin DKS skoru ortalaması $36,19\pm 12,94$ iken bu ortalama karasızım cevabı veren hastalarda $41,65\pm 11,82$ ve evet cevabı veren hastalarda $44,62\pm 14,41$ olarak bulundu ve dağılım Şekil 3.28.'de verildi. "Eğer yaptıracağım hareketli protezden memnun kalmazsam implant tedavisini yaptırmayı düşünebilirim" maddesi için en yüksek DKS skoru ortalaması

kararsızım cevabı veren hastalarda, en düşük DKS skoru ortalaması ise bu maddeye hayır cevabı veren hastalarda bulundu ve dağılım Şekil 3.29.'da verildi. “Eğer maddi durumum daha iyi olsaydı implant tedavisi yaptırmayı düşünürdüm” maddesi için en yüksek DKS skoru ortalaması kararsızım cevabı veren hastalarda, en düşük DKS skoru ortalaması ise bu maddeye hayır cevabı veren hastalarda bulundu ve dağılım Şekil 3.30.'da verildi (Çizelge 3.16.).

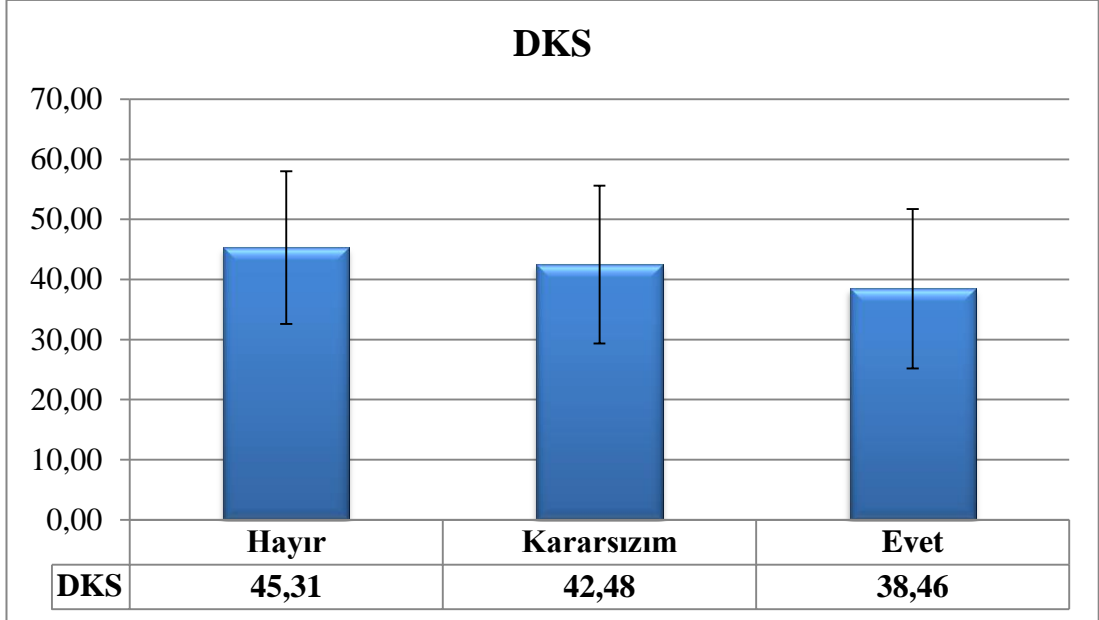
Çizelge 3.16. DKS Ortalaması ile B Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi

Değişkenler		DKS		p değeri
		Ort.±SS	Ortanca (Min-Maks)	
İmplant tedavisi ve sonrasındaki protez yapılma süreci hakkında hekimim tarafından yeterince bilgilendirildim	Hayır	44,49±12,92	42,00 (25,00-79,00)	0,020 ^a
	Kararsızım	43,00±12,44	42,50 (22,00-79,00)	
	Evet	38,93±13,66	38,00 (20,00-70,00)	
İmplant tedavisini yaptırmamamın hekimime olan güvenimle ilgisi yoktur	Hayır	45,31±12,72	41,50 (26,00-79,00)	0,010 ^a
	Kararsızım	42,48±13,15	41,00 (21,00-79,00)	
	Evet	38,46±13,26	37,50 (20,00-70,00)	
İmplant tedavisi uzun süreceğinden dolayı yaptırmak istemiyorum	Hayır	45,32±16,14	43,00 (22,00-79,00)	0,386 ^a
	Kararsızım	41,22±13,91	39,00 (21,00-78,00)	
	Evet	40,73±11,74	39,00 (20,00-79,00)	
İmplant tedavisi hakkında sahip olduğum bilgiler genel olarak olumsuz yödedir	Hayır	39,29±13,18	38,00 (20,00-74,00)	0,014 ^a
	Kararsızım	40,77±12,46	38,00 (21,00-70,00)	
	Evet	47,07±13,79	43,00 (27,00-79,00)	
İmplant tedavisinin bende başarılı olacağına inanmıyorum	Hayır	35,70±14,25	30,00 (20,00-74,00)	0,004 ^a
	Kararsızım	43,20±12,58	40,50 (21,00-79,00)	
	Evet	43,15±12,89	40,00 (22,00-79,00)	
İmplant tedavisinin cerrahi bir işlem olması beni rahatsız ediyor	Hayır	35,08±13,44	31,00 (20,00-68,00)	0,001 ^a
	Kararsızım	39,11±11,46	40,00 (20,00-69,00)	
	Evet	44,12±13,27	41,50 (21,00-79,00)	
İmplant tedavisi ağırlı bir işlemdir	Hayır	33,64±12,51	29,00 (20,00-63,00)	0,017 ^a
	Kararsızım	40,33±13,24	39,00 (20,00-74,00)	
	Evet	43,32±13,10	40,00 (21,00-79,00)	
İmplant tedavisinin sağlığıma ve vücuduma zarar verebileceğinden dolayı tehlikeli olduğunu düşünüyorum	Hayır	34,78±12,71	31,00 (20,00-68,00)	0,001 ^a
	Kararsızım	44,44±12,90	42,00 (22,00-79,00)	
	Evet	43,06±12,90	39,00 (26,00-79,00)	
İmplant tedavisini yaptırmaya korkuyorum	Hayır	36,19±12,94	32,00 (20,00-69,00)	0,009 ^a
	Kararsızım	41,65±11,82	40,00 (21,00-79,00)	
	Evet	44,62±14,41	42,00 (22,00-79,00)	
Eğer yaptıracağım hareketli protezden memnun kalmazsam implant tedavisini yaptırmayı düşünebilirim	Hayır	35,73±14,87	30,00 (20,00-79,00)	0,003 ^a
	Kararsızım	46,07±14,07	42,00 (21,00-78,00)	
	Evet	41,35±12,24	40,00 (20,00-79,00)	
Eğer maddi durumum daha iyi olsaydı implant tedavisi yaptırmayı düşünürdüm	Hayır	35,38±14,91	30,50 (20,00-79,00)	0,002 ^a
	Kararsızım	46,03±14,09	43,00 (26,00-74,00)	
	Evet	41,78±12,26	40,00 (20,00-79,00)	

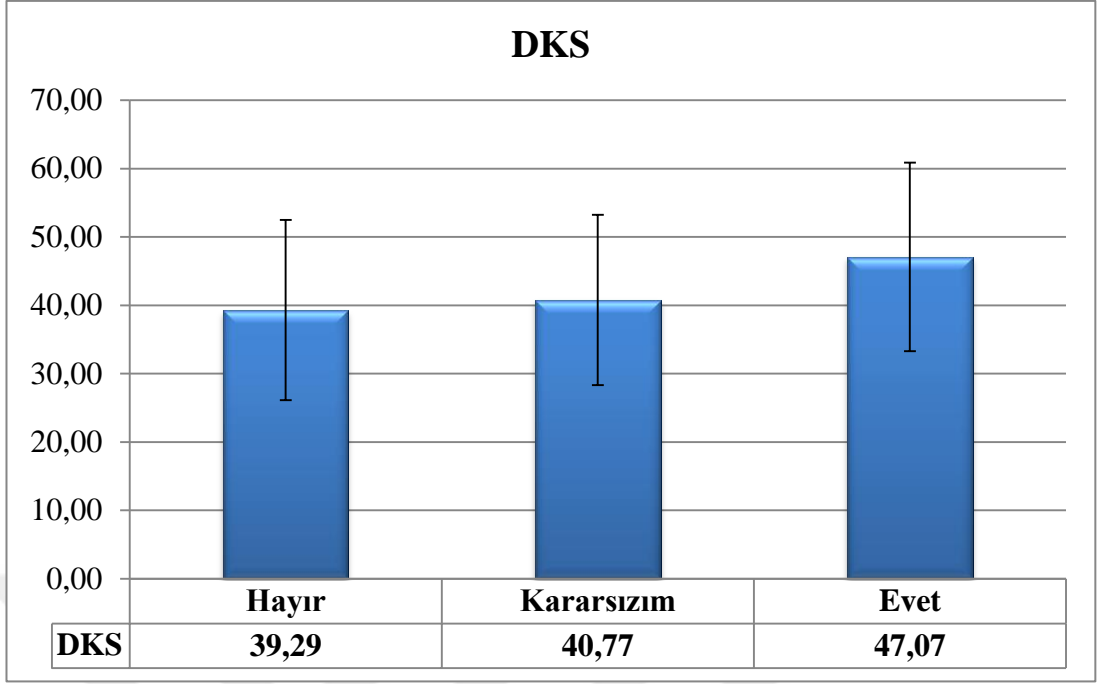
Ort:Ortalama, SS:Standart Sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum, a:Kruskal Wallis H testi



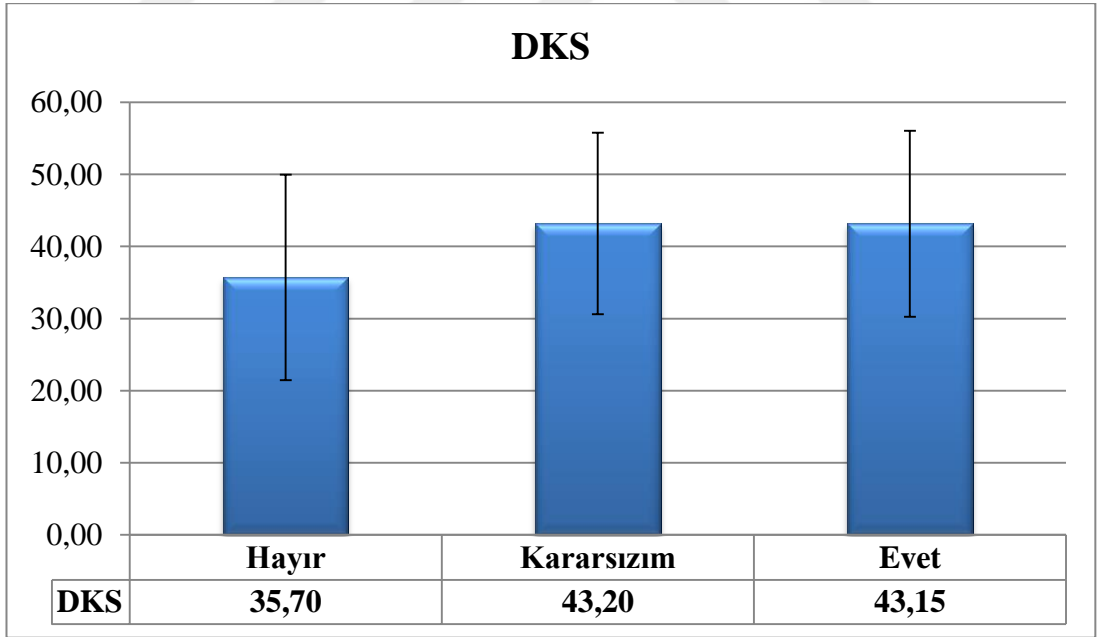
Şekil 3.21. “İmplant tedavisi ve sonrasında protez yapılma süreci hakkında hekimim tarafından yeterince bilgilendirildim” sorusuna verilen cevaplara göre DKS ölçeği puanlarının dağılımı



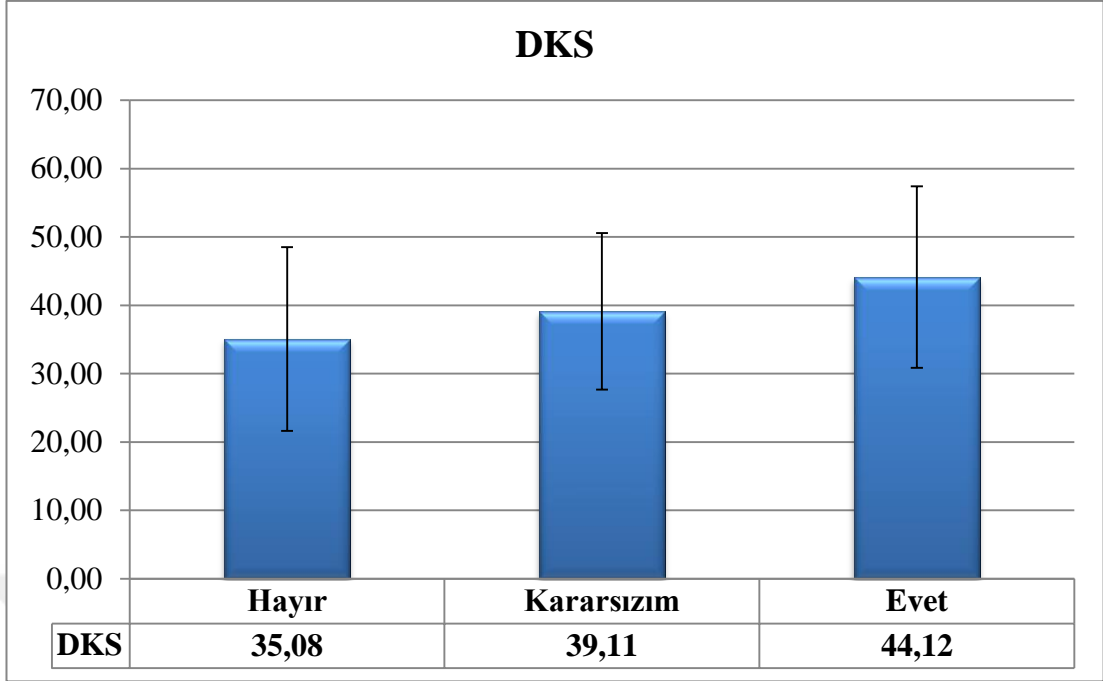
Şekil 3.22. “İmplant tedavisini yaptırmamamın hekimime olan güvenimle ilgisi yoktur” sorusuna verilen cevaplara göre DKS ölçeği puanlarının dağılımı



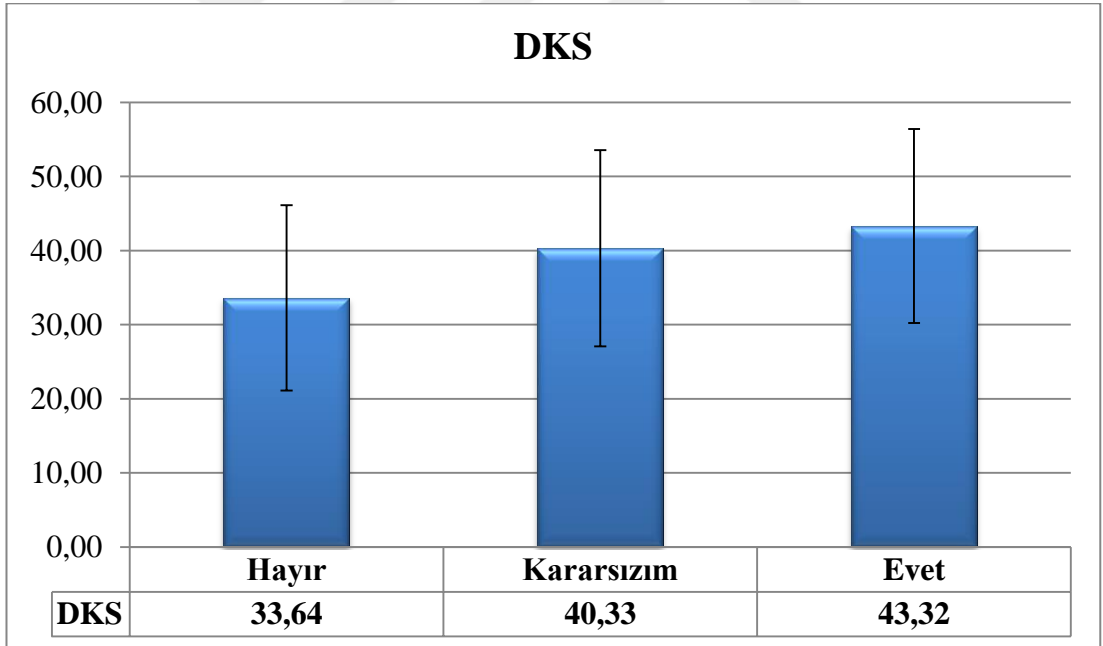
Şekil 3.23. “İmplant tedavisi hakkında sahip olduğum bilgiler genel olarak olumsuz yöndedir” sorusuna verilen cevaplara göre DKS ölçeği puanlarının dağılımı



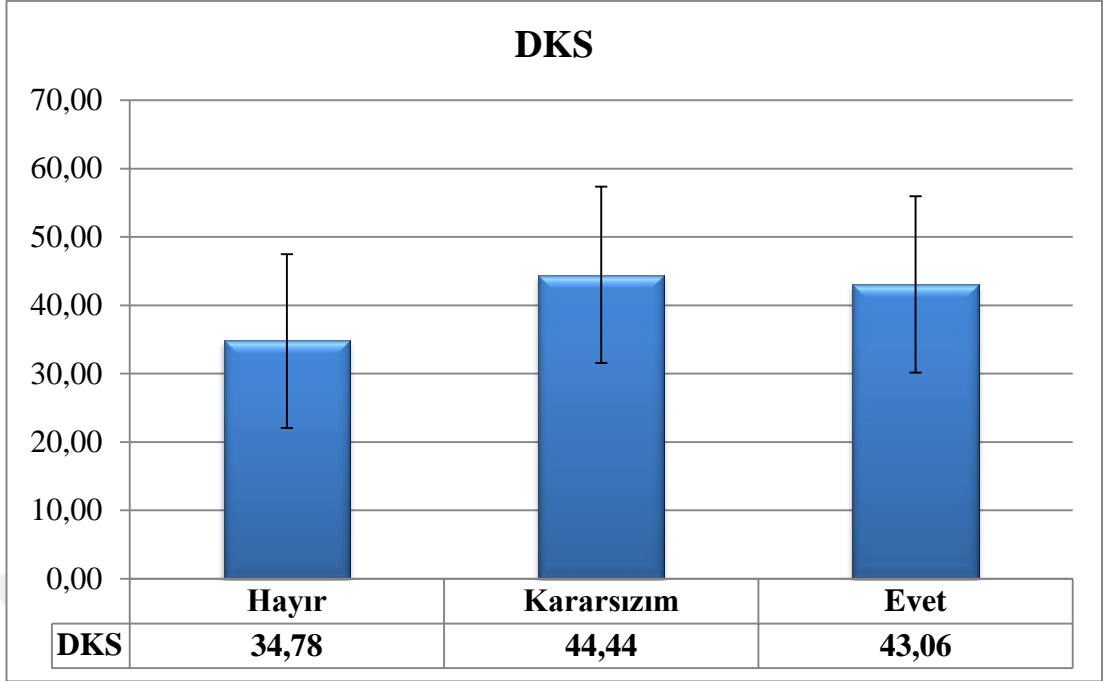
Şekil 3.24. “İmplant tedavisinin bende başarılı olacağına inanmıyorum” sorusuna verilen cevaplara göre DKS ölçeği puanlarının dağılımı



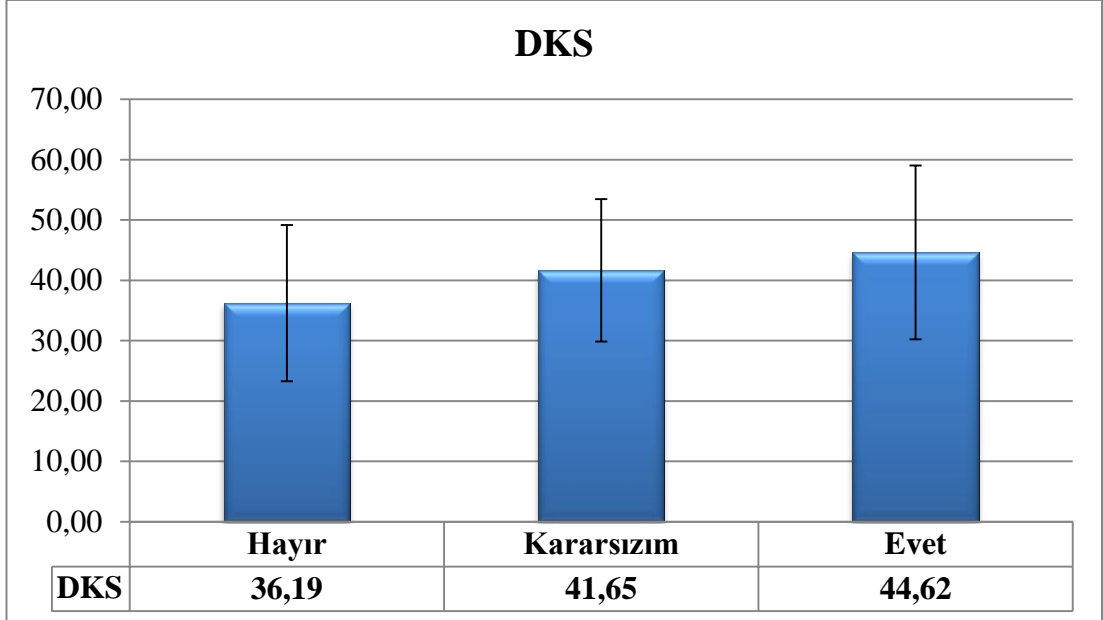
Şekil 3.25. “İmplant tedavisinin cerrahi bir işlem olması beni rahatsız ediyor” sorusuna verilen cevaplara göre DKS ölçeği puanlarının dağılımı



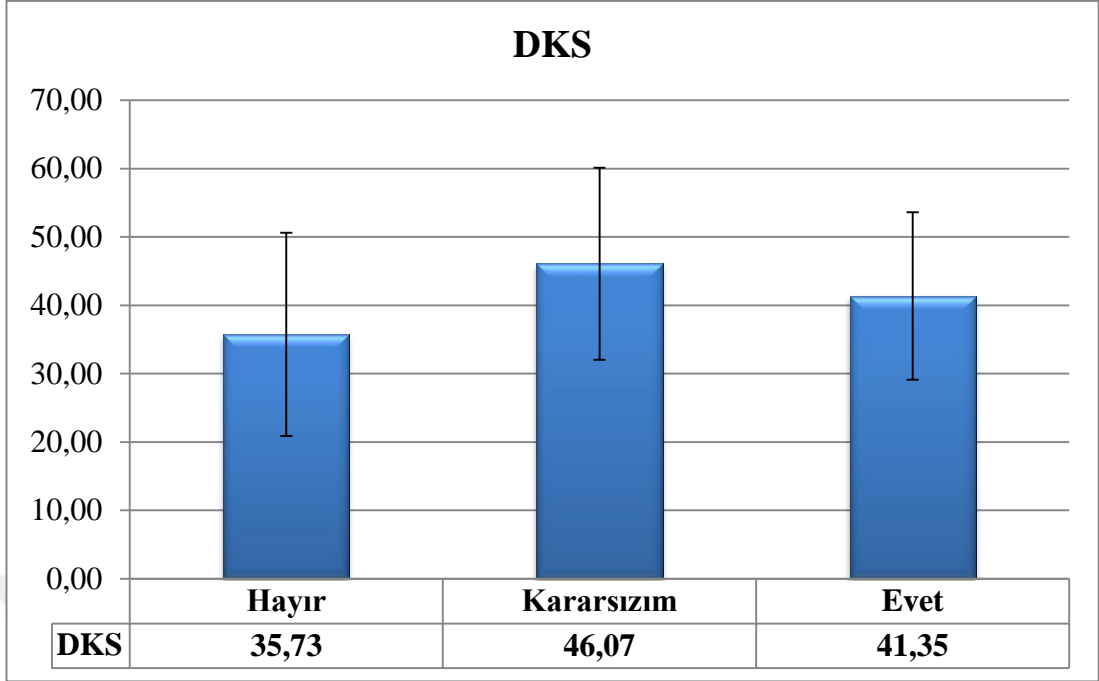
Şekil 3.26. “İmplant tedavisi ağırlı bir işlemdir” sorusuna verilen cevaplara göre DKS ölçeği puanlarının dağılımı



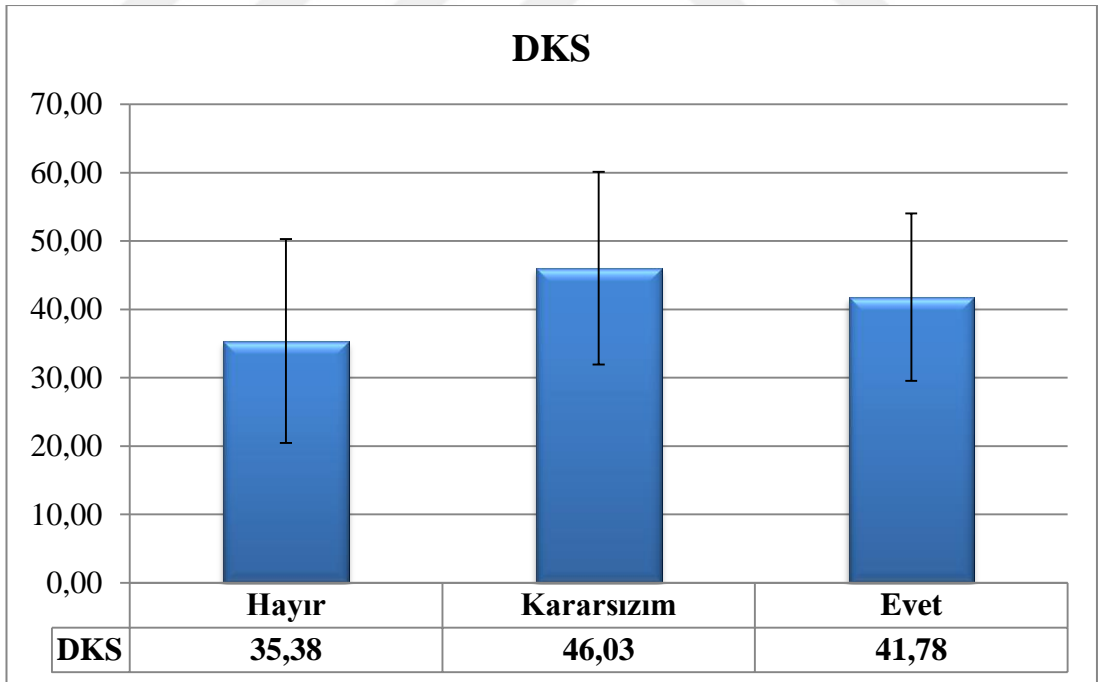
Şekil 3.27. “İmplant tedavisinin sağlığıma ve vücuduma zarar verebileceğinden dolayı tehlikeli olduğunu düşünüyorum” sorusuna verilen cevaplara göre DKS ölçeği puanlarının dağılımı



Şekil 3.28. “İmplant tedavisini yaptırmaya korkuyorum” sorusuna verilen cevaplara göre DKS ölçeği puanlarının dağılımı



Şekil 3.29. “Eğer yaptıracağım hareketli protezden memnun kalmazsam implant tedavisini yaptırmayı düşünebilirim” sorusuna verilen cevaplara göre DKS ölçeği puanlarının dağılımı



Şekil 3.30. “Eğer maddi durumum daha iyi olsaydı implant tedavisi yaptırmayı düşünürdüm” sorusuna verilen cevaplara göre DKS ölçeği puanlarının dağılımı

3.17. DKS Alt Boyutları Ortalaması ile B Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi

Çizelge 3.17.'de DKS alt boyut skorları bakımından B grubundaki maddeler için karşılaştırmalara bakıldı. Kaçınma alt boyutu için "İmplant tedavisi uzun süreceğinden dolayı yaptırmak istemiyorum", "İmplant tedavisinin cerrahi bir işlem olması beni rahatsız ediyor" ve "İmplant tedavisi ağırlı bir işlemdir" maddelerine verilen cevaplar hariç tüm maddeler için anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). "İmplant tedavisi ve sonrasındaki protez yapılma süreci hakkında hekimim tarafından yeterince bilgilendirildim" maddesine ait en yüksek Kaçınma skoru ortalaması hayır cevabı veren hastalarda bulunurken, en düşük ortalama ise evet cevabı veren hastalarda bulundu ve dağılım Şekil 3.31.'de verildi. "İmplant tedavisini yaptırmamamın hekimime olan güvenimle ilgisi yoktur" maddesine ait en yüksek Kaçınma skoru ortalaması hayır cevabı veren hastalarda bulunurken, en düşük ortalama ise evet cevabı veren hastalarda bulundu ve dağılım Şekil 3.32.'de verildi. "İmplant tedavisi hakkında sahip olduğum bilgiler genel olarak olumsuz yöndedir" ve "İmplant tedavisinin bende başarılı olacağına inanmıyorum" maddelerine ait en yüksek Kaçınma skoru ortalaması evet cevabı veren hastalarda bulunurken, en düşük ortalama ise hayır cevabı veren hastalarda bulundu ve dağılımlar sırasıyla Şekil 3.33. ve Şekil 3.34.'te verildi. "İmplant tedavisinin sağlığıma ve vücuduma zarar verebileceğinden dolayı tehlikeli olduğunu düşünüyorum" maddesine ait en yüksek Kaçınma skoru ortalaması karasızım cevabı veren hastalarda bulunurken, en düşük ortalama ise hayır cevabı veren hastalarda bulundu ve dağılım Şekil 3.35.'te verildi. "İmplant tedavisini yaptırmaya korkuyorum" maddesine ait en yüksek Kaçınma skoru ortalaması evet cevabı veren hastalarda bulunurken, en düşük ortalama ise hayır cevabı veren hastalarda bulundu ve dağılım Şekil 3.36.'da verildi. "Eğer yapacağım hareketli protezden memnun kalmazsam implant tedavisini yaptırmayı düşünebilirim" maddesine ait en yüksek Kaçınma skoru ortalaması karasızım cevabı veren hastalarda bulunurken, en düşük ortalama ise hayır cevabı veren hastalarda bulundu ve dağılım Şekil 3.37.'de verildi. "Eğer maddi durumum daha iyi olsaydı implant tedavisi yaptırmayı düşünürdüm" maddesine ait en yüksek Kaçınma skoru ortalaması karasızım cevabı veren hastalarda bulunurken, en düşük ortalama ise hayır cevabı veren hastalarda bulundu ve dağılım Şekil 3.38.'de verildi.

Fizyolojik Uyarılma alt boyutu için "İmplant tedavisinin cerrahi bir işlem olması beni rahatsız ediyor", "İmplant tedavisi ağırlı bir işlemdir", "İmplant tedavisinin sağlığıma ve vücuduma zarar verebileceğinden dolayı tehlikeli olduğunu düşünüyorum", "İmplant tedavisini yaptırmaya korkuyorum" "Eğer yapacağım hareketli protezden memnun kalmazsam implant tedavisini yaptırmayı düşünebilirim" ve "Eğer maddi durumum daha iyi

olsaydı implant tedavisi yaptırmayı düşünürdüm” maddelerine verilen cevaplar için anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). “İmplant tedavisinin cerrahi bir işlem olması beni rahatsız ediyor” maddesine ait en yüksek Fizyolojik Uyarılma skoru ortalaması evet cevabı veren hastalarda bulunurken, en düşük ortalama ise hayır cevabı veren hastalarda bulundu ve dağılım Şekil 3.39.’da verildi. “İmplant tedavisi ağırlı bir işlemdir” maddesine ait en yüksek Fizyolojik Uyarılma skoru ortalaması evet cevabı veren hastalarda bulunurken, en düşük ortalama ise hayır cevabı veren hastalarda bulundu ve dağılım Şekil 3.40.’ta verildi. “İmplant tedavisinin sağlığıma ve vücuduma zarar verebileceğinden dolayı tehlikeli olduğunu düşünüyorum” ve “İmplant tedavisini yaptırmaya korkuyorum”, “Eğer yaptıracağım hareketli protezden memnun kalmazsam implant tedavisini yaptırmayı düşünebilirim” ve “İmplant tedavisinin sağlığıma ve vücuduma zarar verebileceğinden dolayı tehlikeli olduğunu düşünüyorum” maddelerine ait en yüksek Fizyolojik Uyarılma skoru ortalaması kararsızım cevabı veren hastalarda bulunurken, en düşük ortalama ise hayır cevabı veren hastalarda bulundu ve dağılımlar sırasıyla Şekil 3.41., Şekil 3.42., Şekil 3.43. ve Şekil 3.44.’te verildi (Çizelge 3.17.).

Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma skoru bakımından B grubundaki maddeler için karşılaştırmalara bakıldı ve “İmplant tedavisi uzun süreceğinden dolayı yaptırmak istemiyorum” maddesine verilen cevaplar hariç tüm maddeler için anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). “İmplant tedavisi ve sonrasındaki protez yapılma süreci hakkında hekimim tarafından yeterince bilgilendirildim” ve “İmplant tedavisini yaptırmamamın hekimime olan güvenimle ilgisi yoktur” maddelerine ait en yüksek Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma skoru ortalaması hayır cevabı veren hastalarda bulunurken, en düşük ortalama ise evet cevabı veren hastalarda bulundu ve dağılımlar sırasıyla Şekil 3.45. ve Şekil 3.46.’da verildi. “İmplant tedavisi hakkında sahip olduğum bilgiler genel olarak olumsuz yöndedir”, “İmplant tedavisinin bende başarılı olacağına inanmıyorum”, “İmplant tedavisinin cerrahi bir işlem olması beni rahatsız ediyor” ve “İmplant tedavisi ağırlı bir işlemdir” maddelerine ait en yüksek Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma skoru ortalaması evet cevabı veren hastalarda bulunurken, en düşük ortalama ise hayır cevabı veren hastalarda bulundu ve dağılımlar sırasıyla Şekil 3.47., Şekil 3.48., Şekil 3.49. ve Şekil 3.50.’de verildi. “İmplant tedavisinin sağlığıma ve vücuduma zarar verebileceğinden dolayı tehlikeli olduğunu düşünüyorum” maddesine ait en yüksek Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma skoru ortalaması kararsızım cevabı veren hastalarda bulunurken, en düşük ortalama ise hayır cevabı veren hastalarda bulundu ve dağılım sırasıyla Şekil 3.51.’de verildi. “İmplant tedavisini yaptırmaya korkuyorum” maddesine ait en yüksek Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma skoru ortalaması evet cevabı veren hastalarda

bulunurken, en düşük ortalama ise hayır cevabı veren hastalarda bulundu ve dağılım sırasıyla Şekil 3.52.'de verildi. “Eğer yaptıracağım hareketli protezden memnun kalmazsam implant tedavisini yaptırmayı düşünebilirim” ve “Eğer maddi durumum daha iyi olsaydı implant tedavisi yaptırmayı düşünürdüm” maddelerine ait en yüksek Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma skoru ortalaması kararsızım cevabı veren hastalarda bulunurken, en düşük ortalama ise hayır cevabı veren hastalarda bulundu ve dağılımlar sırasıyla Şekil 3.53. ve Şekil 3.54.'te verildi (Çizelge 3.17.).



Çizelge 3.17. DKS Alt Boyutları Ortalaması ile B Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi

Değişkenler		Kaçınma		P değeri	Fizyolojik Uyarılma		P değeri	Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma		P değeri
		Ort.±SS	Ortanca (Min-Maks)		Ort.±SS	Ortanca (Min-Maks)		Ort.±SS	Ortanca (Min-Maks)	
İmplant tedavisi ve sonrasındaki protez yapılma süreci hakkında hekimim tarafından yeterince bilgilendirildim	Hayır	16,10±6,34	14,00 (8,00-32,00)	0,039^a	10,00±4,15	9,00 (5,00-20,00)	0,598 ^a	18,39±5,1 4	18,00 (10,00-30,00)	0,028^a
	Kararsızım	15,63±5,85	14,50 (8,00-31,00)		9,65±3,94	8,00 (5,00-20,00)		17,73±5,4 2	17,00 (7,00-29,00)	
	Evet	13,88±5,56	12,00 (8,00-28,00)		9,08±3,45	8,00 (5,00-17,00)		15,97±6,1 6	15,00 (7,00-30,00)	
İmplant tedavisini yaptırmamamın hekimime olan güvenimle ilgisi yoktur	Hayır	16,48±6,51	15,00 (8,00-32,00)	0,045^a	10,23±4,20	9,00 (5,00-20,00)	0,351 ^a	18,60±4,9 7	17,00 (11,00-30,00)	0,012^a
	Kararsızım	15,22±5,90	14,00 (8,00-31,00)		9,54±3,86	8,00 (5,00-20,00)		17,72±5,7 2	17,50 (7,00-29,00)	
	Evet	13,78±5,34	12,50 (8,00-28,00)		8,97±3,40	8,00 (5,00-17,00)		15,71±6,0 2	15,00 (7,00-30,00)	
İmplant tedavisi uzun süreceğinden dolayı yaptırmak istemiyorum	Hayır	17,12±7,07	15,00 (8,00-32,00)	0,152 ^a	9,76±4,33	9,50 (5,00-19,00)	0,767 ^a	18,44±6,4 9	17,50 (8,00-30,00)	0,427 ^a
	Kararsızım	15,13±6,29	13,00 (8,00-31,00)		9,20±3,70	8,00 (5,00-20,00)		16,89±5,8 5	16,00 (7,00-30,00)	
	Evet	14,24±5,19	13,00 (8,00-31,00)		9,59±3,69	9,00 (5,00-20,00)		16,89±5,3 9	17,00 (7,00-29,00)	
İmplant tedavisi hakkında sahip olduğum bilgiler genel olarak olumsuz yödedir	Hayır	14,02±5,66	12,00 (8,00-31,00)	0,035^a	9,29±3,52	9,00 (5,00-17,00)	0,777 ^a	15,98±5,9 5	16,00 (7,00-29,00)	0,003^a
	Kararsızım	14,72±5,67	14,00 (8,00-32,00)		9,31±3,47	8,00 (5,00-18,00)		16,74±5,5 3	16,00 (7,00-30,00)	
	Evet	17,07±6,50	16,00 (8,00-32,00)		10,24±4,71	9,00 (5,00-20,00)		19,76±5,0 9	19,00 (12,00-30,00)	

Ort:Ortalama, SS:Standart Sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum, a:Kruskal Wallis H testi

Çizelge 3.17. (Devamı). DKS Alt Boyutları Ortalaması ile B Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi

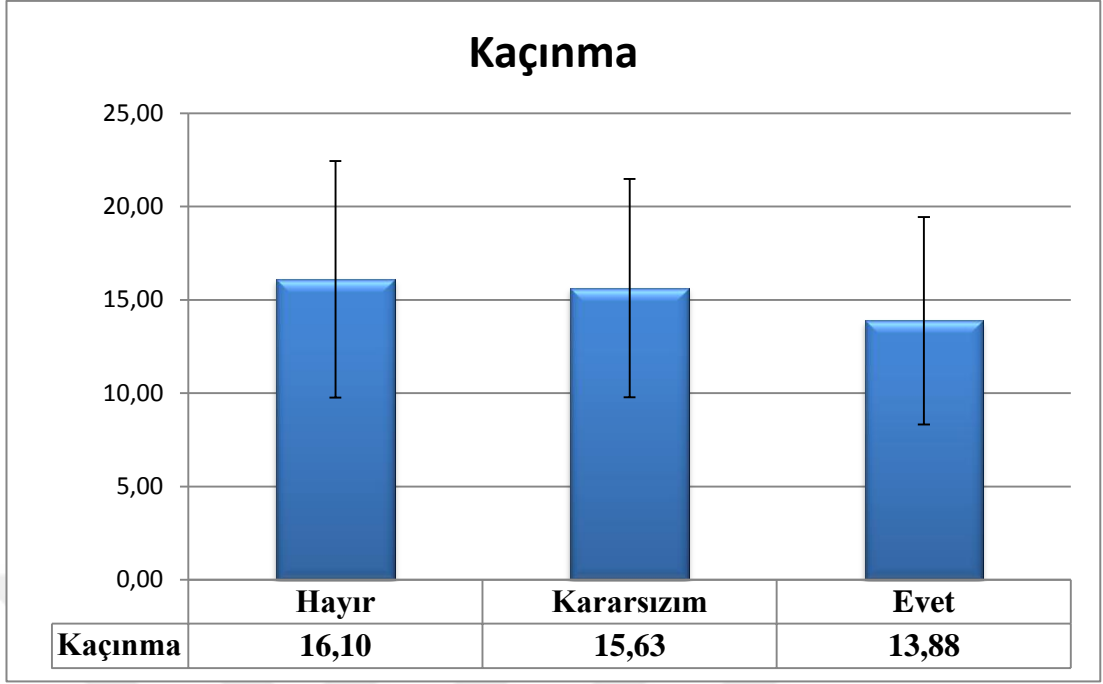
Değişkenler		Kaçınma		p değeri	Fizyolojik Uyarılma		p değeri	Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma		p değeri
		Ort.±SS	Ortanca (Min- Maks)		Ort.±SS	Ortanca (Min- Maks)		Ort.±SS	Ortanca (Min-Maks)	
İmplant tedavisinin bende başarılı olacağına inanmıyorum	Hayır	12,79±5,75	11,00 (8,00-31,00)	0,008 ^a	8,39±3,64	8,00 (5,00-17,00)	0,068 ^a	14,52±6,43	12,00 (7,00-28,00)	0,006 ^a
	Kararsızım	15,53±6,21	14,00 (8,00-32,00)		10,08±3,75	9,50 (5,00-20,00)		17,58±5,34	18,00 (7,00-30,00)	
	Evet	15,58±5,69	14,00 (8,00-32,00)		9,57±3,87	8,00 (5,00-20,00)		18,00±5,46	17,00 (8,00-30,00)	
İmplant tedavisinin cerrahi bir işlem olması beni rahatsız ediyor	Hayır	13,36±6,56	11,00 (8,00-32,00)	0,078 ^a	7,12±3,23	5,00 (5,00-18,00)	<0,001 ^a	14,60±5,58	15,00 (7,00-28,00)	0,003 ^a
	Kararsızım	14,65±5,14	14,00 (8,00-28,00)		8,89±3,27	8,00 (5,00-17,00)		15,57±5,16	17,00 (7,00-25,00)	
	Evet	15,54±6,04	14,00 (8,00-32,00)		10,27±3,86	9,50 (5,00-20,00)		18,31±5,68	18,00 (7,00-30,00)	
İmplant tedavisi ağırlı bir işlemdir	Hayır	12,43±5,96	10,00 (8,00-29,00)	0,062 ^a	7,57±4,38	5,50 (5,00-20,00)	0,015 ^a	13,64±5,18	14,00 (7,00-25,00)	0,019 ^a
	Kararsızım	14,80±5,61	13,50 (8,00-31,00)		9,20±3,77	8,50 (5,00-17,00)		16,33±5,63	16,00 (7,00-28,00)	
	Evet	15,45±6,05	14,00 (8,00-32,00)		9,89±3,70	9,00 (5,00-20,00)		17,98±5,67	18,00 (7,00-30,00)	
İmplant tedavisinin sağlığıma ve vücuduma zarar verebileceğinden dolayı tehlikeli olduğunu düşünüyorum	Hayır	12,70±5,24	11,00 (8,00-29,00)	0,007 ^a	8,03±3,74	7,00 (5,00-20,00)	0,004 ^a	14,05±5,72	13,00 (7,00-28,00)	0,001 ^a
	Kararsızım	15,84±6,38	14,00 (8,00-32,00)		10,39±3,86	10,00 (5,00-20,00)		18,21±5,53	18,00 (7,00-29,00)	
	Evet	15,54±5,74	14,00 (8,00-32,00)		9,60±3,64	8,00 (5,00-20,00)		17,93±5,44	17,00 (9,00-30,00)	

Ort:Ortalama, SS:Standart Sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum, a:Kruskal Wallis H testi

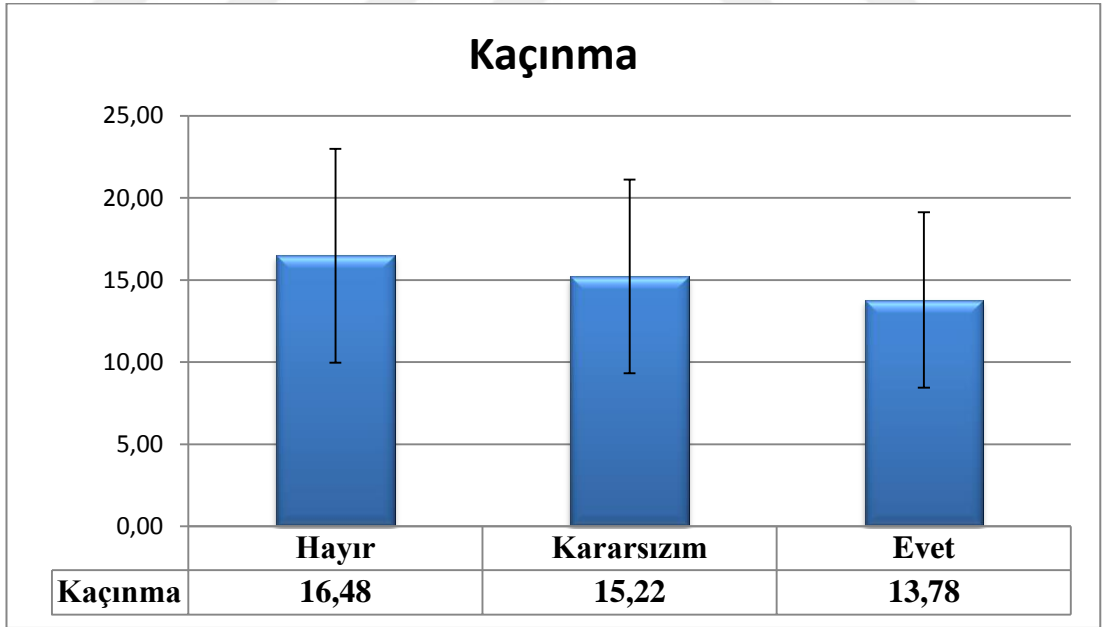
Çizelge 3.17. (Devamı). DKS Alt Boyutları Ortalaması ile B Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi

Değişkenler		Kaçınma		p değeri	Fizyolojik Uyarılma		p değeri	Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma		p değeri
		Ort.±SS	Ortanca (Min-Maks)		Ort.±SS	Ortanca (Min-Maks)		Ort.±SS	Ortanca (Min-Maks)	
İmplant tedavisini yaptırmaya korkuyorum	Hayır	13,22±6,29	11,50 (8,00-32,00)	0,015 ^a	8,28±4,30	7,00 (5,00-20,00)	0,007 ^a	14,69±4,82	14,50 (7,00-25,00)	0,003 ^a
	Kararsızım	14,77±5,36	14,00 (8,00-31,00)		10,13±3,48	10,00 (5,00-20,00)		16,75±5,34	17,00 (7,00-29,00)	
	Evet	16,25±6,27	14,00 (8,00-32,00)		9,42±3,84	8,00 (5,00-20,00)		18,95±6,10	18,00 (8,00-30,00)	
Eğer yaptıracağım hareketli protezden memnun kalmazsam implant tedavisini yaptırmayı düşünebilirim	Hayır	13,14±6,98	10,50 (8,00-32,00)	0,030 ^a	8,41±3,67	7,50 (5,00-19,00)	0,022 ^a	14,18±5,69	12,50 (7,00-28,00)	0,003 ^a
	Kararsızım	16,02±6,42	14,00 (8,00-31,00)		10,83±4,01	11,00 (5,00-20,00)		19,22±6,02	19,00 (7,00-30,00)	
	Evet	15,05±5,51	14,00 (8,00-32,00)		9,26±3,67	8,00 (5,00-20,00)		17,05±5,39	17,00 (7,00-29,00)	
Eğer maddi durumum daha iyi olsaydı implant tedavisini yaptırmayı düşünürdüm	Hayır	12,67±6,51	11,00 (8,00-32,00)	0,011 ^a	8,33±3,67	7,00 (5,00-19,00)	0,009 ^a	14,38±6,01	13,00 (7,00-30,00)	0,009 ^a
	Kararsızım	16,09±6,33	14,00 (8,00-31,00)		11,17±4,08	11,00 (5,00-20,00)		18,77±5,87	18,00 (9,00-30,00)	
	Evet	15,21±5,63	14,00 (8,00-32,00)		9,27±3,63	8,00 (5,00-20,00)		17,30±5,47	17,00 (7,00-29,00)	

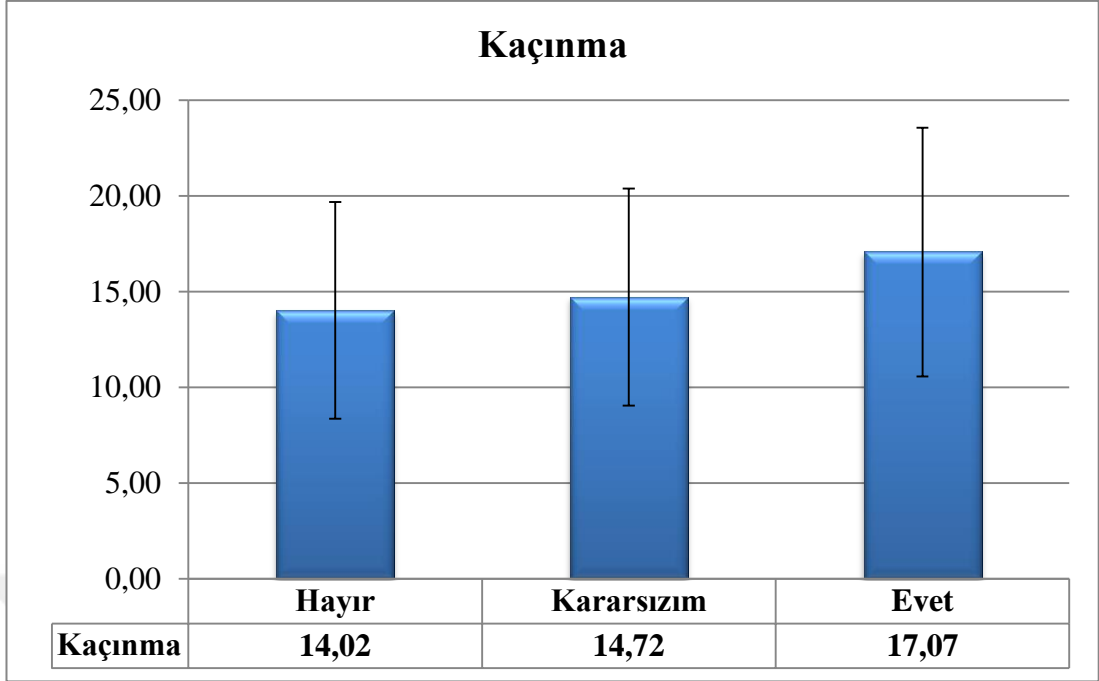
Ort:Ortalama, SS:Standart Sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum, a:Kruskal Wallis H testi



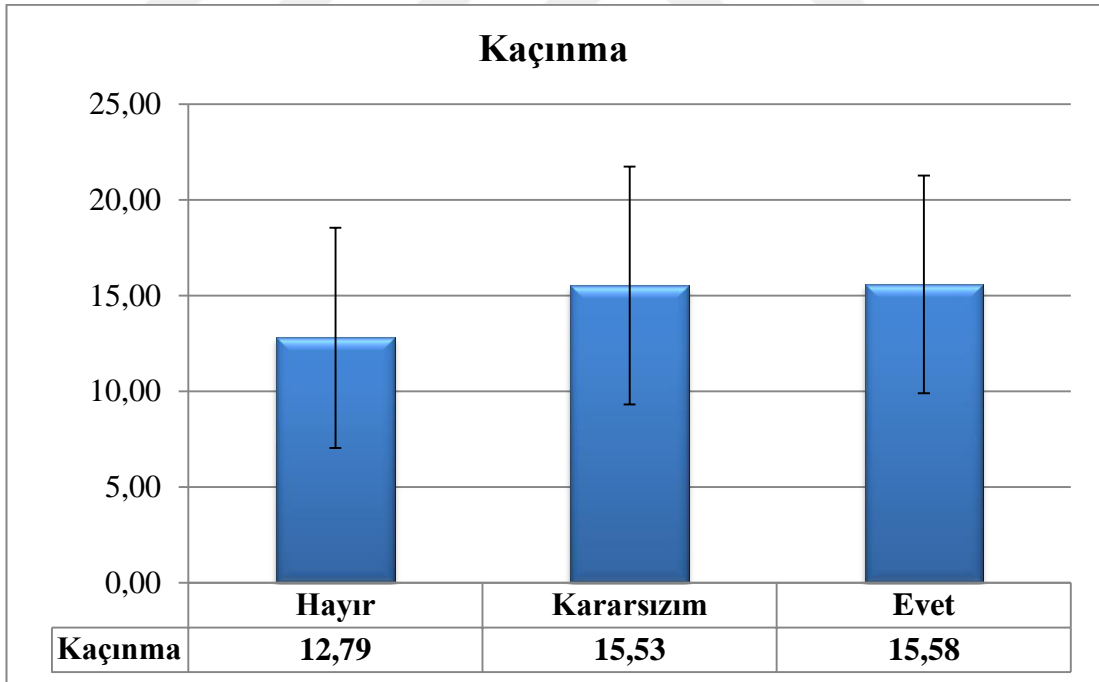
Şekil 3.61. “İmplant tedavisi ve sonrasındaki protez yapılma süreci hakkında hekimim tarafından yeterince bilgilendirildim” sorusuna verilen cevaplara göre Kaçınma puanlarının dağılımı



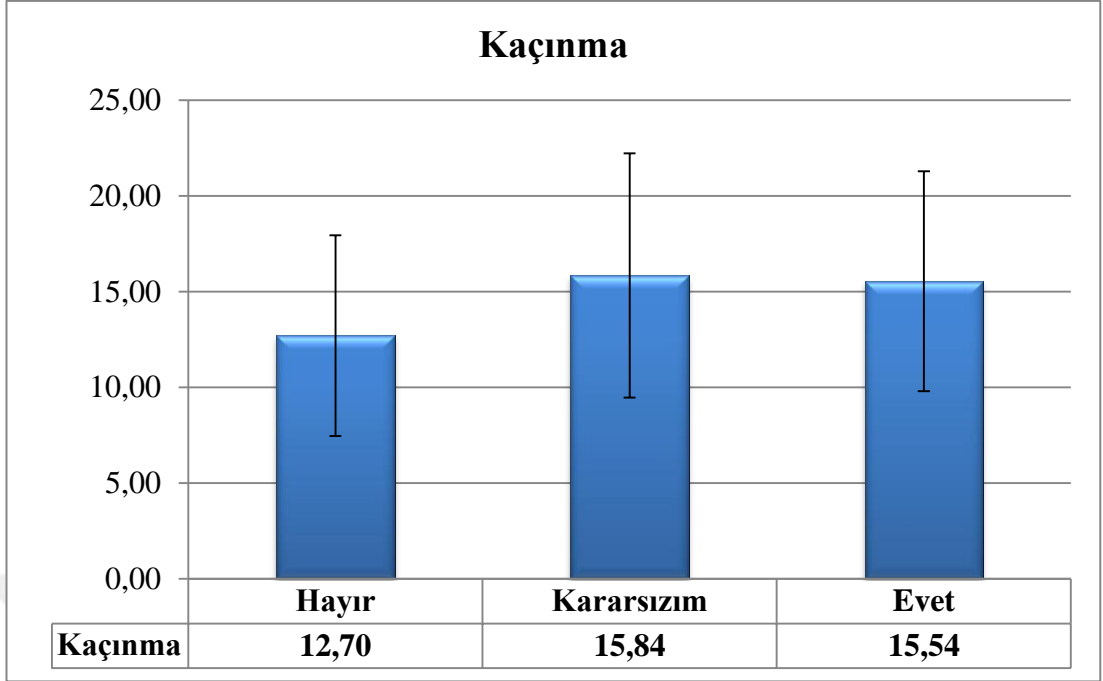
Şekil 3.72. “İmplant tedavisini yaptırmamamın hekimime olan güvenimle ilgisi yoktur” sorusuna verilen cevaplara göre Kaçınma puanlarının dağılımı



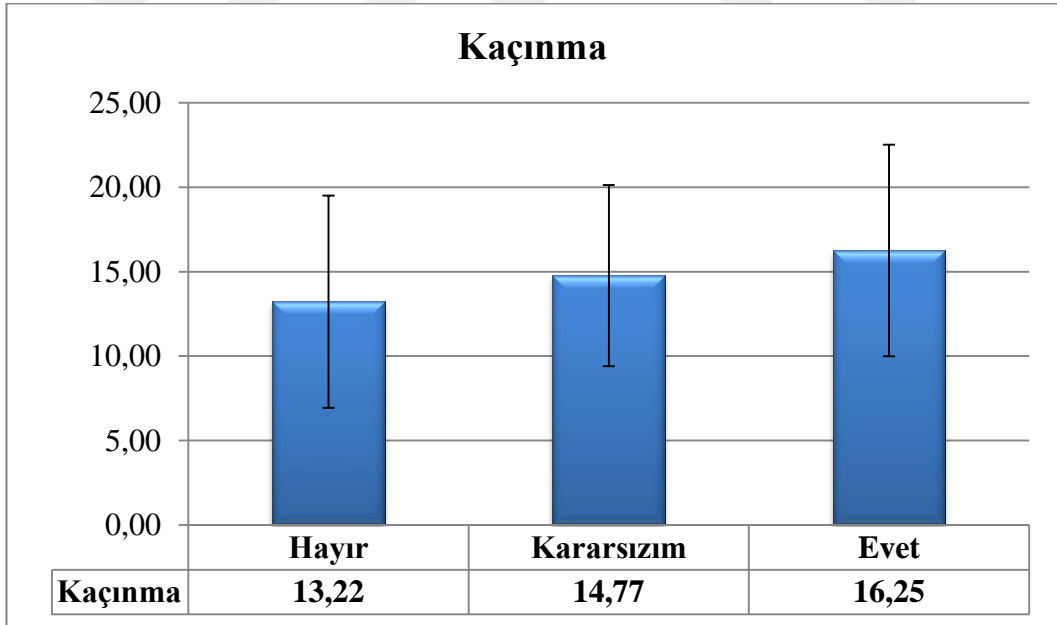
Şekil 3.33. “İmplant tedavisi hakkında sahip olduğum bilgiler genel olarak olumsuz yöndedir” sorusuna verilen cevaplara göre Kaçınma puanlarının dağılımı



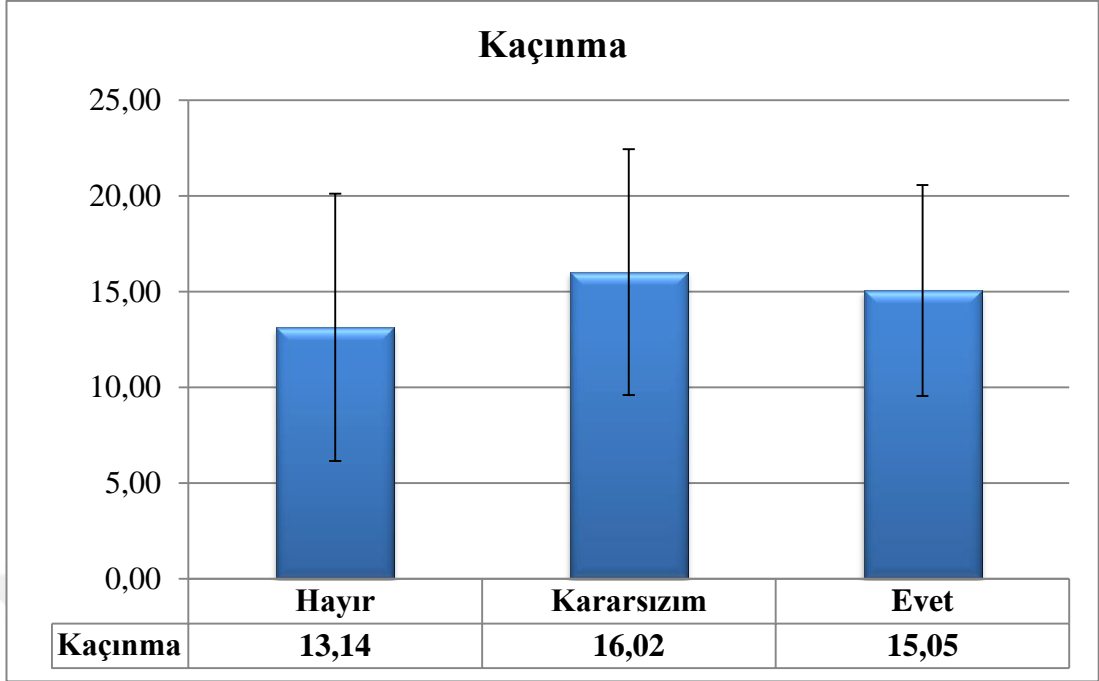
Şekil 3.34. “İmplant tedavisinin bende başarılı olacağına inanmıyorum” sorusuna verilen cevaplara göre Kaçınma puanlarının dağılımı



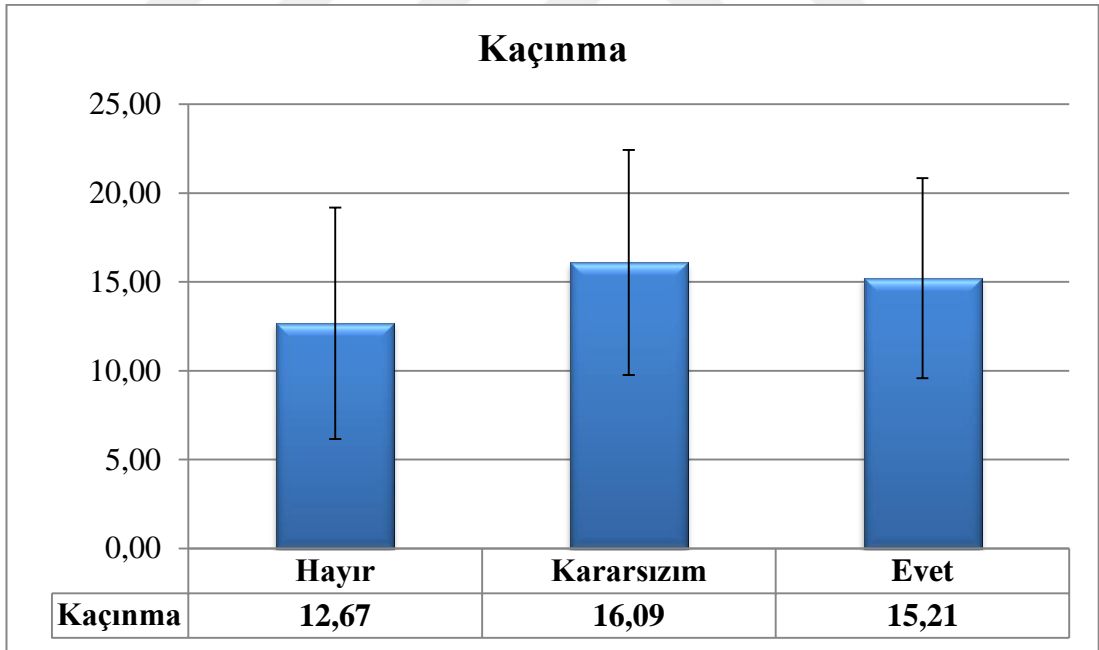
Şekil 3.35. “İmplant tedavisinin sağlığıma ve vücuduma zarar verebileceğinden dolayı tehlikeli olduğunu düşünüyorum” sorusuna verilen cevaplara göre Kaçınma puanlarının dağılımı



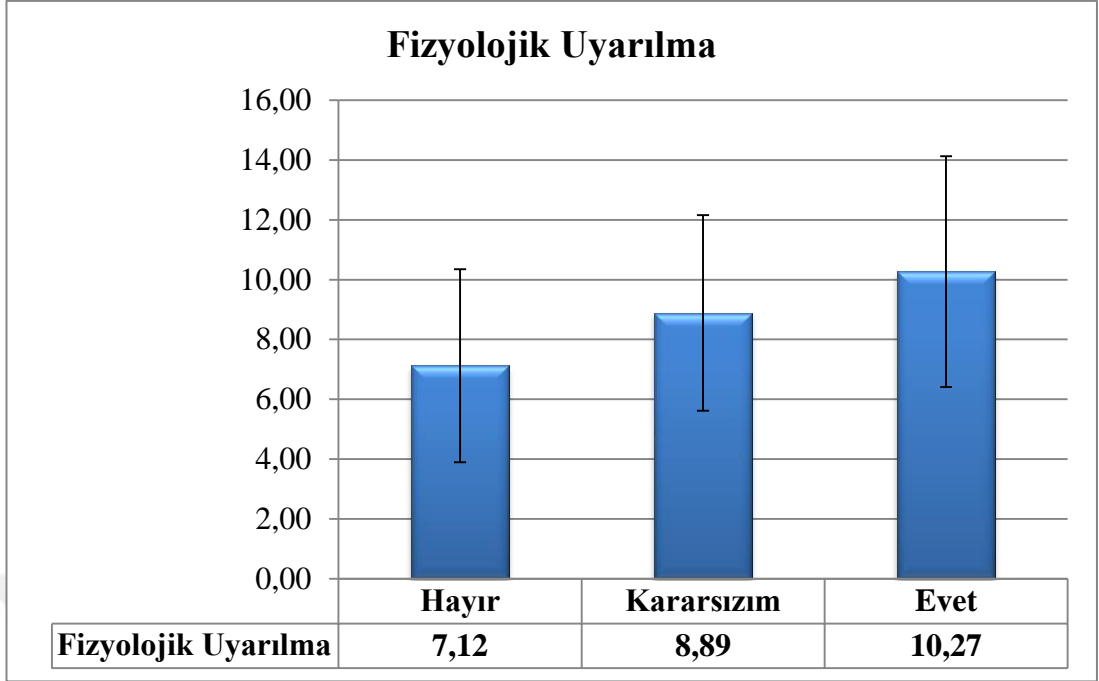
Şekil 3.36. “İmplant tedavisini yaptırmaya korkuyorum” sorusuna verilen cevaplara göre Kaçınma puanlarının dağılımı



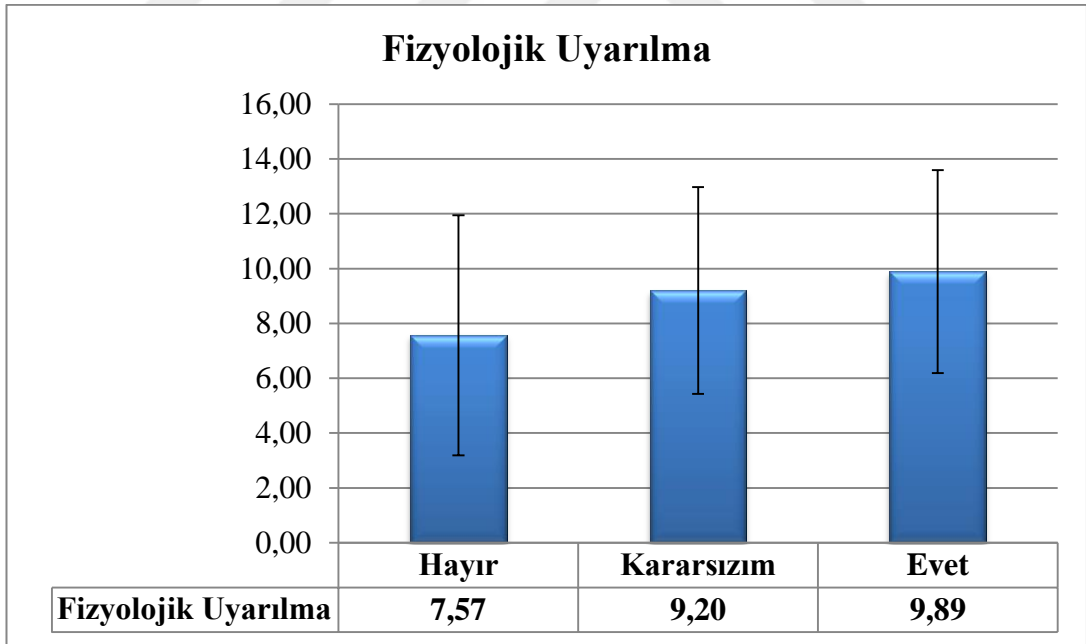
Şekil 3.8. “Eğer yaptıracağım hareketli protezden memnun kalmazsam implant tedavisini yaptırmayı düşünebilirim” sorusuna verilen cevaplara göre Kaçınma puanlarının dağılımı



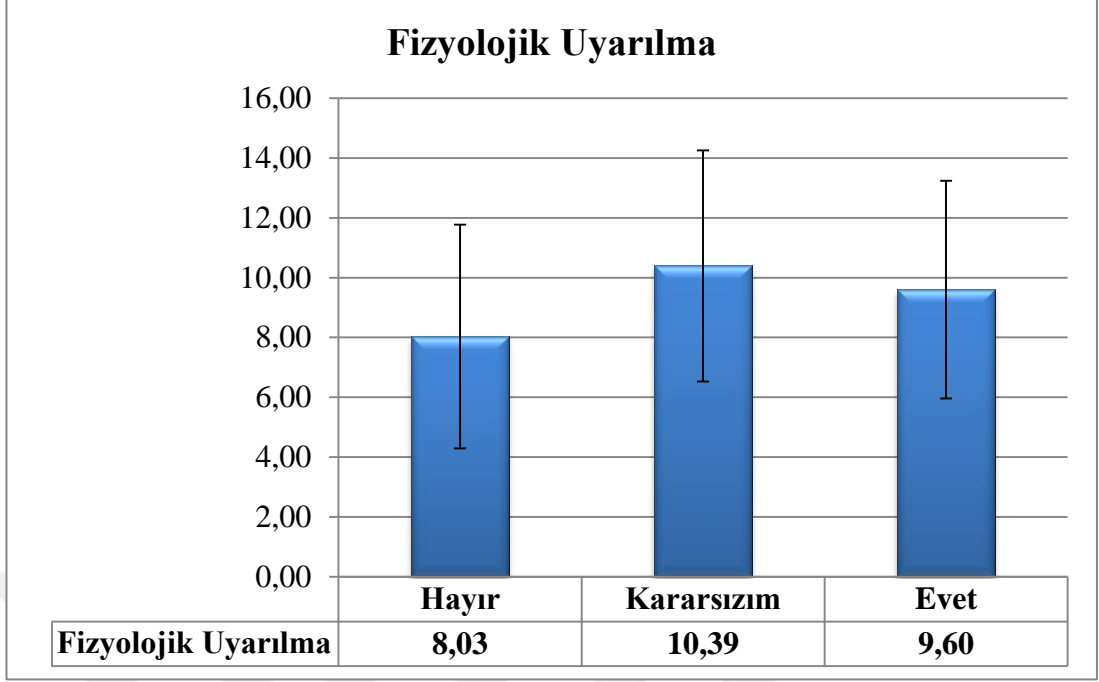
Şekil 3.38. “Eğer maddi durumum daha iyi olsaydı implant tedavisi yaptırmayı düşünürdüm” sorusuna verilen cevaplara göre Kaçınma puanlarının dağılımı



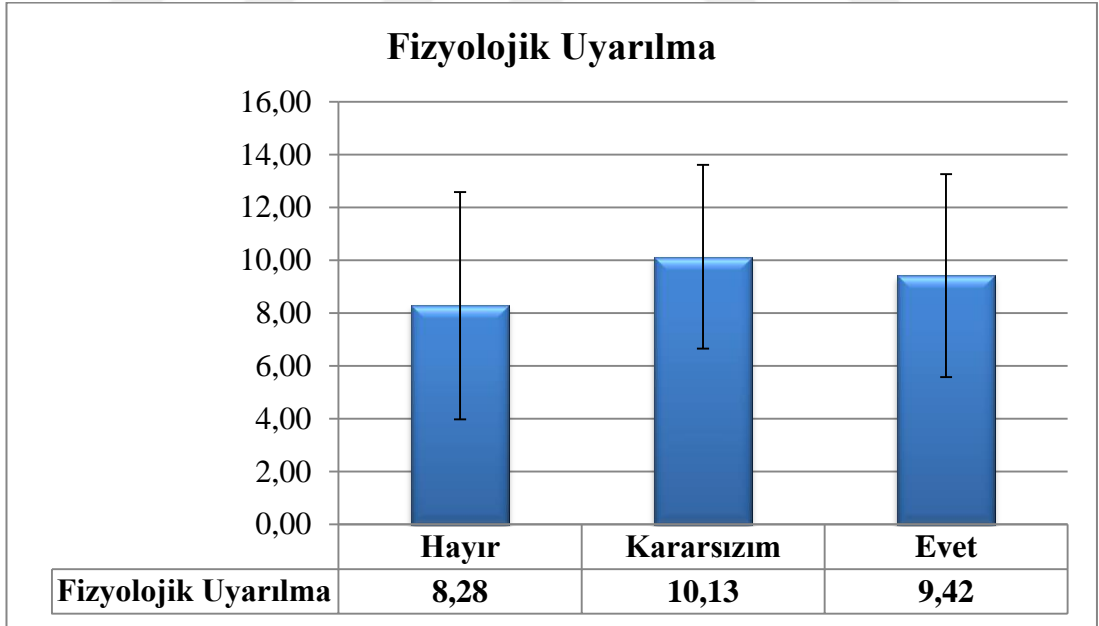
Şekil 3.9. “İmplant tedavisinin cerrahi bir işlem olması beni rahatsız ediyor” sorusuna verilen cevaplara göre Fizyolojik Uyarılma puanlarının dağılımı



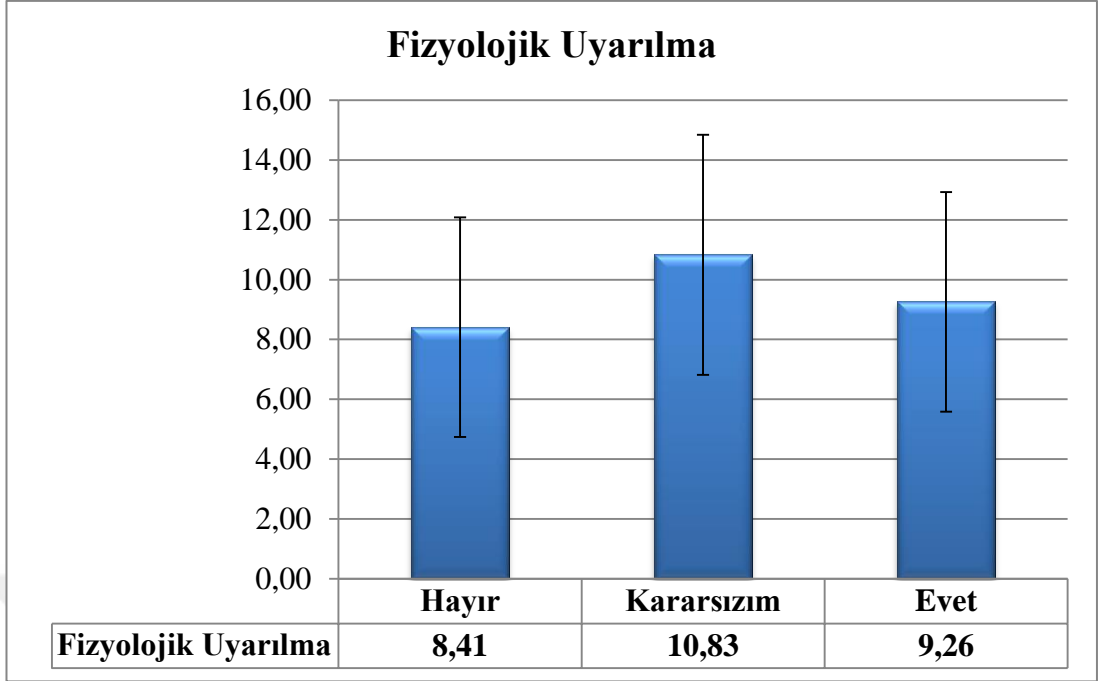
Şekil 3.10. “İmplant tedavisi ağrılı bir işlemdir” sorusuna verilen cevaplara göre Fizyolojik Uyarılma puanlarının dağılımı



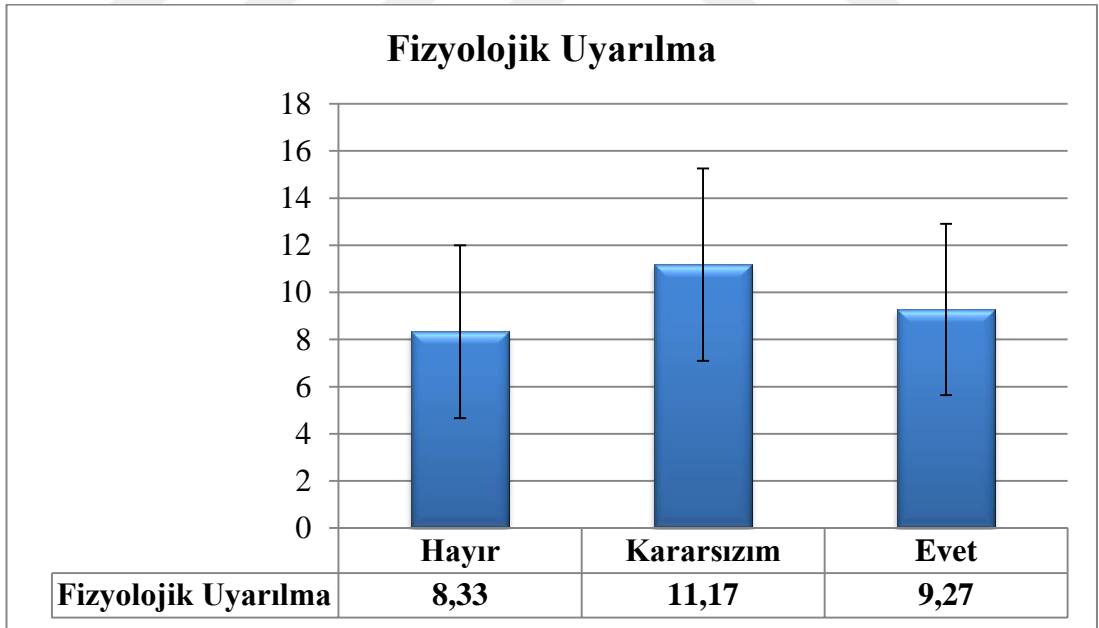
Şekil 3.41. “İmplant tedavisinin sağlığıma ve vücuduma zarar verebileceğinden dolayı tehlikeli olduğunu düşünüyorum” sorusuna verilen cevaplara göre Fizyolojik Uyarılma puanlarının dağılımı



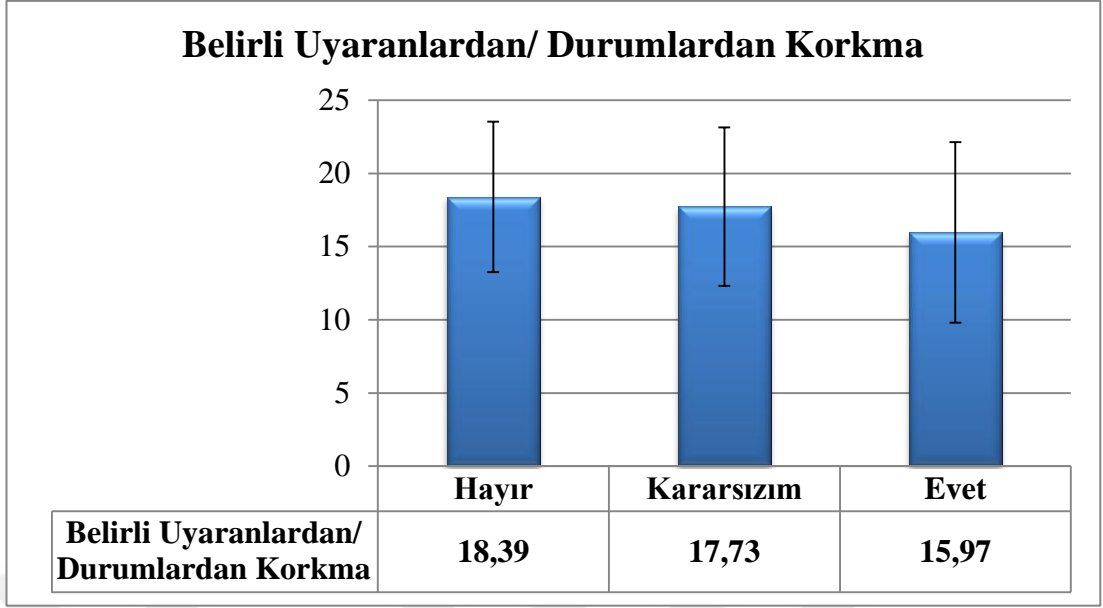
Şekil 3.42. “İmplant tedavisini yaptırmaya korkuyorum” sorusuna verilen cevaplara göre Fizyolojik Uyarılma puanlarının dağılımı



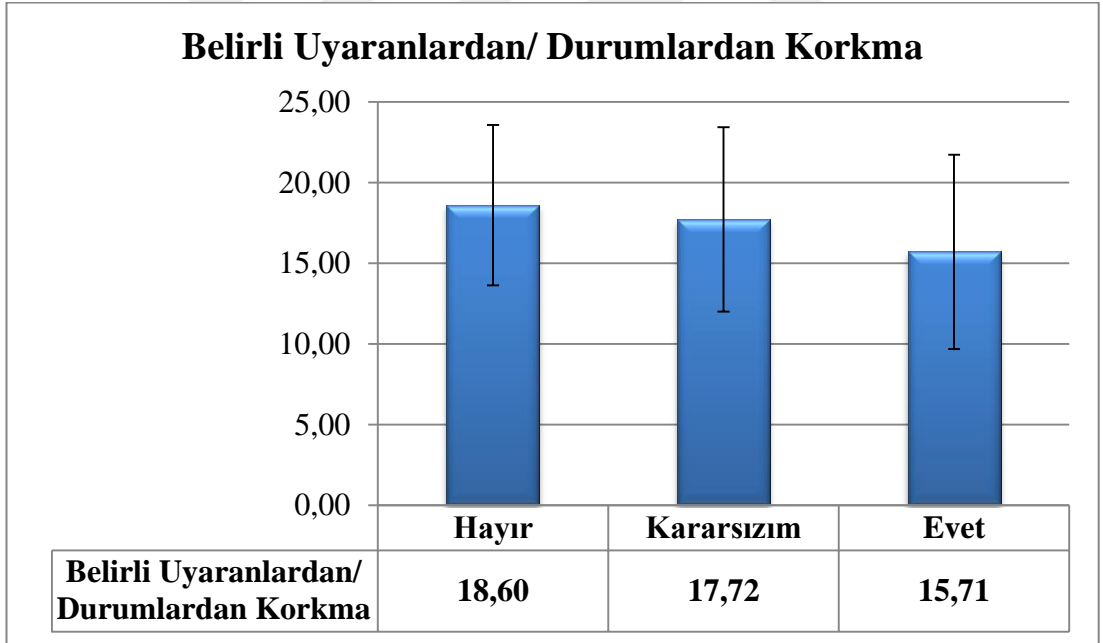
Şekil 3.43. “Eğer yaptıracağım hareketli protezden memnun kalmazsam implant tedavisini yaptırmayı düşünebilirim” sorusuna verilen cevaplara göre Fizyolojik Uyarılma puanlarının dağılımı



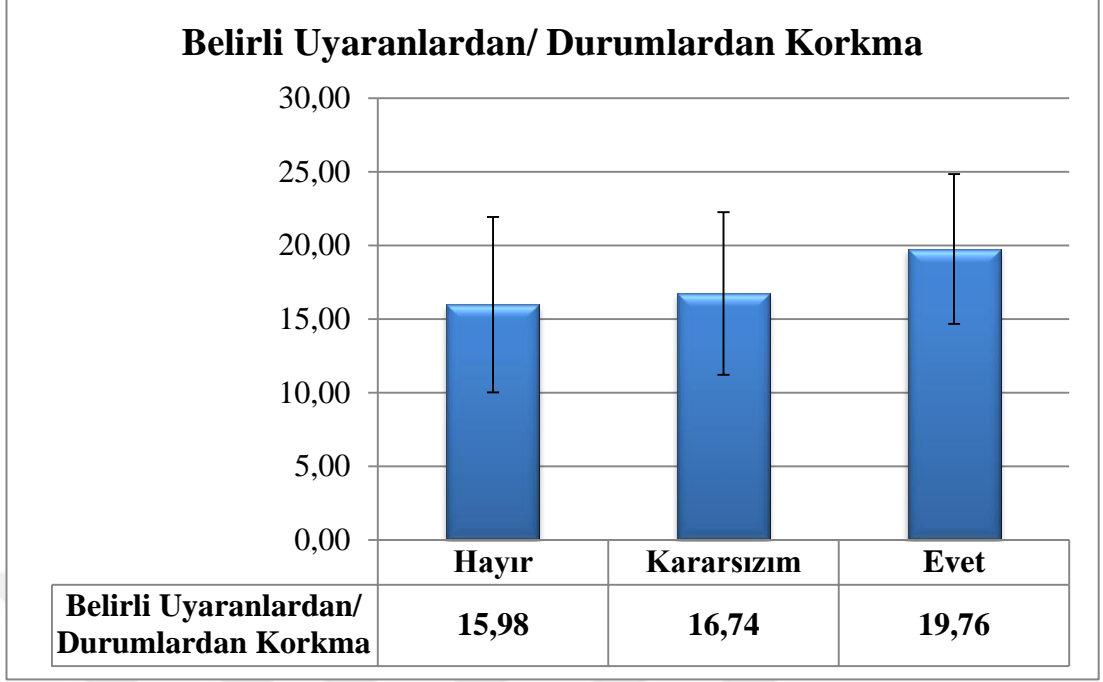
Şekil 3.44. “Eğer maddi durumum daha iyi olsaydı implant tedavisi yaptırmayı düşünürdüm” sorusuna verilen cevaplara göre Fizyolojik Uyarılma puanlarının dağılımı



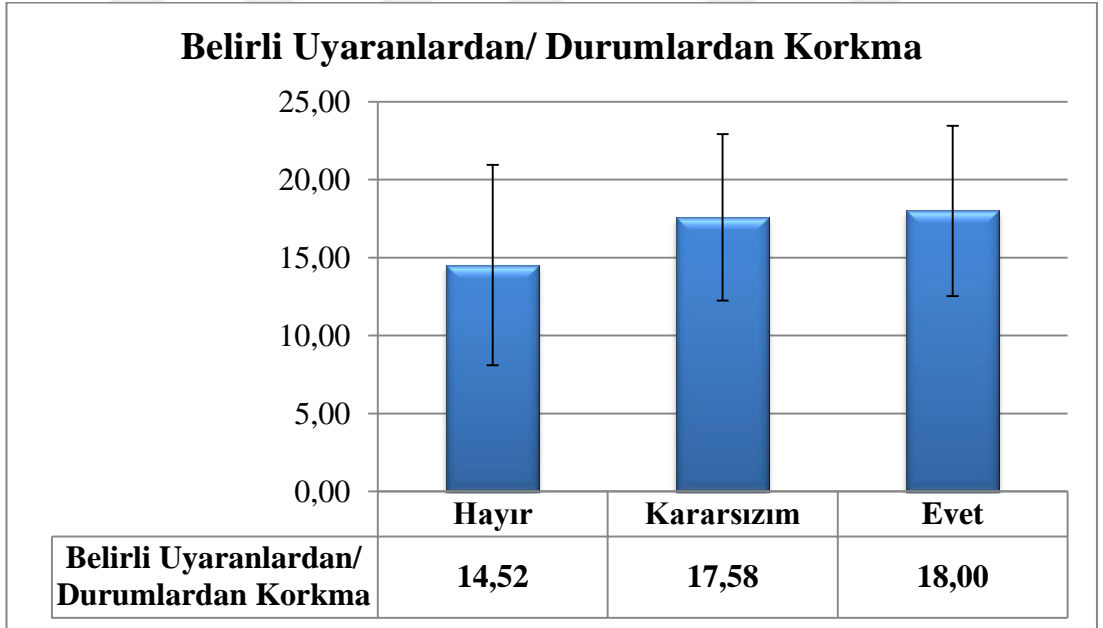
Şekil 3.11. “İmplant tedavisi ve sonrasındaki protez yapılma süreci hakkında hekimim tarafından yeterince bilgilendirildim” sorusuna verilen cevaplara göre Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma puanlarının dağılımı



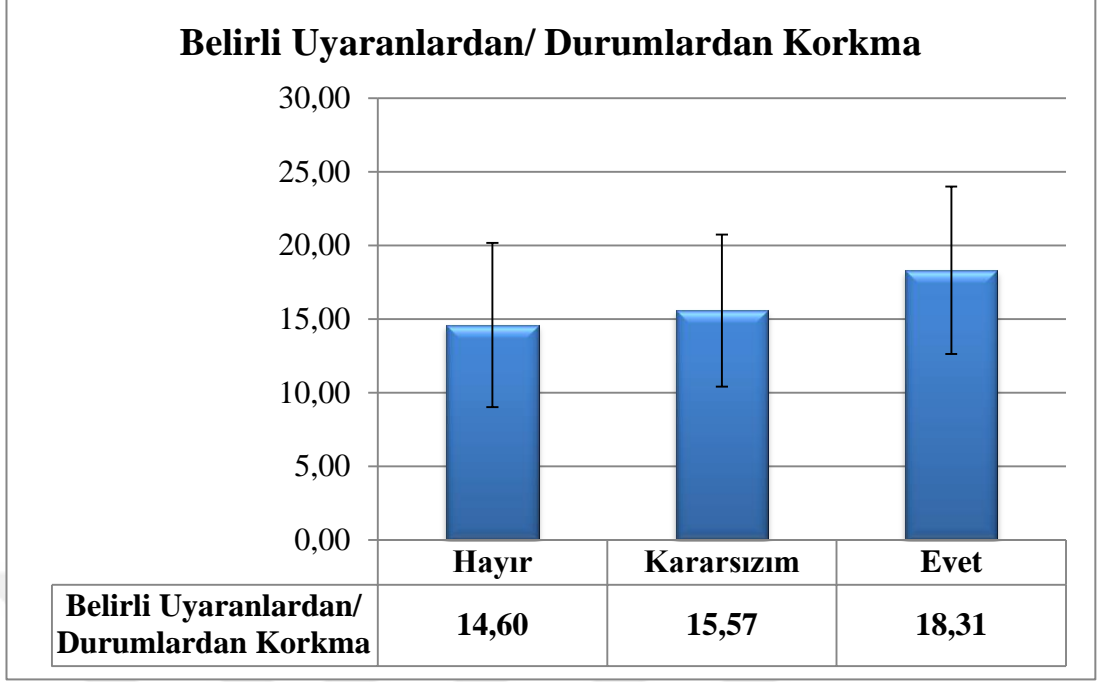
Şekil 3.46. “İmplant tedavisini yaptırmamamın hekimime olan güvenimle ilgisi yoktur” sorusuna verilen cevaplara göre Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma puanlarının dağılımı



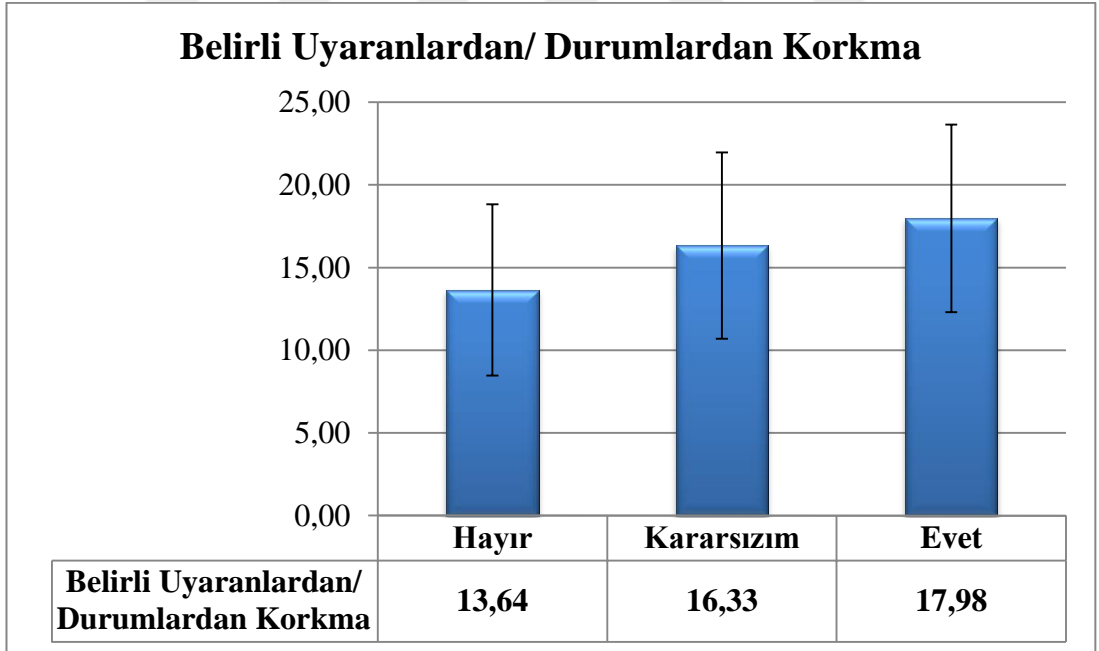
Şekil 3.47. “İmplant tedavisi hakkında sahip olduğum bilgiler genel olarak olumsuz yöndedir” sorusuna verilen cevaplara göre Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma puanlarının dağılımı



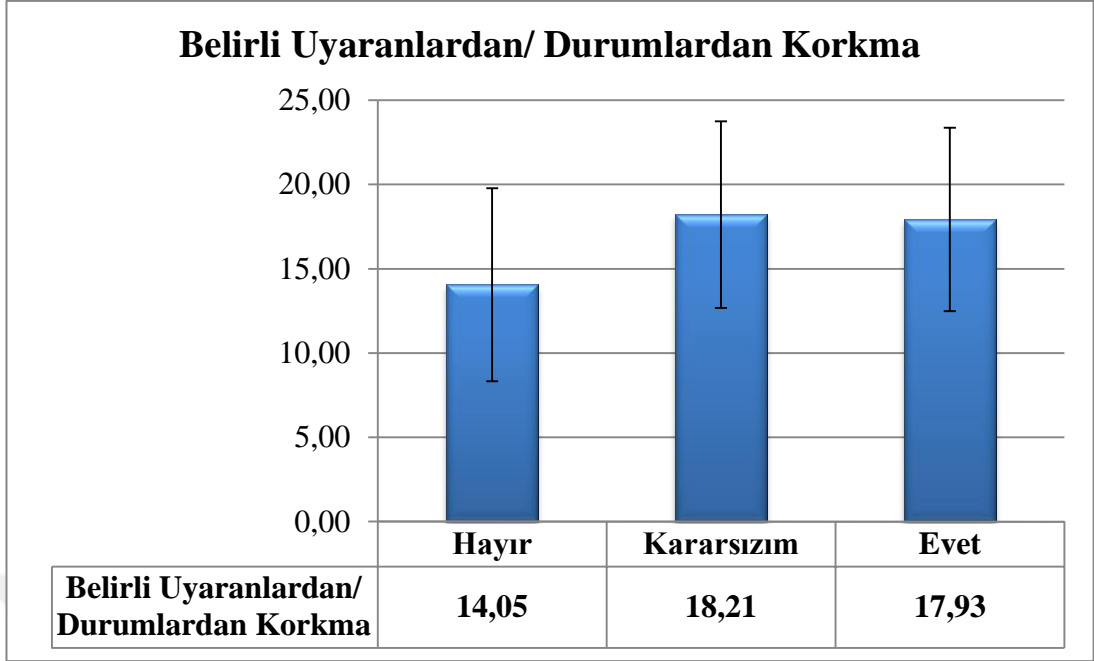
Şekil 3.12. “İmplant tedavisinin bende başarılı olacağına inanmıyorum” sorusuna verilen cevaplara göre Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma puanlarının dağılımı



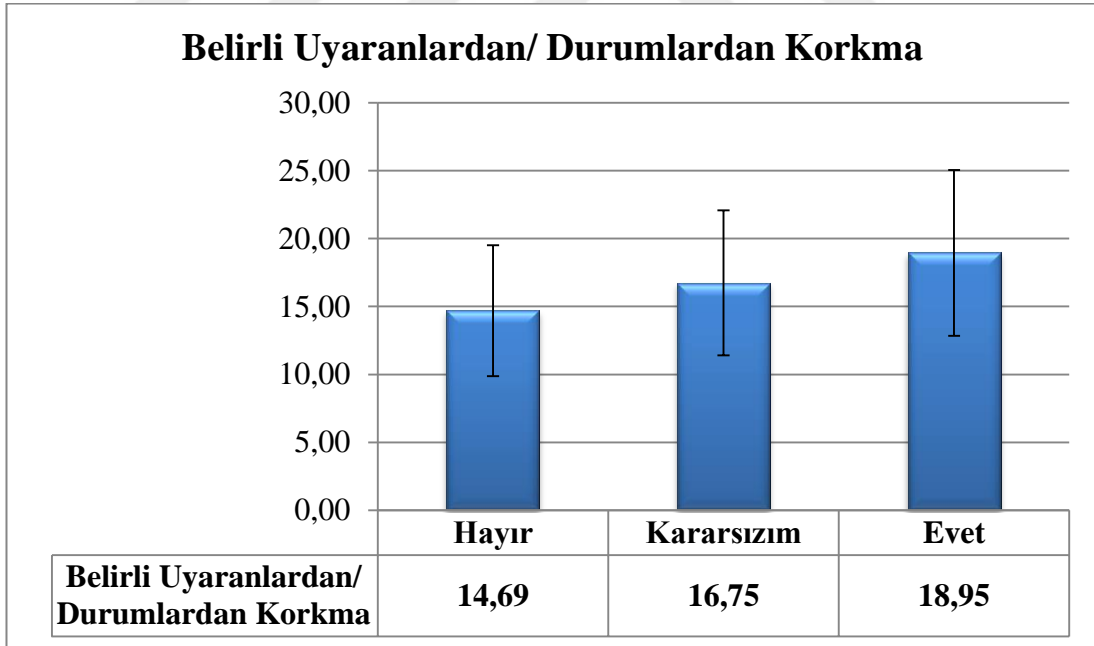
Şekil 3.49. “İmplant tedavisinin cerrahi bir işlem olması beni rahatsız ediyor” sorusuna verilen cevaplara göre Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma puanlarının dağılımı



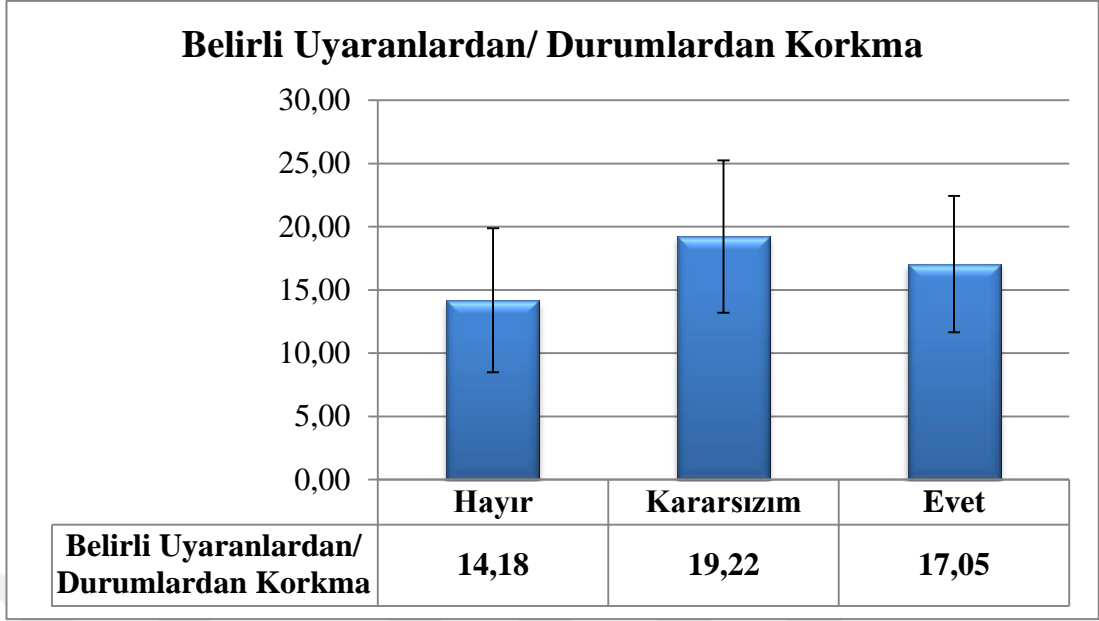
Şekil 3.50. “İmplant tedavisi ağırlı bir işlemdir” sorusuna verilen cevaplara göre Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma puanlarının dağılımı



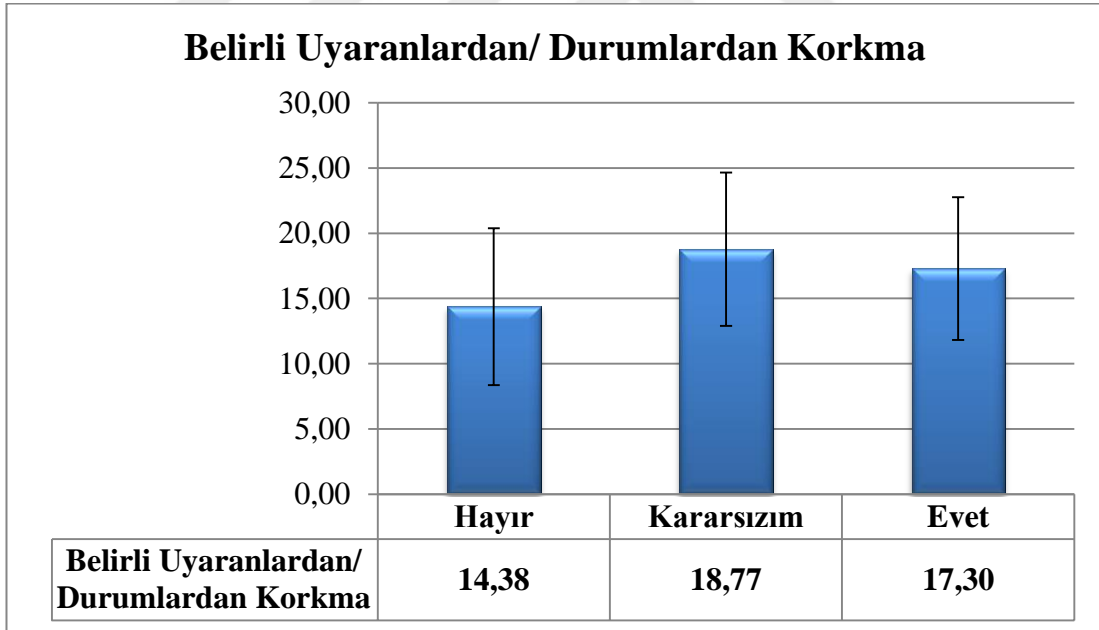
Şekil 3.51. “İmplant tedavisinin sağlığıma ve vücuduma zarar verebileceğinden dolayı tehlikeli olduğunu düşünüyorum” sorusuna verilen cevaplara göre Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma puanlarının dağılımı



Şekil 3.132. “İmplant tedavisini yaptırmaya korkuyorum” sorusuna verilen cevaplara göre Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma puanlarının dağılımı



Şekil 3.53. “Eğer yaptıracağım hareketli protezden memnun kalmazsam implant tedavisini yaptırmayı düşünebilirim” sorusuna verilen cevaplara göre Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma puanlarının dağılımı



Şekil 3.144. “Eğer maddi durumum daha iyi olsaydı implant tedavisi yaptırmayı düşünürdüm” sorusuna verilen cevaplara göre Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma puanlarının dağılımı

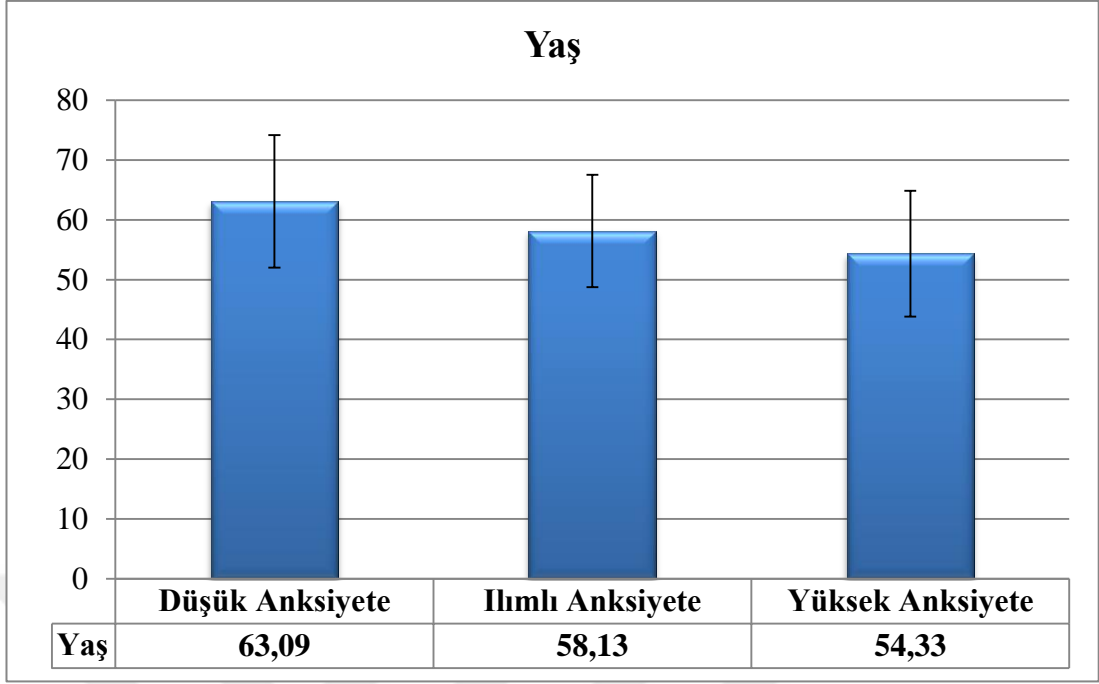
3.18. DKS Sınıflaması ile Demografik Verilerin Değerlendirilmesi

Çizelge 3.18.'de DKS skoru sınıflaması ile demografik veriler için karşılaştırmalara bakıldı, yaş, eğitim durumu ve ortalama gelir için anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). En yüksek yaş ortalaması düşük anksiyeteye sahip hastalarda bulunurken, en yüksek yaş ortalaması ise yüksek anksiyeteye sahip hastalarda bulundu ve dağılım Şekil 3.55.'te verildi. İlkokul mezunu olan hastaların hiçbiri yüksek anksiyeteye (koru) sahip değilken, ortaokul mezunu olanların %2,7'si, lise mezunu olanların %6,6'sı, üniversite mezunu olanların %18,5'i ve yüksek lisans üstü mezunu olanların ise %29,5 yüksek anksiyeteye (koru) sahipti ve dağılım Şekil 3.56.'da verildi. Ortalama geliri asgari ücret seviyesinde olan hastaların hiçbiri yüksek anksiyeteye sahip değilken, geliri asgari ücretin altında olan hastaların %5,5'i, geliri asgari ücret ile 12.500 TL arasında olan hastaların %15,0'i ve geliri 12.500 TL ve üzerinde olan hastaların ise %23,9'u yüksek anksiyeteye sahipti ve dağılım Şekil 3.57.'de verildi.

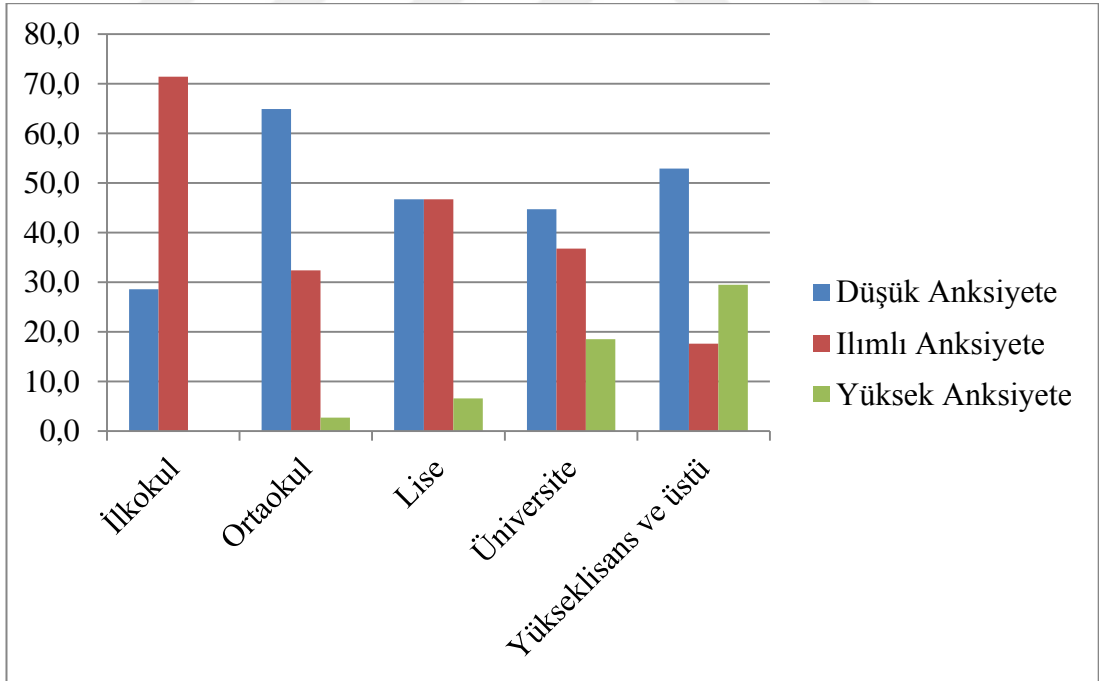
Çizelge 3.18. DKS Sınıflaması ile Demografik Verilerin Değerlendirilmesi

Değişkenler		DKS			P değeri
		Düşük Anksiyete	İlmlı Anksiyete	Yüksek Anksiyete	
Yaş	Ort.±SS	63,09±11,10	58,13±9,38	54,33±10,53	0,002 ^a
	Ortanca (Min-Maks)	63,00 (31,00-93,00)	58,00 (36,00-84,00)	55,50 (40,00-68,00)	
Cinsiyet, n(%)	Kadın	35 (%47,9)	27 (%37,0)	11 (%15,1)	0,218 ^b
	Erkek	52 (%51,5)	42 (%41,6)	7 (%6,9)	
Eğitim Durumu, n(%)	İlkokul	2 (%28,6)	5 (%71,4)	0 (%0,0)	0,015 ^c
	Ortaokul	24 (%64,9)	12 (%32,4)	1 (%2,7)	
	Lise	35 (%46,7)	35 (%46,7)	5 (%6,6)	
	Üniversite	17 (%44,7)	14 (%36,8)	7 (%18,5)	
	Yüksek lisans ve üstü	9 (%52,9)	3 (%17,6)	5 (%29,5)	
Ortalama Gelir, n(%)	Asgari Ücretin Altı	41 (%56,2)	28 (%38,4)	4 (%5,5)	0,008 ^c
	Asgari Ücret	17 (%48,6)	18 (%51,4)	0 (%0,0)	
	Asgari Ücret ile 12.500 TL arasında	8 (%40,0)	9 (%45,0)	3 (%15,0)	
	12.500 TL ve Üzerinde	21 (%45,7)	14 (%30,4)	11 (%23,9)	

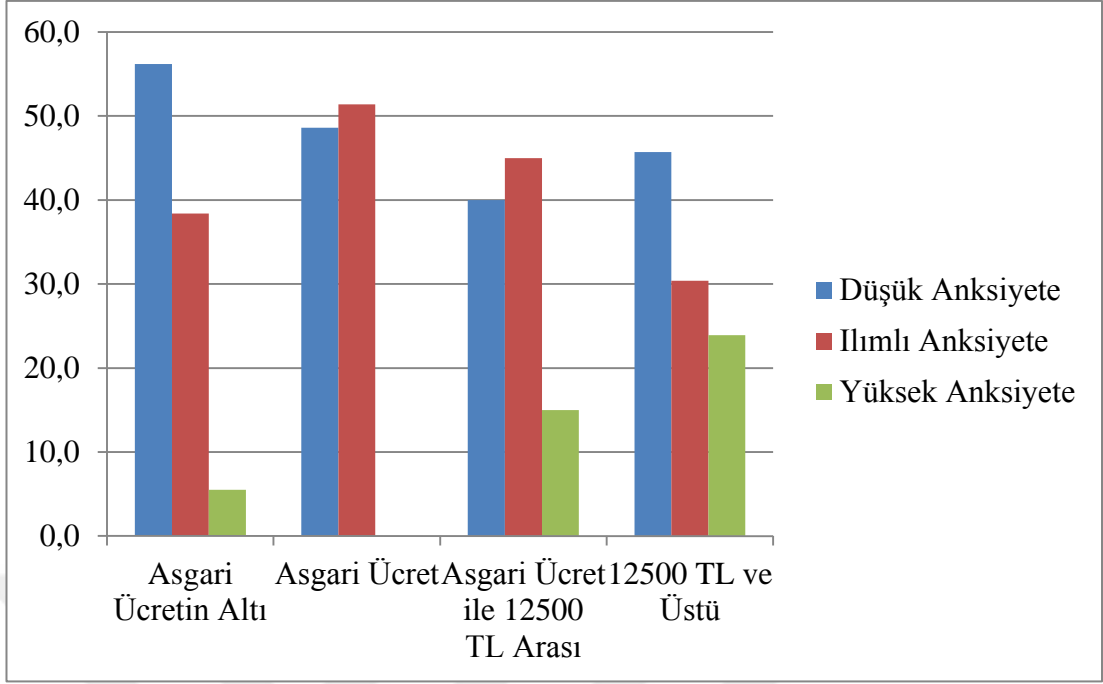
Ort:Ortalama, SS:Standart Sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum, a:Kruskal Wallis H testi, b:Ki-kare testi, c:Fisher-exact testi



Şekil 3.55. DKS ölçeği kategorileri için yaş dağılımı



Şekil 3.56. DKS ölçeği kategorileri için eğitim durumu dağılımı



Şekil 3.57. DKS ölçeği kategorileri için gelir durumu dağılımı

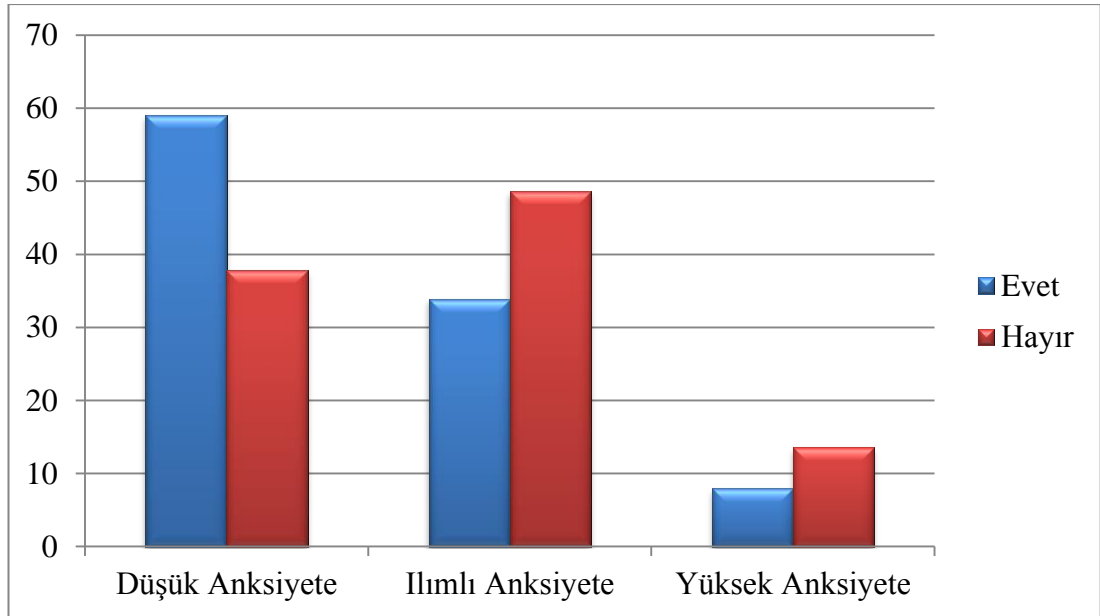
3.19. DKS Sınıflaması ile A Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi

Çizelge 3.19.'da DKS skoru sınıflaması ile A grubundaki sorular için karşılaştırmalara bakıldı, “Daha önce hareketli protez kullandınız mı?” ve “Covid-19 pandemisinin diş tedavisi yaptırmanız hakkında endişe ve korkularınızı arttırdığını düşünüyor musunuz?” sorularına verilen cevaplar için anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$). “Daha önce hareketli protez kullandınız mı?” sorusuna hayır cevabı veren hastaların %13,6’sı yüksek anksiyeteye sahipken bu oran evet cevabı veren hastalarda %8,0’di ve dağılım Şekil 3.58.’de verildi. “Covid-19 pandemisinin diş tedavisi yaptırmanız hakkında endişe ve korkularınızı arttırdığını düşünüyor musunuz?” sorusuna hayır cevabı veren hastaların %7,1’i yüksek anksiyeteye sahipken bu oran evet cevabı veren hastalarda %19,1’di ve dağılım Şekil 3.59.’da verildi.

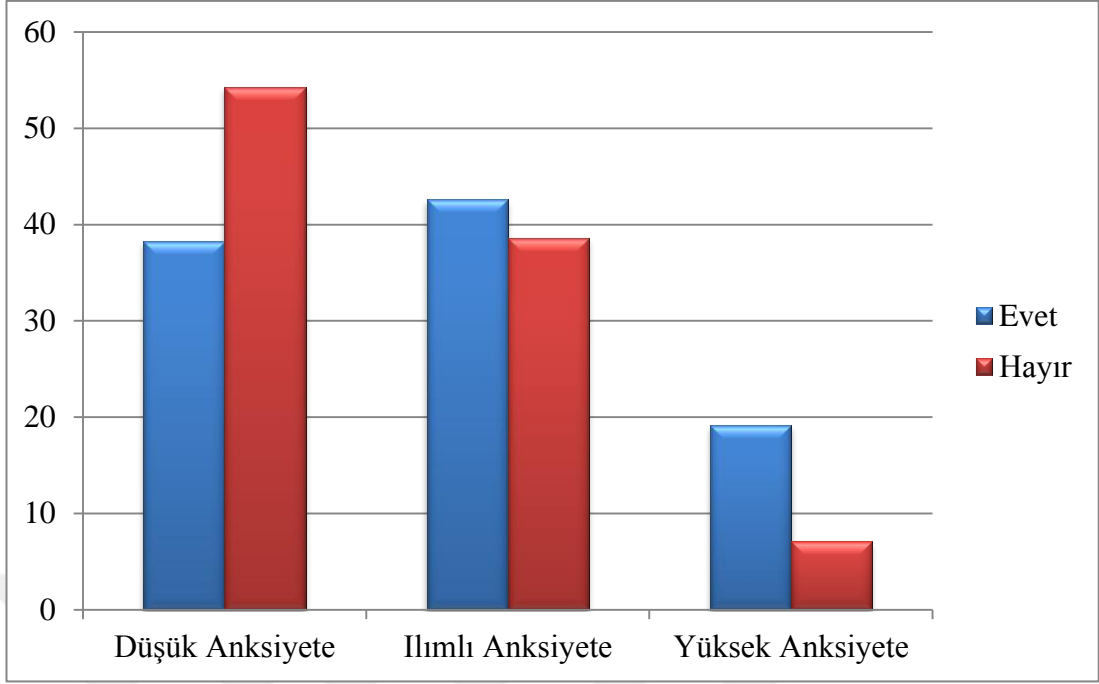
Çizelge 3.19. DKS Sınıflaması ile A Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi

Değişkenler		DKS			p değeri
		Düşük Anksiyete	İlmlı Anksiyete	Yüksek Anksiyete	
Daha önce hareketli protez kullandınız mı?, n(%)	Evet	59(%59,0)	33 (%33,9)	8 (%8,0)	0,021 ^a
	Hayır	28 (%37,8)	36 (%48,6)	10 (%13,6)	
Eskiden kullandığınız hareketli protezinizden genel olarak memnun muydunuz?, n(%)	Evet	32 (%57,1)	20 (%35,7)	4 (%7,2)	0,778 ^b
	Hayır	27 (%61,4)	13 (%29,5)	4 (%9,1)	
İmplant tedavisi hakkında bilginiz var mı?, n(%)	Evet	69 (%47,3)	59 (%40,4)	18 (%12,3)	0,084 ^a
	Hayır	18 (%64,3)	10 (%35,7)	0 (%0,0)	
Covid-19 pandemisinin dış tedavisi yaptırmanız hakkında endişe ve korkularınızı arttırdığını düşünüyor musunuz?, n(%)	Evet	18 (%38,3)	20 (%42,6)	9 (%19,1)	0,035 ^a
	Hayır	69 (%54,3)	49 (%38,6)	9 (%7,1)	

Ort:Ortalama, SS:Standart Sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum, a:Ki-kare testi, b:Fisher-exact testi



Şekil 3.58. “Daha önce hareketli protez kullandınız mı?” sorusuna verilen cevaplara göre DKS ölçeği puanlarının dağılımı



Şekil 3.59. “Covid-19 pandemisinin dış tedavisi yaptırmanız hakkında endişe ve korkularınızı arttırdığını düşünüyor musunuz?” sorusuna verilen cevaplara göre DKS ölçeği puanlarının dağılımı

3.20. DKS Sınıflaması ile B Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi

Çizelge 3.20.’de DKS skoru sınıflaması ile B grubundaki sorular için karşılaştırmalara bakıldı, “İmplant tedavisi uzun süreceğinden dolayı yaptırmak istemiyorum”, “İmplant tedavisinin cerrahi bir işlem olması beni rahatsız ediyor”, “Eğer yaptıracığım hareketli protezden memnun kalmazsam implant tedavisini yaptırmayı düşünebilirim” ve “Eğer maddi durumum daha iyi olsaydı implant tedavisi yaptırmayı düşünürdüm” maddeleri ile DKS skoru sınıflaması arasında anlamlı fark bulundu (sırasıyla $p=0,027$, $p=0,029$, $p=0,035$ ve $p=0,050$). “İmplant tedavisi uzun süreceğinden dolayı yaptırmak istemiyorum” maddesine hayır cevabı veren hastaların %23,6’sı, kararsızım cevabı verenlerin %11,1’i ve evet cevabı verenlerin %5,3’ü yüksek anksiyeteye sahipti ve dağılım Şekil 3.60.’da verildi. “İmplant tedavisinin cerrahi bir işlem olması beni rahatsız ediyor” maddesine hayır cevabı veren hastaların %12,0’si, kararsızım cevabı verenlerin %5,4’ü ve evet cevabı verenlerin %11,6’sı yüksek anksiyeteye sahipti ve dağılım Şekil 3.61.’de verildi. “Eğer yaptıracığım hareketli protezden memnun kalmazsam implant tedavisini yaptırmayı düşünebilirim” maddesine hayır cevabı veren hastaların %13,6’sı, kararsızım cevabı verenlerin %17,1’i ve evet cevabı veren hastaların ise %7,2’si yüksek anksiyeteye sahipti ve dağılım Şekil 3.62.’de verildi. “Eğer maddi durumum daha iyi olsaydı

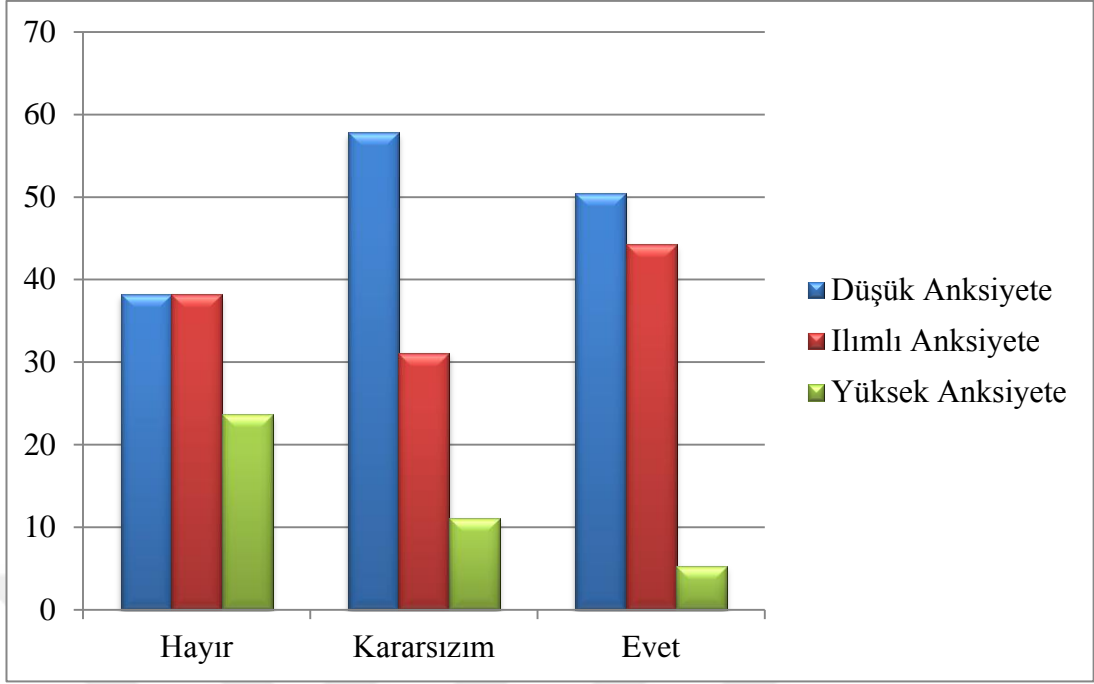
implant tedavisi yaptırmayı düşünürdüm” maddesine hayır cevabı veren hastaların %8,3’ü, kararsızım cevabı verenlerin %17,1’i ve evet cevabı veren hastaların ise %8,7’si yüksek anksiyeteye sahipti ve dağılım Şekil 3.63.’te verildi.



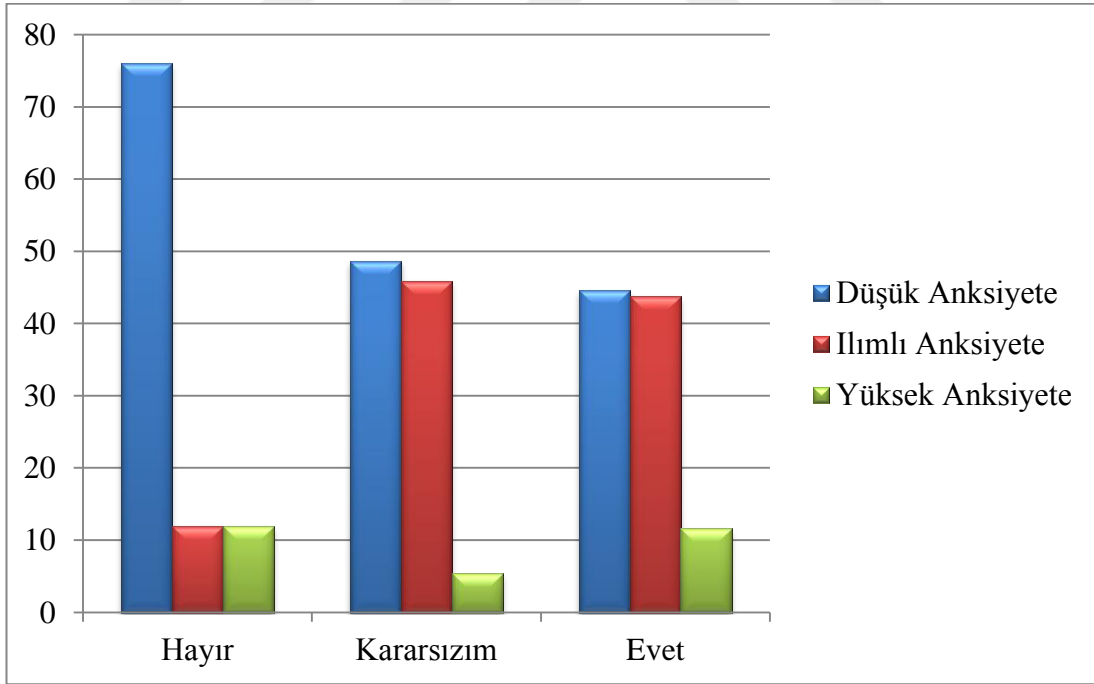
Çizelge 3.20. DKS Sınıflaması ile B Bölümündeki Soruların Değerlendirilmesi

Değişkenler	DKS			p değeri	
	Düşük Anksiyete	Orta Anksiyete	Yüksek Anksiyete		
İmplant tedavisi ve sonrasında protez yapılma süreci hakkında hekimim tarafından yeterince bilgilendirildim, n(%)	Hayır	25 (%42,4)	27 (%45,8)	7 (%11,8)	0,150 ^a
	Kararsızım	17 (%42,5)	20 (%50,0)	3 (%7,5)	
	Evet	45 (%60,0)	22 (%29,3)	8 (%10,7)	
İmplant tedavisini yaptırmamamın hekimime olan güvenimle ilgisi yoktur, n(%)	Hayır	20 (%38,5)	26 (%50,0)	6 (%11,5)	0,210 ^a
	Kararsızım	26 (%48,1)	22 (%40,8)	6 (%11,1)	
	Evet	41 (%60,3)	21 (%30,9)	6 (%8,8)	
İmplant tedavisi uzun süreceğinden dolayı yaptırmak istemiyorum, n(%)	Hayır	13 (%38,2)	13 (%38,2)	8 (%23,6)	0,027 ^a
	Kararsızım	26 (%57,8)	14 (%31,1)	5 (%11,1)	
	Evet	48 (%50,5)	42 (%44,2)	5 (%5,3)	
İmplant tedavisi hakkında sahip olduğum bilgiler genel olarak olumsuz yöndedir, n(%)	Hayır	34 (%57,6)	19 (%32,2)	6 (%10,2)	0,188 ^a
	Kararsızım	39 (%52,7)	29 (%39,2)	6 (%8,1)	
	Evet	14 (%34,1)	21 (%51,2)	6 (%14,7)	
İmplant tedavisinin bende başarılı olacağına inanmıyorum n(%)	Hayır	23 (%69,7)	7 (%21,2)	3 (%9,1)	0,110 ^a
	Kararsızım	25 (%41,7)	29 (%48,3)	6 (%10,0)	
	Evet	39 (%48,1)	33 (%40,7)	9 (%11,2)	
İmplant tedavisinin cerrahi bir işlem olması beni rahatsız ediyor, n(%)	Hayır	19 (%76,0)	3 (%12,0)	3 (%12,0)	0,029 ^a
	Kararsızım	18 (%48,7)	17 (%45,9)	2 (%5,4)	
	Evet	50 (%44,6)	49 (%43,8)	13 (%11,6)	
İmplant tedavisi ağırlı bir işlemdir, n(%)	Hayır	10 (%71,5)	3 (%21,4)	1 (%7,1)	0,502 ^a
	Kararsızım	24 (%52,2)	18 (%39,1)	4 (%8,7)	
	Evet	53 (%46,5)	48 (%42,1)	13 (%11,4)	
İmplant tedavisinin sağlığıma ve vücuduma zarar verebileceğinden dolayı tehlikeli olduğunu düşünüyorum, n(%)	Hayır	23 (%62,2)	11 (%29,7)	3 (%8,1)	0,458 ^a
	Kararsızım	24 (%42,1)	26 (%45,6)	7 (%12,3)	
	Evet	40 (%50,0)	32 (%40,0)	8 (%10,0)	
İmplant tedavisini yaptırmaya korkuyorum, n(%)	Hayır	21 (%65,6)	8 (%25,0)	3 (%9,4)	0,117 ^a
	Kararsızım	36 (%46,8)	36 (%46,8)	5 (%6,4)	
	Evet	30 (%46,2)	25 (%38,5)	10 (%15,3)	
Eğer yaptıracağım hareketli protezden memnun kalmazsam implant tedavisini yaptırmayı düşünebilirim, n(%)	Hayır	16 (%72,8)	3 (%13,6)	3 (%13,6)	0,035 ^a
	Kararsızım	18 (%43,9)	16 (%39,0)	7 (%17,1)	
	Evet	53 (%47,8)	50 (%45,0)	8 (%7,2)	
Eğer maddi durumum daha iyi olsaydı implant tedavisi yaptırmayı düşünürdüm, n(%)	Hayır	18 (%75,0)	4 (%16,7)	2 (%8,3)	0,050 ^a
	Kararsızım	14 (%40,0)	15 (%42,9)	6 (%17,1)	
	Evet	55 (%47,8)	50 (%43,5)	10 (%8,7)	

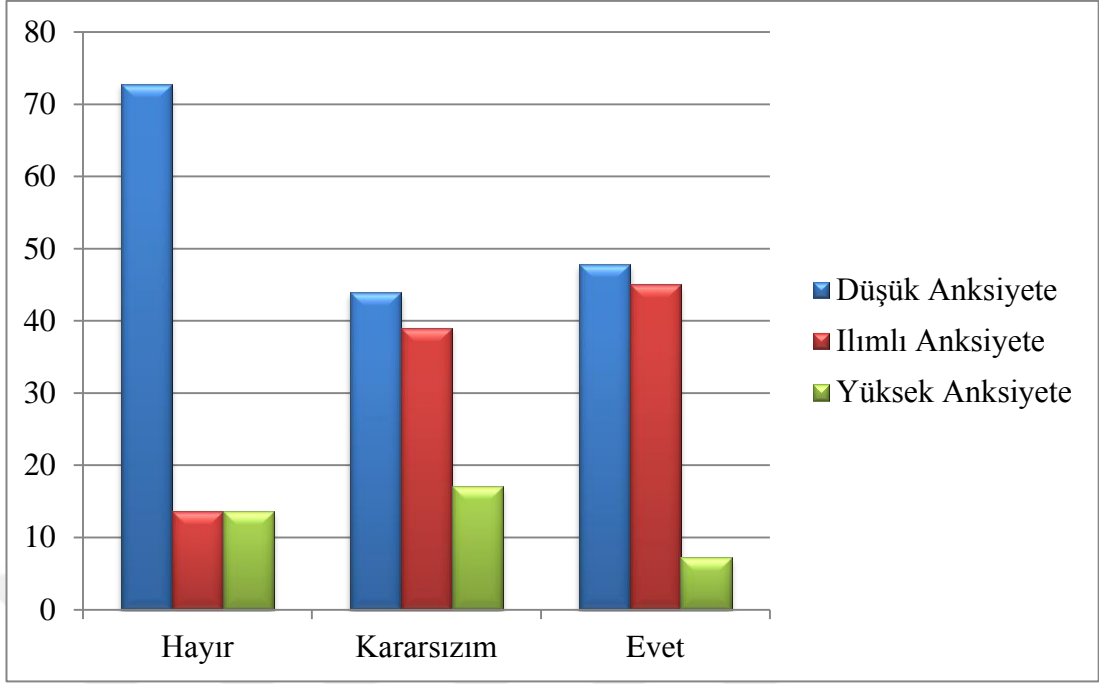
a: Ki-kare testi



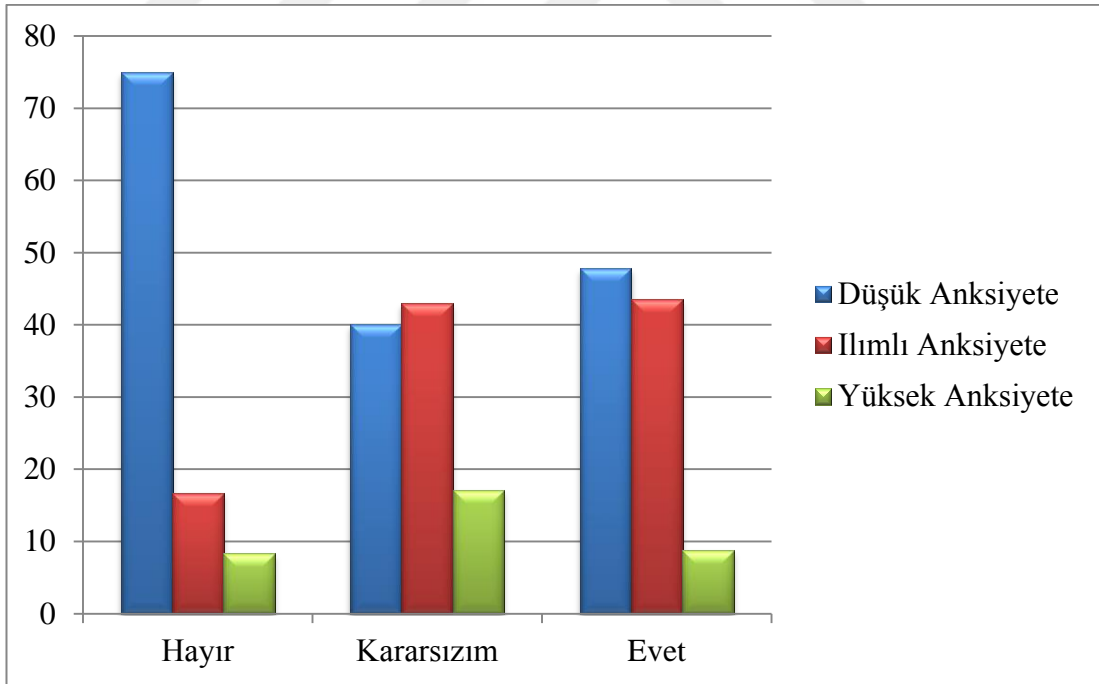
Şekil 3.60. “İmplant tedavisi uzun süreceğinden dolayı yaptırmak istemiyorum” sorusuna verilen cevaplara göre DKS ölçeği puanlarının dağılımı



Şekil 3.61. “İmplant tedavisinin cerrahi bir işlem olması beni rahatsız ediyor” sorusuna verilen cevaplara göre DKS ölçeği puanlarının dağılımı



Şekil 3.6215. “Eğer yaptıracağım hareketli protezden memnun kalmazsam implant tedavisini yaptırmayı düşünebilirim” sorusuna verilen cevaplara göre DKS ölçeği puanlarının dağılımı



Şekil 3.63. “Eğer maddi durumum daha iyi olsaydı implant tedavisi yaptırmayı düşünürdüm” sorusuna verilen cevaplara göre DKS ölçeği puanlarının dağılımı

4. TARTIŞMA

Çalışmamızda dental anksiyete ve korkunun tespiti için, günümüzde diş hekimliğinde sıkça kullanılan MDAS (Modifiye Dental Anksiyete Skalası) ile DKS (Dental Korku Skalası) kullanılmıştır. Konu hakkında yapılan çalışmalara ait literatür tarandığında, skalaların alt boyutlarının çalışmalara neredeyse hiç dahil edilmediği görülmüştür. Bu durum gerekli karşılaştırmaların sağlıklı yapılabilmesine engel olabilir ve yanlış çıkarımlara sebep olabilir. Ayrıca çalışmamızdaki A (amaca yönelik hazırlanmış kapalı uçlu sorular) ve B (implant tedavisi hakkındaki sorular) grubundaki, çalışmayı hazırlayanlar tarafından oluşturulmuş soruları içeren kısımlar çalışmamıza özgü olduğundan ve diğer çalışmalarda bu soruların aynıları yer almadığından, diğer çalışmalar ile kıyaslama yapılması uygun değildir. Çalışmamızdaki A ve B grubundaki sorulardan bir veya birkaçına benzer sorular içeren çalışmalar varsa bile, çalışmamızın amacıyla benzer bir amaçla hazırlanan ve de aynı araştırma yöntemini izleyen bir çalışma mevcut değildir. Tartışma ve karşılaştırmaların uygun olması, daha sağlıklı ve doğru sonuç vermesi açısından, A ve B grubundaki sorular kendi çalışmamız içinde değerlendirilmiştir ve ilişkilendirilmiştir. Bunun dışında kalan demografik veriler, MDAS ve DKS skorları yapılan benzer çalışmalar ile karşılaştırılıp tartışmaya dahil edilmiştir.

Özellikle protetik diş hekimliğinde anksiyete ve korku hakkında yapılan çalışmalar oldukça yetersizdir. Araştırmamız için yaptığımız literatür taramasında bulduğumuz çalışmalar arasında, bizim çalışmamıza dahil edilen spesifik protetik hasta grubu üzerinde (serbest sonlu hareketli bölümlü protez ve tam protez kullanan hastalar) implant tedavisini reddetme nedenlerinin sorgulandığı ve aynı zamanda anksiyete ile korku değerlerinin hem MDAS hem de DKS olmak üzere iki skala aracılığıyla bakıldığı bir çalışma bulunamamıştır. Yapılan bazı çalışmalarda gerekli karşılaştırmaların yapılabilmesi için bulunması gereken amaca yönelik soruların eksikliği göze çarpmaktadır. Örneğin; implant tedavisi yaptıracak hastalara dental anksiyete ve korku anketleri yapılmıştır ancak bazı çalışmalar implant tedavisi hakkında spesifik sorular içermemektedir. Dental anksiyete ve korku hakkında yapılan çalışmalarda skala olarak genellikle ya DKS ya da MDAS kullanılmıştır ancak iki skalanın birlikte kullanımı çok azdır, kullanıldığı çalışmalarda da genelde alt boyutlar dahil edilmemiştir. Bu durum, kullanılan ölçeklerin sınırlamaları göz önüne alındığında elde edilen sonuçların doğruluğunu ve anlamlılığını etkileyebilir. Ayrıca önceden yapılmış çalışmalar dikkatli olarak incelendiğinde ya hasta gruplarının ayrımı net değildir, ya hasta gruplarına uygulanacak tedaviler net değildir, ya da dental anksiyete ve korkuyu

değerlendirmek için kullanılan ölçüm yöntemleri yanlış ve/veya eksiktir. Aynı zamanda, çalışmalarda hasta gruplarının seçimi ve hastalara anketlerin ne zaman uygulandığı gibi parametreler de değişkenlik göstermektedir ve bu da birbirleriyle karşılaştırılmasını zorlaştırmaktadır. Çalışmalar incelendiğinde dental anksiyete ve korkunun anlatımlarda sürekli eş anlamlı olarak kullanılması, sınırlarının net bir şekilde çizilmemesi, farklarının yeterince anlatılmaması, birini ölçmek veya açıklamak isterken diğerine ait ölçeklerden faydalanılması, diğer çalışmalarla karşılaştırma ve değerlendirme yapmak istediğimizde karşılaştığımız en büyük problemlerden biri olmuştur. Dental anksiyete ve dental korku hakkında doğru tanımlamaları yapmayan bu çalışmalarla değerlendirme yapılması, uygun olmayan sonuçlara varılmasına sebep olabilir.

Shin ve Kim 113 hastaya DKS uygulamış ve bu ölçek ile Dental Anksiyete üzerinde etkili faktörleri araştırmışlardır. Shin ve Kim'in yaptıkları çalışmada, dahil edilen hastaların verileri şu şekildedir: %41,6'sı 21-25, %58,4'ü 26-30 yaş aralığındadır, hastaların %54,9'u kadın %45,1'i ise erkektir ve hastaların %17,7'si lise, %38,0'i kolej, %43,4'ü üniversite ve %0,9'u yüksekisans mezunudur. (Shin ve Kim, 2019). Ozlek ve ark.'nın 230 hasta ile yürüttükleri çalışmada hastalara ait yaş ortalaması $23,27 \pm 2,09$ iken hastaların %39,1'i kadın ve %60,9'u ise erkektir (Ozlek vd., 2019). Yıldırım'ın 294 hasta üzerinde yaptığı çalışmada hastaların %45,5'i 18-29, %23,5'i 30-39, %20,0'si 40-49, %10,9'u 50-59 yaş aralığındadır, %47,6'sı kadın iken %53,4'ü ise erkektir ve hastaların %8,4'ü ilkokul, %24,4'ü ortaokul, %37,4'ü lise ve %29,6'sı üniversite mezunudur. Ayrıca çalışmada gelir durumları incelendiğinde, gelir durumu çok düşük olan 63 (%21,4), düşük olan 60 (%20,4), orta seviye olan 87 (%29,6) ve yüksek olan 84 (%28,6) hasta tespit edilmiştir. (Yıldırım, 2016). Ofori ve ark.'nın Gana'da 274 hasta ile yürüttükleri çalışmada hastaların %39,9'u 18-30, %23,2'si 31-40, %18,0'i 41-50, %11,8'i 51-60 yaş aralığındadır ve %7,7'si 60 yaşından büyüktür, ayrıca hastaların %53,6'sı kadın, %46,4'ü ise erkektir. Hastaların %1,8'i okuma yazma bilmiyorken, %10,8'i ilkokul, %39,6'sı ortaokul ve %47,8'i lise ve üstü okul mezunudur (Ofori vd., 2009). Taqi ve ark.'nın 273 hasta ile yürüttükleri çalışmada katılımcıların %50,9'u kadın ve %49,1'i erkektir (Taqi vd., 2023). Saatchi ve ark.'nın yürüttüğü çalışmada katılımcılara ait yaş ortalaması $32,50 \pm 11,00$ yıl iken katılımcıların %66,6'sı kadın ve %33,4'ü ise erkektir. Ayrıca katılımcıların %1,3'ü okuma yazma bilmezken, %26,4'ü ilkokul, %44,6'sı lise, %23,9'u üniversite ve %3,8'i yüksekisans/doktora mezunu olarak rapor edilmiştir (Saatchi vd., 2015). Oliveira ve ark.'nın Brezilya popülasyonunda yaptığı geçerlik-güvenirlilik çalışmasında, hastalara ait yaş ortalaması $22,30 \pm 5,10$ yıl olarak bulunmuştur ve hastaların %62,9'unun kadın, %37,1'inin ise erkek olduğu bildirilmiştir (Oliveira vd., 2014). Menziletoğlu ve ark.'nın yaptığı çalışmada, katılımcıların yaş

ortalaması $20,30 \pm 1,34$ yıl olarak ve cinsiyet dağılımının %66,2'si kadın, %33,8'i erkek olarak bildirilmiştir. (Menziletoğlu vd., 2018). Pekkan ve ark.'nın çalışmasında hastalara ait yaş ortalaması 32,9 yıldır, ayrıca hastaların %52,0'si kadın ve %48,0'i ise erkektir (Pekkan vd., 2011). White ve ark.'nın çalışmasında yaş ortalaması $51,55 \pm 14,70$ yıl iken hastaların %59,0'u kadın ve %41,0'i erkek olarak rapor edilmiştir (White vd., 2017). Humphris ve ark.'nın 1000 hasta ile yürüttüğü çalışmada, hastaların %19,6'sı 18-29, %18,6'sı 30-39, %17,7'si 40-49, %18,2'si 50-59, %12,4'ü 60-69 yaş aralığında, %13,0'ü 70 ve üstünde yaşa sahip olarak bildirilmiştir. Ayrıca hastaların cinsiyet dağılımına bakıldığında %51,0'i kadın iken %49,0'u erkek olarak bildirilmiştir (Humphris vd., 2009). İlgüy ve ark.'nın Türk hastaları dahil ettikleri çalışmada hastalara ait yaş ortalaması $38,78 \pm 14,39$ yıldır ve hastaların %58,5'i kadinken %41,5'i erkektir. Hastaların eğitim durumuna bakıldığında ise %9,2'si ilkokul, %4,4'ü ortaokul, %34,4'ü lise ve %52,0'si üniversite mezunudur (İlgüy vd., 2005). Tunc ve ark.'nın MDAS'ın Türk popülasyonundaki validasyonunu araştırdığı çalışmasında hastalara ait yaş ortalaması $34,70 \pm 6,90$ yıl, hastaların cinsiyet dağılımı %31,4'ü kadın ve %68,6'sı ise erkek olacak şekilde rapor edilmiştir (Tunc vd., 2005). Deogade ve ark.'nın çalışmasında hastaların %65,4'ü 18-30, %24,6'sı 31-50 yaş aralığında iken %10,0'u ise 50 yaşından büyüktür. Hastaların %34,9'u kadın, %65,1'i erkektir ayrıca %17,6'sı okuma yazma bilmezken, %30,9'u lise, %43,4'ü üniversite ve %8,1'i yüksek lisans/doktora mezunudur (Deogade ve Suresan, 2016). Çalışmamızda hastalara ait yaş ortalaması diğer çalışmalara göre daha yüksektir ancak cinsiyet dağılımı genel olarak benzerdir. Çalışmamıza dahil edilen hastaların büyük bir çoğunluğu lise mezunudur, bu özelliği ile yapılan diğer çalışmalarla benzer popülasyon özellikleri göstermektedir. Çalışmamızdaki hastaların yaş ortalamasının daha yüksek olması, çalışmayı yaptığımız protetik diş tedavisi kliniğine başvuran spesifik hasta grubu profilinin (implant tedavisini reddeden serbest sonlu hareketli bölümlü protez ve tam protez hastalarının), genellikle görece daha yaşlı bireyleri içermesinden kaynaklı olabilir. Lise mezunu sayısının daha fazla olması, toplumun sosyoekonomik durumuyla ve genel protetik hasta profili ile ilgili olabilir.

Shin ve Kim çalışmalarında DKS'ye göre hastaların %71,7'sinin düşük, %28,3'ünün ise yüksek anksiyeteye sahip olduğunu bildirmiştir (Shin ve Kim, 2019). Marginean ve Filimon, 198 hasta ile yaptıkları çalışmada DFS ölçeği ortalama puanını Kaçınma alt boyutu için $17,23 \pm 8,50$, Fiziksel Uyarılma alt boyutu için $8,70 \pm 3,62$, Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma alt boyutu için $14,38 \pm 7,03$ ve ölçek toplam puanı için $40,57 \pm 17,43$ olarak rapor etmişlerdir (Mărginean ve Filimon, 2011). Taqi ve ark. yaptıkları validasyon çalışmasında ortalama puanları Kaçınma alt boyutu için $12,43 \pm 5,02$, Fiziksel Uyarılma alt boyutu için $7,59 \pm 3,49$, Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma alt boyutu için

15,19±6,55 ve ölçek toplam puanı için 35,23±13,24 olarak bildirmişlerdir (Taqi vd., 2023). Oliveira ve ark. çalışmalarında Kaçınma alt boyutu için ortalama puanı 11,18±4,54, Fiziksel Uyarılma alt boyutu için 8,00±3,20, Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma alt boyutu için 15,65±6,89 ve ölçek toplam puanı için 34,83±13,10 olarak bildirmişlerdir (Oliveira vd., 2014). Menziletoğlu ve ark. çalışmalarında DKS skoru ortalamasını 37,06±13,21 olarak bulmuştur ve bu ölçeğe göre katılımcıların %28,2'si düşük, %25,2'si ılımlı, %25,6'sı yüksek ve %20,9'u aşırı yüksek anksiyete düzeyine sahiptir (Menziletoğlu vd., 2018). Çalışmamızda DKS ölçeği için Kaçınma, Fizyolojik Uyarılma, Belirli Uyarılardan/Durumlardan Korkma ve toplam puana ait ortalamalar sırasıyla 15,03±5,95, 9,52±3,81, 17,20±5,73 ve 41,75±13,30 olarak bulunmuştur. Ayrıca DKS ölçeği sınıflamasına göre hastaların %50,0'si düşük, %39,7'si ılımlı ve %10,3'ü yüksek anksiyeteye sahiptir. Çalışmamızda DKS ölçek sınıflamasına göre hastaların %50'sinin düşük anksiyeteye sahip olmasına rağmen, implant tedavisini reddetmesinin başlıca sebebi sosyoekonomik durumlarından kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamızda, diğer çalışmalarda da olduğu gibi, Belirli Uyarılardan/Durumlardan korkmanın ortalaması diğerlerine göre daha yüksek çıkmıştır.

Ofori ve ark.'nın çalışmasında kadın hastaların DKS skoru ortalaması 22,84±9,87 iken bu ortalama erkek hastalarda 19,70±8,15 olarak bulunmuştur, ayrıca erkek ve kadınlar arasında DKS skoru bakımından fark anlamlı olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada okuma yazma bilmeyen hastalara ait DKS skoru ortalaması 17,60±5,12 iken bu ortalama ilkokul mezunu hastalarda 23,00±8,88, ortaokul mezunu hastalarda 22,11±10,64, lise ve üstü okul mezunu hastalarda ise 20,63±7,97 olarak bulunmuştur, ancak eğitim durumu bakımından fark anlamlı bulunmamıştır (Ofori vd., 2009). Taqi ve ark. Yaptıkları çalışmada DFS skoru ortalamasını kadın hastalarda 39,47±14,23 ve erkek hastalarda 30,83±10,50 olarak rapor etmiştir. Ölçek Kaçınma alt boyutu için kadınlara ait ortalama 13,70±5,54 iken bu ortalama erkeklerde 11,10±4,03'tür ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur. Ölçek Fiziksel Uyarılma alt boyutu için kadınlara ait ortalama 8,38±3,79 iken bu ortalama erkeklerde 6,77±2,93'tür ve aradaki fark da anlamlı bulunmuştur. Ölçek Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma alt boyutu için kadınlara ait ortalama 17,30±7,00 iken bu ortalama erkeklerde 12,90±5,20 olarak bulunmuştur ve yine burada da aralarında anlamlı fark bulunmuştur (Taqi vd., 2023). Saatchi ve ark., DKS ölçeği puanı ortalamasını kadın hastalarda 42,69±15,60 erkek hastalarda ise 38,90±16,30 olarak rapor etmiştir. Aynı çalışmada okuma yazma bilmeyen hastalara ait DKS ortalaması 44,81±31,50 iken bu ortalama ilkokul mezunu hastalarda 39,85±15,90, lise mezunu hastalarda 42,03±15,60, üniversite mezunu hastalarda 42,47±15,82 ve yüksek lisans/doktora mezunu hastalarda ise 30,50±10,86 olarak bildirilmiştir (Saatchi vd., 2015). Oliveira ve ark.'nın çalışmasında Kaçınma boyutu ortalaması kadın hastalarda

11,30±4,60 iken bu ortalama erkek hastalarda 10,90±4,50 olarak, Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma boyutu için kadınlara ait ortalama 16,20±7,00 iken bu ortalama erkeklerde 14,70±6,60 olarak, DKS skoru ortalaması kadın hastalarda 35,60±13,40 ve erkek hastalarda 33,50±12,60 olarak ifade edilmiştir ve bu farklar anlamlı bulunmuştur. Fiziksel Uyarılma boyutu için ise kadın ve erkek hasta skorları benzer sonuçlar göstermiştir (Oliveira vd., 2014). Çalışmamızda DKS ölçeği Kaçınma boyutu için kadın hastalara ait ortalama 16,18±6,41 ve erkek hastalara ait ortalama 14,21±5,49'dur ve aralarındaki fark anlamlıdır. Fizyolojik Uyarılma boyutu için kadın hastalara ait ortalama 9,63±4,04 ve erkek hastalara ait ortalama 9,45±3,66 olarak bulunmuştur ancak aralarındaki fark anlamlı değildir. Belirli Uyarılardan/ Durumlardan Korkma boyutu için kadın hastalara ait ortalama 18,29±6,00 ve erkek hastalara ait ortalama 16,41±5,43 olarak bulunmuştur ve aralarındaki fark anlamlıdır. DKS skoru ortalaması ise kadın hastalarda 44,10±14,84 ve erkek hastalarda 40,06±11,87 olarak bulunmuştur, ancak aralarındaki fark anlamlı değildir. DKS hakkında yapılan diğer çalışmalara da bakıldığında alt boyutlarda veya total DKS skorunda genelde kadınlar daha yüksek skora sahip olabilse de arasında anlamlı fark bulunmayan çalışmalar da mevcuttur. Bu durumun daha iyi analizi için cinsiyet yanında diğer etken faktörlerin de hesap edilmesi ve bazı şartların standardize edilerek değerlendirilmesi daha doğru olabilir, ayrıca DKS dışında diğer skalaların da kullanılıp bunların beraber analiz edilmesi daha doğru olacaktır. Çalışmamızda DKS ortalaması ilkökul mezunu hastalarda 45,14±6,39 iken bu ortalama ortaokul mezunu hastalarda 38,27±10,39, lise mezunu hastalarda 41,93±12,13, üniversite mezunu hastalarda 43,42±15,70 ve yüksek lisans/doktora mezunu hastalarda 43,41±19,03'tür. Çalışmamızdaki ve yapılan diğer çalışmalardaki değerler dikkate alındığında, eğitim seviyesi ve DKS skoru ile ölçülen dental anksiyete arasında net bir ilişki ifade edilememektedir. Ayrıca her ülkedeki eğitim sistemi kendi içinde farklılık gösterdiğinden bir ülkedeki ilkökul mezunu ile başka bir ülkedeki ilkökul mezunu benzer eğitim seviyesine sahip olmayabilir, bu da bu parametrenin genellenerek değerlendirilmesini zorlaştırabilir.

Ofori ve ark.'nın çalışmasında kadın hastaların MDAS skoru ortalaması 10,97±4,65 iken bu ortalama erkek hastalarda 10,13±4,65'tir ancak iki grup arasındaki fark anlamlı değildir (Ofori vd., 2009). Saatchi ve ark. MDAS ölçeği puanı ortalamasını kadın hastalarda 13,26±4,74 erkek hastalarda ise 10,50±4,18 olarak bulmuştur. Aynı çalışmada okuma yazma bilmeyen hastalara ait MDAS skoru ortalaması 14,17±6,97 iken bu ortalama ilkökul mezunu hastalarda 11,70±4,70, lise mezunu hastalarda 12,58±4,80, üniversite mezunu hastalarda 12,88±4,65 ve yüksek lisans/doktora mezunu hastalarda ise 10,00±3,30'dur (Saatchi vd., 2015). Menziletoğlu ve ark. yaptığı çalışmada MDAS skoru ortalamasını 10,32±3,59 olarak

bulmuştur ve bu ölçeğe göre katılımcıların %96,2'si normal, %3,8'i ise yüksek dental kaygıya sahiptir (Menziletoğlu vd., 2018). Pekkan ve ark.'nın çalışmasında hastalara ait MDAS skoru ortalaması $10,50 \pm 4,60$ olarak bulunmuştur (Pekkan vd., 2011). White ve ark.'nın çalışmasında MDAS skoru ortalaması $10,19 \pm 4,64$ 'tür (White vd., 2017). Humphris ve ark. çalışmasında hastalara ait MDAS skoru ortalamasını $10,39 \pm 5,46$ olarak bildirmişlerdir (Humphris vd., 2009). İlgüy ve ark.'nın çalışmasında MDAS için ortalama skor $11,60 \pm 4,65$ 'tir (İlgüy vd., 2005). Facco ve ark.'nın çalışmasında MDAS ortalaması $12,68 \pm 5,07$ 'dir (Facco vd., 2015). Tunc ve ark. çalışmasında MDAS ortalamasını $11,30 \pm 4,70$ olarak bulmuştur (Tunc vd., 2005). Çalışmamızda MDAS skoru ortalaması $10,78 \pm 4,20$ olarak bulunmuştur ve MDAS sınıflamasına göre hastaların %96,0'sı düşük, sadece %4,0'ü yüksek anksiyete seviyesine sahiptir. Menziletoğlu ve ark. yaptığı çalışma ile kıyaslandığında benzer sonuçlar elde edilmesi, iki çalışmanın da türk popülasyonunda yapılmasından ve benzer örneklem grubu sayısı içermesinden kaynaklanıyor olabilir, ancak çalışmaya dahil edilen bireylerin yaş ortalamaları ve eğitim seviyesi oranları birbirlerinden oldukça farklıdır.

Menziletoğlu ve ark. çalışmasında MDAS skoru ortalamasının kadın hastalarda $11,37 \pm 4,42$ ve erkek hastalarda $9,55 \pm 4,61$ olduğunu ve bu farkın anlamlı olduğunu bildirdi (Menziletoğlu vd., 2018). Humphris ve ark.'nın çalışmasında kadın hastalarda MDAS skoru ortalaması $11,52 \pm 5,69$ iken bu ortalama erkek hastalarda $9,22 \pm 4,94$ 'tü (Humphris vd., 2009). İlgüy ve ark. kadınlara ait MDAS skoru ortalamasını $12,22 \pm 4,91$ ve erkeklere ait MDAS ortalamasını $10,74 \pm 4,12$ olarak buldu ve iki ortalama arasındaki farkın anlamlı olduğunu bildirdi (İlgüy vd., 2005). Facco ve ark. MDAS için yaptıkları validasyon çalışmasında MDAS ortalamasını kadınlarda $13,92 \pm 5,28$ ve erkeklerde $11,00 \pm 4,25$ olarak buldu ve bu fark anlamlıydı (Facco vd., 2015). Tunc ve ark.'nın yaptığı çalışmada kadın hastalara ait MDAS ortalaması $12,30 \pm 5,20$ iken bu ortalama erkek hastalarda $10,90 \pm 4,50$ olarak bulundu (Tunc vd., 2005). Deogade ve ark.'nın çalışmasında MDAS ortalaması kadın hastalarda $11,12 \pm 4,00$ iken bu ortalama erkek hastalarda $10,42 \pm 3,93$ olarak bulundu ve bu fark anlamlıydı (Deogade ve Suresan, 2016). Bizim yaptığımız çalışmada da MDAS ortalaması diğer çalışmalara benzer şekilde kadın hastalarda daha yüksek değerde bulunmuştur.

Ofori ve ark.'nın çalışmasında okuma yazma bilmeyen hastalara ait MDAS skoru ortalaması $8,40 \pm 2,96$ iken bu ortalama ilkökul mezunu hastalarda $11,03 \pm 4,35$, ortaokul mezunu hastalarda $10,80 \pm 4,45$, lise ve üstü okul mezunu hastalarda ise $10,40 \pm 4,09$ olarak bulunmuştur ancak eğitim durumu bakımından anlamlı fark bulunamamıştır (Ofori vd., 2009). Deogade ve ark. yaptığı çalışmada MDAS ortalamasını okuma yazma bilmeyen

hastalarda $11,76\pm4,99$, lise mezunu hastalarda $11,02\pm4,24$, üniversite mezunu hastalarda $10,59\pm3,82$ ve yüksek lisans/doktora mezunu hastalarda $10,43\pm3,67$ olarak bulmuşlardır ve bu farkın anlamlı olmadığını bildirmişlerdir (Deogade ve Suresan, 2016). Çalışmamızda ise, MDAS ortalaması ilkokul mezunu hastalarda $11,29\pm2,69$ iken bu ortalama ortaokul mezunu olanlarda $9,62\pm3,99$, lise mezunu hastalarda $11,25\pm4,31$, üniversite mezunu hastalarda $10,58\pm4,04$ ve yüksek lisans/doktora mezunu hastalarda $11,41\pm4,93$ olarak bulunmuştur. Yine DKS değerlerinde olduğu gibi, çalışmamızdaki ve yapılan diğer çalışmalarda değerler göz önüne alındığında ve eğitim parametresinin geliştirilmesindeki zorluktan dolayı, eğitim seviyesi ve MDAS ile değerlendirilen anksiyete derecesi arasında net bir ilişki ifade edilememektedir.



5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamıza ait elde edilen istatistiksel verilerin başlıca sonuçları aşağıdaki gibidir:

1) Yaşın artmasıyla beraber MDAS (Modifiye Dental Anksiyete Skalası) skorunda azalma görülmüştür. Sonuç olarak MDAS göz önüne alındığında, yaş artışıyla beraber dental anksiyete azalmıştır.

2) DKS (Dental Korku Skalası) skorunda ve yaş arasındaki ilişkiye bakıldığında ise Kaçınma, Fizyolojik Uyarılma, Belirli Uyarılardan/Durumlardan Korkma alt boyutlarına ait skorlarda ve DKS skorunda azalma olduğu görülmüştür. Sonuç olarak DKS göz önüne alındığında, yaş artışıyla beraber dental anksiyete azalmıştır.

1. ve 2. sonuçlarda belirtildiği üzere, her iki skalaya göre de yaşın artmasıyla beraber anksiyetede azalma gözlemlenmiştir. Bu durum, muhtemelen bireylerin yaşlarının artmasıyla beraber kazandıkları hayat tecrübesi nedeniyle genel anksiyetelerinin daha düşük olmasından ve bunun da dental anksiyeteye olan yansımından kaynaklanmaktadır.

3) DKS skoru, MDAS skoru ile benzer şekilde, gelir düzeyi yüksek olan hastalarda daha yüksek çıkmıştır. DKS alt boyutları da neredeyse toplam puan ile aynı özelliklere sahip sonuçlar vermiştir. Ayrıca ilkökul mezunlarında DKS skoru daha yüksek çıkmıştır. Bu konu hakkında çalışmamızda elde ettiğimiz bulgulardan farklı sonuçlara sahip çalışmalar da mevcuttur. Hem eğitim düzeyinin hem de gelir durumunun, ülkeler arasında oldukça farklılık gösterebilen parametreler olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Bu iki parametre bundan dolayı, çeşitli çalışmalarda farklı sonuçlara sebep olabilir. Gelir durumu iyi olan hastaların anksiyetelerinin daha yüksek olması, ihtiyaçlar hiyerarşisinde buldukları basamaktan kaynaklanıyor olabilir.

4) DKS ölçeğine göre sınıflama yapıldığında kadınlarda daha yüksek dental anksiyete gözlemlenmiştir ve DKS alt boyutları da neredeyse toplam puan ile aynı özelliklere sahip sonuçlar vermiştir. Aynı şekilde, kadınların MDAS skorları da daha yüksek değerlerde bulunmuştur. Bu konuda yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde bu konuda benzer sonuçlar olduğu gözlemlenmektedir. Ancak aksini iddia eden çalışmalar da mevcuttur. Bazı çalışmalar kadınların estetik kaygılarının daha yüksek olması sebebiyle, yapılan anketlerde dental anksiyetelerinin erkeklere göre daha yüksek çıkabileceğini bildirmişlerdir. Kadınların genel anksiyetelerinin daha yüksek olması, dental anksiyetelerinin de daha yüksek olmasının sebebi olabilir. Ancak genel anksiyetenin cinsiyete göre dağılımı konusunda da çelişkili

görüşler mevcuttur. Çalışmamız için yapılan konu ile ilgili literatür taramasında, özel olarak kadınlardaki genel anksiyete ve dental anksiyete arasındaki bağlantıyı inceleyen bir çalışma bulunmamıştır.

5) MDAS ölçeğine göre sınıflandırma yapıldığında, hastaların çoğunluğunun anksiyete düzeyi düşük olduğundan özellikler açısından sınıflandırılmasında anlamlı bir farklılık yoktu.

6) DKS ölçeğine göre sınıflama yapıldığında hastaların %10,3'ünün, MDAS ölçeğine göre ise hastaların sadece %4'ünün yüksek anksiyete düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. İmplant tedavisini yaptırmaya korktuğunu belirten hastaların oranı ise %37,4'tür. DKS ve MDAS'a göre yüksek anksiyeteli olarak belirlenen bireyler ve implant tedavisini yaptırmaya korkan hastaların oranları arasındaki bu fark, implant tedavisinden korkan hastaların düşük dental anksiyeteye sahip olup, özel olarak implant tedavisine karşı korku hissetmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

7) Çalışmamıza katılan hastaların yarısından fazlası (%57,5) daha önce hareketli protez kullanmıştır. Önceden hareketli protez kullanan hastaların da yarısından fazlası (%56) eskiden kullandıkları hareketli protezlerinden memnundur. Hareketli protezlerinden memnun olmayan hastaların en fazla şikayetçi oldukları konu protezin tutuculuğunun az olması ve ağızlarında sürekli oynamasıdır. En fazla belirtilen ikinci şikayet ise protezin estetik olarak kendilerini rahatsız etmesidir.

8) Daha önce hareketli protez kullanmayan, eskiden hareketli protez kullanıp memnun kalan, implant tedavisi hakkında bilgi sahibi olan ve COVID-19 pandemisinden dolayı diş tedavisi konusunda korku/endişe duyan hastalarda MDAS puanı daha yüksek bulunmuştur. Bu hastalarda aynı zamanda DKS puanı da daha yüksek çıkmıştır ve DKS alt boyutları da benzer dağılım göstermektedir. Önceden hareketli protez kullanmayan hastaların daha fazla dental anksiyete göstermeleri, insanların bilinmeyenden korkması ve çekinmesi ile ilişkilendirilebilir. Eskiden kullandığı hareketli protezden memnun olan hastaların dental anksiyetelerinin daha yüksek olması, yeni yaptıracakları protezden memnun kalmayacaklarını düşünmelerinden ve hatta belki de bundan dolayı en sonunda implant tedavisi yaptırmak zorunda kalabileceklerini düşünmelerinden kaynaklanıyor olabilir. İmplant tedavisi hakkında bilgi sahibi olduğunu belirten hastaların sahip oldukları bilgiler eksik veya yanlış olabilir ancak bu hastalar, çalışmaya katılanların büyük bir çoğunluğunu oluşturduğundan (83,9) bu konu hakkında detaylı yorum yapılması çok doğru olmayacaktır. COVID-19 pandemisinin ülkemizde yaygın ve gündemde olduğu zamanın üstünden bir yıldan fazla zaman geçtikten sonra yapılan çalışmamızda, bu durumun hala kendilerini diş

tedavisi yaptırırken etkilediğini belirten hastalar, genel olarak daha anksiyetik bireyler olabilirler ve sahip oldukları genel yüksek anksiyete dental anksiyetelerine etki ediyor olabilir.

9) Anketin B (implant tedavisi hakkındaki sorular) bölümündeki sonuçlar, her soru kendi özelinde olacak şekilde çeşitli farklılıklar göstermiştir. Bu bölümde soru kalıplarında genel olarak olumsuz düşünceler ağır basmaktadır. B bölümündeki olumsuz soru kalıplarında “evet”, olumlu soru kalıplarında ise “hayır” cevabı veren hastaların DKS puanları daha yüksek bulunmuştur. DKS alt boyutları da aynı şekilde benzer dağılım göstermektedir.

10) Anketin B (implant tedavisi hakkındaki sorular) bölümündeki sorularda, genellikle kararsızım veya evet yanıtı veren hastaların MDAS puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak bazı hastalarda, bu bölümdeki sorulara hayır yanıtını vermiş olmalarına rağmen MDAS puanları yüksek çıkmıştır. Örneğin; “implant tedavisi uzun süreceğinden dolayı yaptırmak istemiyorum” maddesi için en yüksek MDAS skoru ortalaması hayır cevabı veren hastalarda, en düşük MDAS skoru ortalaması ise bu soruya evet cevabı veren hastalarda bulunmuştur. Bu durum, anketi doldururken sorulardan bağımsız olarak o anda içinde buldukları anksiyetik ruh halinden veya geçmiş tecrübelerine dayalı korkuların varlığından kaynaklanıyor olabilir. Dental anksiyetesi yüksek hastalar için implant tedavisini reddetmedeki ana sebebin, tedavinin uzun sürmesinden ziyade başka sebeplerden biri olması (implant tedavisinin ağırlı bir süreç olduğunu düşünmeleri veya gelir durumlarının yeterli olmaması gibi), yukarıda örnek olarak verilen sorunun cevaplarına göre MDAS skorlarının dağılımını açıklayabilir.

11) Hastaların B (implant tedavisi hakkındaki sorular) bölümündeki sorulara verdiği yanıtlar değerlendirildiğinde bazı sonuçlar dikkat çekmektedir. Hastaların %54,6’sı implant tedavisinin uzun süreceğinden dolayı yaptırmak istemediklerini belirtmişlerdir. %64,3’ü, implant tedavisinin cerrahi bir işlem olmasından dolayı rahatsız olduklarını belirtmişlerdir. %65,4’ü implant tedavisinin ağırlı bir işlem olduğunu düşünmektedir. %63,8’i eğer yaptıracakları hareketli protezden memnun kalmazlarsa implant tedavisini yaptırmayı düşüneceklerini belirtmişlerdir. Ayrıca hastaların %66,1’i, maddi durumları daha iyi olsaydı implant tedavisi yaptırmayı düşüneceklerini belirtmişlerdir. Bu verilere bakıldığında, hastaların çoğunun implant tedavisini zahmetli, ağırlı ve maliyetli olarak gördüklerinden dolayı yaptırmak istemedikleri düşünülebilir. Ayrıca, hastaların çoğunun implant tedavisi hakkında sahip oldukları yukarıda belirtilen olumsuz düşüncelere rağmen, yarısından fazlasının (63,8) eğer yaptıracakları hareketli protezden memnun kalmazlarsa implant tedavisini düşünebileceklerini belirtmeleri de dikkat çekicidir.

12) Anketteki A (amaca yönelik hazırlanmış kapalı uçlu sorular) ve B (implant tedavisi hakkındaki sorular) bölümündeki sorularda, sorular özelinde verilen cevaplara göre anksiyete düzeyleri değişkenlik göstermekte olduğundan verilen cevaplar karşılaştırıldığında genel bir yorum yapılamamıştır.

Diş hekimlerinin rahatlıkla rutin meslek hayatlarında uygulayabileceği dental anksiyete ve korku skalaları hakkında hala daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Bu ölçme ve değerlendirmeler, dental anksiyetesi ve korkusu olan bireylere nasıl yaklaşılacağı ve hastalara en uygun tedavinin nasıl uygulanabileceği konusunda bizler için oldukça yararlı araçlar olabilir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde ve dental anksiyete ile dental korkunun yaygınlığı düşünüldüğünde, bu durumun önemi daha da göze çarpmaktadır. Bu konuda çoğu hekimin yetersiz bilgi sahibi olduğu ve diş hekimliği eğitimi süresince kendilerine bu konu hakkında öğretilen bilgilerin eksikliği, yapılan çalışmalarda da görülebilmektedir. Bu ölçek ve değerlendirmelerin geliştirilip, diş hekimliğindeki rutin uygulamalara girmesinden daha önemli ve öncelikli olan konu ise dental anksiyete ve dental korku terimlerinin net ayrımlarının yapılması gerekliliğidir. Konu ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, dikkat çeken en önemli sorun dental anksiyete ve korku terimlerinin birbirlerinden net ve keskin bir ayrımının yapılmaması ve aralarındaki farkların yeteri kadar açıklanmayıp çoğu zaman eş anlamlı gibi kullanılmasıdır. Bu terminoloji karmaşası, bu tür hastalara yaklaşımın doğru bir şekilde yapılabilmesini, hekimle hasta arasında sağlıklı bir iletişimi ve hastaya en uygun tedavi yaklaşımının uygulanmasını engelleyebilir. Bu terimlerin anlamlarının, uluslararası düzeyde tüm diş hekimleri için standardize edilmesi, diller arasında kaynaklanabilecek tanımlama farklarından ve farklı eş anlamların yarattığı karmaşayı önleme açısından oldukça önemlidir. Dental anksiyete veya korkularından dolayı tedaviye erişemeyen hastaların artması, toplumsal ağız sağlığını ciddi anlamda etkileyebilir. Nasıl ki toplum bireylerden oluşuyor ise, toplumsal ağız sağlığı da bireysel ağız sağlığı ile doğrudan bağlantılıdır. Dental anksiyetenin ve dental korkunun, ülkelerdeki sorumlu sağlık kuruluşları tarafından kendi popülasyonlarına ait değerlendirilmelerinin yapılması ve buna göre hem toplumun hem de diş hekimlerinin bilinçlendirilmesi, toplumsal ağız sağlığı açısından son derece büyük önem taşımaktadır. Unutulmamalıdır ki ağız sağlığı kavramı, ağız hastalıklarının hem fiziksel hem de psikososyal yönlerini kapsamaktadır. Biz diş hekimleri, dental anksiyetesi ve/veya korkusu olan hastalara doğrudan veya dolaylı olarak yardımcı olabiliriz; ancak bunun için öncelikli olarak konu hakkında gerekli bilgilere hakim olmamız gerekmektedir. Farkındalık, bilgi ve sorgulama ile gelişir. Bundan ötürü, doğruyu görebilmek için hayatta her konuda olduğu gibi, ilk önce durum ve kendimiz hakkında bilgi sahibi olmalıyız, daha sonra da

eksiklerimizi objektif bir biçimde sorgulamalıyız. Neden sonuç ilişkisi kurmaya ve sorgulamaya devam edildiği sürece, mutlak doğruya yaklaşılması kaçınılmazdır.



KAYNAKLAR

- Appukkuttan, D., Subramanian, S., Tadepalli, A., & Damodaran, L. K. (2015). Dental anxiety among adults: an epidemiological study in South India. *North American journal of medical sciences*, 7(1), 13.
- Armfield, J. M. (2008). A preliminary investigation of the relationship of dental fear to other specific fears, general fearfulness, disgust sensitivity and harm sensitivity. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36(2), 128-136.
- Armfield, J. M. (2010). Development and psychometric evaluation of the Index of Dental Anxiety and Fear (IDAF-4C+). *Psychological assessment*, 22(2), 279.
- Armfield, J. M. (2010). How do we measure dental fear and what are we measuring anyway?. *Oral health & preventive dentistry*, 8(2).
- Armfield, J. M. (2010). The extent and nature of dental fear and phobia in Australia. *Australian dental journal*, 55(4), 368-377.
- Armfield, J. M. (2010). Towards a better understanding of dental anxiety and fear: cognitions vs. experiences. *European journal of oral sciences*, 118(3), 259-264.
- Armfield, J. M., Stewart, J. F., & Spencer, A. J. (2007). The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC oral health*, 7, 1-15.
- Australian Dental Association. (2024, 2 Şubat) Conscious sedation in dentistry, ADA, 2014. http://www.ada.org.au/app_cmslib/media/umlib/policy%20statement%206.17%20sedation%20in%20dentistry.pdf/
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford press.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (2005). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books/Hachette Book Group.
- Berggren U. (1994). *Dental fear and avoidance: a study of etiology, consequences and treatment* (Diss) Gothenburg: Gotheburg Univ.

Berggren, U. (1986). Long-term effects of two different treatments for dental fear and avoidance. *Journal of Dental Research*, 65(6), 874-876.

Berggren, U. (1993). Psychosocial effects associated with dental fear in adult dental patients with avoidance behaviours. *Psychology and health*, 8(2-3), 185-196.

Busch, F. N., Milrod, B. L., & Shear, K. (2010). *Psychodynamic concepts of anxiety*. In D. J. Stein, E. Hollander, & B. O. Rothbaum (Eds.), *Textbook of anxiety disorders* (2nd ed., pp. 117–128). Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc..

Cesar, J., de Moraes, A. B. A., Milgrom, P., & Kleinknecht, R. A. (1993). Cross validation of a Brazilian version of the Dental Fear Survey. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 21(3), 148-150.

Checa, E. C., Aragón, J. C. T., & Apaza, H. R. H. (2023). Treatment For Dental Anxiety In Pediatric Dentistry: A Systematic Review. *Korean Journal of Physiology and Pharmacology*, 27(2), 217-225.

Cohen, S. M., Fiske, J., & Newton, J. T. (2000). The impact of dental anxiety on daily living. *British dental journal*, 189(7), 385-390.

Coolidge, T., Arapostathis, K. N., Emmanouil, D., Dabarakis, N., Patrikiou, A., Economides, N., & Kotsanos, N. (2008). Psychometric properties of greek versions of the modified corah dental anxiety scale (MDAS) and the dental fear survey (DFS). *BMC Oral Health*, 8, 1-6.

Coolidge, T., Chambers, M. A., Garcia, L. J., Heaton, L. J., & Coldwell, S. E. (2008). Psychometric properties of Spanish-language adult dental fear measures. *BMC Oral Health*, 8, 1-8.

Coolidge, T., Heima, M., Coldwell, S. E., Weinstein, P., & Milgrom, P. (2005). Psychometric properties of the revised dental beliefs survey. *Community dentistry and oral epidemiology*, 33(4), 289-297.

Corah, N. L. (1969). Development of a dental anxiety scale. *Journal of dental research*, 48(4), 596-596.

Corah, N. L., O'Shea, R. M., Bissell, G. D., Thines, T. J., & Mendola, P. (1988). The dentist-patient relationship: perceived dentist behaviors that reduce patient anxiety and increase satisfaction. *Journal of the American Dental Association* (1939), 116(1), 73-76.

- Dailey, Y. M., Humphris, G. M., & Lennon, M. A. (2001). The use of dental anxiety questionnaires: a survey of a group of UK dental practitioners. *British dental journal*, *190*(8), 450-453.
- Davey, G. C. (1989). Dental phobias and anxieties: evidence for conditioning processes in the acquisition and modulation of a learned fear. *Behaviour Research and Therapy*, *27*(1), 51-58.
- De Jongh, A., Adair, P., & Meijerink-Anderson, M. (2005). Clinical management of dental anxiety: what works for whom?. *International dental journal*, *55*(2), 73-80.
- De Jongh, A., Muris, P., Ter Horst, G., & Duyx, M. P. M. A. (1995). Acquisition and maintenance of dental anxiety: the role of conditioning experiences and cognitive factors. *Behaviour research and therapy*, *33*(2), 205-210.
- De Jongh, A., Schutjes, M., & Aartman, I. H. (2011). A test of Berggren's model of dental fear and anxiety. *European journal of oral sciences*, *119*(5), 361-365.
- Dempster, L. J. (2009). Measurement and characterization of fear and avoidance in dental anxiety [Dissertation]. Library and Archives Canada = Bibliothèque et Archives Canada.
- Deogade, S. C., & Suresan, V. (2016). Psychometric assessment of anxiety with the Modified Dental Anxiety Scale among central Indian adults seeking oral health care to a dental school. *Industrial psychiatry journal*, *25*(2), 202-209.
- Eitner, S., Wichmann, M., Paulsen, A., & Holst, S. (2006). Dental anxiety—an epidemiological study on its clinical correlation and effects on oral health. *Journal of oral rehabilitation*, *33*(8), 588-593.
- Erten, H., Akarlan, Z. Z., & Bodrumlu, E. (2006). Dental fear and anxiety levels of patients attending a dental clinic. *Quintessence international*, *37*(4).
- Facco, E., Gumirato, E., Humphris, G., Stellini, E., Bacci, C., Sivoletta, S., ... & Zanette, G. (2015). Modified dental anxiety scale: validation of the Italian version. *Minerva Stomatol*, *64*(6), 295-307.
- Firat, D., Tunc, E. P., & Sar, V. (2006). Dental anxiety among adults in Turkey. *J Contemp Dent Pract*, *7*(3), 75-82.
- Fiset, L., Milgram, P., Weinstein, P., & Melnick, S. (1989). Common fears and their relationship to dental fear and utilization of the dentist. *Anesthesia progress*, *36*(6), 258.

Freeman A., DiTomasso RA. (2002). *Cognitive Concepts of Anxiety*. In: Stein DJ & Hollander E (eds) *Textbook of Anxiety Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc..

Freeman, R. (2007). A fearful child attends: a psychoanalytic explanation of children's responses to dental treatment. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 17(6), 407-418.

Freidson, E., & Feldman, J. J. (1958). The public looks at dental care. *The Journal of the American Dental Association*, 57(3), 325-335.

Gadbury-Amyot, C. C., Overman, P. R., Carter-Hanson, C., & Mayberry, W. (1996). An investigation of dental hygiene treatment fear. *Journal of Dental Hygiene*, 70, 115-121.

Gatchel, R. J., Ingersoll, B. D., Bowman, L., Robertson, M. C., & Walker, C. (1983). The prevalence of dental fear and avoidance: a recent survey study. *Journal of the American Dental Association (1939)*, 107(4), 609-610.

Goettens, M. L., Schuch, H. S., Demarco, F. F., Ardenghi, T. M., & Torriani, D. D. (2014). Impact of dental anxiety and fear on dental care use in Brazilian women. *Journal of public health dentistry*, 74(4), 310-316.

Gordon, D., Heimberg, R. G., Tellez, M., & Ismail, A. I. (2013). A critical review of approaches to the treatment of dental anxiety in adults. *Journal of anxiety disorders*, 27(4), 365-378.

Hakeberg M, Lundgren J. Symptoms, clinical characteristics and consequences. In: Öst L-G, Skaret E, editors. *Cognitive behavioral therapy for dental phobia and anxiety*. West Sussex: John Wiley & Sons; 2013. p. 3-19.

Hakeberg M. (1992). *Dental anxiety and health: A prevalence study and assessment of treatment outcomes* (Diss) Gotheburg: Gothenburg Univ.

Hakeberg, M., Berggren, U., & Carlsson, S. G. (1993). Long-term effects on dental care behavior and dental health after treatments for dental fear. *Anesthesia Progress*, 40(3), 72.

Hällström, T., & Hailing, A. (1984). Prevalence of dentistry phobia and its relation to missing teeth, alveolar bone loss and dental care habits in an urban community sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70(5), 438-446.

- Haukebø K, Vika M. (2013). *Assessment of dental phobia and anxiety*. In: Öst LG, Skaret E, editors. *Cognitive Behaviour Therapy for Dental Phobia and Anxiety*. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Haukebø, K., Skaret, E., Öst, L. G., Raadal, M., Berg, E., Sundberg, H., & Kvale, G. (2008). One-vs. five-session treatment of dental phobia: a randomized controlled study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(3), 381-390.
- Heidari, E., Andiappan, M., Banerjee, A., & Newton, J. T. (2017). The oral health of individuals with dental phobia: a multivariate analysis of the Adult Dental Health Survey, 2009. *British dental journal*, 222(8), 595-604.
- Henning Abrahamsson, K., Berggren, U., Hakeberg, M., & Carlsson, S. G. (2001). Phobic avoidance and regular dental care in fearful dental patients: a comparative study. *Acta Odontologica Scandinavica*, 59(5), 273-279.
- Humphris, G. M., Clarke, H. M. M., & Freeman, R. (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, G. M., Dyer, T. A., & Robinson, P. G. (2009). The modified dental anxiety scale: UK general public population norms in 2008 with further psychometrics and effects of age. *BMC oral health*, 9, 1-8.
- Humphris, G. M., Morrison, T., & Lindsay, S. J. (1995). The Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. *Community dental health*, 12(3), 143-150.
- Ilgüy, D., Ilgüy, M., Dinçer, S., & Bayirli, G. (2005). Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale in Turkish patients. *Journal of International Medical Research*, 33(2), 252-259.
- Kleinknecht, R. A., & Bernstein, D. A. (1978). The assessment of dental fear. *Behavior Therapy*, 9(4), 626-634.
- Kleinknecht, R. A., Klepac, R. K., & Alexander, L. D. (1973). Origins and characteristics of fear of dentistry. *The Journal of the American Dental Association*, 86(4), 842-848.
- Kleinknecht, R. A., Thorndike, R. M., McGlynn, F. D., & Harkavy, J. (1984). Factor analysis of the dental fear survey with cross-validation. *Journal of the American Dental Association (1939)*, 108(1), 59-61.

- Kvale, G., Klingberg, G., Moore, R., & Tuutti, H. (2003). Hva er tannlegeskrekk, og hvordan kan den diagnostiseres?. *Tandlægebladet*, *107*(1), 8-15.
- Lang, P. J. (1971). The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification. *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 75-125.
- Lindsay, S. J., Humphris, G., & Barnby, G. J. (1987). Expectations and preferences for routine dentistry in anxious adult patients. *British dental journal*, *163*(4), 120–124.
- Locker, D. (2003). Psychosocial consequences of dental fear and anxiety. *Community dentistry and oral epidemiology*, *31*(2), 144-151.
- Locker, D., & Liddell, A. (1992). Clinical correlates of dental anxiety among older adults. *Community dentistry and oral epidemiology*, *20*(6), 372-375.
- Locker, D., Liddell, A., Dempster, L., & Shapiro, D. (1999). Age of onset of dental anxiety. *Journal of dental research*, *78*(3), 790-796.
- Locker, D., Shapiro, D., & Liddell, A. (1996). Who is dentally anxious? Concordance between measures of dental anxiety. *Community dentistry and oral epidemiology*, *24*(5), 346-350.
- Mărginean, I., & Filimon, L. (2011). Dental fear survey: a validation study on the romanian population. *Journal of Psychological & Educational Research*, *19*(2).
- McGrath P. A. (1986). Measurement issues in research on dental fears and anxiety. *Anesthesia progress*, *33*(1), 43–46.
- Menziletoğlu, D., Akbulut, M. B., Büyükerkmen, E. B., & IŞIK, B. K. (2018). Diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin dental anksiyete-korku düzeylerinin değerlendirilmesi. *Selcuk Dental Journal*, *5*(1), 22-30.
- Milgrom P, Weinstein P, Getz T. (1995). *Treating fearful dental patients: a patient management handbook, 2nd ed.* Washington: University of Washington, Continuing Dental Education
- Milgrom, P., Fiset, L., Melnick, S., & Weinstein, P. (1988). The prevalence and practice management consequences of dental fear in a major US city. *The Journal of the American Dental Association*, *116*(6), 641-647.

- Moore, R., & Brødsgaard, I. (2001). Dentists' perceived stress and its relation to perceptions about anxious patients. *Community dentistry and oral epidemiology*, 29(1), 73-80.
- Nascimento, D. L. D., Araújo, A. C. D. S., Gusmão, E. S., & Cimdões, R. (2011). Anxiety and fear of dental treatment among users of public health services. *Oral health & preventive dentistry*, 9(4).
- Neverlien, P. O. (1990). Assessment of a single-item dental anxiety question. *Acta Odontologica Scandinavica*, 48(6), 365-369.
- Newton, J. T., & Buck, D. J. (2000). Anxiety and pain measures in dentistry: a guide to their quality and application. *The Journal of the American Dental Association*, 131(10), 1449-1457.
- Ng, S. K., & Leung, W. K. (2008). A community study on the relationship of dental anxiety with oral health status and oral health-related quality of life. *Community dentistry and oral epidemiology*, 36(4), 347-356.
- Ofori, M. A., Adu-Ababio, F., Nyako, E. A., & Ndanu, T. A. (2009). Prevalence of dental fear and anxiety amongst patients in selected dental clinics in Ghana. *Health Education Journal*, 68(2), 130-139.
- Oliveira, M. A., Vale, M. P., Bendo, C. B., Paiva, S. M., & Serra-Negra, J. M. (2014). Dental fear survey: a cross-sectional study evaluating the psychometric properties of the Brazilian Portuguese version. *The Scientific World Journal*, 2014.
- O'Shea, R. M., Corah, N. L., & Ayer, W. A. (1984). Sources of dentists' stress. *Journal of the American Dental Association (1939)*, 109(1), 48-51.
- Öst, L. G., & Clark, D. M. (2013). Cognitive behaviour therapy: Principles, procedures and evidence base. *Cognitive behaviour therapy for dental phobia and anxiety*, 89-107.
- Ozlek, E., Yıldırım, A., Koc, A., & Boysan, M. (2019). Socio-Demographic Determinants of Dental Anxiety and Fear Among College Students. *Eastern Journal of Medicine*, 24(2).
- Pekkan, G. Ü. R. E. L., Kilicoglu, A. L. E. V., & Hatipoglu, H. (2011). Relationship between dental anxiety, general anxiety level and depression in patients attending a university hospital dental clinic in Turkey. *Community dental health*, 28(2), 149.
- Raadal, M., & Skaret, E. (2013). Background description and epidemiology. *Cognitive behaviour therapy for dental phobia and anxiety*, 21-31.

- Rachman, S. J. (2004). Fear and Courage: A Psychological Perspective. *Social Research*, 71(1), 149–176.
- Saatchi, M., Abtahi, M., Mohammadi, G., Mirdamadi, M., & Binandeh, E. S. (2015). The prevalence of dental anxiety and fear in patients referred to Isfahan Dental School, Iran. *Dental research journal*, 12(3), 248-253.
- Salim Rayman RDH, M. P. A., Dincer, E., & Khalid Almas, B. D. S. (2013). Managing dental fear and anxiety. *New York State Dental Journal*, 79(6), 25.
- Savanheimo, N., Sundberg, S. A., Virtanen, J. I., & Vehkalahti, M. M. (2012). Dental care and treatments provided under general anaesthesia in the Helsinki Public Dental Service. *BMC oral health*, 12, 1-8.
- Shin, J. W., & Kim, S. I. (2019). A Study on the Correlation of Dental Anxiety Based on Dental Fear Scale (DFS). *Journal of the Korean Academy of Esthetic Dentistry*, 28(1), 54-60.
- Skaret, E., & Soevdsnes, E. K. (2005). Behavioural science in dentistry. The role of the dental hygienist in prevention and treatment of the fearful dental patient. *International journal of dental hygiene*, 3(1), 2-6.
- Starcevic, V. (2009). *Anxiety disorders in adults a clinical guide*. Oxford University Press.
- Stouthard, M. E., Hoogstraten, J., & Mellenbergh, G. J. (1995). A study on the convergent and discriminant validity of the Dental Anxiety Inventory. *Behaviour research and therapy*, 33(5), 589-595.
- Stouthard, M. E., Mellenbergh, G. J., & Hoogstraten, J. (1993). Assessment of dental anxiety: A facet approach. *Anxiety, Stress and Coping*, 6(2), 89-105.
- Sullivan, M. J., & Neish, N. R. (1997). Psychological predictors of pain during dental hygiene treatment. *Probe (Ottawa, Ont.)*, 31(4), 123-6.
- Taqi, M., Zaidi, S. J. A., Javaid, J., Alam, Z., Saleem, A., & Khan, S. A. (2023). Patient perceptions and experiences of dental fear of different dental specialties: a mixed-method study. *BMC Oral Health*, 23(1), 884.
- Thompson, S. C. (1981). Will it hurt less if I can control it? A complex answer to a simple question. *Psychological bulletin*, 90(1), 89.

- Tunc, E. P., Firat, D., Onur, O. D., & Sar, V. (2005). Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) in a Turkish population. *Community dentistry and oral epidemiology*, 33(5), 357-362.
- Vassend, O. (1993). Anxiety, pain and discomfort associated with dental treatment. *Behaviour research and therapy*, 31(7), 659-666.
- Weiner, A. (1990). Etiology of dental anxiety: psychological trauma or CNS chemical imbalance?. *Gen Dent*, 22, 39-43.
- Weiner, A. A., & Weinstein, P. (1995). Dentists' knowledge, attitudes, and assessment practices in relation to fearful dental patients: a pilot study. *General Dentistry*, 43(2), 164-168.
- Weinstein, P., Milgrom, P., & Getz, T. (1987). Treating fearful dental patients: a practical behavioral approach. *Journal of Dental Practice Administration: JDPA: Official Publication of American Academy of Dental Practice Administration, Organization of Teachers of Dental Practice Administration, American Academy of Dental Group Practice*, 4(4), 140-147.
- White, A. M., Giblin, L., & Boyd, L. D. (2017). The prevalence of dental anxiety in dental practice settings. *American Dental Hygienists' Association*, 91(1), 30-34.
- Wide Boman, U., Carlsson, V., Westin, M., & Hakeberg, M. (2013). Psychological treatment of dental anxiety among adults: a systematic review. *European journal of oral sciences*, 121(3pt2), 225-234.
- World Health Organization. (2012). Oral health fact sheet No. 318. Geneva: WHO.
- Yildirim, T. T. (2016). Evaluating the relationship of dental fear with dental health status and awareness. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 10(7), ZC105.
- Yuan, S., Freeman, R., Lahti, S., Lloyd-Williams, F., & Humphris, G. (2008). Some psychometric properties of the Chinese version of the Modified Dental Anxiety Scale with cross validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6, 1-11.

EKLER

Ek-1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu ve Anket Soruları

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Bu anket çalışması, ‘‘Serbest Sonlu Hareketli Bölümlü Protez ve Tam Protez Hastalarının İmplant Tedavisini Reddetme Nedenleri ile Dental Anksiyetelerinin / Korkularının Değerlendirilmesi’’ isimli tez çalışması adına veri toplamak amacıyla yürütülmektedir.

Bu anket size verilmeden önce araştırmacı sizi muayene etmiştir ve bu anketi doldurmak için uygun bir vaka olduğunuzu onaylamıştır. Araştırmaya sistemik, konjenital veya cerrahi-protetik kontrendikasyonu olmayan ve aşağıda belirtilen hasta grupları dahil edilecektir:

- 1-Alt ve/veya üst çenesinde en arka kısmında dişsizliği olan hastalar
- 2-Alt ve/veya üst çenesinde hiç dişi olmayan hastalar
- 3-Yada birinci ve ikinci olarak belirtilen durumların birlikte görülebildiği hastalar.

Çalışmanın Amacı: Bu çalışmanın amacı yukarıda belirtilen kriterlere uyan hastaların implant tedavisini yaptırmama sebeplerinin belirlenmesi, diş tedavisi yaptırmaya yönelik kaygılarının - korkularının ölçülmesi ve bu iki durum arasındaki ilişkilerin tespit edilmesidir.

Aşağıda bulunan ve tamamlanması yaklaşık 10 dakika süren anketi doldurarak araştırmaya katılmayı kabul etmiş olacaksınız. Bu çalışma için size bir ücret ödenmeyecek veya sizden bir ücret talep edilmeyecektir. Eğer anketi doldururken takıldığınız bir yer olursa lütfen bunu araştırmacıya sormaktan çekinmeyin.

Araştırmada bireysel sonuçlar değil, grup sonuçları değerlendirilecektir. Vereceğiniz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacağından adınızı yazmanıza gerek yoktur. Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacak, araştırma ekibi dışında kimse ile paylaşılmayacaktır. Bu çalışma süresince toplanan veriler, yalnızca akademik araştırma

amacı ile kullanılacaktır ve yalnızca ulusal/uluslararası akademik toplantılarda ve/veya yayınlarda sunulacaktır.

Sizlere sorulan soruların doğru ya da yanlış cevapları yoktur. Soruları cevaplarken, hepsini okuyarak, boş bırakmadan cevaplandırmanız, samimi ve dürüst olmanız araştırma sonuçları için oldukça önemlidir ve araştırmanın güvenilir olmasına katkıda bulunacaktır. Eğer çalışmayla ilgili herhangi bir şikâyet, görüş veya sorunuz varsa bu çalışmanın araştırmacısı ile iletişime geçmekten lütfen çekinmeyiniz.

Eğer araştırmanın sonuçlarıyla ilgileniyorsanız araştırmacıya isteğinizi bildirmeniz halinde kendisi çalışma bittiğinde sonuçları sizinle paylaşmak üzere iletişim bilgilerinizi alacaktır. Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederim.

Araştırmacının Adı ve Soyadı: Dt. Mert ARAL

Anket Soruları

Lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız.

1-Yaşınız:.....

2-Cinsiyetinizi işaretleyiniz.

a)Kadın b)Erkek

3-Eğitim durumunuzu işaretleyiniz.

a)İlkokul b)Ortaokul c)Lise d)Üniversite e)Yüksek Lisans ve diğer

4-Aylık ortalama gelirinizi işaretleyiniz.

a)Asgari ücretin altı

b)Asgari ücret

c)Asgari ücret ile 12.500 TL arasında

d)12.500 TL ve üzerinde

5-Daha önce hareketli protez (bazen takmalı-çıkarmalı, kancalı, çitçitli, damaklık olarak da ifade edilen protez) kullandınız mı?

a)Evet

b)Hayır

-> Aşağıdaki 2 soruyu eğer 5.soruya cevabınız "Evet" ise cevaplayınız. <-

5.1-Daha önce kullandığınız hareketli protezinizde aşağıdaki sorunlardan hangisi ve hangileriyle karşılaştınız? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

a)Protezin tutuculuğunun az olması, ağzınızda sürekli oynaması

b)Estetik olarak sizi rahatsız etmesi

c)Yemekleri çiğnerken zorlanmanız

d)Yapılan düzeltmelerden sonra bile hala ağzınızda vuruk yapması

5.2-Bir önceki sorudaki tüm kriterleri düşündüğünüzde eskiden kullandığınız hareketli protezinizden genel olarak memnun muydunuz?

a)Hayır

b)Evet

6-İmplant tedavisi hakkında bilginiz var mı?

a)Evet

b)Hayır

7-Covid-19 pandemisinin diş tedavisi yaptırmanız hakkında endişe ve korkularınızı arttırdığını düşünüyor musunuz?

a)Evet

b)Hayır

Lütfen aşağıda sıralanmış 11 soru için size en uygun seçeneği işaretleyiniz.

1-İmplant tedavisi ve sonrasındaki protez yapılma süreci hakkında hekimim tarafından yeterince bilgilendirildim.

a)Kesinlikle katılmıyorum

b)Katılmıyorum

c)Kararsızım

d)Katılıyorum

e)Kesinlikle katılıyorum

2-İmplant tedavisini yaptırmamamın hekimime olan güvenimle ilgisi yoktur.

a)Kesinlikle katılmıyorum

- b)Katılmıyorum
- c)Kararsızım
- d)Katılıyorum
- e)Kesinlikle katılıyorum

3-İmplant tedavisi uzun süreceğinden dolayı yaptırmak istemiyorum.

- a)Kesinlikle katılmıyorum
- b)Katılmıyorum
- c)Kararsızım
- d)Katılıyorum
- e)Kesinlikle katılıyorum

4-İmplant tedavisi hakkında sahip olduğum bilgiler genel olarak olumsuz yöndedir.

- a)Kesinlikle katılmıyorum
- b)Katılmıyorum
- c)Kararsızım
- d)Katılıyorum
- e)Kesinlikle katılıyorum

5-İmplant tedavisinin bende başarılı olacağına inanmıyorum.

- a)Kesinlikle katılmıyorum
- b)Katılmıyorum
- c)Kararsızım
- d)Katılıyorum
- e)Kesinlikle katılıyorum

6-İmplant tedavisinin cerrahi bir işlem olması beni rahatsız ediyor.

- a) Kesinlikle katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Kararsızım
- d) Katılıyorum
- e) Kesinlikle katılıyorum

7-İmplant tedavisi ağırlı bir işlemdir.

- a) Kesinlikle katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Kararsızım
- d) Katılıyorum
- e) Kesinlikle katılıyorum

8-İmplant tedavisinin sağlığıma ve vücuduma zarar verebileceğinden dolayı tehlikeli olduğunu düşünüyorum.

- a) Kesinlikle katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Kararsızım
- d) Katılıyorum
- e) Kesinlikle katılıyorum

9-İmplant tedavisini yaptırmaya korkuyorum.

- a) Kesinlikle katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Kararsızım
- d) Katılıyorum
- e) Kesinlikle katılıyorum

10-Eğer yaptıracağım hareketli protezden memnun kalmazsam implant tedavisini yaptırmayı düşünebilirim.

- a) Kesinlikle katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Kararsızım
- d) Katılıyorum
- e) Kesinlikle katılıyorum

11--Eğer maddi durumum daha iyi olsaydı implant tedavisi yaptırmayı düşünürdüm.

- a) Kesinlikle katılmıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Kararsızım
- d) Katılıyorum
- e) Kesinlikle katılıyorum

Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS)

Lütfen aşağıda sıralanmış 5 soru için size en uygun seçeneği işaretleyin.

1-Yarın diş hekimine gidecek olsanız kendinizi nasıl hissedersiniz?

- a)Eğlenceli bir deneyim olacağını düşünürüm.
- b)Bu durumu önemsemem ve hiç endişe etmem.
- c)Çok az huzursuzluk duyarım.
- d)Hoş olmayan (tatsız) ve ağırlı bir olay olacağını düşündüğüm için korkarım.
- e)Diş hekimi ne yapacak diye korkarım.

2-Diş hekimi muayenehanesindeyiz ve sıranın size gelmesini bekliyorsunuz. Kendinizi nasıl hissedersiniz?

- a)Rahat hissederim.
- b)Biraz huzursuz hissederim.
- c)Gergin hissederim.
- d)Endişeli ve sıkıntılı hissederim.
- e)Çok korkarım, vücudumda terleme ve bulantı gibi değişiklikler hissederim.

3-Diş hekiminin koltuğuna oturdunuz ve doktorunuzun tedavi için dönen aletlerini hazırlamasını bekliyorsunuz. Kendinizi nasıl hissedersiniz?

- a)Rahat hissederim.
- b)Biraz huzursuz hissederim.
- c)Gergin hissederim.
- d)Endişeli ve sıkıntılı hissederim.
- e)Çok korkarım, vücudumda terleme ve bulantı gibi değişiklikler hissederim.

4-Diş hekiminin koltuğuna oturdunuz ve doktorunuzun dişetleriniz

etrafındaki diş taşlarınızı temizlemek için kazıyıcı aletlerini hazırlamasını bekliyorsunuz. Kendinizi nasıl hissedersiniz?

- a)Rahat hissederim.
- b)Biraz huzursuz hissederim.
- c)Gergin hissederim.
- d)Endişeli ve sıkıntılı hissederim.
- e)ok korkarım, vücutumda terleme ve bulantı gibi değişiklikler hissederim.

5-Diş hekiminiz üst arka dişinizin üstünde dişetinize lokal anestezi

enjeksiyonu yapacak olsa kendinizi nasıl hissedersiniz?

- a)Rahat hissederim.
- b)Biraz huzursuz hissederim.
- c)Gergin hissederim.
- d)Endişeli ve sıkıntılı hissederim.
- e)ok korkarım, vücutumda terleme ve bulantı gibi değişiklikler hissederim.

Dental Korku Skalası (DKS)

Lütfen aşağıda sıralanmış 20 soru için size en uygun seçeneği işaretleyin.

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

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

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

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

Diş tedaviniz yapılırken;

3-Kaslarım gerilir.

a)Nerdeyse hiç b)Çok az c)Biraz d)Çok e)Çok fazla

4-Nefes alış-veriş oranım artar.

a)Nerdeyse hiç b)Çok az c)Biraz d)Çok e)Çok fazla

5-Terlerim.

a)Nerdeyse hiç b)Çok az c)Biraz d)Çok e)Çok fazla

6-Midem bulanıyormuş ve karnım ağrıyormuş gibi gelir.

a)Nerdeyse hiç b)Çok az c)Biraz d)Çok e)Çok fazla

7-Kalp atışlarım artar.

a)Nerdeyse hiç b)Çok az c)Biraz d)Çok e)Çok fazla

Aşağıdaki durumların ne kadar gerginlik, endişe ve korkuya sebep olduğunu işaretleyiniz.

8-Diş hekiminden randevu alırken

a)Nerdeyse hiç b)Çok az c)Biraz d)Çok e)Çok fazla

9-Diş hekiminin muayenehanesine yaklaşırken

a)Nerdeyse hiç b)Çok az c)Biraz d)Çok e)Çok fazla

10-Bekleme salonunda otururken

a)Nerdeyse hiç b)Çok az c)Biraz d)Çok e)Çok fazla

11-Diş hekimi koltuğunda otururken

a)Nerdeyse hiç b)Çok az c)Biraz d)Çok e)Çok fazla

12-Muayenehane kokusunu hissettiğinizde

a)Nerdeyse hiç b)Çok az c)Biraz d)Çok e)Çok fazla

13-Diş hekiminin iğeriye girdiğini gördüğünüzde

a)Nerdeyse hiç b)Çok az c)Biraz d)Çok e)Çok fazla

14-Anestezi iğnesini gördüğünüzde

a)Nerdeyse hiç b)Çok az c)Biraz d)Çok e)Çok fazla

15-Anestezi iğnesini hissettiğinizde

a)Nerdeyse hiç b)Çok az c)Biraz d)Çok e)Çok fazla

16-Aeratörü (döner aleti) gördüğünüzde

a)Nerdeyse hiç b)Çok az c)Biraz d)Çok e)Çok fazla

17-Aeratörün (döner aletin) sesini duyduğunuzda

a)Nerdeyse hiç b)Çok az c)Biraz d)Çok e)Çok fazla

18-Aeratörün titreşimlerini hissettiğinizde

a)Nerdeyse hiç b)Çok az c)Biraz d)Çok e)Çok fazla

19-Dişleriniz temizlenirken

a)Nerdeyse hiç b)Çok az c)Biraz d)Çok e)Çok fazla

20-Bütün bunları düşündüğünüzde diş tedavisi ne kadar korkunç

a)Nerdeyse hiç b)Çok az c)Biraz d)Çok e)Çok fazla



Ek-2. Etik Kurul Onayı



T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
Diş Hekimliği Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Konu : Etik Kurul Hk.
Sayı : 36290600/ 03/2023

16.01.2023

Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Protetik Diş Tedavisi Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi

danışmanlığında Dt. Mert ARAL tarafından yürütülecek olan
"Serbest Sonlu Kısmi Dişsizlik ve Tam Dişsizliğe Sahip Vakaların İmplant Tedavisini
Reddetme Nedenleri ile Dental Anksiyete ve Korkunun İlişkilendirilmesi" konulu çalışma,
Etik Kurulumuz tarafından incelenmiş ve araştırma etiği açısından **UYGUN** bulunmuştur.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

Eki: 3 sayfa







ÖZGEÇMİŞ

