

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
AĞIZ DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ ANABİLİM DALI

**AĞIZ DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ KLİNİĞİ'NE AĞRI YAKINMASI İLE BAŞVURAN
HASTALARDA KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE DİŞ TEDAVİ DENEYİMLERİ İLE AĞRI
ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

DOKTORA TEZİ

Çiğdem ŞENTÜRK ÜRER

Tez Danışmanı
Prof.Dr. M. Barış ŞİMŞEK

ANKARA
Şubat 2013

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

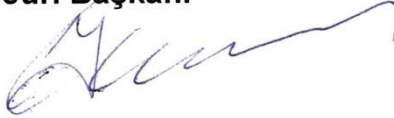
Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Ana Bilim Dalı Doktora Programı
çerçevesinde yürütölmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından
Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 26/02/2013

İmza

Prof. Dr. İnci Rana KARACA
Gazi Üniversitesi

Jüri Başkanı



İmza

Prof. Dr. M. Nadir GÜNGÖR
Gazi Üniversitesi

İmza

Prof. Dr. M. Barış ŞİMŞEK
Gazi Üniversitesi

İmza

Prof. Dr. Cahit ÜÇÖK
Ankara Üniversitesi

İmza

Doç. Dr. Berrin IŞIK
Gazi Üniversitesi

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY	I
İÇİNDEKİLER.....	II
ŞEKİLLER.....	IV
TABLolar.....	V
KISALTMALAR.....	VI
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Ağrı	4
2.1.1. Ağrı Tanımları	4
2.1.2. Ağrı Sınıflaması	5
2.1.3. Ağrı anatomisi	14
2.1.4. Fizyolojik ve farmakolojik açıdan ağrı	17
2.1.5. Ağrı uyarımı, algısı ve yorumu	21
2.2.Orofasiyal Ağrı	29
2.2.1.Ekstrakraniyal Ağrılar.....	29
2.2.2.İntrakraniyal ağrılar	38
2.2.3.Kas-Kemik Sistemi İle İlgili Ağrılar	38
2.2.4.Vasküler Ağrılar	40
2.2.5.Nörolojik Ağrılar	42
2.2.6.Psikojenik Ağrılar	45
2.3. Ağrı ve Psikoloji.....	45
2.3.1. Ruhsal Açıdan Ağrı Değerlendirilmesi	46
2.3.2. Ağrının psikolojik modelleri	51

2.3.3. Kronik ağrı ve psikiyatrik hastalıklar	55
2.4. Anksiyete	60
2.4.1. Anksiyete bozukluklarının belirtileri	61
2.4.2. Dental anksiyetenin tanımı	62
2.4.3. Dental anksiyete karşısında verilen yanıt	63
2.4.4. Dental anksiyete belirtileri	64
2.4.5. Dental anksiyete etiyolojisi	66
2.4.6. Anksiyete ölçekleri	69
3. YÖNTEM ve GEREÇLER	72
3.1. Çalışma grubu	72
3.2. Veri Toplama Araçları	73
3.2.1. Veri Toplama Aracının Geliştirilmesi	73
3.3. Araştırmanın Modeli	77
3.4. Verilerin Analizi	77
4. BULGULAR	79
5.TARTIŞMA	96
6. SONUÇLAR	104
7. ÖZET	107
8.SUMMARY	108
9. KAYNAKLAR	109
10. EKLER	121
11.ÖZGEÇMİŞ	134

ŞEKİLLER

Şekil 1: Kapı Kontrol Kuramının Patofizyolojisi ⁸	19
Şekil 2: Nositör Ağrı Kuramının Patofizyolojisi ⁸	25
Şekil 3: Vizüel Analog Skala ¹³	28

TABLÖLAR

Tablo 1:	Akut, Subakut ve Kronik Ağrı Tanımları ⁸	10
Tablo 2:	Ağrıyı Tetikleyen Kimyasallar ⁸	22
Tablo 3:	Oral ve Kraniofasial Ağrıların Sınıflandırılması ¹⁶	29
Tablo 4:	Çalışma Grubunu Oluşturan Hastaların Demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımlar.....	79
Tablo 5:	Çalışma Grubunu Oluşturan Hastaların Boy ve Vücut Ağırlıklarına İlişkin Dağılımlar	80
Tablo 6:	Çalışma Grubunu Oluşturan Hastaların Hastalık Öykülerine İlişkin Dağılımlar	82
Tablo 7:	Hastaların Hissettikleri Ağrının Şiddetinin Yaşlarına Göre Dağılımları / Ki-Kare Testi Sonuçları	84
Tablo 8:	Hastaların Hissettikleri Ağrının Türünün Yaşlarına Göre Dağılımları / Ki-Kare Testi Sonuçları	85
Tablo 9:	Hastaların Hissettikleri Ağrının Şiddetinin Cinsiyetlerine Göre Dağılımları / Ki-Kare Testi Sonuçları	86
Tablo 10:	Hastaların Hissettikleri Ağrının Türünün Cinsiyetlerine Göre Dağılımları / Ki-Kare Testi Sonuçları	87
Tablo 11:	Hastaların Hissettikleri Ağrının Şiddetinin Dental Kaygı Düzeylerine Göre Dağılımları / Ki-Kare Testi Sonuçları	88
Tablo 12:	Hastaların Hissettikleri Ağrının Türünün Dental Kaygı Düzeylerine Göre Dağılımları / Ki-Kare Testi Sonuçları	89
Tablo 13:	Hastaların Dental Kaygı Düzeylerinin Olumsuz Dış Hekimi Deneyimlerine Göre Dağılımları / Ki-Kare Testi Sonuçları	90
Tablo 14:	Hastaların Dental Kaygı Düzeylerinin Kişilik Özelliklerine Göre Dağılımları / Ki-Kare Testi Sonuçları	91
Tablo 15:	Hastaların Hissettikleri Ağrının Şiddetinin Kişilik Özelliklerine Göre Dağılımları / Ki-Kare Testi Sonuçları	93

KISALTMALAR

IASP	: Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği (International Association for the Study of Pain)
CARF	: Rehabilitasyon Etkinliklerinin Akreditasyonu Komisyonu (Commission on the Accreditation of Rehabilitation Facilities)
AMA	: Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association)
ICD	: Hastalık ve Hastalıkla İlgili Sağlık Problemlerinin Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
MRI	: Manyetik Rezonans Görüntüleme (Magnetic Resonance Imaging)
PET	: Pozitron Emisyon Tomografisi
VAS	: Vizüel Analog Skala (Visual Analog Scale)
GAS	: Görsel Analog Skala
ANUG	: Akut Nekrotizan Ülseratif Gingivitis
TME	: Temporomandibuler eklem
LAP	: Lenfadenopati
EMG	: Elektromiyografi
DSM	: Mental Hastalıkların Diagnostik ve İstatistiksel El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
OKB	: Obsesif kompulsif bozukluk
DAS	: Dental Anksiyete Skalası (Dental Anxiety Scale)
MDAS	: Modifiye Dental Anksiyete Skalası (Modified Dental Anxiety Scale)

STAI	: Spielberg Anksiyete Skalası (Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory)
DFS	: Dental Korku Skalası (Dental Fear Scale)
DAQ	: Dental Anksiyete Sorusu (Dental Anxiety Questionnaire)
PAQ	: Fotoğraf Anksiyete Anketi (Photo Anxiety Questionnaire)
GFS	: Gatchel'in Korku Skalası (Gatchel's 10-point Fear Scale)
SCL-90	: Symptom Check List-90
Sd	: Standart Deviasyon
N	: Örnek Gözlem Sayısı
f	: Frekans
p	: Olasılık (Probability)
%	: Yüzde
DBMP	: Dental behaviour management promlem
DFA	: Dental fear and anxiety
m	: Metre
sn	: Saniye
Δ	: Delta
mp	: Milimikron
T	: Tetik
SSS	: Santral sinir sistemi
VDS	: Sözel Tanımlama Skalaları (Verbal Descriptor Scales)
NSR	: Sayısal Değerlendirme Skalaları (Numerical Rating Scales)

ACCS : Analog Renkli Devamlı Skala
(Analog Chromatic Continuous Scale)

FS : Yüz İfadesi Skalası
(Face Scale)

1. GİRİŞ

Ağrı insan hayatında sık karşılaşılan, tarifi zor bir deneyimdir. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği (International Association for the Study of Pain-IASP) ağrıyı, gerçek veya potansiyel doku hasarı ile ilişkili olarak ortaya çıkan, hoş olmayan, daha önceki deneyimlerle de ilişkili duyuşsal ve emosyonel bir deneyim olarak tanımlamıştır¹.

Ağrı subjektif bir semptomdur, ağrının miktarını veya karakterini tayin etmemize yarayacak biyolojik bir belirteç veya başka bir ölçüm metodu yoktur². Ağrının başarıyla tedavi edilebilmesi için doğru ve ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi ve mekanizmalarına göre sınıflandırılması gereklidir. Ağrı nörofizyolojik mekanizmalara, başlangıç süresine, etyolojik faktörlere, kaynaklandığı bölgeye göre sınıflandırılabilir³. Nörofizyolojik mekanizmalara göre ağrı 3'e ayrılır. Bunlar nosiseptif ağrı, nöropatik ağrı ve psikojenik ağrıdır¹.

Ağrı seyrine göre de akut ve kronik olarak 2'ye ayrılır. Akut ağrı sıklıkla bir hastalık belirtisidir, vücuda zarar veren bir olayın varlığını göstermektedir. Şiddetli, kısa sürelidir; zaman ve tedavi ile geriler. Kronik ağrı ise karakteri, şiddeti ve kaynaklandığı doku ne olursa olsun beklenenden uzun süren, başka deyişle 3 veya 6 aydan uzun sürebilen ağrıdır².

Ağrı algısında ve toleransında kişinin cinsiyeti, kültürü, eğitimi, moral durumu, genel sağlığı etkilidir¹. Psikolojik faktörler de ağrı algısında önemi vurgulanmış faktörlerdendir. Hem klinik hem de deneysel çalışmalara göre, dikkati başka yöne dağıtmak ağrı algısını değiştirmektedir. Hatta olumsuz duygular ağrıyı artırmakta, olumlu

duygular ise azaltmaktadır. Psikolojik faktörler, ağrı tedavisinde kullanılan opioid analjeziklerle stimüle edilen beynin intrinsik modölatör sistemini etkileyerek ağrı algısını değiştirir⁴. Bu durum hastanın ağrı kontrolünü öğrenmesi, hekimin de ağrı oluşumunu engellemesi açısından önemlidir.

Tıbbi tedaviler sırasında ağrı duyulacağı kaygısı sık görülen bir durumdur. Özellikle olumsuz diş hekimi tecrübesi olan kişilerde; dental prosedürler sırasında anksiyete duyulması da oldukça sık rastlanan bir durumdur. Dental anksiyete prevalansı etnik, sosyal kültürel geçmişe göre %4 ile %20 arasında değişiklik göstermektedir⁵. Literatürde pek çok ülkede ağrı algısı ile demografik özellikler, kişilik özellikleri ve anksiyetenin karşılaştırıldığı çalışmalar mevcuttur. Çalışmaların sonuçlarına göre ağrı algısı, anksiyete düzeyi ve kişilik özellikleri; yaş, ağrı türü, olumsuz diş hekimi tecrübesi, cinsiyet ile ilişkili olup ülkeden ülkeye farklılık göstermiştir⁵⁻¹¹.

Ağrı algısı dental tedavilerin geliştirilmesi ile değil, anksiyetenin düzeltilmesi ile azaltılabilir⁵⁻⁷. Ayrıca hastanın kişilik özelliklerinin cerrahi öncesi değerlendirilmesi ağrı ve anksiyete kontrolünün ilaç dışı uygulamalarla kontrol altına alınması açısından önemlidir⁵.

Hastaların diş hekimliği ile ilgili tedavileri talep etmesinin en sık nedenlerinin başında gelen ağrının; klinik seyri, şiddeti ve sağaltıma yanıtının her bireyde farklı olduğu bilinen bir gerçektir. Bu farklılık çoğunlukla, sağaltım süresinin uzamasına, hastaların çok farklı tedavi yöntemleri kullanmasına ve sık hekim değiştirme gibi maliyeti artıran yollara yönelmesine neden olmaktadır. Bu nedenle çözüme ulaşmak için, hem ağrı yakınmasının ortaya çıkmasında, hem de iyileşme süresinin uzamasındaki etkenler sorgulanırken, bedensel incelemeler kadar

psikososyal özelliklerin incelenmesi de büyük önem taşımaktadır⁶. Buradan hareketle bu çalışmada Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Kliniği'ne ağrı yakınması ile başvurmuş olan hastalarda anksiyete seviyeleri ve kişilik özellikleri ile ağrı algısı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ağrı

2.1.1. Ağrı Tanımları

Ağrının patofizyolojik mekanizmasına bağlı net bir tanımını yapmak oldukça önemlidir. Literatürü gözden geçirdiğimizde, farklı zamanlarda yapılmış birçok ağrı tanımıyla karşılaşmaktayız⁸⁻⁹.

Sternbeck (1968) ağrıyı “kişisel, kişiye özgü bir his veya incinme duygusu, geçmekte veya gelmek üzere olan bir doku hasarını doğrulayan bir işaret ve organizmayı hasar görmekten korumak için işleyen bir uyarılar düzeni” şeklinde kuramsal bir kavram olarak tanımlar . Field (1987) ise “ağrının vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan hoş olmayan bir his olduğunu ve genellikle hasar veren bir olay sonucu oluştuğunu, ayrıca hasar görmesi olası vücut dokularından kaynaklandığını”⁸ ifade etmiştir. Bonica (1990) tanımı “ağrı, giderildikten sonra da tarifi devam eden öznel bir tanımlamadır” şeklinde oldukça basitleştirmiştir. Summers (2000) ise ağrının bireye özgü oluşuna vurgu yaparak “ağrı algısı öznelidir ve ağrı, duyan kişi nasıl tanımlıyorsa öyledir, ne zaman olduğunu söylüyorsa o zaman vardır” şeklinde tanımlamıştır⁸.

Literatürde pek çok ağrı tanımı bulunmakla beraber, 1994 yılında IASP tarafından yapılan “gerçek veya potansiyel doku hasarı ile ilişkili olarak ortaya çıkan, hoş olmayan, daha önceki deneyimlerle de ilişkili duysal ve emosyonel bir deneyim” şeklindeki tanımlama genel kabul görmüştür. Bu tanım, şu iki ek noktayı içine alarak geniş bir anlama vurgu yapmaktadır:

“Ağrı çoğu zaman öznedir. Her birey, yaşamın erken dönemlerindeki zedelenme deneyimleri doğrultusunda, ağrı kelimesinin kullanımını öğrenir. Kelimelerle iletişim kurmanın olanaksızlığı bile bir kişinin ağrı çektiğinin ve uygun bir tedaviye gereksinimi olduğunun anlaşılması olasılığını ortadan kaldırmaz¹.” Bu açıklama ile ağrının ruhsal bileşenler içerdığı sonucuna varılabilir.

2.1.2. Ağrı Sınıflaması

Ağrı; nörofizyolojik özelliklerine göre incelendiğinde nosiseptif, nöropatik ve psikojenik ağrı olarak sınıflandırılmaktadır. Nosiseptif ağrının somatik ve visseral, nöropatik ağrının santral ve periferik ağrı alt grupları vardır. Ağrı, süresine göre sınıflandırıldığında ise akut, kronik ve subakut ağrı olarak ayrılmaktadır. Akut ağrı; doku hasarı ile oluşur ve iyileşme sürecine uyumlu olarak ortadan kalkar. Kronik ağrı ise beklenenden daha uzun süre veya iyileşme sürecinden sonra devam eden ağrıdır. Kronik ağrı tanımlaması yapabilmek için geçen süre; farklı kaynaklarda 3 veya 6 ay olarak tanımlanmaktadır¹.

Nosiseptif ağrı, sinir sistemi dışında tüm doku ve organlara yayılmış bulunan primer afferent sinir uçlarındaki özelleşmiş ağrı reseptörleri tarafından algılanıp, santral sinir sistemine iletildikten sonra hissedilen ağrı tipidir¹.

Nöropatik ağrı, nöral sistemin yapı veya fonksiyonlarındaki bozulmaya bağlı gelişen ağrıdır¹.

Psikojenik ağrı ise sıklıkla depresyon ve anksiyete ile birlikte gözlenen kronik ağrı türüdür. Herhangi bir travmaya eşlik eden emosyonel

streslerin varlığı, kronik ağrı gelişiminde kolaylaştırıcı bir faktör olarak rol alabildiği gibi, bazen de kronik ağrının bir sonucu olarak psikolojik rahatsızlıklar ortaya çıkabilir. Bu nedenle kronik ağrı ile eşlik eden depresyon, anksiyete gibi psikojenik rahatsızlıklar arasında sebep sonuç ilişkisi kurmak pek mümkün olmaz. Bununla birlikte son zamanlarda genel olarak kabul gören biyopsikososyal yaklaşıma, sebep sonuç ilişkisi kurulamasa bile, hastayı bir bütün olarak ele alıp tüm katkısı olan durumların çok yönlü olarak ele alınması ve kombine tedavi edilmesidir. Bazen kronik ağrıdan yakınan hastalarda ne organik ne de fizyolojik bir patoloji saptanamaz. Bu durumda sosyokültürel yatkınlık vardır ve hasta acı, elem, üzüntü gibi emosyonel duygularını ağrı olarak tanımlamaktadır. Ağrıdan sonra hastaya karşı ilginin artması da ağrıya bağlı negatif davranış kalıplarının uzamasına yol açar. Bu durum öğrenilmiş ağrı olarak tanımlanmaktadır. Psikojenik ağrılı bazı vakalarda psikolojik faktörlerin etyolojideki yeri açıktır. Somatizasyon, konversiyon, hipokondriyak kişilik gibi durumlarda hasta ağrıyı bir tür savunma mekanizması olarak kullanır¹.

2.1.2.1. Akut, subakut ve kronik ağrı kavramlarının açılımı

Ağrı fizyolojisi, ağrı algısı ve ağrı kuramları çeşitli çalışmalarla en iyi şekilde gözden geçirilmiştir. Kişilerin ağrı deneyimi fizyolojik, ruhsal, sosyal ve kültürel etkenlerden dolayı farklılık göstermektedir. Bunun ışığında, Rehabilitasyon Etkinliklerinin Akreditasyonu Komisyonu [Commission on the Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF)] tarafından akredite edilen akut, kronik ve kanserle ilgili ağrı programları fiziksel, ruhsal, sosyal ve mesleki sorunları tanımlamaya gereksinim duymaktadır⁹.

Amerikan Tıp Birliği [American Medical Association (AMA)] , Süreğen Bozukluğu Değerlendirme Kılavuzunda (Guides to the Evaluation

of Permanent Impairment), ağrının öznel olduğu, varlığının kanıtlanamayacağı ve nesnel olarak ölçülemeyeceği konusunda fikir birliğine varmıştır. Ağrının kişisel ve öznel bir algı olarak tanımlanmasının artan sayıda kabul görmesi ağrı sınıflaması sistemlerinin gelişmesine neden olmuştur. Bu sistemler ise epidemiyolojik çalışmaların temelini kurmada etkin rol oynamıştır. Halen akut, subakut ve kronik ağrının özel tanımlarında karmaşa vardır. Akut ve kronik ağrının tanımlanması ve ayırt edilmesi tedavi planını önemli derecede etkilemektedir. Eğer kronik ağrı tanı ve tedavisine akut ağrıymış gibi yaklaşılsa, iyi bir sonuçtan uzaklaşılabilir ve iatrojenik komplikasyonlara zemin hazırlanabilir⁹. Tablo 1’de akut ve kronik ağrıya ilişkin beş ayrı yaklaşım yer almaktadır.

Akut ağrı döneminde “duyumsal-ayırım boyutu” ağrı deneyiminde baskın rol oynamaktadır. Tedavi, akut ağrının bu en belirgin ögesine odaklanır ve çoğunlukla da sonuç verir. Zaman geçtikçe “duyumsal-ayırım boyutu” belirginliğini kaybeder ve ağrı algısının bilişsel ve duygusal bileşenleri kendini daha fazla gösterir. Akut ve kronik ağrı arasındaki bu geçiş dönemi tam olarak tanımlanamayan subakut dönemdir. Kronik ağrı döneminde ağrı ve ağrıya ilgili davranışlar nedeniyle işlevsel kısıtlanmalar ve verimliliğin azalması söz konusu ise, kronik ağrı sendromu gelişebilir. Bu gelişme psikolojik sıkıntı, depresyon, sosyal ve mesleki engeller arasında gerçekleşmektedir¹⁰. Bu yüzden klinisyen kronik ağrı sendromunun gelişmesini önlemek için akut, subakut ve kronik ağrının tanı ve tedavisinde oldukça girişken olmak zorundadır⁹.

Bloodworth’e¹¹ göre ağrı algısında organik etkenlerle oluşan bedensel deneyim, psikolojik etkenlerle oluşan zihinsel deneyim ve çevresel etkenlerle oluşan toplumsal deneyim rol oynamaktadır. Ağrı algısında, erken yaşamdaki olumsuz deneyimlerin, fizyolojik ve psikolojik travmaların da etkili olduğu savunulmaktadır. Çevresel etkenler ise ağrı

davranışını teşvik eder.

Çeliker¹² tarafından kronik ağrının öğrenilmiş bir davranış olduğu vurgulanmış, birden çok etken tarafından güçlendirildiğinden bahsedilmiştir.

Araştırmacıların birçoğu, kronik ağrı döneminin arkası gelmeyen ve akut ağrının genel çözülme döneminden çok daha uzun süren anormal bir süreç olduğu konusunda görüş birliğine varmaktadır. Önemli bir nokta da, kronik ağrı ve kronik ağrı sendromunun ayırt edilmesinin zorunlu olduğudur. Kronik ağrı sendromu, ağrının herhangi bir doku zedelenmesinin belirtisi değil, ağrı ve ağrı davranışlarının başlıca hastalık sürecini oluşturduğu anormal bir durumdur. Bu nedenle kronik ağrı sendromu, kişinin doku zedelenmesinin şiddetiyle orantılı bir işlevsellik ve davranış göstererek ağrıyı yaşadığı kronik ve intermitant ağrılı hastalıklardan farklıdır. Kronikleşmiş ağrılı durumlarının kronik ağrı sendromuna dönüşebilme olasılığına rağmen, kronikleşmiş ağrısı olan herkes kronik ağrı davranışı ve güçsüzlük sergilememektedirler. Örneğin romatoid artrit tanılı bir hasta eklem yangısının belirgin semptomlarıyla hastalığın daha da şiddetlendiği 1–2 hafta süreli akut ataklar geçirebilir¹¹.

Fizyolojik iyileşmeden sonra, ağrının geçmemesi subakut faza geçildiğinin bir işareti olabilir. Eğer uygun tedaviden sonra hastanın ağrısı devam ediyorsa, bu da kronik ağrı fazı olarak sınıflandırılabilir. Bu ağrıya verilen cevaba ve ağrı davranışına bağlı olarak, kişi kronik ağrı sendromuna geçebilir ancak, geçmeyebilir de. Eğer ağrıyla ilgili davranışlar hastanın işlevselliğini kısıtlıyorsa, kronik ağrı sendromu gelişebilir⁹.

Çeliker¹², Patil'e atfen, ağrı deneyiminin üç boyutunu tanımlamıştır. Buna göre duygusal boyut ağrının fiziksel bileşenidir ve akut ağrının en önemli bölümünü oluşturur. Bilişsel boyut ağrının algılanması ve verilen önem ile ilişkilidir. Ağrı ile başedebilme bu boyut içinde yer alır. Duygusal boyut ise kişinin duygu durumu ile ilişkilidir. Kronik ağrıda bilişsel ve duygusal boyutlar daha ön plana geçmiştir¹¹.

Tablo 1: Akut, Subakut ve Kronik Ağrı Tanımları⁸

	Akut Ağrı	Subakut Ağrı	Kronik Ağrı
Bonica	Ağrı ve farklı uyaranlarla provoke olan tepkilerdir. Doku hasarı nedenli olabilir de olmayabilir de.Yineleyebilir.		Ağrının akut bir hastalık veya bir hasarın iyileşebileceği süreden bir ay daha uzun sürmesidir.
Walsh	Belirgin bir nosiseptif uyaranın biyolojik semptomu 3 aydan daha kısa sürer		Akut bir hasar veya hastalığın genel süresinden daha uzun süren ağrıdır.
Rosner	Ağrı çoğu zaman “bilinen” bir olaydır.Süresi 0–7 gündür.	Etiyolojisi bilinen bir olaydır. Süresi 1 haftadan 6 aya kadar uzayabilir	Ağrı etiyolojisi çoğunlukla bilinmez.Süresi 6 aydan uzundur
Carf	Episodik, rekürren kronikleşme potansiyeli olan ağrıdır.		Uygun ilaç veya cerrahi tedaviye yanıt vermeyen süregelen ağrıdır.
Scheer	4 hafta sürer.	4–12 hafta sürer.	3 aydan uzun sürer.

2.1.2.2. Ağrının alt gruplarının tanımlanması

Tıp Biliminde hastalıkların sınıflandırılması, ilgili organ veya dokunun disfonksiyon derecesini tanımlayarak oluşturulan bir tıbbi modele göre yapılmaktadır. Ağrının algılanması ise patofizyolojik, bilişsel, davranışsal, çevresel ve kültürel faktörlerle birliktelik oluşturan ve bu tıbbi modeli geçen çok yönlü bir konudur. Bu yüzden ağrı bozukluklarını özel anatomik “ağrı odakları” ile basitçe sınıflandırmak güçtür ve geçerli değildir. “Ağrı odakları” kavramı çoğu kez “nosiseptif kaynak”la eşanlamlı olarak kullanılmaktadır. Fakat IASP’ın yaptığı ağrı tanımı ağrının özgül uyarılara bağlanmasına karşı çıkmaktadır¹.

Akut faz sırasında ağrı tanısı için Nosiseptif Model daha uygun olabilir. Bu sınıflandırma modeli içinde, ağrı tanımlanabilir bir somatik (örn. kemik kırığı), visseral (örn.bağırsak obstrüksiyonu) sorundan veya bir sinirsel bileşenden kaynaklanabilir. Nörojenik ağrı, primer bir lezyondan, işlev bozukluğundan veya periferik ya da santral sinir sisteminde geçici bir karışıklıktan kaynaklanan ağrı olarak tanımlanabilir¹. Periferik nörojenik ağrı, periferik sinir sisteminde oluşan bir işlev bozukluğundan (örn. diyabetik nöropati) kaynaklanan ağrı olarak tanımlanır. Santral nörojenik ağrı ise santral sinir sisteminde oluşan bir işlev bozukluğundan (örn. spinal kord zedelenmesi ile inen sinirlerin uyarı iletememesi durumu) kaynaklanan ağrı olarak tanımlanır⁹. Nosiseptif Model’de bu terimler kronik ağrı durumları için de uyarlanabilir. Bununla birlikte bu durumlar için “somatoform” kavramı daha uygun olabilir. Somatoform ağrı, genel bir tıbbi durumu akla getiren fiziksel ağrı semptomlarının var olduğu, fakat bunun genel bir tıbbi durumla veya bir maddenin etkisi ya da zihinsel bir bozuklukla açıklanamadığı bir duruma karşılık gelmektedir¹⁻⁹.

Ağrı kategorizasyonunun ayrıca, ICD–9 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), kodlama sistemine benzeyen bir sınıflandırma sistemi ile de yapılabilineceği bir öneri konusu olmuştur. Aktüel ICD–9 kodlama sisteminde, ağrı kodlaması ağrı sendromlarının doğru şekilde izlerinin bulunmasını güçleştiren farklı diagnostik sınıflandırma kullanıldığı için; IASP, 5 eksen kullanarak, ICD–9 sistemine benzeyen, fakat tam olarak örtüşmeyen bir sınıflandırma sistemi ileri sürmüştür¹.

I. Bölge: Ağrının hissedildiği yeri, gerekirse bedenin ana veya sekonder bir bölgesini içerebilir.

II. Sistemler: Disfonksiyon ve ağrı duyulan sistemlere göre kodlanabilir.

III. Ağrının geçici özellikleri: Oluşum tarzı (sıklığı)

IV. Hastalığın süresi: Ağrının başladığından beri geçen zaman

V. Etiyoloji

Bu sistemin, sınıflandırma için doğru bir grupta olduğu söylene de, yaygın bir şekilde kullanılmamıştır¹.

Ağrı sınıflamaları kavramsal ve işlevsel bakış açısıyla da yapılabilir. İşlevsel sınıflama, işlemsel ve biyo-psikososyal kavramlar kullanan birçok modelle tanımlanmıştır⁹.

Patojenik Ağrı Modeli'nde ağrı primer veya sekonder olarak katogerize edilebilir. Primer ağrı doğrudan doku travması veya fizyolojik bir yıkım (örn. kemik kırılması) ile ilgilidir⁹. Sekonder ağrı ise primer bir uyarıdan değil fakat primer bir sorundan veya ona bir tepki olarak doğmuştur (örn. neoplazm nedeniyle alınan kemoterapinin yan etkisi olarak)⁹.

Biyopsikososyal Ağrı Modeli'nde ise ağrı akut, yineleyen-akut, duruma-bağlı ve kronik olarak ayrılmıştır. Akut ağrı genellikle kısa dönemlidir. Yineleyen-akut ağrı, kronik bozukluklarda (artrit, konjenital nöralji, baş ağrısı) yaşanan epizodik ağrı duyumunu içerir⁹.

Duruma-bağlı ağrı nosiseptif, nörojenik, primer ve sekonder ağrı tipleri olarak geniş bir kategoriye içerir. Kronik ağrı ise inatçı ağrı olarak tanımlanır ve kronik ağrı sendromlarını içerir. Ağrının birçok farklı özelliğinden dolayı, tüm sınıflamaların kesiştiği veya aykırı olduğu noktalar olabilir⁹.

Ağrı sınıflamasıyla oluşan çok sayıdaki grupların kendi aralarında kesişme veya aykırılık göstermesine karşın, kendine özgü birçok alt grup tanımlanması zorunludur. Örneğin cinsiyete hatta geriatrik ve pediatrik gruplara göre özel ağrı sendromları tanımlanmıştır⁹. Bu gruplarda ağrının özel bir şekilde tanımlanması ve sınıflandırılmasının, tanı değerlendirmesinde bazı şeylerin gözden kaçmasına ve sonradan da eksik tedavi edilmesi gibi problemlere neden olabileceğini belirtmiştir. Ağrı için standardize edilmiş bir sınıflama sistemi kurmak, tüm insanlar için araştırma çalışmalarının ve klinik protokollerin yaygınlaşmasını sağlayacaktır⁹.

2.1.3. Ağrı anatomisi

Ağrı sensoryal, emosyonel ve davranışsal etkenleri içeren karmaşık bir etkileşimdir, bu yüzden tanımı ve tedavisi bu yönlerini içermelidir. Uyarıcı nosiseptif sistemi etkinleştirebilir, fakat bu yalnız bilinçli beyinde ağrı verici olarak algılanır. Ağrı zedelenmeye karşı verilen yanıtın çekirdek noktasıdır, bu da iyileşmeyi optimize etmek ve komplikasyonları en aza indirmek üzere en uygun şekilde denetim altına alınmalıdır¹².

Nosisepsiyon periferden beyine dinamik bir yolla iletilir. Bu yol, üç düzeyde ayarlanır ve iletilir: Periferel nosiseptör, spinatus (spinal kordun arka boynuzları) ve supraspinatus (beyin)¹².

2.1.3.1. Somatik ağrı (Nosiseptif ağrı)

Fizyolojik (ilk veya “hızlı”) ağrı, organizmayı ağrının hızlıca yerini saptayarak daha fazla doku yıkımından kendini korumak için, uyarıdan geri çekilmesini sağlayacak koruyucu bir olaydır. Bu, spinal kordun arka boynuzlarından giren ve I, V ve X laminalarında sinaps yapan, aksiyon potansiyellerini hızlı ileten (12–30 m/sn) myelinli A Δ (delta) lifleri ile yüksek eşikli termo/meekanik nosiseptörlerin bir ürünüdür. İletim sekonder afferent lifler boyunca, posterior talamik çekirdekten monosinaptik olarak çıkan neospinotalamik yola doğru devam etmektedir. Oradan başlayarak tersiyer (üçüncül) afferentlerle, korteksin somatosensoriyal post-santral girusuna sinaps gönderir. Eğer uyarı kısa süreli ve doku hasarı nedenli değilse, uyarı durunca ağrı da ortadan kaybolur¹².

Patofizyolojik (ikinci veya “yavaş”) ağrı, doku yıkımından (cerrahi, travma ya da inflamasyona bağlı) sonra oluşan gecikmiş bir ağrı hissi olup zarar gören yerin korunarak daha çabuk iyileşmesini sağlayan davranışlara neden olur. Bu, sağlık çalışanlarının denetim altına almaya çalıştıkları bir ağrı tipidir. Çıkış yeri o dokuda bulunan yüksek eşikli polimodal nosiseptörlerdir (serbest bitiş noktası olan). Nosiseptörler mekanik, kimyasal ve termal uyarılara yanıt verir ve arka boynuzların lamina II ve III (substantia gelatinosa) kısımlarında sinaps yapan myelinsiz C lifleri ile yavaş iletimle (0,5–2 m/sn) gönderilirler. Sekonder afferentler polisaptik olarak palaeospinotalamik yolla kraniyuma çıkarlar. Mezensefalon, pons ve medullar retikular formasyona, periaquaduktal gri maddeye ve hipokampüse yönelen kollateralleri bulunmaktadır, buralarda ise ön beyin limbik yapıya yönelen nöronlarla sinaps yapmaktadırlar. Bu sistem primer olarak ağrıya karşı refleks yanıtın (solunum, dolaşım, endokrin) da bir parçasıdır. Sekonder afferentler inen modülatör sistemi de kendi arasında birleştirir. Retikulo spinal ve spinomezensefalik yollar ayrıca afferent uyarılar sağlar. Tüm bunlar ağrıya karşı verilen duygusal ve davranışsal yanıt ile ilişkilidir¹².

Yukarda anlatılan iki tip nosiseptöre ek olarak “sessiz” veya “uyuyan” nosiseptörler de vardır. Bunlar deri ve visserada bulunmakta ve C liflerinin % 15’ini oluşturmaktadır¹².

2.1.3.2. Visseral ağrı (Nosiseptif ağrı)

Somatik afferentlerle karşılaştırılacak olursa visseral nosiseptörlerin yoğunluğu %1’in altındadır. Kortikal haritalandırmada da visseral afferentler daha düşük bir yoğunluktadır. Bu yüzden eklemler ve mezenter hariç tutulursa visseral ağrı daha çok bedenin orta hattında (örneğin abdominal) dağınık bir dağılım gösterir. Ağrı doğasının niteliği

oldukça farklıdır, çünkü vissera gerilmeye karşı duyarlıdır. Afferent lifler bireysel uyarıdan çok, uyarı yoğunluğundaki artışa yanıt verirler. Visseral ağrı ayrıca uzamsal bir özellik gösterir ve böylece eğer büyük bir alan uyarılıyorsa, ağrı eşiği değeri aşağı çekilir. Bu deri ile ilgili nosisepsiyonda yaşanmaz. Visseral ağrı ayrıca uyarı kaynağı olan yerin oldukça uzağına da iletilir. Genellikle segmental ve yüzeyseldir; sıklıkla hiperaljezi gösterebilir¹².

2.1.3.3. Nöropatik ağrı

Sinir liflerine gelecek her hangi bir zarar, sinir sisteminin anormal işlev göstermesine neden olabilir. Bütüncül bir zarar, genellikle duyu ve kas gücünün tamamen kaybıyla sonuçlanır¹².

Fiziksel (örneğin; ezici bir zedelenme, cerrahi müdahale) veya tıbbi (örneğin; diyabet) durumlarda gelecek kısmi hasar büyük motor ve duyu işlevleri koruyabilir, fakat ısı duyarlılığında artışa, normal olmayan ve huzursuzluk veren duygulara ve hatta ağrı gibi anormalliklere neden olabilir. Bu işlev değişiminin nedeni ise, sinir sisteminin tüm fonksiyonunun, uyarıcı ve önleyici bileşenleri arasındaki denge üzerine oturmuş olmasıdır¹².

Kısmi hasar çoğunlukla sinir liflerinde etkinlik artışına neden olur, bu yüzden uygulanacak tedavi anormal sinirlerin hiperaktivitesini baskılama amaçlıdır¹².

2.1.4. Fizyolojik ve farmakolojik açıdan ağrı

2.1.4.1. Periferik aktivasyon

Birçok ağrı doku hasarından sonra ortaya çıkar. Dokulardan, bağışıklık hücrelerinden, sempatik ve afferent sensoryal sinir liflerinden salınan inflamatuvar mediatörler nosiseptör reseptörleri hedef alırlar. Bu kimyasal maddeler yüksek eşik değerdeki nosiseptörleri, düşük yoğunluktaki uyarı ile etkinleşebilmesi için doğrudan duyarlılaştırabilirler. Bu primer hiperaljezi ile sonuçlanır. Bazı mediatörler (protonlar, 5-hidroksitriptamin) membranlardaki iyon kanallarına doğrudan etki ederler, fakat çoğunluğu membran reseptörlerine bağlanarak membran iyon kanallarında veya enzimlerde bir değişiklik oluşturmak için düzenleyici ara mediatörlere (G-proteinleri, ikinci haberciler) karşı etkin hale geçerler. Bu inflamatuvar mediatörler, sensoryel afferent liflerin kısa süreli işlevlerini değiştirecek karmaşık işlemler oluşturmak için etkileşime geçerler ve gen transkripsiyonunu da değiştirebilirler. Bu da hücre biyokimyasında, reseptör ve transmitter üretiminde uzun-süreli değişimlere neden olabilir¹².

2.1.4.2. Spinal düzey

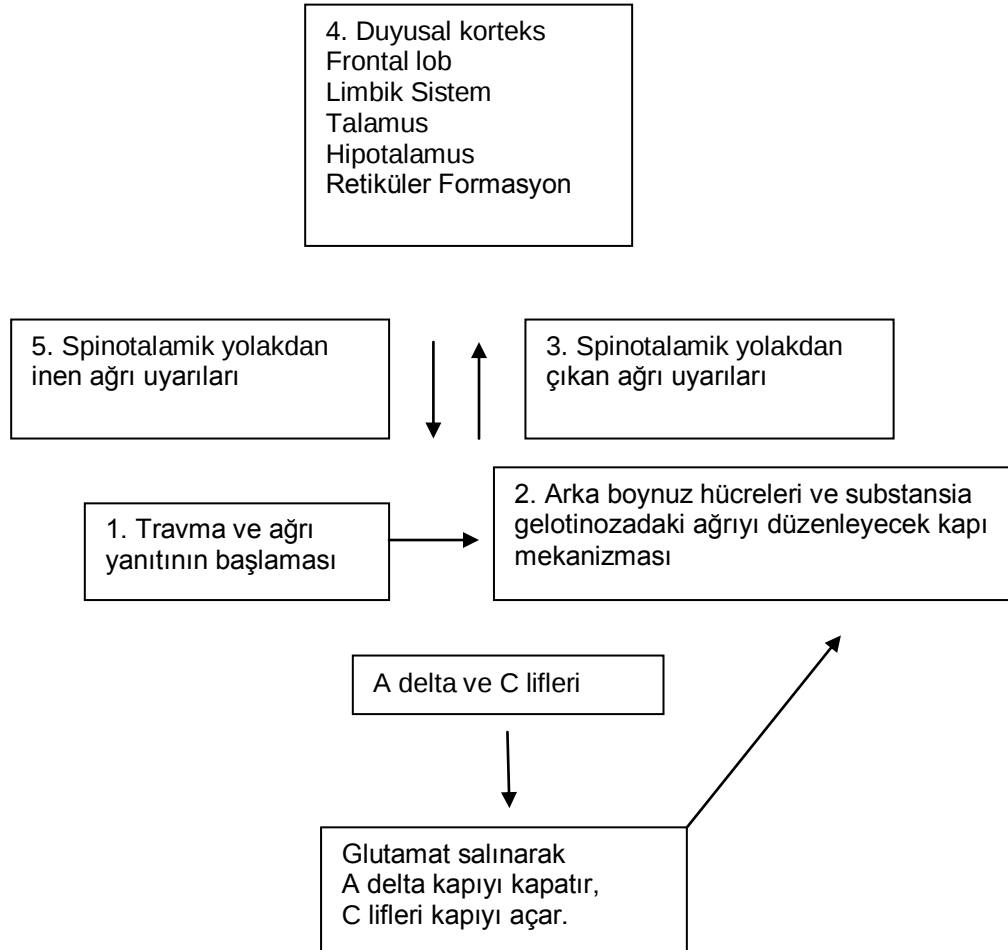
Spinal kordun arka boynuzları, uyarıcı ve baskılayıcı ara nöronlarla beyinden inen baskılayıcı yollar arasında karmaşık bağlantıların olduğu bir yerdir. İkinci sıra nöronlar iki tiptir: Birinci tip, yüksek eşik değerdeki nosisepsiyona seçici olarak yanıt veren nosiseptif özellikli olanlardır (lamina II ve III). İkinci tip ise bir dizi uyarıya cevap veren geniş dinamik aralıklı veya birleşmiş nöronlardır (lamina V ve VI)⁸.

Kapı-Kontrol (gate-control) kuramı, zedelenme ve ağrıya verilen yanıt arasındaki oldukça değişken ve doğrusal olmayan ilişkinin açıklanması amacıyla 1965 yılında Melzack ve Wall tarafından ortaya atılmıştır. Fizyolojik ve psikolojik üç boyutu bulunmaktadır⁸.

Birincisi yerleşim, duyu, nitelik ve ağrı yoğunluğu deneyimlerini içeren fizyolojik bir boyut veya duyu ayırımı yapan bir kısmın olmasıdır. İkincisi, işlevi duyguların anlamını öngörme olan bilişsel-değerlendirme yönteminden (ağrı davranışının açıklaması) oluşan psikolojik boyuttur. Üçüncü olarak da, duygudurumsal-güdüleyici bir yöntem (retiküler formasyon, limbik sistem ve beyin sapından gelen koşullu yanıt) veya ağrının anlamını içeren başka bir psikolojik boyut bulunmaktadır⁸.

Kapı-kontrol kuramı, ağrı uyarılarının çıkan (afferent) yol aracılığıyla spinal kordun arka boynuzlarına ulaşan periferik bir sinir hareketini nasıl uyardığını açıklar (Şekil-1). Bu çıkan yol A (delta) ve C liflerini içerir. A Δ lifleri ince ve myelinlidir, uyarıları hızlıca taşır ve kesin ayırt edici ağrı algısından sorumludur. C lifleri ise kalın ve myelinsizdir, uyarıları yavaş taşır ve yayılmış ağrı algısından sorumludur. Kapı-kontrolünün, arka boynuzların substansia gelotinoza kısmında olduğu kuramlaştırılmıştır. Ağrı uyarısı iletildiğinde substansia gelotinozadaki hücreler, T (Tetik) hücrelerini uyarmakta veya inhibe etmektedir. T hücrelerinin inhibe edilmesinin kapıyı kapattığına ve bunun da santral sinir sistemine iletilen ağrı uyarısını azalttığına inanılmaktadır. T hücrelerinin uyarılması ise kapıyı açmakta ve retiküler formasyon, talamus ve hipotalamusa uzanan spinotalamik yolda ağrı iletiminin artmasına neden olmaktadır⁸.

Kapı-kontrol kuramı, arka boynuzlarda C liflerinin kapıyı kapatmasının ve ağrı uyarılarının beyin sapı, talamus ve serebral kortekse doğru yol almasının önlenmesiyle, uyarıların nasıl hafifletilebileceğini açıklar. Spinal kapı mekanizması beyinden inen sinir uyarılarıyla etkinleşir. Bununla birlikte kapı-kontrol kuramı, daha geniş bir alıcı alanda tehlikeli uyarılara karşı abartılmış yanıt verme ve artmış spontan ateşleme hızı ile sonuçlanan sekonder hiperaljeziyi açıklamaz. Bu durum çoğunlukla geçicidir ve dokunun iyileşmesi ile çözülür, fakat ara sıra sürekli hale gelir ve kronik ağrı durumuyla sonuçlanır¹².



Şekil 1: Kapı Kontrol Kuramının Patofizyolojisi⁸

2.1.4.3. Supraspinal Seviye

Nosisepsiyonda supraspinal işlevin keşfi, fonksiyonel MRI (Magnetic Resonance Imaging) ve PET (Pozitron Emisyon Tomografisi) gibi invaziv olmayan görüntüleme yöntemlerinin gelişmesi ile olmuştur. Ağrı algısı talamus, primer ve sekonder korteks ve özellikle anterior singulat korteksdeki etkinlik değişimleri ile ilişkilidir¹².

Beynin farklı bölümleri inen baskılamada rol oynar. Bu yollar korteks ve talamus kısımlarından köken alır ve beyin sapında periakuaduktal gri madde, nukleus raphe magnus, lokus caeruleus ve subcaeruleus kompleksi gibi yedek merkezler aracılığıyla inerler¹².

Baskılayıcı yollar spinal korda dorsal kolonlar üzerinden inerler ve anti-nosisepsiyon sağlamak için salınan nörotransmitterlerin (noradrenalin, 5-hidroksitriptamin) ve endojen opioidlerin olduğu arka boynuzlarda sonlanırlar. Üç reseptör de (mü, delta, kappa) çıkan yollarda rol oynar, fakat mü ve delta reseptörü daha çok inen bileşenlerden sorumludur¹².

Noradrenalin ve 5-hidroksitriptaminin sentezi ve salınımı opioidler tarafından arttırılır ve sonuçta onların da etkisiyle opioidlerin etkisi daha da artar. Bu muhtemelen antidepresanların analjezik etkisini açıklayan mekanizmadır¹².

2.1.5. Ağrı uyarımı, algısı ve yorumu

2.1.5.1. Ağrı uyarımı

Araştırmacılar, kapı-kontrol ve opioid reseptör kuramında vurgulanan fizyolojik ve psikolojik boyutları zenginleştirerek transdüksiyon, transmisyon, algılama ve modülasyondan oluşan nosiseptör kuramını geliştirmiştir⁸.

2.1.5.1.1 Transdüksiyon ve Transmisyon

Transdüksiyon, periferel bir afferent duyu lifinde aksiyon potansiyeli oluşmasına neden olacak ve onu arka boynuzlara iletecek zedeleyici kimyasal, termal veya mekanik bir uyarıdır. Nosiseptörleri içeren ve ağrı hissinden sorumlu primer afferent duyu lifleri A delta ve C lifleridir. C liflerinin polimodal olduğu ve mekanik, termal ve kimyasal uyarılara karşı yanıt verdiği düşünülmektedir. Kapı-kontrol kuramında değinildiği gibi küçük, myelinli ve hızlı iletim yapan A-delta lifleri ağrı algısının daha keskin ayırımını yapmaktan sorumluyken, geniş, myelinsiz ve uyarıları yavaş taşıyan C lifleri yaygın, dağınık nitelikteki ağrı algısından sorumludur⁸.

Transdüksiyondaki ilk yanıt, arkasından inflamasyon ve doku hasarı gelecek olan kızarma ve kabarmadır. Bu da inflamasyonun belirti ve semptomları olan kızarıklık, şişme, ısı artışı ve ağrıyı akla getirmektedir. Bu belirti ve semptomlar da biyomedikal mediatörler aracılığıyla araşidonik yolların uyarılmasının bir sonucudur. Ağrıyı tetikleyen temel kimyasallar ve başlangıç noktaları Tablo 2’de gösterilmiştir. Bunlar da doku hasarının lenfosit, trombosit, lökosit, fibroblast ve mast hücrelerinin uyarılması ile sonuçlandığını hatırlatmaktadır⁸.

Tablo 2: Ağrıyı Tetikleyen Kimyasallar⁸

Ağrı Tetikleyenler	Kaynak
Histamin	Mast hücreleri, trombositler
Potasyum	Zedelenmiş hücreler
Bradikinin	Plazma kininojeni
Prostaglandin	Araşidonik yol, zedelenmiş hücreler
Lökotrienler	Araşidonik yol, zedelenmiş hücreler
Substans P	Primer afferent sinir uçları
Serotonin	Trombositler
TNF	Mast hücreleri
Glutamat	Primer sinir uçları
İnterlökinler	Mast hücreleri

Nosiseptörler, inflamasyon sürecinde salınan hücre içi kimyasallara da yanıt vermektedir. Bazı hücre içi kimyasallar hücrelerden salınılmakta (histamin, potasyum, asetilkolin, serotonin ve adenosin trifosfat), bazıları enzimler tarafından sentezlenir (bradikinin, araşidonik asit, prostaglandin, lökotrien ve P maddesi). Bazı kimyasalların kaynağı ise plazmadır (mast hücrelerinden P maddesi)⁹.

Transmisyon, A-delta ve C periferik afferent nosiseptörleri boyunca merkezi sinir sistemine iletilen bir aksiyon potansiyelidir. A-delta ve C polimodal lifleri, spinal kordun arka köklerinden girmekte ve lamina I, lamina II veya substansia gelatinosa düzeyinde arka boynuzlarda sinaps yapmaktadır. Arka boynuzda bulunan T hücrelerinin fonksiyonuna Kapı-kontrol teorisi başlığı altında değinilmiştir. Diğer arka boynuz hücreleri yansıtıcı, uyarıcı ve baskılayıcı özellikler içermektedir. Yansıtıcı hücreler, ağrının merkezi sinir sistemine transmisyonuna yardım etmek üzere yineleyici biçimde çalışırlar. Uyarıcı hücreler, bilgiyi yansıtıcı hücrelere iletir ve motor aktiviteyi açığa çıkarır. Baskılayıcı hücreler ise ağrı transmisyonunu baskılamakla görevlidir. Bu üç tip hücre de lamina I ve II yapılarında bulunmaktadır⁸.

Spinotalamik ve spinoretiküler yollar ağrı uyarısını lamina I ve II'den arka boynuzun anterolateral kadranına, retiküler formasyon ve paramedian üzerinden limbik sisteme ve frontal loba, medial ve lateral talamusa ve somatosensoriyal kortekse iletirler. Bu yollar Melzack ve Wall'ın afektif ve duyumsal bileşenler nosyonunun temelini oluşturmaktadır⁸.

2.1.5.1.2.Modülasyon

Beden; nosiseptör transdüksiyon ve transmisyonundan sonra ağrıyı, hem periferik hem merkezi sinir sisteminde, inen spinotalamik yol, endojen opioid peptidler ve opioid reseptörlerle modüle etmeye çalışır. Raphe magnusdaki inen spinotalamik yol spinal kordun arka boynuzlarına yayılır. Bu yol, arka boynuzda nosiseptif transmisyonu önlediğine inanılan serotonin içermektedir⁸.

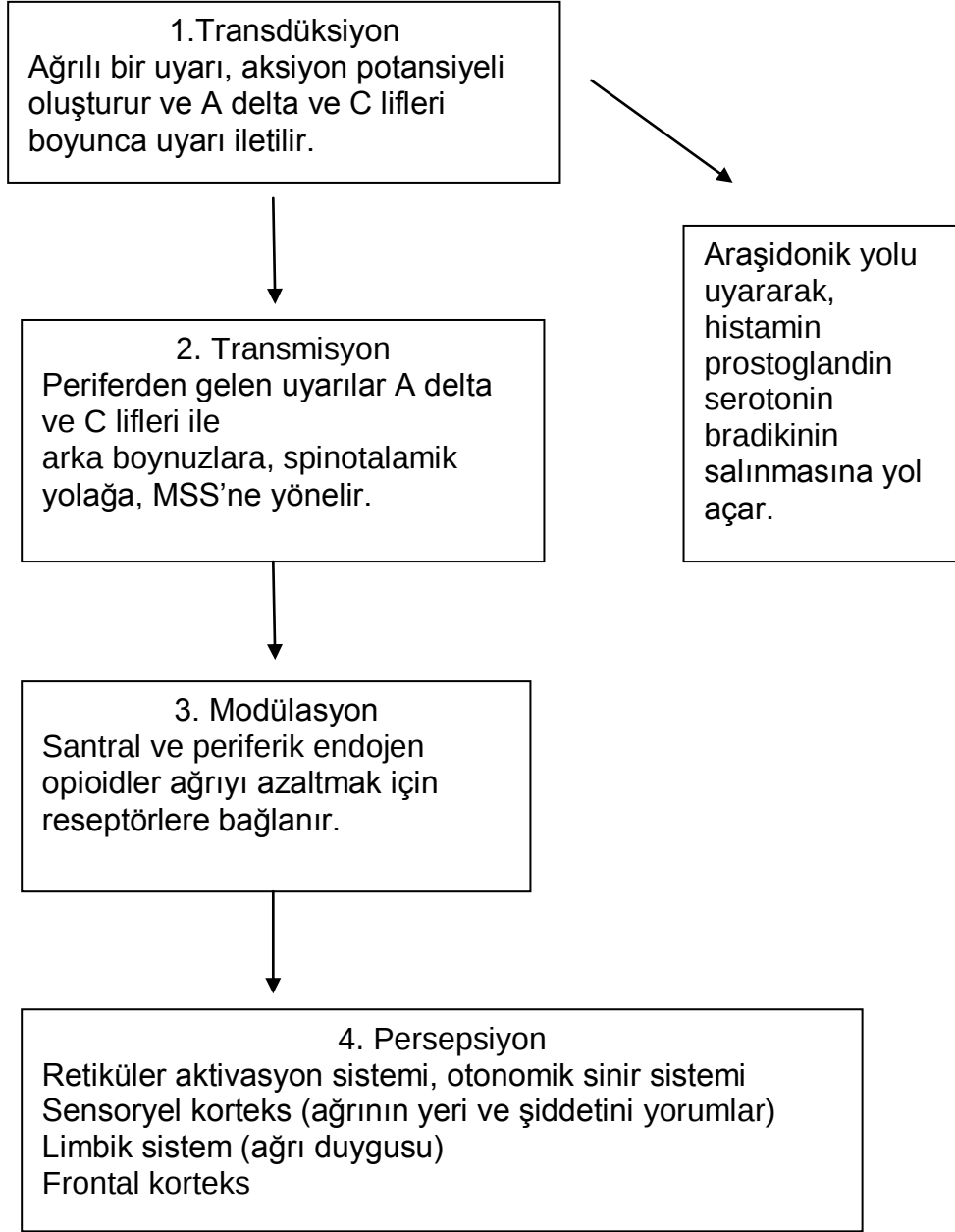
2.1.5.1.3.Persepsiyon (Algılama)

Melzack ve Wall tarafından tanımlanan duygudurumsal-güdüleyici yöntem ve bilişsel değerlendirme yöntemi, çıkan ağrı uyarısının somatosensoriyal korteks, limbik sistem ve frontal lob alanlarında yorumlandığını göstermiştir⁸.

Ağrıya karşı bilişsel-değerlendirme yanıtları tanımlanmıştır; bunlar, bireyin kişilik özelliklerine göre farklılık göstermekte ve dört tip ruhsal yanıt oluşturmaktadır: Birincisi, kaygı akut ağrı uyarısının singulate girusdaki yorumlanmasıdır. İkincisi, depresyon ve çaresizlik dindirilemeyen ağrının bir yanı olabilir ve kronik ağrılı birçok kişide de bu görülmektedir⁸.

Üçüncüsü, uykusuzluk ve yorgunluk hastanın ne rahat uyuyabildiği ne de rahat oturabildiği dindirilemeyen ağrı ile gelişebilir. Dördüncüsü ise, acı çekme dindirilemeyen ağrı ile görülen duygusal bir gerginlik olarak tanımlanır. Paice ve Summers, acının her zaman ağrı ile birlikte olmayabileceğini ve daha çok terminal dönem tanısı gibi katastrofik etkenlerle ilişkili gibi görüldüğünü vurgulamıştır⁸.

Bu dört ruhsal yanıtın tümü otonomik sinir sistemini uyarmakta ve sonuçta ağrı algısını şiddetlendirmektedir. Böylece transdüksiyon, transmisyon, modülasyon ve persepsiyon şeklindeki dört kategori, ağrı yanıtını tanımlamak, açıklamak, öngörmek ve kontrol etmek için kullanılabilir (Şekil 2)⁸.



Şekil 2: Nosiseptör Ağrı Kuramının Patofizyolojisi⁸

2.1.5.2. Ağrı algısı ve yorumu

Ağrı biyolojisini anlamak için yapılan açıklamaların hayli ilerlemesi, yeni analjeziklerin ve analjezik üretiminde kullanılan yöntemlerin gelişmesine rağmen, ağrı algısının ne olduğu, ağrı tanımının tam olarak acıyı ifade etmemesi ve ağrıyı ölçmek için kullandığımız araçların çoğu kez yetersiz kalması nedeniyle günümüzde halen tam anlamıyla anlaşılamamıştır¹³.

Ağrı büyük bir acıya neden olabilir, bununla birlikte şiddetli ağrısı olan kimi insanlar acı çekmezler. Ağrı ve acı arasındaki ilişki, sonsuz sayıda kişisel farklılıklar nedeniyle kesin bir paradoks oluşturur. Ağrı, acının niteliğini betimleyen kavramlarla tanımlanmalıdır. Ağrı tarif edildiğinde iyileştirici ilişkiler kısmen başarılı olabilir, fakat gerçek sağaltım, yardım ve bakım ancak acı ile yeterince ilgilendiğimizde olasıdır¹³.

Günümüzde yaygın olarak kullanılan IASP'ın ağrı tanımı, ağrının algılama ve yorumlama gibi farklı ve önemli iki yönünü ayırt edememektedir¹³.

Algılama yaş, cinsiyet, kültür, özgeçmiş gibi çok sayıda faktörden etkilenmektedir¹³.

Acı ise ağrının nasıl yorumlandığının bir sonucudur. Kronik ağrı çeken bir hasta bunu zayıflık, dermansızlık olarak algılayabilir, fakat bu durumu, daha iyi bir yaşam kalitesi için meydan okuma olarak yorumlayabilir. Bir başka kişi ise kronik ağrıyı zayıflık, dermansızlık olarak algılayarak durumu çözülmemiş bir sorun olarak yorumlayabilir ve bu da kişiyi acıya götürecektir. Niteliksel araştırma yöntemleri ve geniş

serilerde yapılan araştırmalar, kadınların özellikle doğum sancısı sırasındaki ağrı algısını betimlemek için sıkça kullanılmaktadır¹⁴. Ağrının yorumlanmasını etkileyen faktörleri araştırmak da gerekmektedir.

Ayrıca acı, ağrının bir sonucu olabileceği gibi, aynı zamanda kaynağı da olabilir¹⁴.

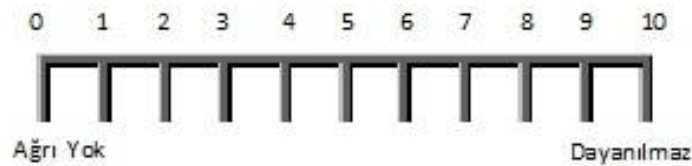
Fizyolojik ağrı uyarısı, bilgiyi spinal kordun arka boynuzlarına ileten ve aynı zamanda P maddesi denilen nöropeptidi salgılayan nosiseptif sinir lifleri tarafından oluşturulur. P maddesi, sinir liflerini ağrı uyarısını daha çabuk ortaya çıkarmaları için duyarlılaştırır. Bu, ağrıya karşı duyarlılığı artıran ve “hiperaljezi” denilen pozitif geribildirim mekanizmasıdır ve ağrı deneyiminin şiddetini artırır¹⁵.

2.1.5.3. Ağrı değeriendirimi ve VAS (Vizüel Analog Skala)

Ağrının değeriendirilmesi, “Ağrı, hastanın anlattığı ne ise odur” şeklindeki bir tanımlamaya kadar indirgenmiştir. Bu basitleştirme istemeyerek; hızlı, güvenilir, geçerli ve uygulaması kolay ama birçok hasta için yeterli olmayan ağrı değeriendirme araçlarının ortaya çıkmasına yol açmıştır. En sık kullanılanı ise ağrıyı 1 ve 10 arasında değeriendiren Vizüel Analog Skaladır-VAS (Görsel Analog Skala-GAS). VAS’nın kelimelerle iletişim kurabilme yeteneği olan kişilerce ifade edilen ağrı duyarlılığını azaltma amaçlı ilaç sağaltımının derecesini saptamada yardımcı olması, onun en iyi özelliğidir. En kötü özelliği ise bu skalalar sağlık görevlilerine, yeterli değeriendirme yapılmışçasına, yanlış bir şekilde kendinden emin olma duygusu vermektedir¹³.

VAS gibi kişinin kendi kendine uygulayacağı ağrı değerlendirme araçları, kişinin soruyu anladığını ve yanıt verebileceğini var sayar. Bu varsayım ile ilgili iki sorun bulunmaktadır. Birincisi, birçok durumda bireyler kendi başlarına bir değerlendirmeyi tamamlayacak biliş ve iletişim yeteneğine sahip değildir (yenidoğan, yaşlılarda sağırılık, demans vb.). İkinci olarak niteliksel VAS skoru sağlık görevlilerinin, hastaların bedensel ifadelerini, çiftler arasında gözlenilebilen gerilim veya bir aile bireyinin gözyaşları gibi ek bulguları gözden kaçırmamasını olası kılar ki bu gibi davranışsal ipuçları ağrı için önemli göstergelerdir. Örneğin, bel fıtığı nedeniyle ağrı yakınması olan bir hasta çektiği ağrının şiddetini 1 ve 10 arasında derecelendirebilir fakat eğer yakından gözlenip tedirginliği bizzat öğrenilmezse, kendisi için özellikle önemli olan ağrının geçmeme olasılığı, ameliyat gerektirmesi ya da ameliyat sırasında herhangi bir komplikasyon gelişme olasılığından kaynaklanan korkusunu söylemeyebilir. Hastanın ağrı algısı ve derecesi belki sağaltılabilir, fakat acısı için hiç bir şey yapılamaz, çünkü VAS skoru acı düzeyini değerlendirmez¹³.

Akut ağrıya karşı oluşan davranışsal tepkiler, ağrının evrensel göstergeleridir. Aslında, akut yoğun ağrı kişiye bireysel tepki geliştirmesi için zaman vermez. Bu evrensel bedensel işaretler, VAS skorundan daha güvenlidir. Fakat tıbbi sağaltım ile hastanın kaygı veya acısının davranışsal ifadesi ortadan kaldırılamaz¹⁵.



Şekil 3: Vizüel Analog Skala¹³

2.2. Orofasiyal Ağrı

Yüz bölgesi saçlı deri hattı, kulak, alt çenenin ön, yan ve arka kenarı ile çevrili alanı kapsar. Bu bölge için oral kavite, nazal kavite, paranazal sinüsler, gözler, kulaklar ve tükürük bezleri bulunur. Yüz ağrıları birinci sırada bu bölgeyi oluşturan yumuşak doku, kemik doku, sinüsler, eklemler, bezler, sinirler ve damarlardaki patolojiden kaynaklanır. Frontal kemiğin daha derininde tanımlanan ağrılar ise baş ağrıları olarak değerlendirilir^{16,17}. Oral ve kraniyofasiyal ağrıların sınıflandırılması tablo 3'te görülmektedir.

Tablo 3: Oral ve Kraniyofasiyal Ağrıların Sınıflandırılması¹⁶

Genel Sınıflandırma	Ağrı Kaynağı	Ağrının Basit Karakteristiği
Ekstrakraniyal	Diş ve kraniyofasiyal	Değişken
İntrakraniyal	Beyin ve ilgili yapılar	Değişken
Vasküler	Vasküler sistem	Zonklama tarzında
Kasal	Kaslar ve bağ dokusu	Sabit ağrı
Nörolojik	Periferik sinir sistemi	Sinir boyunca parestezi
Psikolojik	Çevresel olasılıklar ve ağrı davranışları	Değişken

2.2.1. Ekstrakraniyal Ağrılar

2.2.1.1. Dentin ağrısı

Dental yapının tahrip olması, mekanik ve elektriksel uyarıların ve ısı değişikliklerinin pulpayı daha kolay etkilemesine yol

açar. Bu nedenle normal koşullarda ağrı nedeni olmayan sıcak ve soğuk, sinirlerin yüzeysel hale geldiğı dentinal bölge ve pulpada ağrıya neden olur, değışiklikler hemen normale dönmeyeceğı için de ağrı kesilmez. Dentin ağrısının en önemli özelliğı kendiliğinden ortaya çıkmaması, dıştan gelen bir etkene bağılı olmasıdır. Ağrı tam olarak lokalize olmayabilir, çoğı kez etkilenen dişe komşu dişlerin ayrımı güçleşir. Hastalar, genel olarak ağrının alt ve üst çeneden mi kaynaklandığını ayırt edemeyebilirler¹⁶.

2.2.1.2. Pulpa ağrısı

Diş pulpası, visseral bir organ olduğı için, pulpa ağrısı da visseral ağrıların özelliklerine sahiptir. Visseral ağrı, derin, donuk, sızlayan tipte bir ağrıdır ve yerini belirlemek zordur. Visseral ağrılar içinde en tipik olan akut pulpa ağrısında, genellikle hasta, ağrıyan dişini lokalize edemez. Ancak dişte derin dentin çürüğü, pulpa odasına kadar ilerleyen çürük, çatlak veya dişin kırılması gibi objektif bulgular varsa ağrının kaynağı saptanır. Eğer böyle bir bulgu yoksa klinik olarak teşhis etmek daha da zorlaşabilir¹⁵.

Akut pulpa ağrısının nedeni pulpa reseptörlerine ulaşan zararlı uyaranlardır. Genelde diş yapısı bu reseptörleri dış yüzey irritasyonundan koruyarak, elektriksel uyarı veya aşırı ısı değıişimlerinin ağrı şeklinde algılanmasını önler. Eğer dişte bir kırık varsa, pulpada, tükürük veya hava temasında bile ağrı oluşur. Pulpada enflamasyon oluştuğunda ise ağrı karakter değıştirir¹⁵.

Pulpa enflamasyonu şiddetli devamlı bir ağrı oluşturacak kadar ilerlemişse, kendiliğinden düzelmez ve genellikle pulpada gangren gelişir. Gangren gelişince, pulpa dokusunun ağrısı azalır, bu azalma pulpa

dejenerasyonunun periodontal dejenerasyona ilerleyişinin belirtisidir¹⁸.

2.2.1.3. Periapikal ağrı

2.2.1.3.1. Akut apikal periodontitis

Şiddetli bir travma veya kök kanalı yolu ile gelen etiyolojik faktörlerin etkisi ile periodontal membranda ortaya çıkan seröz bir iltihaplanmadır. Etiyolojik faktörün cinsine göre iltihap alanı septik veya aseptik olabilir. Apikal periodonsiyumda biriken seröz eksuda, dişi alveolünden dışarı doğru yükseltmiştir. Aynı nedenle sinir uçları basınç altındadır ve devamlı spontan bir ağrı vardır. Bu ağrı geceleri daha fazladır. Zaman zaman kendi kendine veya provokasyon ile azalır ya da çoğalır, zonklama tarzındadır ve tamamen ortadan kalkmaz. Akut apikal periodontitisli hastalar devamlı ağrı nedeniyle uykusuz ve bitkin görünebilirler^{18,19}.

Dişe gelen her türlü basınç ve periapekte basıncı artıran her türlü etken ağrıyı arttırır. Hasta dişini antagonistine değdirmekten çekinir. Perküsyonda ağrı vardır¹⁹.

Erken evrede şişme mevcut değildir. Apikal alana vestibül tarafından bastırmak ağrıyı çoğaltır. Bu alandaki dişetinde kırmızılık gözlenir. Ağıza giren sıcak maddeler apikal bölgede vazodilatasyona neden olarak ağrıyı arttırır. Ilık maddeler hafif vazodilatasyonla drenajı çoğaltarak ağrıda geçici bir azalma yaparlar¹⁹.

Daha ileri devrelerde sellülit ile birlikte, yüzde şişme olabilir. Bazı durumlarda ateş ve kırgınlık bile gelişebilir. Genellikle yüz şiştiğinde,

etkilenen diş çevresindeki kemiğin periostu aracılığı ile pünün boşalması sonucu ağrı hafifler ve diş kökündeki baskı azalır¹⁸.

2.2.1.3.2. Akut apikal abse

Akut apikal absede, pulpadaki enfeksiyon nekroza dönüşerek, alveolar kemiğe yayılır. Bu yayılma, alveolar kemiğin arkasından fasial alanlara da geçebilir. Enfeksiyon alveolar kemikte ise, osteitis adı verilir. İnfeksiyon kortikal kemiği perfor ettiğinde ve yumuşak dokulara yayılım sonucunda, ağrıda azalma görülür, çünkü iltihabın oluşturduğu sıvı dağılır ve basınç azalır. Isı artışı ve lenfadenopati bu tip enfeksiyonlarla birlikte meydana gelir¹⁹.

2.2.1.3.3. Kronik apikal periodontitis

Şiddeti düşük irritasyonların uzun süreli etkileri sonucu periapekte yavaş yavaş gelişen kronik bir iltihaptır. Genellikle pulpa kaynaklı, apekte konumlanmış yaygın enflamatuvar yanıt mevcuttur. Klinikte hassasiyet görülmez, perküsyona pozitif cevap veren diş, çiğnemeye ve palpasyona karşı hassasiyet gösterebilir¹⁹.

2.2.1.3.4. Kronik apikal abse

Akut bir apikal apsenin çeşitli şekillerde drene olması ile veya devamlı drenaj olanaklarına sahip bir apikal alanda akutlaşmadan meydana gelen infiltratif iltihaptır²⁰.

Sakin dönemdeki kronik apikal abse klinikte belirti vermez. Ağrılar abse alevlenerek akut hale geçtiği zaman başlar. Her devital dişte kronik apikal abse varlığından şüphe etmek gerekir^{18,20}.

2.2.1.3.5. Apikal kistler

Apikal kistler, hemen tümü ile kronik apikal periodontitisin son aşaması olarak ortaya çıkarlar. Yapı bakımından içinde lipid ve kolesterinden zengin sıvı bulunan, çeperleri epitelyum dokusu ve onu çeviren fibröz doku ile kaplı bir kemik kavitesinden ibarettir¹⁹.

Kist kavitesi çeperindeki epitel hücrelerinin salgılamaları sonunda biriken sıvının basıncı ile etraftaki kemik dokusunda yavaş fakat devamlı bir rezorbsiyon ortaya çıkar. Böylece kist yavaş fakat devamlı bir şekilde büyür ve büyüme sonunda epitelyum hücreleri de çoğalır¹⁹.

Apikal kistler enfekte olmadıkça ağrı yapmazlar. Enfeksiyon durumlarında ise akut apikal abse gibi işlem görmelidir¹⁹.

2.2.1.4. Periodontal ağrı

2.2.1.4.1. Akut nekrotizan ülseratif gingivitis

ANUG (Akut Nekrotizan Ülseratif Gingivitis) spesifik etyolojisi ve görüntüsü olan yaygın bir dişeti iltihabıdır. Etkilenen dişetleri, serbest dişeti ve interdental papil ile sınırlıdır. ANUG'lu hastalar, sıklıkla şiddetli ağrı nedeniyle yemek yiyememekten ve baş ağrısından şikayet ederler. Genel kırıklık ve düşük dereceli ateş görülür¹⁸.

2.2.1.4.2. Periodontal abse

Periodontal abse derin periodontal dokuları etkileyen, lokalize, pürülan enflamatuvar bir lezyondur. Yabancı maddeleri cep derinliklerine iten, serbest drenajı engelleyen ya da bir cebin ağzının kapanmasına neden olan etkenler tarafından oluşur. Hasta sıklıkla dişinin hareket anında veya üstüne basıldığında ağrı yaptığından şikayetçidir¹⁸.

2.2.1.4.3. Herpetik gingivostomatitis

Ağız içi boşluğunda primer veya rekürrent formda oluşan bir viral enfeksiyondur. Başlangıç semptomları dişetinin yanma, karıncalanma veya sızlaması şeklindedir sonra ağrı artışı ile parlak kırmızı marjinal gingivitis, eritem ve yapışık dişetinin ödemi gözlenir. Disfaji ve servikal lenfadenopati de görülebilir²¹.

2.2.1.4.4. Gıda Sıkışması (Food impaction)

Sert ve lifli yapıdaki gıdaların yenmesi ile kontak halindeki iki dişin arasına sıkışması sonucu oluşan basıncın neden olduğu ağrılı durumdur²¹.

2.2.1.4.5. Perikoronitis

Dişin sürmesi ile iç ve dış mine epiteli hücreleri birleşir, mukozanın delinmesi ile epitelyum açılır ve mikroorganizmalara giriş yolu açılmış olur. Normalde tam sürmeyle dişeti cebine dönüşür, ancak özellikle alt yirmi yaş dişlerinde diş tamamen süremez ve perikoronar aralıkta enfeksiyon gelişir. Akut safhada; çiğneme ile artan, fonksiyonu engelleyen,

çevreye yayılan, zonklama tarzında ağrılarla karakterizedir. Trismus ve ekstraoral şişliğe neden olabilir. Palpasyonda hassasiyet ve LAP görülür²¹.

2.2.1.5. Diğer Ağrılar

2.2.1.5.1. Coğrafik dil

Dilin lateral yüzleri ve dorsumu üzerinde bir veya daha fazla düz alanların oluşumu ile karakterize etyolojisi bilinmeyen bir lezyondur. Çoğunlukla asemptomatik olabildiği gibi yanma duygusu ile birlikte olabilir. Acılı sıcak gıdalar veya asit içeren yiyecek ve içecekler bu gibi durumlara neden olurlar²¹.

2.2.1.5.2. Alveolitis

Akut dental osteitis adıyla da anılan bu durum, diş çekimini takiben oluşur. Alveolün kortikal kemiğinin ve periodontal ligament artıklarının enfeksiyonu sonucu oluşur. Özellikle temporal ve masseter kaslarını tutan miyofasiyal ağrı tetik noktalarını uyarabilir. Bu tetiklerin ağrısı başlangıç noktası içinde yada yakınında hissedilebilir. Bu nedenle çekim bölgesinden devam eden çekim ağrısı ile karıştırılabilir. Doğru tedavi için primer ve sekonder ağrıların ayrılması önem taşır²¹.

2.2.1.5.3. Gömülü diş

Gömülü 3. Molar dişlerden kaynaklı yansıyan ağrılar diş hekimliğinde sıklıkla karşımıza çıkar. Yansıyan ağrıların çokluğu nedeniyle baş-boyun bölgesi ağrıları karmaşıklık gösterir. Kulak ve boyun ağrıları, baş ağrısı, karşı taraf dental arkta ağrı, TME (Temporomandibuler eklem)

ağrısı ile karışan ağrılar oluşturabilir²¹.

2.2.1.5.4. Burun ve paranasal sinüsler

Burundaki anatomik varyasyonların hepsi baş ve yüz ağrısına neden olabilmektedir. Bunlar içinde en çok yüz ağrısı yapan neden septum deviasyonudur. Frontal bölgede, göz arka kısmında, kulakta hissedilebilir²¹.

Paranasal sinüslerin akut enfeksiyonunda en belirgin yakınma yüzün sinüsle uyumlu bölgelerinde hissedilen ağrılardır. Sinüs ağrıları başı oynatmak, aşağıya eğmek, venöz basıncı artıran ıkınma, öksürme, sıkı yakalı gömlek giyme, menstruasyon, seksüel heyecan, alkol alma gibi durumlarda artış gösterir. Genellikle ağrı sabah kaybolur, öğlene doğru başlar. Üst dişlere vurabilir. Kronik sinüzitlerde başlıca yakınma burundan ve genizden gelen akıntıdır. Ağrı şiddeti azdır veya yoktur²¹.

2.2.1.5.5. Tükürük bezleri

Kabakulak, akut süpüratif parotitis, parotis absesi, sialoadenitis, sialolitiasis, tükürük bezleri malign tümörlerinde yüze yayılan ağrılar olur. Özellikle parotis patolojilerinde çiğneme hareketleri ile ağrıda artış vardır. Etkilenen bezlerdeki tükürük akımı yavaşlamıştır. Ağrı ile birlikte bazen ateş de görülebilir. Çocuklarda tükürük bezi şişmesinin en sık nedeni kabakulaktır. Erişkinlerde ise, taş veya müköz tıkaç, tükürük bezi kanallarının tıkanmasına neden olarak, ağrıya neden olabilir²².

2.2.1.5.6. Gözler

Orbital selülit ve abse, akut iritis, akut glokom, akut retrobulber nevrit, oftalmik herpes zoster, gözde kırma kusurları gibi patolojilerde yüz ağrıları ortaya çıkabilir^{16,22}.

2.2.1.5.7. Kulak

Kulak ağrıları primer otaljiler ve sekonder otaljiler olmak üzere ikiye ayrılır. Primer otaljileri dış kulak yolu patolojileri, orta kulak ve mastoid patolojileri oluştururlar. Sekonder otaljileri ise orofasiyal ağrılar, TME patolojileri, visseral nedenler, nevraljiler, eagle sendromu, parotis patolojileri, angina, torasik anevrizmalar ve tiroiditis gibi nedenler oluşturur.^{21,22}

2.2.1.5.8. Mental sinir basısı

Dişsiz ağızlarda alveoler kemiğin rezorbe olmasına bağlı olarak, protezin mental sinire basısı sonucu ağrı oluşabilir.²¹

2.2.1.5.9. Myokard infarktüsü

Myokard infarktüsünde ağrı meydana gelen iskemi ve nekroza bağlı olarak meydana gelir. Özellikle orta ve ileri yaşlarda ve erkeklerde daha sık görülür. Ağrı çok şiddetlidir, retrosternal bölgeden başlar, batıcı, yanıcı sıkıştırıcı tarzdadır. Kol, boyun, çene ve epigastriuma yayılır. Akut dönemde ağrının dindirilmesi büyük önem taşır²⁴.

2.2.1.5.10. Angina pectoris

Miyokardda nekrotik değişiklikler meydana gelmeden iskemiye bağlı olarak göğüste ağırlık duygusu ve daralma ile seyreden bir ağrıdır. Klasik olarak perikardiumda başlar özellikle sol kolun medialine ve parmaklara yayılır. Bazı vakalarda boyun ve çeneye, sırtta ve epigastriuma doğru da yayılım gösterebilir. Fiziksel ve psikolojik etkenlerle ağrı artabilir. Genellikle birkaç dakika sürer. Hasta dinlendiğinde veya nitrogliserin aldığı takdirde ağrı kesilir. Yıllarca aynı karakterde devam edebilir. Bazı vakalarda hızlanarak preinfarktüs dönemine geçiş gözlenebilir²⁴.

2.2.2. İntrakraniyal ağrılar

Baş ve boyun ağrısının intrakranial sebepleri iki ana gruba ayrılabilir: ağrıya duyarlı dokulara etki eden patolojilerden kaynaklananlar (venöz sinüsle, intrakranial arterler, piamater, duramater ve kranial sinirler) ve nörofibromatosis, menenjit, talamik ağrı ve fantom ağrı sendromu gibi SSS (Santral sinir sistemi) sendromlarından kaynaklanan ağrılar. Ağrı türü zonklama şeklinden keskin paroksizmal ağrıya kadar değişiklik gösterebilir. Ağrıya neden olan intrakranial lezyonlar genellikle yorgunluk, baş dönmesi, konuşma veya yutkunmada zorlanma, pitosis, zihinsel dağınlık ve his kaybı gibi nörolojik belirtiler de gösterebilirler²⁴.

2.2.3. Kas-Kemik Sistemi İle İlgili Ağrılar

Kronik yüz ağrılarının en sık karşılaşılan tipi kas-kemik sistemiyle ilgili ağrılardır. Kronik yüz ağrılarının kas-kemik kaynağı kranio-mandibuler hastalık, myofasial hastalık, sistemik romatizmal veya kollagen

hastalık, ya da servikal vertebralardaki bir patoloji olabilir. Kranio-mandibular hastalıkların en yaygın nedeni travmadır²⁴.

Dişlerdeki oklüzyon bozukluğu kas koordinasyon bozukluğu ve spazma neden olarak TME'de ağrı ve disfonksiyon yaratır. Kranio-mandibular hastalıklar myofasiyal kas hastalıkları ve TME artropatileri olarak ikiye ayrılırlar. Bu patolojilerde ağrı, kas hassasiyeti, TME'de klik sesi, çene hareketlerinde kısıtlılık ve bir tarafa kayma, kulakta ağrı, çınlama ve basınç olabilir. Bu durumlarda ağrı çeneye, frontal ve frontotemporal bölgeye, dişlere, kulağa, periorbital bölgeye yayılabilir²³. Palpe edilen kas hassasiyeti, dokununca ağrının artması gibi modifikasyonlar, ağrının tipini ve yoğunluğunu değiştirir²⁴.

Semptomlara göre, kas ağrısı dört gruba ayrılmaktadır; bunlar:

- Koruyucu kas ağrısı
- Miyofasiyal trigger noktası ağrısı
- Kas spazm ağrısı
- Kas enflamasyon ağrısı şeklinde özetlenebilir²⁴.

Koruyucu ağrı, iskelet kaslarının kasılması sonucu hipertoniye karşı gelişen bir koruma cevabıdır. Kasılmayla oluşan ağrı ve kas zayıflığı hissi o bölgedeki fonksiyonun azalmasına yol açar. Kas disfonksiyonu; kasların sıklığı, kas kasıldığında ağrının inhibe edici etkisi, kas zayıflığı hissi gibi olaylardan etkilenir. Bu mekanizma koruyucu olduğundan sebep ortadan kalkınca ağrı da yok olur, ağrı devam ederse kas spazmı gelişir²⁴.

Miyofasiyal trigger noktası; kas dokusunda veya ilgili fasya veya tendonlarda lokalize, gergin bir iskelet kasında aşırı duyarlı bölgedir. Bu nokta basınçla ağrılıdır, ağrı ve otonomik faaliyetleri başlatabilir. Aktif bir trigger noktası genellikle heteretropik ağrıya yol açar²⁴.

Kas spazmı, bir kas ya da bir grup kasın istem dışı olarak ani hareketi ve şeklini yitirmesiyle ağrı ve fonksiyon kaybı gösteren bir durumdur. Spazmın kriteri istirahat sırasında kasta oluşan EMG (Elektromiyografi) aktive artışıdır. İlk kasılma ağrısız olsa bile, zamanla ağrı oluşur ve ilk durum geçtikten sonra bile sürececek bir siklus meydana gelir. Bir kez ağrılı olunca, yoğunlaşır ve yayılır, spazmlı kasın hem gerilmesi, hem de büzülmesiyle ağrı oluşur²⁴.

Kas enflamasyonu lokal inflamasyon ağrısı yapar, şişme olur ve mandibula hareketleri kısıtlanır. Diş kaynaklı sepsis, yaralanma, cerrahi veya iğne absesine bağlı olarak trismus oluşabilir. Açmada sınırlanma ve mandibula immobilizasyonu karakteristiktir. Vücut ısısının artışı, LAP, halsizlik gibi belirtiler belirginleşebilir²⁴.

2.2.4. Vasküler Ağrılar

2.2.4.1. Migren

Ağrı ataklar halinde gelir. Diyet, stres, uyku bozuklukları ve menstruasyon gibi faktörler atakları başlatmaya yeterli olabilir. Herediter bir predispozisyon vardır. Migren yaygın olarak baş dönmesi, mide bulantısı, kusma, ışığa ve sese duyarlılık ve psikolojik değişikliklerle birlikte olabilir²⁶.

2.2.4.2. Cluster baş ağrısı

Migren gibi kraniyal damarların aktivitesinin bozulmasına bağlıdır. Hem klinik hem de biyokimyasal yönden farklı özellikler gösterir²⁶.

2.2.4.3. Temporal artrit

Temporal arterlerin bir ya da daha fazlasının ağrılı enflamasyonundan ibarettir²⁶.

2.2.4.4. Atipik fasial nevralji

İsim olarak psikojenik veya nörojenik bir rahatsızlık gibi görünse de atipik fasiyal nevralji pulpa ve periodontal ligamentlerdeki vasküler rahatsızlık nedeniyle oluşur. Nevraljilerden birkaç konuda değişiklikler gösterir. Öncelikle, ağrı nevraljilerdeki gibi sinirlerin periferik dağılımları ile sınırlı değildir, daha çok vasküler dallanmayı takip eder. Dişten ve periodonsiyumdan kaynaklanan sabit, diffüz ve zonklar tarzda ağrı oluşturur, saatler, günler ve hatta haftalarca sürebilir²⁵.

2.2.4.5. Kranial arteritis

Kranial arteritis her iki cinste aynı sıklıkta görülen, temporal arter ve diğer kranial arterlerin ağrılı enflamasyonudur²⁶.

2.2.4.6. İntrakranial vazodilatasyon

Hipertansiyon hastalarının kullandığı sodyum nitroprusid, nitrogliserin ve kalsiyum kanal blokerlerinin vazodilatasyon yaparak

intrakranial basıncı artırma olasılıkları vardır. Ayrıca bir takım biyokimyasal değişikliklerde de görülebilir²⁶.

2.2.5. Nörolojik Ağrılar

2.2.5.1. Trigeminal nevralji

Trigeminal sinirin innerve ettiği alanlarda tek taraflı, paroksizmal, elektrik çarpması tarzında ve oldukça şiddetli ağrılarla karakterizedir. Özellikle ağız, nazal kavite, ya da yüzün bir veya birden fazla bölgesinde bulunan hassas noktaların soğuk ve sıcak gıdaların alınması, hafif bir rüzgar, yüze ışık teması, yutkunma ve hareket etme gibi uyarıcı nedenler ile uyarılması ağrıyı başlatabilir. Nöbetler şeklinde gelir ve oldukça şiddetlidir²⁵.

2.2.5.2. Glossofaringeal nevralji

Trigeminal nevraljiden daha seyrek görülen, patofizyolojisi benzeyen ve ağrısının yayılımı glossofaringeal ve vagal sinirlerin dağılım alanına uyan nevraljidir²⁵.

2.2.5.3. Sfenopalatin nevralji

Sfenopalatin ganglionun tutulumu söz konusudur. Akut nazofarenjit esnasında ve menapozda sık görülür²⁵.

2.2.5.4. Genikulat nevralji (Ramsey-Hunt Sendromu)

VII. kranial sinirinin somatik duyu dalı olan nervus

intermedius dağılımında şok benzeri ağrılar ile karakterize nadir görülen bir ağrı sendromudur²⁵.

2.2.5.5. Superior laringeal nevrojji

N.Vagus'un bir dalı olan superior laringeal sinir, larinksin krikotiroid kasını innerve eder. Bu sinirin parezisi boğuk ve yorgun bir sese neden olur ve sesin tonunun alçalmasına yol açar²⁵.

2.2.5.6. Oksipital nevrojji

Oksipital nevrojji, C2'nin dalı olan büyük oksipital siniri etkileyen nevrojjik bir sendromdur²⁵.

2.2.5.7. Eagle sendromu

Glossofaringeal nevrojji ile benzer belirtiler gösterse de farklı etiyolojiye sahiptir, dolayısıyla başlatıcı faktörleri de farklıdır. Ağrı styloid çıkıntısının kalsifiye uzaması ve glossofaringeal sinire bası yapmasından kaynaklanır. Başın hızla döndürülmesi, yutkunma, konuşma veya çiğneme sırasında oluşan farengeal hareket ağrıyı tetikler²⁵.

2.2.5.8. Postherpetik nevrojji

Herpes Zoster atağından sonra, özel bir sinir dağılımı boyunca oluşan nevrojjik sendromdur²⁵.

2.2.5.9. Nasosiliar nevroli

Ağrının siliar gangliondaki lezyondan kaynaklandığı düşünülür. Episodik ya da uzun süreli olan ağrı, nazal bölgeyi, gözün iç kantusunu ve göz küresini etkiler²⁵.

2.2.5.10. Sluder nevroli

Vasküler karakterli, otonomik belirtilerle giden unilateral orbita, burun, yanak ve damakta duyulan 10-30dk. Süreli şiddetli ağrı krizleri ile karakterize nevroli türüdür²⁵.

2.2.5.11. Costen sendromu

Kulak ve sinüste TME'nin fonksiyon bozukluğuna bağlı olarak ortaya çıkan semptomlarla karakterizedir. En önemlisi kulak içi ve civarında ağrı olmak üzere, eklem sesi, eklem hareketlerinde kısıtlılık ve diğer hareket bozuklukları olmak üzere 14 farklı belirtiyi bir araya getirmiştir²⁴.

2.2.5.12. Posttravmatik ve postoperatif nevroli

Sinir dallarında oluşan travma veya yapılan cerrahi operasyonlar sonucu meydana gelen hasarlardan kaynaklanmaktadır. Şiddetli ağrılardan ziyade daha hafif devam eden ve gıcıklayıcı hislere benzeyen belirtilerle karakterizedir²⁵.

2.2.5.13. Atipik fasial ağrı

Gözler, yanaklar, şakaklar, diş etleri, burun ve çene alanlarında sürekli, genellikle unilateral ağrı veya rahatsızlık hissi olarak tanımlanır. Kadınlar daha fazla etkilenir ve vakaların çoğunda depresyon gözlenir. Maksiller ve mandibuler kemik hastalıkları, fantom diş ağrıları, sfenoid sinüzit, posttravmatik yüz ağrıları, anesteziya dolorosa, talamik ağrı ve psikiyatrik hastalıkların ayırıcı tanısı yapılmalıdır²⁵.

2.2.6. Psikojenik Ağrılar

Kronik ağrılı hastalarda fiziksel ve organik bozuklukların yanı sıra emosyonel ve psikolojik bozukluklar da görülür. Kronik ağrıdan yakınan hastalar sürekli olarak hekimlere bu sıkıntıyı anlatmaya çalışırlar. Bu sıkıntılar daha önce geçirilmiş bir mental bozukluğu işaret ediyorsa daha da karmaşık bir durum alır ve psikiyatristin yardımına gerek duyulur¹².

2.3. Ağrı ve Psikoloji

Ağrı hiçbir zaman tek başına fiziksel veya ruhsal olarak görülmemelidir, çünkü IASP'nin de yaptığı tanıma göre ağrı hem fiziksel hem de ruhsal bir durumdur. Ağrı bazen belirgin herhangi bir neden olmadan ortaya çıkabilir, bazen de belirgin bir zedelenme olduğu halde (savaş meydanında yaralanan asker gibi) ağrı duyulmaz. Ağrı doku iyileştikten sonra da devam edebilir veya sağaltıma yanıt olarak azalabilir. Buna verilecek bir örnek “yalancı” bir sağaltımın iyi analjezik etki gösterdiği “plasebo” yanıtıdır. Bunun tam tersi ise “nocebo” yanıtı denilen herhangi bir nosiseptif uyarı olmadığı halde sanki varmış gibi deneysel olarak

oluşturulan ağrıdır. Yaşanılan ağrı deneyimi ve çekilen acının şiddeti anksiyete, geçmiş deneyimler, hasta için ağrının anlamı, zedelenme veya rahatsızlık derecesi, tedavi ve ilaçlar hakkındaki inançları (bağımlı kalma, tolerans, organ hasarı korkuları) ve kendini idare etme yöntemleri gibi birçok farklı etkene bağlıdır. Bu da ağrının akuttan kroniğe dönmesine neden olur. GÜdülenme ve olumlu davranışlar ağrı denetimi ve iyileşme için büyük önem tařımaktadır¹².

2.3.1. Ruhsal Açıdan Ağrı Değerlendirilmesi

Hipokondriyak bir hasta normal bedensel duyuları ağrı veya benzeri hastalık belirtisi olarak yorumlayabilir. Yani, ortada bir uyaran vardır (kas kasılması gibi) ancak kişi tarafından, kalp krizini haber veren bir duyum olarak algılanmakta (duyusal boyut), bundan dolayı acı ve dehşet yaşanmakta (duygusal ve yaşantısal boyut), kişi acil servislere koşabilmektedir (davranışsal boyut). Noksiyoz uyaranlar, öznel ağrı hissinin yanı sıra kaçma, kaçınma, donup kalma, benzer durumlara düşmemek için dikkatli olma gibi, organizmanın kendini korumasına yönelik davranışsal tepkilere de yol açarlar. Akut ağrı organizmayı alarm durumuna geçirir, “dövüş veya kaç veya kork” ilkesine göre uyarır ve genel bir anksiyete sendromu oluşturur. Kronik ağrı ise irritabilite, uyku bozuklukları, tükenme, bedeniyle aşırı uğraşma, libido azalması, psikomotor yavaşlama, sosyal çekilme gibi belirtilere yol açar. Bu kişiler güvensizdirler ve kronik ağrı davranışı sergilerler; mimiklerle ve inlemelerle birlikte sorumluluklarını yerine getirmekte zorlanan, doktor doktor dolaşan, dramatik, bazen de tiyatral “zavallı hasta” rolü oynarlar. Bu davranışın oluşmasında sosyokültürel etkilerin, öğrenmenin ve bu öğrenilmiş ağrı davranışının farklı biçimlerde pekiştirilmesinin etkisi büyüktür. Ağrı davranışının pekişmesi, ikincil kazançlar ve risk etkenleri özetlenecek olursa²⁶:

a) Ağrı özgül ve elementer bir duyumdan ibaret değildir; kişinin ağrı algısında ve yaşantısında psişik etkenlerin büyük rolü vardır. Saf psişik kökenli bir semptom olarak karşımıza çıkabileceği gibi, organ kökenli bir ağrının algılanmasında da psişik etkenler önemli rol oynayabilir²⁶.

b) Kronik ağrı hastası rolü ile kişi bastırmış olduğu çatışmalardan kurtulmakta (birincil kazanç) veya sağlıklı görünmekten kaçınmaktadır (kaçmayı öğrenme). Bu da bağımlılık gereksinimlerinin doyurulmasını sağlamakta (ikincil kazanç), çeşitli çevresel ve sosyal pekiştirmelerle de (pozitif pekiştirilme) bu rol iyice benimsenmektedir²⁶.

Sonuç tam bir kısır döngüdür. Öznel bir yaşantı olan ağrının ölçülmesi konusu da son derecede karmaşık ve tartışmalı bir özellik taşımakta, ölçüm için nesnel ve güvenilir bir yöntem bilinmemektedir ve ağrı davranışı kısır döngüsüne girmiş bir hastanın “gerçek ağrısını” tespit edebilmek adeta olanaksızdır. Ağrının kişiler için taşıdığı anlamlar şu şekilde gruplandırılmıştır²⁷:

1. Ağrı, bedene bir zarar gelmesi veya bir kaybın ortaya çıkması tehdidine karşı uyarı görevi üstlenir.

2. Ağrı nesne ilişkilerinin düzenlenmesinde yardımcı bir unsurdur. Canı yandığı için ağlayan çocuk annesinin ilgi ve şefkatine kavuşur. Bu davranış biçimi değişikliklere uğrayarak yetişkinlikte de sürer.

3. Ağrı ve ceza kavramları ilginç bir kavramsal koşutluk gösterir.

4. Ağrı hissi saldırganlık ve güçle doğrudan ilişkilidir. Ağrı çekilmesi ve çektirilmesi de, bu bağlamda gücün sembolüdür.

5. Sevgi nesnelerinin gerçek veya hayali kaybı ağrıyla (acı çekmeyle) birliktedir. Böyle bir şeyin düşünülmesi bile insana “acı” verir.

Bazı kişiler, bu mekanizmaların bir veya birkaçı nedeniyle ağrıya yatkınlık içine girerler. Çevreyle ilişki kurabilmenin “acı çeken insan” görünümünden geçtiği şeklindeki koşullanmanın etkisiyle, bilinç-dışı suçluluk duygularının cezalandırılması biçiminde, nesne kaybı tehdidinin etkisiyle veya yasak saldırganca veya cinsel dürtülerin bastırılması sonucunda kişide ağrı yaşantısı aktive olabilir. Psikanalitik görüşe göre, bilinç-dışına bastırılan duygular, kılık değiştirerek, çok farklı görünümlemlerle tekrar bilince çıkabilmektedir²⁶.

Bu bağlamda ağrı konusu ele alınacak olursa, kullanılan başlıca ego savunma mekanizmaları arasında regresyon (bilinç-dışında bastırma) ve/veya refulman (bilinç-dışına bastırma), izolasyon, sembolizasyon (simgeleştirme), kişinin kendine çevrilmesi, konversiyon ve somatizasyon (bedenselleştirme) sayılabilir. Somatizasyon ruhsal çatışmaların beden duyumlarıyla ifadesidir. Bir veya daha fazla sayıdaki bedensel semptomların bulunduğu, yeterli tıbbi değerlendirmelerle bunların fiziksel bir patolojiye veya pato-fizyolojik mekanizmaya bağlanamadığı veya bir takım organik nedenler bulunsa bile, mevcut şikâyetlerin bu fizik bulgulardan beklenebileceğın çok üzerinde sosyal veya mesleki bozulmaya yol açması durumlarında somatizasyondan bahsedilmesi gerekir. Gerek erken çocukluk çağında, gerekse yetişkinlik döneminde yaşanan stresli yaşantıların baş ağrıların gelişmesinde önemi vardır. Doksat²⁶, çocuklarda ve ergenlerde en sık rastlanan somatizasyon semptomunun baş ağrısı olduğunu ve bu gruptakilerin %39

ile 70'inde arada bir, %10 ile 30'unda da haftada en az bir kere baş ağrısı çekme şikâyeti olduğunu belirtmiştir²⁶.

Buraya kadar anlatılanlardan kolayca anlaşılacağı gibi, biyopsikososyal bir bütün olan insanla ilgili her şey gibi, ağrı konusunu da tek boyuttan inceleyip anlamak olası değildir.

Kronik ağrısı olan hastaların ruhsal değerlendirilmesinde de kendine özgü bazı güçlüklerle karşılaşılır²⁶ :

1. Ruhsal açıklamalardan kaçınmayla birlikte, ağrının mutlaka fiziksel bir nedeni olduğu biçimindeki yerleşmiş inançlar yüzünden, organik bir tanıya ve sağaltıma varabilmek için yapılan, çoğu gereksiz araştırmalar,

2. Birçok tıbbi ve cerrahi müdahalelere rağmen başarıya ulaşılamayıp, ilaç bağımlılığı oluşması,

3. Ağrıyla başa çıkabilmek için kişisel çabalar göstermektense, her şeyin hekimden beklenmesi şeklindeki bağımlılık,

4. Hasta rolünü sürdüren ve çevresinde bıkkınlık yaratıp, sonunda yabancılaşmaya ve dışlanmaya yol açan davranış biçimi,

5. Beceri yetersizliği, aşırı beklentiler veya başarısızlık korkusu nedeniyle sağlıklı rollerden kaçma,

6. Hekimlerden, dostlardan, aileden gelen çevresel ödüllendirmelerden, pekiştirmelerden dolayı hasta rolünü bırakamama olarak sıralanabilir.

DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ve ICD-10'da var olan ve tanı ölçütleri arasında “ağrı” teriminin geçtiği başlıca zihinsel bozukluklar arasında şunlar sayılabilir: Somatoform Bozukluklar (Ağrı Bozukluğu, Somatizasyon Bozukluğu, Konversiyon Bozukluğu, Hipokondriyazis), Anksiyete Bozuklukları (Panik Bozukluğu, Yaygın Anksiyete Bozukluğu), Somatik Tip Hezeyanlı Bozukluk. DSM-IV 8'e göre, ağrıyı ortaya çıkaran fiziksel neden/nedenler bulunsa bile, söz konusu ağrı yakınması bu durumda oluşması beklenenden çok daha fazlaysa veya ağrıyı açıklayabilecek organik bir neden bulunamıyorsa, ağrı bozukluğu tanısı konulabilmektedir²⁸.

Yine DSM-IV'de ağrı yakınmasının yalnızca bir ruhsal durum bozukluğu veya başka bir birinci eksen bozukluğunun (somatik tip hezeyanlı bozukluk gibi) gidişi sırasında ortaya çıkmaması koşulu vardır. Buna karşın ağrı bozukluğu olan bir olguda zamanla tabloya major depresif bozukluk eklenirse, her iki tanı birlikte konulabilir. Tanı ölçütleri arasında ağrı bulunan diğer bozukluklar varsa (örneğin somatizasyon bozukluğu), ayrıca ağrı bozukluğu tanısı konmaz²⁸.

Özetle, başarılı bir ağrı sağaltımı ve etkili palyatif bakım için ruhsal sorunlar büyük önem taşımaktadır.

2.3.2. Ağrının psikolojik modelleri

2.3.2.1. Psikodinamik Açıklamalar

Ağrıya ilişkin psikodinamik görüşler Freud'un çalışmalarında yer almaktadır. Bu görüşlere göre kişi için sıkıntı verici, hoşnutsuzluk yaratan bir duygu bedensel olarak ağrıya dönüştürülmekte, ağrı sıklıkla sembolik bir anlam taşımakta ve semptom oluşumunda bilinç dışı süreçler başlıca rolü oynamaktadır²⁹.

Freud³⁰ “Histeri Üzerine Çalışmalar” adlı çalışmasında ağrının bir konversiyon semptomu olarak değerlendirilebileceğini ifade etmektedir. Bu eserindeki vakaların bazılarında ağrı önde gelen belirtidir. Hastaların bilinç dışı çatışmaları bedensel semptomun oluşumu yoluyla çözülmekte, bu mekanizma ile sıkıntı verici durumla ilişkili duygu bir organa aktarılmaktadır²⁹.

Daha sonra “Yas ve Melankoli” başlıklı yazısında yas ve ağrıyı ‘ayrılığa duygusal reaksiyonlar’ olarak tanımlamakta, onları obje kaybı tehdidine tepki olarak tanımladığı anksiyeteden ayırmaktadır³¹. ‘İnhibisyonlar, Semptomlar ve Anksiyete’ de yas ve ağrının da anksiyete gibi hoşnutsuzluk verici karakterleri olduğu, ancak anksiyete gibi motor boşalımları bulunmadığını ifade etmektedir³².

Freud'u izleyen dinamik yönelimli yazarlar ağrının öfke ve düşmanlık duygularına karşı bilinç dışı bir savunma biçimi olduğu, suçluluk ve pişmanlık duygularıyla yakın bağlantısı bulunduğunu ifade etmektedirler. Bu yaklaşımlar ağrının oluşumunda ve seyrinde erken çocukluğa ait yaşantıların temel rolü oynadığını vurgulamaktadır.

Çocuklukta ağrı ve ceza birbirine yakın durumlar olarak algılanabilir çocuk ‘kötü’ olduğu için cezalandırılıyor olabileceğini düşünebilir. Bu düşünceden izler taşıyan erişkinin ağrısı ise suçluluk duygularıyla baş etme biçimi veya kendi sevdiği kişilerin sevgisini kazanmanın bir yolu olarak görülebilir²⁹.

Szasz²⁹, ağrı ve zevki anlamak için analitik modeli modifiye etmiş ve süperegoya dış gerçekliği eklemiştir. Bu durumda “bedenin yeri ego için bir obje gibi algılanır” demiştir. Bedene yönelik kayıp tehdidi veya hasar ortaya çıktığında, tıpkı bir dış objenin kayıp tehdidinde anksiyete oluşması gibi ağrı oluşmaktadır.

Ağrı oluşumunda psikolojik faktörlerin önemli rol oynadığı, bazı kişilerin, ağrıdan kurtulmaya çalışmak yerine bilinç dışı olarak onu aradıklarına dikkat çekilmektedir. Mazoşizm bu tür ağrıyı sürdürme mekanizmalarından biri olarak görülmektedir. Engel’in³⁴ çalışmasındaki vakaların, kendine zarar verme davranışları gösterdikleri ve bu vakalarda gereksiz tekrarlayan cerrahi girişimler, diğer somatik semptomlar, organik ağrıya tolerans, genel olarak işlerin iyi gitmediği veya fiziksel/psikolojik acı çekme için başka nedenlerin bulunduğu dönemlerde ağrının hafiflemesi gibi özellikler gösterdikleri bildirilmektedir. Engel ve diğer yazarlar, daha sonra bu tip hastaları ‘ağrıya yatkın hasta’ olarak tanımlamışlardır³³⁻³⁴. Bu teorik tartışmalar ağrının ortaya çıkmasında, hostilitenin (kin,düşmanlık) ya doğrudan ya da ürettiği suçluluk duyguları yoluyla önemli bir faktör olduğunu düşündürmektedir³³.

Ayrıca uzun süre ağrı yakınması olan hastaların çocukluk öykülerinde fiziksel kötüye kullanım olduğu veya anne-babaları tarafından sadece hasta olduklarında ilgi gördükleri ifade edilmektedir. Çeşitli çalışmalarda kronik ağrısı olan kadınların fiziksel istismar öykülerinin bulunduğu bildirilmektedir³³.

2.3.2.2. Davranışsal Açıklamalar

Bu model, ağrı semptomunun altta yatan bilinç dışı süreçlerle ilgili olmayıp, bir öğrenilmiş davranış olduğunu kabul etmektedir. Ayrıca bu davranışı anlamak ve değiştirmek için çocukluktaki yaşantılar yerine şimdiki olaylara ve sonuçlarına odaklanmak uygundur. Bu öğrenilmiş davranış büyük ölçüde hastanın çevresindeki olaylar ve bunların sonuçlarıyla belirlenmektedir. İnsan davranışlarının pek çoğu edimsel (operant) koşullanmayla geliştirilirse sürdürülür. Öğrenmeyle ilgili esaslar sadece uyuma dönük davranışların değil, uyum bozucu olanların da anlaşılmasında yararlı ipuçları sağlamaktadır. Fordyce ilk kez kronik ağrı hastalarında uyumu bozucu niteliği olan davranışları edimsel koşullanma ilkeleriyle açıklamaya çalışmıştır³⁴. Ona göre, ağrısı olan hastalar ağrıları hakkında sıkça konuşma, tekrarlayan doktor başvuruları, fazla miktarda ilaç alımı ya da duruş ve yüz ifadeleri gibi birtakım davranışları diğer insanlarla ilişki kurma biçimi olarak kullanmaktadırlar. Bu davranışlar koşullanma ve öğrenmenin etkilerine açıktır³⁴. “Ağrı davranışı” olarak tanımlanan bu ifade biçimleri, başlangıçta doku değişikliklerinden kaynaklanmakta, bununla birlikte zamanla altta yatan patolojiden bağımsız olarak çevresel etkenlerle kontrol edilebilir hale gelmektedir. Bunun da ötesinde bazı kronik ağrı hastalarında, doku hasarı azalıp kaybolrsa bile ağrı davranışları sürebilmektedir. Çeşitli yazarlar ağrı şikayetlerinin çevresel olaylar ve onların sonuçlarıyla değiştirilebileceğini belirtmektedir. Bu nedenle de istirahat, ilaçlar, kompensasyon ve ilgi gösterme gibi olumlu pekiştiricileri ortadan kaldırmanın ağrıyı azaltabileceği ifade edilmektedir³⁴.

Ağrı davranışı gösteren kronik ağrı hastalarında edimsel koşullanmanın etkili olduğunu gösteren birkaç özellik dikkati çekmektedir. Örneğin davranış kalıpları nosisepsiyonla yakın bağlantı göstermemektedir. Bu hastalar altta yatan doku hasarının oluşturması

beklenenden daha fazla ağrı davranışı sergilemektedirler. Ağrının görülmesi beklenmeyen durumlarda, örneğin yatarken bile çok fazla ağrı duyduklarını söyleyebilirler. Bu hastaların aileleri ağrının dışa vurulmasına sıklıkla kaygılı, aşırı uyarılma şeklinde bir tepki verirler. Örneğin ağrı ortaya çıkmasın diye hastayı fazla miktarda analjezik almaya veya aktivitelerini artırmamaya yönlendirebilirler. Bir diğer özellik, sınırlı becerisi ve sınırlı eğitim düzeyi olan hastaların ağrı sorununu sürdürmeye daha fazla yatkınlık göstermeleridir. Bu hastalar eski işlerine dönmekte güçlük çekerler. Sonuç olarak uzun süreli emosyonel sorunları olan hastalar için ağrı, geçmişte sıkıntı verici ve zor olarak değerlendirdikleri davranışlardan kaçınmak için iyi bir gerekçe olmaktadır²⁹.

Davranışsal modelle bütünleşen bilişsel model ağrı hastalarının bir bölümünde ağrıya karşı tepki olarak oluşan depresyonun bu kişilerdeki bilişsel çarpıtmalarla ilgisi olduğunu savunmaktadır. Lefebvre, depresif ağrı hastaları arasında bilişsel çarpıtmaların sıklığından söz etmektedir³⁵.

2.3.2.3. Her iki yaklaşımın birlikte kullanılması

Szasz ve Sternbach, ağrının doktor ve hasta arasında olan oyunları da içeren bir iletişim ve kişiler arası bir manipülasyon biçimi olduğu görüşündedirler. Sternbach doktorun çabasının tanıyı koyup, ağrıyı hafifleterek kendi mesleki özdeşimini doğrulama ve hastanın amacının da teşhis edilemeyen problemlerle acı çeken insan özdeşimini sağlama olduğunu ve bunun 'ağrı oyunu' nu oluşturduğunu ifade eder³⁶. Hastalık, yaralanma veya duygusal çatışmalar nedeniyle kişi ağrı çekmeye devam eder ve kendini işe yaramaz olarak hissetmeye başlar. Hasta ağrısından vazgeçmeye isteksizdir, doktor ise ağrıyı hafifletemez. Sternbach bu ağrı

oyunlarıyla başa çıkmak için psikodinamik ve davranışsal yaklaşımların bir arada kullanılmasını önermektedir³⁶.

2.3.2.4. Ağrıya Psikolojik Tepkiler

Bu tepkiler ağrının süresi, hastalığın tipi ve fonksiyon kaybının derecesine bağlıdır. Uyum mekanizmaları hastadan hastaya değişebilir ve premorbid kişilikle yakın bağlantılıdır. Daha yaygın ağrı şikayetleri, daha yaygın ikincil kazançlarla birlikte gitmektedir. Klinisyenler arasındaki yaygın kanı, kronik ağrı sendromu nedeniyle yeti kaybının uzun sürmesi halinde, geri dönüşün zorlaşmasıdır²⁹.

Ağrıya psikolojik tepkilerden birisi, inkardır. Bazı hastalar ağrıları olduğu halde eskisinden aktif ve çalışkan olma gayreti içindedirler. Bu ağrıya neden olan patofizyolojik süreci uzatır. Genellikle bu fazda ağrı tedavisinin suistimali başlar. Ağrı yoğunlaştıkça ilaçlar devreye girer. Ağrı için ilaç kullanımı ağrının kendisinden çok ağrı davranışı ile birliktedir. Kronik ağrı hastaları sıklıkla aile üyelerinin gözlemlerine rağmen psikolojik bir sıkıntının varlığını inkar ederler. Hasta ağrıyı kabullenmeye başladıkça, yardım arama motivasyonu artar, ancak inkar azaldıkça psikolojik sıkıntı artar. Bu aşamada sosyal ve mesleki baskılar gelişmeye başlar²⁹.

2.3.3. Kronik ağrı ve psikiyatrik hastalıklar

Ağrı pek çok psikiyatrik hastalıkta bir yakınma olarak dile gelebilir. Bunun yanı sıra uzayıp giden ağrı yakınması olan hastaların bir bölümüne, çeşitli psikiyatrik bozuklukların eşlik ettiği görülebilir. Bu nedenle özellikle kronik ağrısı olan hastaların psikiyatrik değerlendirmesinde depresyon, anksiyete, somatoform bozukluklar,

şizofreni ve benzeri psikozları madde kullanım bozuklukları, yapay bozukluk, obsesif-kompulsif bozukluk, kişiler arası duyarlılık, öfke-düşmanlık kişilik bozukluğu, fobik anksiyete bozukluğu, paranoit düşünce bozuklukları ve psikotik bozuklukların dikkate alınması gerekmektedir²⁹.

2.3.3.1. Depresyon

Depresyon ve ağrı arasındaki ilişki birkaç biçimde gözlenebilir: 1- Ağrı depresyonun bir belirtisi olabilir. 2- Depresyon, kronik ağrının bir komplikasyonu olabilir. 3- Ağrı ve depresyon bir aradadır fakat ilişkisizdir²⁹.

Kronik ağrı hastalarında depresyon sıklığı, değerlendirme yöntemlerinin farklılığı nedeniyle %10-100 arasında değişkenlik göstermektedir. Bu noktada sadece depresif semptom gösterenlerle, major depresyon tanısı konulan hastaların birbirinden ayrılması, tedavi seçenekleri açısından önemli görünmektedir. Hafif düzeyde depresif semptomların eşlik ettiği kronik ağrı hastaları için, düşük doz antidepresan tedavisi yeterliyken, major depresyon yüksek doz ve uzun süreli tedaviyi gerektirir. Depresyonun uygun tedaviyle ortadan kaldırılması, ağrı-depresyon arasında süren kısır döngünün bir noktasından kırılmasını sağlayacaktır. Ayrıca aile öyküsünde depresyonun bulunması, klinisyeni daha ciddi bir depresyon gelişmesi yönünde uyarmalıdır²⁹.

2.3.3.2. Anksiyete Bozuklukları

Ağrılı hastalarda motor gerginlik, endişe hali, sürekli tetikte olma ve hemen irkilme, korkulu bir bekleyiş gibi anksiyete belirtileri sık görülür. Ancak akut ağrı durumları dışında bu tabloya otonomik

hiperaktivite her zaman eşlik etmez. Kuch, panik bozukluğu olan hastalarda kronik ağrının oldukça yaygın olduğunu bildirmektedir. Anksiyete bulguları veya çeşitli anksiyete bozuklukları saptandığı zaman hasta dikkatlice değerlendirilmelidir²⁹.

2.3.3.3. Somatoform Bozukluklar (Somatizasyon)

Somatizasyon genel anlamda psikolojik nedenlerle ortaya çıkan bedensel belirtiler olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımdan yola çıkarak somatizasyonun ön planda olduğu psikiyatrik bozukluklar ile ağrı yakınması olan hastaların kesişme alanlarının oldukça geniş olabileceği düşünülebilir. Çünkü bazı durumlarda ağrının kendisi ruhsal çatışmanın bir ifadesi ve bedenselleştirme yolu olmaktadır²⁹.

2.3.3.4. Şizofreni ve Benzeri Psikozlar

Şizofreni veya psikotik herhangi bir klinik tablo içinde bulunan hastalar, ağrı yakınması dile getirebilirler. Bu ağrıyı açıklayabilecek organik bir neden bulunamadığı zaman, şikayetin psikotik sürecin bir parçası olabileceği hatırlanmalıdır. Böyle durumlarda, ağrının diğer psikotik bulgular gibi antipsikotik tedaviye olumlu yanıt verdiği ve kimi zaman psikotik alevlenmelerde yeniden ortaya çıktığı bildirilmiştir²⁹.

2.3.3.5. Madde Kullanım Bozuklukları

Kronik ağrı sendromlarında, alkol ve madde kötüye kullanımının varlığının araştırılması önerilmektedir. Hastalar ağrılarını veya buna eşlik eden sıkıntı ve olumsuz duygularını gidermek için bu maddelere gereksinim duyabilirler. Alkol ve sedatif-hipnotiklerin kötüye kullanımının

ağrının etkin kontrolü için girişimden önce ele alınması ve tedavisi gerekmektedir. Kronik ağrı hastalarında kötüye kullanımı gözlenen diğer ilaç grubu da analjeziklerdir. Bu grup ilaçlar özellikle anormal ağrı davranışı geliştiren hastalar tarafından daha fazla ve düzensiz olarak kullanılmaktadır³⁰.

2.3.3.6. Yapay Bozukluk

Kişinin bilinç düzeyinde herhangi bir ekonomik kazanç sağlama, yasal sorumluluktan kaçma veya fiziksel iyilik hali elde etme amacı olmaksızın, psikolojik bir gereksinim ile semptom üretmesi ve hasta rolünü benimsemesidir. Bu hastalar semptomları ortaya çıkarmanın yanı sıra çeşitli invaziv incelemelere de zemin hazırlarlar ve doktorları bu işlemlere yönltebilirler³⁰.

2.3.3.7. Obsesif-Kompulsif Bozukluk

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), obsesyon ve/veya kompulsiyonlar ile karakterize ruhsal bir bozukluktur. Obsesyon veya saplantı kendiliğinden bilinç alanına giren, yineleyici, sıkıntı yaratan, kişinin saçma ve yanlış olduğunu bildiği düşünce, dürtü yada imajlardır. Kompulsiyon (zorlantı) genelde bir obsesyona engel olmak için belli kurallarla yapılan motor veya mental eylemlerdir³⁰.

OKB'un yaygınlığı ile ilgili 1980 yıllarında yapılan çalışmalar rahatsızlığın ender görüldüğü (% 005) ve tedaviye dirençli olduğunu bildirmekteydi. Günümüzde daha sık görüldüğü ve tedaviye iyi cevap verdiği bilinmektedir. Güncel epidemiyolojik çalışma bulgularında OKB en sık görülen dördüncü ruhsal hastalık olarak bulunmuştur. Sıralamada

fobiler, madde kullanım bozukluğu ve depresyondan sonra dördüncü sırada yer almaktadır. Toplumda görülme sıklığı aşağı yukarı astım ve diabetes mellitus'un görülme sıklığı kadardır³⁷.

2.3.3.8. Kişilerarası Duyarlılık

Bireyin kendini başkalarıyla karşılaştığında, kişisel yetersizlik ve küçüklük duygularına kapılarak, kişiler arası ilişkilerinde kendisini küçük görmesi, bu ilişkilerde zorluk çekmesi, rahatsızlık hissetmesi gibi olumsuz düşünce ve duyguları yansıtır³⁰.

2.3.3.9. Öfke-Düşmanlık Kişilik Bozukluğu

Kızma, huzursuz olma, karşı koyma, düşmanlık, saldırganlık, sinirlilik, öfke hali, küskünlük gibi özellikleri vurgular³⁰.

2.3.3.10. Fobik Anksiyete Bozukluğu

Korku, yaşamı veya güvenliği tehdit eden mevcut veya olası bir tehlike karşısında ortaya çıkan emosyonel bir tepkidir. Güvenliği tehdit eden herhangi bir durumda böylesi bir tepkinin ortaya çıkışı, yaşamın devamı için gerekli, hatta şarttır. Duyulan korku sayesinde tehdit edici uyarana karşın gerekli acil tedbirler alınır ve yaşam güven içinde sürdürülür³⁰.

Fobide ise oluşan tepki ve anksiyete, neden olarak gösterilen uyararla orantılı olmayan bir şiddette ortaya çıkar. Fobik birey bu abartılı tepkisinin mantıksız olduğunu bildiği halde, bazen panik düzeyine varan fobik tutum davranışlarını önleyemez. Fobik bireyler, fobi oluşturan

ortamlarda (yer, durum veya nesnelerden) ısrarlı bir kaçınma davranışı gösterirler³⁸.

2.3.3.11. Paranoid Düşünce Bozuklukları

Yansıtıcı düşünceleri, düşmanlık, şüpheli, büyüklük ve merkeziyetçi düşünceleri, bağımsızlığı kaybetme korkusu ve sanrılar gibi düşünceleri yansıtır³⁰.

2.3.3.12. Psikotizm

İçe kapanmayı, kendini yalnızlığa bırakmayı, tek başına sürdürülen hayat stilini yansıtır³⁰.

2.4. Anksiyete

Anksiyete kelimesinin sözlük anlamı iç sıkıntısı, endişe, korku veya kuruntunun yarattığı psişik gerilimle belirgin huzursuzluk halidir³⁹. Rubin ise anksiyeteyi yoğun, tam formüle edilemeyen bir huzursuzluk, genellikle iç organlarda fizyolojik düzensizliğe neden olan ciddi düzeyde bir endişe olarak tanımlamıştır⁴⁰.

Anksiyete terimi Latince kökenli bir kelime olan 'anxious' tan gelmektedir ve Latince kaygı ve üzüntü hali olarak tanımlanır. Türkçe'de bu kavramı karşılamak için bunaltı, daralma, sıkıntı ve sıklıkla 'kaygı' sözcüğü kullanılmıştır. Fakat kaygı genellikle bir duruma veya kişiye karşı duyulan merak, tasalanma, endişe duygusu olup, bir annenin çocuğunun başarısı konusundaki kaygısı gibi normal bir durumu belirtir. Klinik olarak şiddetli ve normal olmayan endişe durumunu ifade etmekte ise yetersiz

kalır. Bu nedenle bunaltı veya anksiyete sözcüklerinin kullanılması daha yerinde olacaktır^{41,42}.

Anksiyete hemen her insan tarafından zaman zaman yaşanan bir duygudur. Asıl amacı, yaşamın sürdürülmesini ve uyum davranışının gelişimini sağlamak olan bu duygunun yardımıyla, bilinmeyen, yeni ya da tehlikeli uyarılardan sakınma, onlarla başa çıkma, onlara karşı koyma, ya da gerektiğinde onlardan kaçma gibi davranışlar gösterilebilir. Özetle, insan yaşamının sürdürülebilmesi için, tüm bu uyum sağlayıcı özellikleri nedeniyle var olması gerekli bir duygudur. Ancak bir yere kadar sağlıklı ve normal olan bu duygunun yaşanması, bir noktadan sonra kişinin yaşamını, aktivitelerini, kişilerarası ilişkilerini olumsuz yönde etkilemeye başlar. İşte bu noktadan sonra anksiyete, kişide ruhsal sorunlar yaratan bir duygu özelliğini kazanır⁴³.

2.4.1. Anksiyete bozukluklarının belirtileri

Anksiyete bozuklukları tek bir bozukluktan ziyade, birbiriyle ilişkili birçok durumdan oluştuğu için belirtiler kişiden kişiye farklılık gösterebilir. Ancak çoğu insanın tehdit edici bulmadığı durumlarda hissedilen devamlı ve şiddetli korku ya da endişe bütün anksiyete bozukluklarında ortak olan önemli bir semptomdur^{44,45}.

Anksiyete çok hafif tedirginlik ve gerginlik duygusundan, panik derecesine kadar varabilen yoğunluklarda olabilir⁴³. Anksiyetenin belirti ve bulguları, psikolojik, somatik ve fiziksel olmak üzere üç başlık altında sıralanabilir⁴⁶.

Psikolojik belirtiler: Kuruntu, kaygı, korku ve kötü bir şeyler olacaktı endişesi, panik ve yok olma duygusu, aşırı uyanıklık, gerçekdışılık, yorgunluk, bitkinlik, uykusuzluk, kazalara eğilim, konsantrasyon güçlüğüdür⁴⁴.

Somatik yakınmalar: Baş ağrısı, baş dönmesi, çarpıntı ve göğüs ağrısı, mide sıkıntısı ve daire, sık idrar yapma, boğazda düğümlenme hissi, motor gerginlik ve huzursuzluk, nefes darlığı, paresteziler, ağız kuruluğudur⁴⁴.

Fiziksel bulgular: Terleme, soğuk ve nemli deri, taşikardi ve aritmi, yüzde kızarıklık veya solgunluk, reflekslerde canlılık, titreme, kolay ürkme ve hiperaktivitedir⁴⁴.

2.4.2. Dental anksiyetenin tanımı

Dental anksiyete, diş tedavisi nedeniyle gelişen genel korku ve endişe duygusudur. Genel anksiyeteye göre daha spesifik karakterdedir; strese verilen yanıt diş tedavisi ile ilgili durumun özelliğine göre değişir⁴⁷.

Weiner'e göre diş tedavi korkusu, bir "beklenti anksiyetesi" olarak değerlendirilebilir. Bekleme sırasında, tedavinin gerçekleştiği ana göre daha fazla anksiyete duyulduğu göz önüne alınırsa Weiner'in görüşü kabul edilebilir. Gerçekten de, spesifik fobilerin tanı kriterlerinden biri beklerken duyulan aşırı düzeydeki anksiyetedir ve bekleme sırasında duyulan nedensiz anksiyete diş hekiminden kaçma davranışının en önemli bileşenleri arasındadır⁴⁸.

Farklı çalışmaların sonuçları dental anksiyetenin korkudan izole edilemeyeceği görüşünde birleşmektedir⁴⁹. Dental anksiyete gelişiminde nedeni bilinmeyen korkularla, daha önceki rahatsızlık karşısında duyulmuş olan korkular birlikte rol oynamaktadır⁵⁰. Diş hekimi korkusu, çeşitli kompleks emosyonel kalıplara bağlı olarak gelişen bir dizi anksiyetenin karışımıdır. Bu korkunun temelinde ağrı korkusunun yanı sıra, başka birisi tarafından cezalandırılma korkusu veya dişini kaybetme kaygısı; ki dişin kaybı kişinin kendi bedeni ile ilgili imajını değiştirebilir, bedensel bütünlüğünü bozabilir ve benzeri başka korkular yaratabilir⁵¹.

Dental fobisi olan bireyleri, diş tedavisinden korkan bireylerden ayıran en önemli nokta bu kişilerin diş hekimine asla gitmemeleridir⁵². Diş tedavisinden korkan bir kişi zorlanarak da olsa diş hekimine gidebilir. Fakat fobik kişinin korkusu o denli fazladır ki, kişi diş hekimliğine karşı mantıksız bir tutum takınmıştır^{52,53}. Gerçek fobik kişileri diş hekimi muayenehanesine getirmek mümkün değildir. Bu durumda da fobi sadece kötü bir ağız sağlığına değil, ayrıca utanç ve aşağılık duygusuna da neden olur⁵³.

2.4.3. Dental anksiyete karşısında verilen yanıt

Dental korku ve anksiyete karşısında gösterilen yanıt üç aşamadan oluşur. Bunlardan ilki entelektüel düzeyde olan yanıttır. Yanıtın bu aşamasında hasta sonunda elde edeceği yararı göz önünde bulundurarak zorluklarla karşılaşmaya ve bunları kabul etmeye hazırdır. İkinci olarak psikolojik ve fizyolojik belirtilerin öne çıktığı duygusal yanıt aşaması gelir. Bu aşamada hasta ya şiddete başvurmaya yol açabilecek kadar aşırı öfke, panik ya da dehşete kadar varabilen ve durumdan kaçmaya neden olan düzeyde korku duyar. Sonuç olarak yanıtın duygusal aşaması, mücadele etme veya kaçma şeklindeki çatışmalardan oluşur. Bu

mücadele veya kaçmaya yol açan korku yanıtı algılanan tehdit veya tehlikeye karşı ani bir savunma reaksiyonudur. Yanıtın üçüncü aşaması "hedonic"tir (zevke düşkünlük). Hastalar sadece kendileriyle ilgilidir. Tedavinin sonuçları onları ilgilendirmez. Rahatsızlık veren tedavi şekillerini reddederler¹³.

Dental fobisi ya da diğer psikiyatrik bozuklukları olan hastalarda bu aşamalar gerek düzey, gerekse şekil bakımından normal hastalardan önemli farklılıklar gösterir. Bu tip hastalar entelektüel aşamada mantıksız bir tutum içerisindedirler, genellikle mantıksızlıklarının farkındadırlar, fakat bunu değiştiremezler. Sadece ağrı artık öncelikli bir duruma geçebilecek kadar çok arttığında hekime gelirler. Ağrı o kadar yüksektir ki, hasta korkusunu bir süre için unuttur, kendisini baskılar. Ciddi düzeydeki nevrotik hastalar bile ağrının neden olduğu bu fiziksel yetersizlik durumunda normal hasta gibi davranabilirler^{40,43}.

Psikiyatrik bozuklukları olan hastalar da normal hastalar gibi duygusal aşamada dış tedavisi nedeniyle iç çatışmalar yaşarlar, fakat bu çatışmalar çözülmeden kalır. Hasta bu çatışmaları çözmek, kabul etmek veya karşı koymak gibi bir çaba göstermez. Bir gerilme ya da çatışma durumu devam eder. Bu çatışmaları çözebilme yeteneğinin olmaması dental tedavi ile ilgili olmayan bir nedenden kaynaklanır. Bu hastalar duygusal aşamada korkuya karşı oral motor problemler, regresyon, histerik reaksiyonlar gibi farklı yanıtlar verirler^{40,43}.

2.4.4. Dental anksiyete belirtileri

Korku ve anksiyeteye verilen normal ve anormal yanıtlar değerlendirildiğinde, hastaların diş hekimi muayenehanesinde gösterdikleri

anksiyete belirtilerinin tanınması çok önemlidir. Anksiyetenin genel tanımında açıklanmış olan bulgu ve belirtiler dental anksiyetede de gözlenir. Bununla birlikte dental anksiyetenin kendine özgü bulgu ve belirtileri de vardır⁴³.

Firestein, dental anksiyetenin kendine özgü bulgu ve belirtilerini randevu alma sırasında ve muayenehanede olmak üzere ikiye ayırarak değerlendirmiştir⁵¹. Anksiyetesi olan hastalar genellikle diş hekiminden randevu almayı sürekli olarak ertelerler. Hatta bir kez randevu aldıktan sonra bile, bu randevunun zamanını defalarca değiştirebilirler. Hastalar bu davranışlarını rasyonalize ederler. Onlara göre randevu her zaman için önemli bir engel nedeniyle ertelenmiştir^{51,54}.

Hastaların muayenehanede gösterdikleri ilk ve en önemli anksiyete belirtisi nefes almadaki değişikliklerdir⁴⁰. Soluklar düzensizleşir, iç çekme ve sık nefes alma gözlenebilir. İkinci belirtiler dişlerin ve çenenin sıkılması, kaslarda gerginlik ve ekstremitelerde sertliktir. Üçüncü olarak normalde konuşkan olan birisi aniden sessizleşir veya sakin bir kişi çok konuşmaya başlar. Böylece hasta-hekim ilişkisinde ani bir değişiklik olur. Dördüncü olarak tedavinin hemen her aşamasında sık sık tükürme veya ağız çalkalama, hekimin kolunu tutarak çalışmasını durdurma, koltukta rahat oturamama gibi rahatsızlık ve huzursuzluk belirtileri gözlenir. Son ve en şiddetli durum ise panik atak veya bayılmadır^{40,43}.

Burada unutulmaması gereken önemli bir nokta, bazı hastaların hiçbir anksiyete belirtisi göstermedikleri halde yüksek düzeyde anksiyete duyabilmeleri, diş tedavisini gayet rahat tolere ediyor gibi görünüp, bir panik yaşamalarıdır⁵¹.

2.4.5. Dental anksiyete etiyolojisi

1920 ve 1930'larda dental anksiyetenin en önemli nedeninin ağrı olduğu görüşü yaygın olarak kabul edilmiştir. Fakat lokal anestezi ve analjeziklerdeki gelişmelere rağmen, dental anksiyetenin gerek şiddetinde gerekse yaygınlığında herhangi bir azalma gözlenmemesi başka etiyolojik faktörlerin de söz konusu olabileceğini düşündürmüştür⁵¹. İlerleyen yıllarla birlikte elde edilen bilgi birikimi dental anksiyete etiyolojisinin multifaktöriyel bir yapıda olduğunu göstermiştir. Lang'a göre bu multifaktöriyel yapı, psikolojik, verbal/bilişsel ve davranışsal reaksiyonlar olmak üzere üç yan sistemin kombinasyonundan oluşur. Ayrıca bu sistemler birbirinden bağımsız şekilde çevresel faktörlerden de etkilenmektedir^{43,50}.

Bu kompleks ve multifaktöriyel etiyolojisi nedeniyle dental anksiyete gelişimini inceleyen araştırmacılar sayısız problemle karşılaşmışlardır. Bireyler farklı sosyoekonomik geçmişlere sahip oldukları için çocukken ve erken adolesan dönemde yaşadıkları dental deneyimler de farklılık göstermektedir. Bu nedenle de anksiyete gelişimine yol açan farklı faktörlerin kontrolü çok zordur⁴³.

Multifaktöriyel olmasının yanı sıra dental anksiyete etiyolojisinin bir diğer özelliği dinamik yapısıdır. Diş hekimliğinde çok kısa süreler içerisinde önemli gelişmeler kaydedilmektedir. Dental anksiyete etiyolojisi veya nedenselliği de diş hekimliğindeki bu hızlı gelişmelerle birlikte seyreden bir değişim göstermektedir⁴³.

Eli⁶⁰, dental anksiyetenin oluşmasında rol oynayan faktörleri direkt şartlanma, indirekt şartlanma ve kişiye bağlı faktörler olarak üç başlık altında toplamıştır.

2.4.5.1. Direkt şartlanma

Pek çok araştırmacıya göre diş hekimi korkusu öncelikle yaşanan olumsuz deneyimler sırasında öğrenilir^{49,55-59}. Olumsuz deneyim, tedavi sırasında duyulan ağrı diş hekiminin davranışları veya diğer hoş olmayan durumlar olabilir. Bu deneyim, korku veya anksiyete yanıtları için tetiği çeken bir başlangıç uyararı görevi görür⁵⁹.

2.4.5.2. İndirekt şartlanma

Bireyler diş tedavisi ile ilgili bilgilerini sadece kendi tecrübeleri ile edinmezler⁶⁰. Korku ve anksiyete rol modelleri (aile, yaşlılar, toplum) gözlem, özdeşleşme veya telkin yoluyla öğrenilerek de kazanılabilir⁵⁹.

2.4.5.3. Kişiliğe bağlı nedenler

Dental korku özellikle iki durumun varlığında gelişir: Şartlanma yoluyla öğrenilmiş korku, dental korkunun başka korkularla birlikte olduğu genel anksiyete durumu⁴³. Ragnarsson'a göre korku kazanılan bir duygu ise, çevrede olan negatif uyaranlara karşı gelişen bir reaksiyon, doğuştan gelen bir duygu ise bir kişilik özelliği veya diğer korku ve fobilerle kombine genel korku sendromudur⁶¹.

2.4.5.4. Diğer nedenler

2.4.5.4.1. Ağızın Psikolojik Önemi

Bireyin doğumundan itibaren oral kavite en önemli fonksiyonlarının gerçekleştiği yer olarak karşımıza çıkar. Bu fonksiyonlar

kronolojik olarak değerlendirilirse ilk sırayı ağlama alır, ağlamayı emme ve dişlerin çıkması ile birlikte ısırma takip eder. Daha sonra, yeni doğan parmağını keşfeder. Psikolog ve psikiyatlara göre parmak emme otoerotik aktivitedir. Vücudun bir bölümünü kullanarak zevk alan bebek iç gerginliğini anne yardımıyla değil, kendi kendine azaltır ki bu da bağımsızlık yolundaki ilk adımdır⁵¹.

Oral kavitenin vücudun bu denli önemli bir parçası olması diş hekimliği uygulamalarına da yansımaktadır. Bu perspektiften bakınca hekimin başlangıçta kendisine tamamen yabancı bir kişi olması hastanın durumunun güçlüğünü ve diş tedavisi nedeniyle anksiyete duymasını açıklamaktadır⁵¹.

Ayrıca Freeman'a göre diş hekimi korkusu özellikle ağızyla ilgili bir emosyonel bozukluk yaşamış olan, ağız psikolojik yapısında önemli bir rol oynayan bireylerde belirgindir⁵⁰.

2.4.5.4.2. Kontrol Kaybı Duygusu

Tedavi sürecinin hekim tarafından yönetilmesi ve hastanın da hekimin direktiflerine uymak zorunda oluşu pek çok kişinin kendisi ile ilgili olaylar üzerinde kontrol sahibi olmadığını düşünmesine ve bu nedenle anksiyete duymasına neden olmaktadır⁴³.

2.4.5.4.3. Uygulanacak Olan Dental Girişim Hakkındaki Belirsizlik

Pekçok hasta için ne olacağını ve bunun ne zaman olacağını bilmeme düşüncesi kontrol kaybı duygusu ile ilişkilidir ki bu da yüksek düzeyde rahatsızlığa sebep olmaktadır⁴³.

2.4.5.4.4. Sembolizasyon hipotezi

Freud'çu bir yaklaşıma dayanan bu hipoteze göre, dental anksiyetenin nedeni, dental tedavi etrafında odaklanan intrapsişik çatışmaların ortaya çıkartılmasıdır. Örneğin: diş çekiminin hadım edilmeyi sembolize etmesi gibi⁵¹

Sembolizasyon hipotezini destekleyen klinik çalışmalara dayalı pek çok kanıt bulunmamaktadır. Fakat bu hipotez klinik anlamda büyük önem taşımaktadır⁵¹.

2.4.6. Anksiyete ölçekleri

Diş hekimine başvuran bireylerin dental korku ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi hekimin tedavi sırasında karşılaşılabileceği tepkilere hazırlıklı olmasını ve hastanın korku ve anksiyetesinin azaltılmasına ilişkin bir takım önlemlerin alınmasını sağlayacaktır⁶².

Bireylerin dental korku ve anksiyetesinin tüm boyutlarıyla ortaya konup, değerlendirilebilmesi için çeşitli ölçekler mevcuttur. Bunlar güvenilir, kolay uygulanan çoğunlukla bireyin kendisinin okuyup cevapladığı anket formlarından oluşur. Dental tedavi öncesi bu skalaların doldurulmasının hastaların korku ve anksiyete seviyeleri üzerine olumsuz etkisi yoktur⁴³.

Dental anksiyete ve fobiyi ölçmek için kullanılan ölçekler, dental anksiyetenin tüm bileşenlerini hesaba katılmalı ve tüm düzeylerini kapsamalıdır. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olmalıdır⁴³.

2.4.6.1. Dental anksiyete ve korkunun değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılan ölçekler

Literatürde dental anksiyetenin değerlendirilmesinde en sık olarak kullanılan ölçekler şunlardır^{44,45,48}:

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

2.4.6.1.1. Dental anksiyete skalası

1969 yılında Corah tarafından geliştirilmiş olan bu skala dental anksiyeteyi ölçmek için yaygınlıkla kullanılan bir ölçektir. Ölçek, hastaların çeşitli durumlardaki özgül tepkileri ile ilgili beş seçenekli toplam dört adet sorudan oluşur. Bu skalada hastalar sorulara kendilerine en yakın buldukları cevap seçeneğini işaretlemekte ve daha sonra cevaplara 1-5 arasında puanlar verilerek total puan hesaplanmaktadır. Skalada toplamda 5-20 aralığında bir puan elde edilmektedir ve alınan puan arttıkça dental anksiyetenin şiddeti artmaktadır. 15 ve üzerindeki skorlar yüksek anksiyete düzeyini yansıtır^{47,63}. Uygulanması kolay ve güvenilir bir metod olmasından dolayı sıklıkla kullanılan bu ölçeğin Türkçe geçerlik

güvenilirlik çalışması Sevdaoğlu ve arkadaşları⁶⁴ tarafından yapılmıştır.

2.4.6.1.2. Modifiye dental anksiyete skalası

Dental Anksiyete Skalasına enjeksiyon ile ilgili kaygı düzeyinin de belirlenmesini sağlayan bir soru eklenerek oluşturulmuştur. DAS ile aynı şekilde puanlama yapılır. Toplam puan 5-25 arasında değişmektedir ve aynı şekilde alınan puan arttıkça dental anksiyetenin şiddeti artmaktadır. 19 ve üzeri değerler şiddetli anksiyeteyi belirtmektedir. Türkiyede yapılan iki çalışmada skalanın geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir^{65,66}.

3. YÖNTEM ve GEREÇLER

3.1. Çalışma grubu

Etik Kurul izni araştırma yapmak için Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Bu araştırma için çalışma grubu oluşturulurken Aralık–2011/ Haziran–2012 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Kliniği'ne ağrı nedeniyle başvuran hastalar değerlendirilmiş ve 18 yaş üstü 400 hasta rastgele seçilmiştir. Çalışma için seçilen hastalardan 8'i çalışmaya katılmak istemediği, 82'si okuma yazma bilmemesi sebebiyle ölçeklerle uyumu sağlanamadığı, 34'ü anketleri teslim etmediği ve 26'sı da anketlerdeki tüm soruları yanıtlamadığı için çalışma dışı tutulmuştur. Bu nedenle kliniğe ağrı şikayeti ile başvuran hastalardan randomize seçilerek uygulanmak istenen 400 anketin, çalışma kriterlerine uygun olan 250 tanesi çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul edenlerden araştırmaya katılma onayları alınmıştır. Hastalara anket formlarının içerikleri (demografik özellikler, ağrının özellikleri, dental anksiyete, kişilik özellikleri), araştırmanın amacı ve yöntemi konularında bilgi verilmiştir. Hastalıklarının tanısı ve kullandıkları sağaltım yöntemi çalışma grubunun oluşturulmasında bir önem teşkil etmemektedir. Çalışma grubu belirlenirken; hastaların 18 yaş üzerinde olmaları, okuma-yazma bilmeleri, anket formundaki ölçeklere uyum gösterebilmeleri, anket formlarını kendi başlarına doldurabilmeleri gibi kriterler göz önünde bulundurulmuştur.

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Veri Toplama Aracının Geliştirilmesi

Araştırmada veri toplama aracı olarak; araştırmacı tarafından geliştirilen “Demografik Özellikler ve Öykü anket Formu” kullanılmıştır. Anket formlarının ilk ve ikinci kısmının geliştirilmesinde aşağıdaki adımlar izlenmiştir.

Anketin ilk bölümü; hastaların cinsiyeti, yaşı, boyu, vücut ağırlığı, eğitim düzeyi, medeni durumu, sağlık sorununun olup olmadığı, psikoloğa gidip gitmediği, diş hekimine hangi şikayetle başvurduğu ve nuna bağlı olarak uygulanan tedavi işlemi, ağız diş çene cerrahisi ile ilgili bir uygulama yapılıp yapılmadığı, eksik diş mevcudiyeti hakkında veri sağlayamaya yönelik açık uçlu sorulardan oluşturulmuştur. Anketin ikinci bölümünde ağrının; yeri, zamanı, yayılım varlığı, türü, süresi, ağrıyı artıran ve azaltan faktörler ile ilgili veri sağlamaya yönelik maddeler yer almaktadır.

Araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu oluşturulurken ikisi ölçme ve değerlendirme, biri Türk Dili uzmanı olmak üzere 3 kişilik bir uzman grubuna verilerek görüşleri alınmıştır. Uzman grubunun tamamı akademisyenlerden oluşmaktadır ve onların görüşleri doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Araştırmada kullanılan anket formu Ek1’de yer almaktadır.

Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS): Günümüzde hastaların kaygı seviyesini ölçme amaçlı olarak en sık kullanılan

yöntemlerden biri olan Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS) anketin üçüncü kısmını oluşturmaktadır.

Dental Anksiyete Skalası (DAS) Corah tarafından geliştirilmiş ve toplam dört adet sorudan oluşan bir skaladır. Bu skalada, bireyler sorulan sorulara kendilerine en yakın buldukları cevap seçeneğini işaretlemekte ve daha sonra cevaplara 1-4 arasında puanlar verilerek toplam skor hesaplanmaktadır. Skor ile dental kaygı arasında doğru orantı ilişkisine dayanan bir sonuç elde edilmektedir⁶³.

Çalışmada anket formu içerisinde kullanılan modifiye dental Anksiyete Skalası ise DAS'a enjeksiyon ile ilgili kaygı düzeyinin de belirlenmesini sağlayan bir soru eklenerek oluşturulmuştur. Bu skalada puanlama 5-25 arasında değişmektedir. Türkiye'de yapılan iki çalışmada MDAS'nin geçerli ve güvenilir olduğu belirlenmiştir^{65,66}. MDAS Ek2' de yer almaktadır.

VAS (Vizüel Analog Skala): Anket formlarının dördüncü kısmı, ağrının düzeyinin saptanması için sorulan soruları içermektedir. Ağrı düzeyi VAS ile değerlendirilmiştir. Sayısal olarak VAS ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılmaktadır. 100 mm lik bir çizginin iki ucuna, değerlendirilecek parametrenin iki uç tanımı yazılır ve hastadan bu çizgi üzerinde kendi durumunun nereye uygun olduğunu bir çizgi çizerek, nokta koyarak veya işaret ederek belirtmesi istenir. Örneğin ağrı için bir uca hiç ağrı yok, diğer uca çok şiddetli ağrı yazılır ve hasta kendi o anki durumunu bu çizgi üzerinde işaretler. Ağrının hiç olmadığı yerden hastanın işaretlediği yere kadar olan mesafenin uzunluğu hastanın ağrısını belirtir⁴⁹. Çalışmada 4 ve altı değerler düşük ağrıyı, 4'ün üzerindeki değerler ise yüksek şiddette ağrıyı gösterecek şekilde belirlenmiştir. VAS Ek3'de yer almaktadır.

SCL-90(symptom check list): Anket formlarının beşinci kısmını ise hastaların kişilik özelliklerini değerlendirmeye yarayan SCL-90(symptom check list) oluşturmaktadır. Değişik hasta grupları ve normallerle yapılan çalışmalarda kendini tanıma envanteri olarak kullanılan SCL-90 90 maddeden ve 10 alt testten oluşmaktadır. Alt testler ve açıklamaları aşağıdaki gibidir:

1-SOMATİZASYON: 12 maddelik (1,4,12,27,40,42,48,49, 52,53,56,58) bu test, vücudun kalp, damar, mide, bağırsak, solunum ve diğer sistemlerdeki fonksiyon bozukluklarıyla ilgili sıkıntıları yansıtmaktadır.

2-OBSESİF-KOMPULSİF: 10 maddelik (3,9,10,28,38, 45,46,51,55,65) bu alt test aynı adla anılan belirtileri yansıtmaktadır. Bunlar; bireyler tarafından yaşanılması arzu edilmeyen, ancak sürekli ve karşı konulmaz bir biçimde yaşanan düşüncelerdir. Tekrar eden düşünceler ve suçlamayla karakterize edilen obsesif-kompulsif sendromların tespitinde yardımcı olmaktadır.

3-KİŞİLER ARASI DUYARLILIK: 9 maddelik (6,21,34,36,37, 41,61,69,73) bu alt test bireyin kendini başkalarıyla karşılaştırdığında, kişisel yetersizlik ve küçüklük duygularına kapılarak, kişiler arası ilişkilerinde kendisini küçük görmesi, bu ilişkilerde zorluk çekmesi, rahatsızlık hissetmesi gibi olumsuz düşünce ve duyguları yansıtmaktadır.

4-DEPRESYON: 13 maddelik (5,14,15,20,22,26,29,30, 31,32,54,71,79) bu alt test, genel karamsarlık, ümitsizlik, güdülenme eksikliği, intihar düşünceleri, bilişsel ve somatik belirtileri içeren yaşantı duyumsamalarını yansıtmaktadır.

5-KAYGI: 10 maddelik (2,17,23,33,39,57,72,78,80,86) bu alt test, klinik kaygının içerdği belirti ve davranışları (rahatsızlık, sinirlilik, gerginlik, yorgunluk) göstermektedir. Kaygı; kişinin sürekli kötü bir haber alacakmış gibi hissetmesidir. Nesnesi ve nedeni belli değildir. Kişi adeta uyanıkken bile kabuslar görmektedir

6-ÖFKE-DÜŞMANLIK: 6 maddelik (11,24,63,67,74,81) bu alt test, kızma, huzursuz olma, karşı koyma, düşmanlık, saldırganlık, sinirlilik, öfke hali, küskünlük gibi özellikleri vurgulamaktadır.

7-FOBİK ANKSİYETE: 7 maddelik (13,25,47,50,70,75,82) bu alt test, bireyin belirli bir nesneye, duruma karşı olan ısrarlı korku tepkisini yansıtmaktadır.

8-PARANOİD DÜŞÜNCE: 6 maddelik (8,18,43,68,76,83)bu alt test, yansıtıcı düşünceleri, düşmanlık, şüpheli, büyüklük ve merkeziyetçi düşünceleri, bağımsızlığı kaybetme korkusu ve sanrılar gibi düşünceleri yansıtmaktadır.

9-PSİKOTİZM: 10 maddelik (7,16,35,62,77,84,85,87,88,90) bu alt test, içe kapanmayı, kendini yalnızlığa bırakmayı, tek başına sürdürülen hayat stilini yansıtmaktadır.

10-EK MADDELER: 7 maddelik (19,44,59,60,64,66,89)bu alt test, uyku bozuklukları, iştah bozuklukları ve suçluluk ile ilgili belirtileri yansıtmaktadır.

SCL-90; bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği uygulaması çok kolay bir ölçektir^{67,68}. Soru formunun başında bir sayfalık açıklama ve

örnek vardır. Bireyin her alt test ile ilgili durumu, maddelere verilen sayısal yanıt değerleri toplamının o alt testteki madde sayısına bölünmesi ile belirlenmektedir. Tüm alt testlerden alınan puanların toplanıp 90'a bölünmesi ile de "Genel Belirti Ortalaması" elde edilmektedir.

Bugüne kadar geliştirilen kişilik özellikleri modelleri içerisinde SCL-90 'ın bu kadar geniş çapta kabul görmesinin temel sebebi, bu modelin insan kişiliğini tanımlamakta geçerli ve güvenilir olduğunun bilimsel olarak kanıtlanmış olmasıdır^{67,68}. SCL-90 Ek4'de yer almaktadır.

3.3. Araştırmanın Modeli

Ağrı yakınması ile başvuran hastalarda demografik özellikler, kişilik özellikleri ve ağrı algısı arasındaki ilişkinin karşılaştırılmasını amaçlayan bu araştırma, tarama modelindedir. Tarama (survey) araştırmaları bir grubun belirli özelliklerini belirlemek için verilerin toplanmasını amaçlayan çalışmalardır⁶⁹. Tarama modelleri, geçmişte ya da halen varolan bir durumu varolduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır⁷⁰.

3.4. Verilerin Analizi

İstatistiksel çözümleme sürecinde frekans ve yüzdelerden yararlanılmış, veriler Ki-Kare analizi yapılarak test edilmiştir.

Ki-Kare testi, iki sınıflamalı değişken arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını test etmektedir. İki değişken arasında ilişkinin olması, bir değişkenin düzeylerindeki yanıtların, diğer değişkenin düzeylerinde farklılaştığını göstermektedir. Ki-Kare testi, iki sınıflamalı değişkenin

düzeylerine (satır sayısı X sütun sayısı) göre oluşan gözeneklerde gözlenen sayılarla, beklenen sayıların birbirinden anlamlı bir şekilde farklılık gösterip göstermediğini test etmektedir⁷¹. Bu araştırmada yanıtlama davranışlarının görülme yüzdeleri farklılaşan değişkenler için, iki yüzde arasındaki farkın anlamlılığı SPSS 20.0 paket programında Ki-Kare analizi yapılarak test edilmiştir ve 0.05 anlamlılık düzeyi dikkate alınmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 4. Çalışma Grubunu Oluşturan Hastaların Demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımlar

Değişken	Düzey	f	%
Cinsiyet	Kadın	147	58.80
	Erkek	103	41.20
	Toplam	250	100.00
Yaş	18-29 yaş arasında	169	67.60
	30-39 yaş arasında	34	13.60
	40-49 yaş arasında	27	10.80
	50 yaş ve üzeri	20	8.00
	Toplam	250	100.00
Herhangi Bir İşte Çalışma Durumu	Öğrenci	71	28.40
	Çalışıyor	103	41.20
	Çalışmıyor	67	26.80
	Emekli	9	3.60
	Toplam	250	100.00
Eğitim Düzeyi	Diplomasız Okuryazar	2	.80
	İlkokul	19	7.60
	Ortaokul	17	6.80
	Lise	63	25.20
	Üniversite/Yüksekokul	135	54.00
	Yükseklisans/doktora	14	5.60
	Toplam	250	100.00
Medeni Hal	Bekar	151	60.40
	Evli	99	39.60
	Toplam	250	100.00

Tablo 4’de çalışma grubunu oluşturan 250 hastanın demografik özelliklerine göre dağılımları verilmektedir. Buna göre çalışma grubunu oluşturan hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları incelendiğinde, 147’sinin (%58.80) kadın, 103’ünün (%41.20) ise erkek olduğu görülmektedir.

Hastaların yaşlara göre dağılımları incelendiğinde, 169’unun (%67.60) 18-29 yaş arasında, 34’ünün (%13.60) 30-39 yaş arasında,

27'sinin (%10.80) 40-49 yaş arasında, 20'sinin (%8.00) ise 50 yaş ve üzeri olduğu görülmüştür.

Hastaların herhangi bir işte çalışma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, 71'inin (%28.40) öğrenci, 103'ünün (%41.20) çalışıyor, 67'sinin (26.80) çalışmıyor, 9'unun (%3.60) ise emekli olduğu görülmektedir.

Hastaların eğitim düzeyine göre dağılımları incelendiğinde, 2'sinin (%0.80) diplomasız okur-yazar olduğu, 19'unun (%7.60) ilkokul, 17'sinin (%6.80) ortaokul, 63'ünün (25.20) lise, 135'inin (%54.00) üniversite/yüksekokul, 14'ünün (%5.60) ise yüksek lisans/doktora mezunu olduğu görülmüştür.

Hastaların medeni hallerine göre dağılımları incelendiğinde, 151'inin (%60.40) bekar, 99'unun (%39.60) ise evli olduğu görülmektedir.

Tablo 5: Çalışma Grubunu Oluşturan Hastaların Boy ve Vücut Ağırlıklarına İlişkin Dağılımlar

	f	Ortalama	Standart Deviasyon	En Az	En Çok
Boy	250	167.72	8.82	150.00	193.00
Vücut Ağırlığı	250	65.96	13.24	40	120

Tablo 5' e göre hastaların boylarının ortalaması 167.72 cm'dir. Hastalara ait en uzun boy 193.00 cm iken, en kısa boy 150.00 cm'dir. Boya ait standart deviasyon değeri 8.82'dir.

Hastaların vücut ağırlıklarının ortalaması 65.96 kg'dır. Hastalara ait en az vücut ağırlığı 40 iken, en çok vücut ağırlığı 120 kg'dır. Vücut ağırlığına ait standart deviasyon değeri 13.24, en az en çok arası değer 80'dir.

Tablo 6: Çalışma Grubunu Oluşturan Hastaların Hastalık Öykülerine İlişkin Dağılımlar

Değişken	Düzyey	f	%
Sağlık Sorunu	Sağlık sorunun yok	201	80.40
	Pulmoner	6	2.40
	Kardiyoloji	15	6.00
	Endokrinoloji	19	7.60
	Hematoloji	1	.40
	Gastroenteroloji	4	1.60
	Nöroloji	4	1.60
	Toplam	250	100.00
Psikoloğa ya da Psikiyatrise Gitme	Gitmiyorum	219	87.60
	Gidiyorum	31	12.40
	Toplam	250	100.00
Uygulanan Tedavi İşlemi	Çekim	82	32.80
	Dolgu	42	16.80
	Kanal tedavisi	21	8.40
	Detartraj	17	6.80
	Drenaj	1	.40
	Medikal tedavi	23	9.20
	Ameliyat	63	25.20
	Protez	1	.40
	Toplam	250	100.00
Tedavi İşlemlerinin Olumsuz Bir Deneyim Olup Olmadığı	Hayır	206	82.40
	Evet	44	17.60
	Toplam	250	100.00
Ağrının Yeri	Sağ Üst Arka	40	16.00
	Sağ Alt Arka	60	24.00
	Sol Üst Arka	43	17.20
	Sol Alt Arka	58	23.20
	Üst Ön	9	3.60
	Alt Ön	9	3.60
	Eklem	7	2.80
	Dişeti	11	4.40
	Kulak	2	.80
	Baş-Boyun	10	4.00
	Göz	1	.40
	Toplam	250	100.00
Ağrının Türü	Zonklama	85	34.00
	Sızlama	125	50.00
	Dayanılmaz	40	16.00
	Toplam	250	100.00
Ağrının Şiddeti	Düşük	128	51.20
	Yüksek	122	48.80
	Toplam	250	100.00

Tablo 6'da çalışma grubunu oluşturan 250 hastanın hastalık öykülerine ilişkin dağılımları verilmiştir. Buna göre çalışma grubunu oluşturan hastaların sağlık sorunlarına göre dağılımları incelendiğinde, 201'inin (%80.40) herhangi bir sağlık sorunu olmadığı, 6'sının (%2.40) pulmoner, 15'inin (%6.00) kardiyolojik, 19'unun (%7.60) endokrinolojik, 1'inin (%0.40) hematolojik, 4'ünün (%1.60) gastroenterolojik, 4'ünün (%1.60) de nörolojik hastalıklarının olduğu görülmektedir.

Tablo 6'ya göre çalışma grubunu oluşturan 250 hastanın psikolog veya psikiyatriste gitme durumları ile ilgili dağılımlar incelendiğinde 219'unun (%87.60) hayatının herhangi bir döneminde psikolog veya psikiyatriste gitmiş olduğu, 31'inin (%12.40) ise hiç gitmediği görülmektedir.

Tablo 6'da çalışma grubunu oluşturan 250 hastaya ağrı şikayetinin giderilmesi için uygulanan tedavi işlemleri dağılımları incelendiğinde 82'sine (%32.80) çekim, 42'sine(%16.80) dolgu, 21'ine (%8.40) kanal tedavisi, 17'sine (%6.80) detartraj, 1'ine (%0, 40) drenaj, 23'üne (%9.20) medikal tedavi, 63'üne (%25.20) cerrahi operasyon, 1'ine (%0.40) ise protez tedavisi uygulandığı görülmektedir.

Hastaların tedavi işlemlerinin olumsuz bir deneyim olup olmadığı ile ilgili dağılımlar incelendiğinde 206'sının (%82.40) tedavi işlemlerini olumsuz bir deneyim olarak gördüğü, 44'ünün (%17.60) ise tedavi işlemlerini olumsuz bir deneyim olarak görmediği gözlenmiştir.

Hastaların hissettiği ağrının yeri ile ilgili dağılımlar incelendiğinde hastaların 40'ının (%16) sağ üst arka, 60'ının (%24) sağ alt arka, 43'ünün (%17.20) sol üst arka, 58'inin (%23.20) sol alt arka, 9'unun

(%3.60) üst ön, 9'unun (%3.60) alt ön bölgede, 7'sinin (%2.80) eklem, 11'inin (%4.40) dişeti, 2'sinin (%0.80) kulak, 10'unun (%4.00) baş-boyun, 1'inin (%0.40) de göz bölgesinde ağrı hissettiği görülmüştür.

Ağrının türü ile ilgili dağılımlar incelendiğinde hastaların 85'inin (%34.00) zonklama türünde, 125'inin (%50,00) sızlama türünde, 40'inin (16.00) dayanılmaz türde ağrı hissettiği gözlenmiştir.

Ağrının şiddeti ile ilgili dağılımlar incelendiğinde hastaların 128'inin (%51.20) düşük şiddette, 122'sinin (%48.80) yüksek şiddette ağrı hissettiği gözlenmiştir.

Tablo 7: Hastaların Hissettikleri Ağrının Şiddetinin Yaşlarına Göre Dağılımları / Ki-Kare Testi Sonuçları

Yaş		Ağrının Şiddeti		
		Düşük	Yüksek	Toplam
18-29 yaş arasında	N	93	76	169
	%	55.00	45.00	100.00
30-39 yaş arasında	N	20	14	34
	%	58.80	41.20	100.00
40-49 yaş arasında	N	8	19	27
	%	29.60	70.40	100.00
50 yaş ve üzeri	N	7	13	20
	%	35.00	65.00	100.00
Toplam	N	128	122	250
	%	51.20	48.80	100.00

$$\chi^2 = 8.91 \quad sd=3 \quad p=.030$$

Tablo 7 incelendiğinde hissettikleri ağrının şiddetinin “düşük” olduğunu söyleyenlerin oranı, 18-29 yaş arasında olanlarda %55.00, 30-

39 yaş arasında olanlarda %58.80, 40-49 yaş arasında olanlarda %29.60, 50 yaş ve üzeri olanlarda ise %35.00'dır. Hissettikleri ağrıyı düşük olarak nitelendirenlerin sayısı, 30-39 yaş aralığında en fazladır. Hissettiklerin ağrının şiddetinin "yüksek" olduğunu söyleyenlerin oranı, 18-29 yaş arasında olanlarda %45.00, 30-39 yaş arasında olanlarda %41.20, 40-49 yaş arasında olanlarda %70.40, 50 yaş ve üzeri olanlarda ise %65.00'dır. Hissettikleri ağrıyı yüksek olarak nitelendirenlerin sayısı 40-49 yaş aralığında en fazladır. Farklı bir deyişle en yüksek ağrı 40-49 yaş aralığında, en düşük ağrı ise 30-39 yaş aralığında görülmüştür. Farklı yaş grubundaki hastaların hissettikleri ağrının şiddetine ilişkin bu farkın anlamlı olduğu bulunmuştur, χ^2 (sd=3, n=250)= 8.91, p<.05. Başka bir deyişle, hastaların yaşı ile hissettikleri ağrının şiddeti arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 8: Hastaların Hissettikleri Ağrının Türünün Yaşlarına Göre Dağılımları / Ki-Kare Testi Sonuçları

Yaş		Ağrının Türü			
		Zonklama	Sızlama	Dayanılmaz	Toplam
18-29 yaş arasında	N	50	92	27	169
	%	29.60	54.40	16.00	100.00
30-39 yaş arasında	N	14	14	6	34
	%	41.20	41.20	17.60	100.00
40-49 yaş arasında	N	12	11	4	27
	%	44.40	40.70	14.80	100.00
50 yaş ve üzeri	N	9	8	3	20
	%	45.00	40.00	15.00	100.00
Toplam	N	85	125	40	250
	%	34.00	50.00	16.00	100.00

$$\chi^2 = 5.21 \quad sd=3 \quad p=.517$$

Tablo 8 incelendiğinde hissettikleri ağrının türünün “zonklama” olduğunu söyleyenlerin oranı, 18-29 yaş arasında olanlarda %29.60, 30-39 yaş arasında olanlarda %41.20, 40-49 yaş arasında olanlarda %44.40, 50 yaş ve üzeri olanlarda ise %45.00’tir. Hissettikleri ağrının türünün “sızlama” olduğunu söyleyenlerin oranı, 18-29 yaş arasında olanlarda %54.40, 30-39 yaş arasında olanlarda %41.20, 40-49 yaş arasında olanlarda %40.70, 50 yaş ve üzeri olanlarda ise %40.00’tir. Hissettikleri ağrının türünün “dayanılmaz” olduğunu söyleyenlerin oranı, 18-29 yaş arasında olanlarda %16.00, 30-39 yaş arasında olanlarda %17.60, 40-49 yaş arasında olanlarda %14.80, 50 yaş ve üzeri olanlarda ise %15.00’tir. Farklı yaş grubundaki hastaların hissettikleri ağrının türüne ilişkin bu farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur, χ^2 (sd=3, n=250)= 5.21, p>.05. Başka bir anlatımla, hastaların yaşı ile hissettikleri ağrının türü arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Tablo 9: Hastaların Hissettikleri Ağrının Şiddetinin Cinsiyetlerine Göre Dağılımları / Ki-Kare Testi Sonuçları

Cinsiyet		Ağrının Şiddeti		
		Düşük	Yüksek	Toplam
Kadın	N	66	81	147
	%	44.90	55.10	100.00
Erkek	N	62	41	103
	%	60.20	39.80	100.00
Toplam	N	128	122	250
	%	51.20	48.80	100.00

$\chi^2 = 5.67$ sd=1 p=.017

Tablo 9 incelendiğinde hissettikleri ağrının şiddetinin “düşük” olduğunu söyleyenlerin oranı, kadınlarda %44.90, erkeklerde %60.20’dir. Hissettikleri ağrının şiddetinin “yüksek” olduğunu söyleyenlerin oranı, kadınlarda %55.10, erkeklerde %39.80’dir. Bu durumda erkekler daha

düşük şiddette bir ağrı hissederken, kadınlar yüksek şiddette ağrılar hissetmektedir. Hastaların cinsiyetleri ile hastaların hissettikleri ağrının şiddeti arasında anlamlı bir ilişki vardır. χ^2 (sd=1, n=250)= 5.67, p<.05.

Tablo 10: Hastaların Hissettikleri Ağrının Türünün Cinsiyetlerine Göre Dağılımları / Ki-Kare Testi Sonuçları

Cinsiyet		Ağrının Türü			
		Zonklama	Sızlama	Dayanılmaz	Toplam
Kadın	N	59	65	23	147
	%	40.10	44.20	15.60	100.00
Erkek	N	26	60	17	103
	%	25.20	58.30	16.50	100.00
Toplam	N	85	125	40	250
	%	34.00	50.00	16.00	100.00

$$\chi^2 = 6.36 \quad sd=2 \quad p=.041$$

Tablo 10 incelendiğinde hissettikleri ağrının türünün “zonklama” olduğunu söyleyenlerin oranı, kadınlarda %40.10, erkeklerde %25.20’dir. Buna göre kadınlar erkeklere göre daha çok zonklama ağrısı hissetmektedir. Hissettikleri ağrının türünün “sızlama” olduğunu söyleyenlerin oranı, kadınlarda %44.20, erkeklerde %58.30’dur. Buna göre erkekler kadınlara göre daha çok sızlama ağrısı hissetmektedir. Hissettikleri ağrının türünün “dayanılmaz” olduğunu söyleyenlerin oranı, kadınlarda %15.60, erkeklerde %16.50’dir. Farklı cinsiyet grubundaki hastaların hissettikleri ağrının türüne ilişkin bu farkın anlamlı olduğu bulunmuştur, χ^2 (sd=2, n=250)= 6.36, p<.05. Başka bir deyişle, hastaların cinsiyeti ile hissettikleri ağrının türü arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 11: Hastaların Hissettikleri Ağrının Şiddetinin Dental Kaygı Düzeylerine Göre Dağılımları / Ki-Kare Testi Sonuçları

Kaygı Düzeyi		Ağrının Şiddeti		
		Düşük	Yüksek	Toplam
Düşük	N	74	53	127
	%	58.30	41.70	100.00
Yüksek	N	54	69	123
	%	43.90	56.10	100.00
Toplam	N	128	122	250
	%	51.20	48.80	100.00

$$\chi^2 = 5.16 \quad sd=1 \quad p=.023$$

Tablo 11 incelendiğinde hissettikleri ağrının şiddetinin “düşük” olduğunu söyleyenlerin oranı, dental kaygı düzeyi düşük olanlarda %58.30, dental kaygı düzeyi yüksek olanlarda %43.90’dır. Hissettikleri ağrının şiddetinin “yüksek” olduğunu söyleyenlerin oranı, dental kaygı düzeyi düşük olanlarda olanlarda %41.70, dental kaygı düzeyi yüksek olanlarda %56.10’dur. Bu durumda kaygı düzeyi düşük bireyler daha düşük şiddette bir ağrı hissederken, kaygı düzeyi yüksek bireyler şiddeti yüksek ağrılar hissetmektedir. Hastaların kaygı düzeyleri ile hastaların hissettikleri ağrının şiddeti arasında anlamlı bir ilişki vardır. χ^2 (sd=1, n=250)= 5.16, p<.05.

Tablo 12: Hastaların Hissettikleri Ağrının Türünün Dental Kaygı Düzeylerine Göre Dağılımları / Ki-Kare Testi Sonuçları

Kaygı düzeyi		Ağrının Türü			
		Zonklama	Sızlama	Dayanılmaz	Toplam
Düşük	N	48	66	13	127
	%	37.80	52.00	10.20	100.00
Yüksek	N	37	59	27	123
	%	30.10	48.00	22.00	100.00
Toplam	N	85	125	40	250
	%	34.00	50.00	16.00	100.00

$$\chi^2 = 6.65 \quad sd=2 \quad p=.036$$

Tablo 12 incelendiğinde hissettikleri ağrının türünün “zonklama” olduğunu söyleyenlerin oranı, kaygı düzeyi düşük olanlarda %37.80, kaygı düzeyi yüksek olanlarda %30.10’dur. Buna göre kaygı düzeyi düşük olanlar, kaygı düzeyi yüksek olanlara göre daha çok zonklama ağrısı hissetmektedir. Hissettikleri ağrının türünün “sızlama” olduğunu söyleyenlerin oranı, kaygı düzeyi düşük olanlarda %52.00, kaygı düzeyi yüksek olanlarda %48.00’dır. Buna göre kaygı düzeyi düşük olanlar, kaygı düzeyi yüksek olanlara göre daha çok sızlama ağrısı hissetmektedir. Hissettikleri ağrının türünün “dayanılmaz” olduğunu söyleyenlerin oranı, kaygı düzeyi düşük olanlarda %10.20, kaygı düzeyi yüksek olanlarda %22.00’dır. Buna göre kaygı düzeyi yüksek olanlar, kaygı düzeyi düşük olanlara göre daha çok dayanılmaz ağrı hissetmektedir. Hastaların kaygı düzeyleri ile hastaların hissettikleri ağrının türü arasında anlamlı bir ilişki vardır. χ^2 (sd=2, n=250)= 6.65, p<.05.

Tablo 13: Hastaların Dental Kaygı Düzeylerinin Olumsuz Diş Hekimi Deneyimlerine Göre Dağılımları / Ki-Kare Testi Sonuçları

Olumsuz Deneyim		Kaygı Düzeyi		
		Düşük	Yüksek	Toplam
Hayır	N	112	94	206
	%	54.40	45.60	100.00
Evet	N	15	29	44
	%	34.10	65.90	100.00
Toplam	N	127	123	250
	%	50.80	49.20	100.00

$$\chi^2 = 5.96 \quad sd=1 \quad p=.015$$

Tablo 13 incelendiğinde kaygı düzeyi düşük hastaların oranı, tedavi işlemlerinde olumsuz bir deneyim yaşamayanlarda %54.40, tedavi işlemlerinde olumsuz bir deneyim yaşayanlarda %34.10'dur. Kaygı düzeyi yüksek hastaların oranı, tedavi işlemlerinde olumsuz bir deneyim yaşamayanlarda %45.60, tedavi işlemlerinde olumsuz bir deneyim yaşayanlarda %65.90'dır. Hastaların tedavi işlemlerinde olumsuz bir deneyim yaşamaları ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. χ^2 (sd=1, n=250)= 5.96, p<.05.

Tablo 14: Hastaların Dental Kaygı Düzeylerinin Kişilik Özelliklerine Göre Dağılımları / Ki-Kare Testi Sonuçları

Kişilik Özellikleri		Kaygı Düzeyi		
		Düşük	Yüksek	Toplam
Kişilik Bozukluğu Yok	N	57	49	106
	%	53.80	46.20	100.00
Somatizasyon	N	6	9	15
	%	40.00	60.00	100.00
Obsesif. Kompulsif	N	27	16	43
	%	62.80	37.20	100.00
Kişiler Arası Duyarlılık	N	5	7	12
	%	41.70	58.30	100.00
Depresyon	N	5	4	9
	%	55.60	44.40	100.00
Anksiyete	N	0	4	4
	%	.00	100.00	100.00
Öfke Düşmanlık	N	5	15	20
	%	25.00	75.00	100.00
Paranoid Düşünce	N	5	5	10
	%	50.00	50.00	100.00
Ek Skala	N	17	14	31
	%	54.80	45.20	100.00
Toplam	N	127	123	250
	%	50.80	49.20	100.00

$$\chi^2 = 13.692 \quad sd=8 \quad p=.049$$

Tablo 14 incelendiğinde herhangi bir kişilik bozukluğu olmayan 106 hastadan dental kaygı düzeyi düşük olanların sayısı 57 (%53.80), dental kaygı düzeyi yüksek olanların sayısı ise 49 (%46.20)'dur.

Somatizasyonu olan 15 hastadan dental kaygı düzeyi düşük olanların sayısı 6 (%40.00), yüksek olanların sayısı ise 9 (%60.00)'dur.

Obsesif kompulsif kişilik bozukluğuna sahip olan 43 hastadan dental kaygı düzeyi düşük olanların sayısı 27 (%62.80), yüksek olanların sayısı 16 (%37.20)'dir.

Kişilerarası duyarlılığı olan 12 hastadan dental kaygı düzeyi düşük olanların sayısı 5 (%41.70), yüksek olanların sayısı 7 (%58.30)'dir.

Depresyonda olan 9 hastadan dental kaygı düzeyi düşük olanların sayısı 5 (%55.60), yüksek olanların sayısı 4 (%44.40)'tür.

Anksiyetesi olan 4 hastadan 4'ü (%100.00) yüksek dental kaygı düzeyine sahiptir.

Öfke düşmanlık kişilik bozukluğuna sahip olan 20 hastadan dental kaygı düzeyi düşük olanların sayısı 5 (%25.00), yüksek olanların sayısı 15 (%75.00)'dir.

Paranoid özellikte kişilik bozukluğu olan 10 hastadan dental kaygı düzeyi düşük olanların sayısı 5 (%50.00), yüksek olanların sayısı 5 (%50.00)'tir.

Ek skala kişilik bozukluğuna sahip 31 hastadan dental kaygı düzeyi düşük olanların sayısı 17 (%54.80), yüksek olanların sayısı 14 (%45.20)'tür.

Farklı kişilik özelliği olan hastaların hissettikleri dental kaygı düzeyine ilişkin bu farkın anlamlı olduğu bulunmuştur, χ^2 (sd=8, n=250)=13.692, p<.05. Başka bir deyişle, hastaların kişilik özelliği ile hissettikleri kaygı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 15: Hastaların Hissettikleri Ağrının Şiddetinin Kişilik Özelliklerine Göre Dağılımları / Ki-Kare Testi Sonuçları

Kişilik Özellikleri		Ağrı Şiddeti		
		Düşük	Yüksek	Toplam
Kişilik Bozukluğu Yok	N	64	42	106
	%	60.40	39.60	100.00
Somatizasyon	N	3	12	15
	%	20.00	80.00	100.00
Obsesif. kompulsif	N	20	23	43
	%	46.50	53.50	100.00
Kişilerarası Duyarlılık	N	4	8	12
	%	33.30	66.70	100.00
Depresyon	N	5	4	9
	%	55.60	44.40	100.00
Anksiyete	N	2	2	4
	%	50.00	50.00	100.00
Öfke Düşmanlık	N	9	11	20
	%	45.00	55.00	100.00
Paranoid Özellik	N	3	7	10
	%	30.00	70.00	100.00
Ek Skala	N	14	17	31
	%	45.20	54.80	100.00
Toplam	N	128	122	250
	%	51.20	48.80	100.00

$$\chi^2 = 13.574 \quad sd=8 \quad p=.048$$

Tablo 15 incelendiğinde herhangi bir kişilik bozukluğu olmayan 106 hastadan ağrı şiddeti düşük olanların sayısı 64 (%60.40), ağrı şiddeti yüksek olanların sayısı ise 42 (%39.60)'dir.

Somatizasyonu olan 15 hastadan ağrı şiddeti düşük olanların sayısı 3 (%20.00), ağrı şiddeti yüksek olanların sayısı ise 12 (%80.00)'dir.

Obsesif kompulsif kişilik bozukluğuna sahip olan 43 hastadan ağrı şiddeti düşük olanların sayısı 20 (%46.50), ağrı şiddeti yüksek olanların sayısı 23 (%53.50)'tür.

Kişilerarası duyarlılığı olan 12 hastadan ağrı şiddeti düşük olanların sayısı 4 (%33.30), ağrı şiddeti yüksek olanların sayısı 8 (%66.70)'dir.

Depresyonda olan 9 hastadan ağrı şiddeti düşük olanların sayısı 5 (%55.60), ağrı şiddeti yüksek olanların sayısı 4 (%44.40)'tür.

Anksiyetesi olan 4 hastadan ağrı şiddeti düşük olanların sayısı 2 (%50.00), ağrı şiddeti yüksek olanların sayısı 2 (%50.00)'dir.

Öfke düşmanlık kişilik bozukluğuna sahip olan 20 hastadan ağrı şiddeti düşük olanların sayısı 9 (%45.00), yüksek olanların sayısı 11 (%55.00)'dir.

Paranoid özellikte kişilik bozukluğu olan 10 hastadan ağrı şiddeti düşük olanların sayısı 3 (%30.00), yüksek olanların sayısı 7 (%70.00)'dir.

Ek skala kiřilik bozukluęuna sahip 31 hastadan aęrı řiddeti dūřūk olanların sayısı 14 (%45.20), yūksek olanların sayısı 17 (%54.80)'dir.

Farklı kişilik ōzellięi olan hastaların hissettikleri ağrı şiddetine ilişkin bu farkın anlamlı olduğu bulunmuştur, χ^2 (sd=8, n=250)= 13.574, $p<.05$. Başka bir anlatımla, hastaların kişilik ōzellięi ile hissettikleri ağrı şiddeti arasında anlamlı bir ilişki vardır.

5. TARTIŞMA

Ağrı, vücudun belirli bir bölgesinden kaynaklı doku hasarına bağlı olan ya da olmayan, kişinin geçmişindeki deneyimleri ile ilgili, hoş olmayan emosyonel bir duyumdur. Böylesine geniş sınırlar içinde tanımlanan ağrı, hem ağrı şikayeti olan hasta için, hem de çevresinde bulunan yakınları, ya da tedavi etmeye çalışan doktorlar için çözülmesi güç bir problemdir^{72,73}. Hastanın inançları, beklentileri, ağrı ile başa çıkma tutumları, sosyal destekleri, aldığı tanılar, sağlık güvenceleri, hatta işverenlerinin yaklaşımı hastanın ağrı denetimi üzerinde etkilidir⁷³. Yapılan bu çalışmada, ağrı duyduğunu söyleyen hastaların algıladığı ağrı şiddetinin, hastaların anksiyete düzeylerinin ve psikososyal etkenlerle olan ilişkisi ve etkileşiminin incelenmesi amaçlanmıştır.

Ağrı subjektif bir semptomdur. Ağrının miktarını veya karakterini tayin etmemize yarayacak biyolojik bir belirteç veya başka bir ölçüm metodu yoktur². Ağrının bilişsel değerlendirilmesi için, Sözel Tanımlama Skalaları (Verbal Descriptor Scales; VDS), Sayısal Değerlendirme Skalaları (Numerical Rating Scale; NSR), Görsel Analog Skala (Visual Analog Scale; VAS), Analog Renkli Devamlı Skala Analog Chromatic Continuous Scale; ACCS), Yüz İfadesi Skalası (Face Scale; FS), Basit Kelime Skalası, Kart Tasnif Yöntemleri, Dermatomal Ağrı Çizimi gibi skalalar kullanılmaktadır⁷⁴⁻⁷⁶. Vizüel Analog Skala, ağrının bilince yansıyan durumunun ölçümü için kullanılan en yaygın tekniktir⁷⁷. Bijur ve arkadaşlarının⁷⁸ yaptığı çalışmada VAS'ın akut ağrının değerlendirilmesinde güvenilir bir yöntem olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada da etkinliği ve güvenilirliğinden dolayı ağrı düzeyinin değerlendirilmesi için VAS kullanılmıştır.

Yapılan çok sayıda çalışma, ağrı algısı ile anksiyete düzeyinin birbiri ile ilişkili olduğunu göstermiştir⁷⁹⁻⁸¹. Kronik ağrı tanılı hastalarda anksiyete semptomları sıklıkla görülmektedir⁸². Dental kaygı düzeyinin değerlendirilmesi için çalışmalarda DAS, MDAS, DFS, DAQ, SDAI, PAQ, VAS gibi yöntemler uygulanmıştır^{66,83-86}. Tunç ve arkadaşlarının⁶⁶ yaptığı çalışmaya göre Türk popülasyonunda MDAS'ın Türkçe versiyonunun geçerlik güvenilirliği araştırılmıştır. Yine literatürde MDAS'ın etkinliğini araştıran çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalara göre MDAS'ın diğer kültürlerde olduğu gibi Türkiyede de geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir^{65,66,87,88}. Bu çalışmada diş hekimliği fakültesine ağrı yakınması ile başvuran hastaların dental kaygı düzeylerinin belirlenebilmesi amacıyla MDAS kullanılmıştır.

Pek çok çalışma kronik ağrının psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olduğunu göstermiştir^{82,89,90}. Ayrıca kişinin ruh hali, o andaki ağrı algısını ve toleransını etkileyebilir^{91,92}. Bu tez çalışmasında da öncelikli amaç literatürde de gösterilen bu ilişkinin değerlendirilmesidir. Kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi için çok çeşitli kişilik envanterleri kullanılmaktadır. Schmitz ve arkadaşlarının⁶⁷ ve Dağ ve arkadaşlarının⁶⁸ yaptığı çalışmalarda SCL-90'ın psikolojik durum değerlendirilmesinde ve ölçülmesinde, mental rahatsızlıkların teşhisinde kullanılan güvenilir bir envanter olduğu bildirilmiştir. Güvenilirlik ve etkinlik özelliklerinin yanısıra uygulama kolaylığı ve süre avantajı da göz önünde bulundurularak bu çalışmada da SCL-90 kullanılmıştır.

Demografik özellikler ile ağrı algısı arasındaki ilişkinin değerlendirildiği Wandner ve arkadaşlarının⁹³ çalışmasına göre etnik köken, yaş ve cinsiyet ağrı algısında değişikliklere neden olan etkenlerdir. Defrin ve arkadaşlarının⁹⁴ çalışmasında da etnik köken ve cinsiyet ile ağrı algısı arasında ilişki bulunmuştur. Gibson ve arkadaşları⁹⁵ yaşın ağrı

algısını etkileyen bir faktör olduğunu göstermiş ve “ileri yaşlarda ağrı yakınma şikayeti ve ağrı algısı artmaktadır” sonucunu çalışmalarında belirtmişlerdir. Smedstad ve arkadaşlarının⁹⁶ romatoid artrit tanılı hasta grubunda yaptıkları çalışmada ise ulaşılan ağrı algısının cinsiyet, yaş, eğitim durumu ve gelir düzeyinden etkilenmediği sonucuna varılmıştır. Bu çalışmada sonucun farklılığının nedeni olarak ağrı türünün sınıflandırılmış olması düşünülebilir. Bizim çalışmamızda ise, ağrı türünün sınıflandırılmadığı çalışmalarla benzer olarak, hastaların yaşı ile hissettikleri ağrının şiddeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ağrının en yüksek hissedildiği yaş grubu VAS’ a göre 40-49’ dur.

Literatürde yaş ile ağrının türünün değerlendirildiği çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Bizim çalışmamızda ise hastaların yaşlarına göre hissettikleri ağrının türü arasındaki korelasyon da değerlendirilmiş ve anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Yapılan literatür taramasında ağrı sıklığının değerlendirildiği bir çalışma bulunmuştur ve bu çalışmada ağrı sıklığının kadınlarda erkeklere oranla %10 fazla bulunduğu bildirilmiştir⁹⁷. Bu konuyla ilgili diğer bir çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuş ve bu farklılığın nedeni hormonal etkenler ile açıklanmaya çalışılmıştır. Ancak bu ilişkiyi irdelemek için yapılan araştırmalarda ağrının cinsiyet hormonlarıyla değil, biyolojik, ruhsal ve sosyo-kültürel etkenlerle ilişkili olduğu ileri sürülmüştür⁹⁸. Kuvvetli ‘nin⁹⁹ yaptığı literatür derlemesinde temporomandibular rahatsızlıkların ve ağrıların görülme sıklığının 12 ve 15 yaşlar arasında arttığı ve kızlarda erkeklere oranla daha fazla olduğu bildirilmektedir. Bu literatür derlemesinde ağrı sınıflaması yapılmış olmasına rağmen ağrı algısında cinsiyet farklılığı olduğu gösterilmiştir. Fillingim ve arkadaşlarının¹⁰⁰ çalışmasına göre kadınlar erkeklere göre daha düşük ağrı eşiğine sahiptirler ve ağrı toleransları daha azdır; gonadal hormonlar,

genetik faktörler gibi multiple biyofizikososyal mekanizmalar ağrı algısı ve hassasiyetini etkileyen faktörlerdendir¹⁰⁰. Ancak yine aynı çalışmaya göre ağrı türü sıcak ve soğuk uyarılarla oluşan ağrı olarak sınıflandırıldığında, ağrı şiddeti ile cinsiyet arasında ilişki bulunmamaktadır¹⁰⁰. Frot ve arkadaşlarının¹⁰¹ biber benzeri bir madde olan ve topikal uygulandığında ağrı oluşumuna neden olan capsaicin uygulaması ve uzaklaştırılması sonrasında oluşan ağrıyı değerlendirdikleri çalışmalarında kadınlar erkeklere göre daha şiddetli ağrı hissetmişlerdir. Thibodeau ve arkadaşlarının¹⁰² yaptığı klinik çalışmaya göre deneyimsel ağrı (experimental pain) algısında cinsiyet ayırt edici bir faktör olarak belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda ise tüm hastalar ağrı yakınması ile başvurduğu için, ağrı sıklığı değerlendirilmemiştir. Hastaların cinsiyeti ile hissettikleri ağrının türü ve ağrının şiddeti arasındaki ilişkiye bakılmış ve bu ilişkiler anlamlı bulunmuştur. Ağrı şiddetiyle başvuran kişilerin %58.80'i kadındır. Kadınlarda ağrı algısı erkeklere göre daha fazladır yorumu yapılabilir. Kadınlar erkeklere göre daha çok zonklama ağrısı hissederken, erkekler kadınlara göre daha çok sızlama ağrısı hissetmektedir.

Dikmen ve arkadaşlarının¹⁰³ yaptığı çalışmaya göre, durumluk-sürekli kaygı düzeyleri ve ağrı şiddeti arasında ilişki saptanamamıştır. Frot ve arkadaşlarının¹⁰¹ yaptığı çalışmaya göre ağrı şiddeti ile anksiyete düzeyi arasında doğru orantı bulunmuştur ve bu oranın erkeklerde kadınlara göre daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır. Yine aynı içerikte olan Thibodeau ve arkadaşlarının¹⁰² yaptığı çalışma ve bizim çalışmamızın bulguları da benzer çıkmakla beraber dental kaygı düzeyi ile ağrı şiddeti arasında ilişki bulunmuştur. Bu sonuca göre kaygı düzeyi yüksek olan kişiler ağrı şiddetini de yüksek hissetmektedirler yorumu yapılabilir.

Pek çok çalışma, ağrının psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olduğunu göstermiştir^{104,105}. Dersh ve arkadaşları¹⁰⁶ kapsamlı hazırlanmış derlemelerinde kronik ağrının, ruh hali, anksiyete, madde kullanımı ve kişilik bozuklukları ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir. McWilliams ve arkadaşlarının¹⁰⁷ çalışmasına göre kronik ağrı yakınması olan bireylerde kişilik ve anksiyete bozukluklarından her biri kronik ağrı yakınması olmayanlara göre daha fazla oranlarda görülmüştür. Bunun sonucunda da kronik ağrı ile depresyon arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi için daha fazla çalışmaya gerek olduğu vurgulanmıştır¹⁰⁷.

Haythornthwaite ve arkadaşlarının¹⁰⁸ yaptığı klinik çalışmaya göre duygusal durum kronik hastalıklarla ilişkili ağrıyı etkiler. Yine benzer bulgulara sahip Krittayaphong ve arkadaşlarının¹⁰⁹ çalışmasına göre depresyon gözlenen kardiyak hastalar depresyon gözlenmeyenlere göre anjina ağrısını durumun şiddetiyle açıklanamayacak kadar daha fazla algırlar. Bu durum Villimure ve arkadaşlarının¹¹⁰ da çalışmalarında belirttiği gibi akut dental ağrılar için de geçerlidir. Preoperatif anksiyete postoperatif ağrı ile korelasyon gösterir. Güzel müzik, koku, film gibi ruh halini olumlu etkileyen durumlar ağrı algısını azaltırken, anksiyete ve bazı kişilik özellikleri ağrı algısını artırır¹¹⁰.

Magni ve arkadaşları¹¹¹, depresyon ve kronik kas-iskelet ağrısı arasında güçlü bir ilişkiye işaret etmiş ve psikolojik faktörleri KYA (Kronik Yaygın Ağrı) 'nın ortaya çıkma nedenlerinden en belirginini olarak göstermişlerdir. Bir kısım çalışmada ise farklı mekanizmaların rol oynadığı fibromyalji sendromu ve romatoid artrit hastalarında depresyon sıklığı benzer bulunmuş ve depresyonun yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkisi olduğu saptanmıştır^{112,113}. Yapılan diğer bir çalışmaya göre her iki cinsiyette de depresyon ile ağrı algısı arasında sistematik olarak bir ilişki olmadığı görülmüştür¹⁰². Bizim çalışmamızda da yüzdesel dağılımlar

incelendiğinde depresyon gözlenen hastalarda ağrı şiddetinin daha yüksek hissedildiği yorumu yapılabilir.

Dikmen ve arkadaşlarının¹⁰³ EMG (Elektromiyografi)'de beklenen ve yaşanan ağrı düzeylerinin depresyon ve anksiyete ile olan ilişkisinin araştırılması amaçlı çalışmalarında ağrı deneyiminin cinsiyet, yaş, beklentiler ve önceki deneyimler ile ilişkili olarak bireyler arasında değişebileceğini göstermişlerdir. Bizim çalışmamızda da; çalışma grubunun özellikleri ve öykünün değerlendirildiği ankette olumsuz diş hekimi deneyimini sorgulanıp, ağrı algısı ve anksiyete ile korelasyonu incelenmiş ve olumsuz diş hekimi deneyiminin anksiyete ve ağrı algısını değiştirdiği sonucuna varılmıştır.

Knaster ve arkadaşlarının⁸² karakter özellikleri ve kronik ağrı ilişkili makalelerinde anksiyete ile ağrı düzeyi arasında ilişki bulunmadığı söylenmiştir. Melo Santos ve arkadaşlarının⁸⁹ fibrimiyalji hastalarının major depresyon ve karakter özellikleri ilişkisinin değerlendirildiği çalışmalarında ağrı yoğunluğu ile karakter özellikleri arasında belirgin bir ilişki olmadığı sonucuna varılmıştır. Klingberg ve arkadaşları¹¹⁴ çalışmalarında, Dental korku, anksiyete ve Dental davranış kontrol problemlerinin çok yaygın olduğunu ve pek çok psikolojik faktörle ilişkili olduğunu, bu ilişkinin değerlendirilmesi için araştırmalar yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Loggia ve arkadaşlarının⁴ dental dokulardaki ağrı algısına psikolojik durumun etkilerini anlattıkları makalelerinde negatif duyguların ağrıyı artırdığı, pozitif duyguların ise ağrı üzerinde olumlu etkilerinin olduğu belirtilmiştir. Bu psikolojik etki dental dokularda akut ağrılar için de geçerlidir, preoperatif anksiyete ile postoperatif ağrı korelasyonuna bakıldığında pozitif korelasyon gözlenmiştir⁴. Bu ilişkiyi, psikolojik faktörlerin beyindeki intrinsik modülatör sistemleri aktive ederek ağrı algısının değişmesine neden olmasıyla açıklamışlar ve bu konuda ileri

alışmalar yapılmasını tavsiye etmiřlerdir⁴.

Öztürk ve arkadaşlarının² ağrıyla ilgili yaptıkları derlemeye göre ağrı algısı psikiyatrik rahatsızlıklarla ilişkili bulunmuştur. Ayrıca ağrı da; depresyon, anksiyete, kognitif bozulma, sosyal izolasyon, uyku bozuklukları, iştah bozuklukları, kilo kaybı, hareket bozuklukları fonksiyonellikte kısıtlanma gibi yaşam kalitesini olumsuz etkileyen pek çok ek problemlere yol açabilmektedir. Pietila Holmner ve arkadaşlarının¹¹⁵ yaptığı kronik ağrılı hastalarda interdisipliner takım çalışması ile rehabilitasyon programlarının etkisinin değerlendirildiği çalışmada program sırasında ve sonrasında günlük yaşam, negatif psikolojik durumda gelişme, anksiyete ve depresyon seviyesinde azalma ve ağrı şiddetinde azalma gözleendiği belirtilmiştir. Bizim alışmamızda psikolojik rahatsızlıkların, anksiyete bozukluklarının ve ağrının tedavisi ile ilgili durumlar ele alınmamıştır. Gelecekte bu konuyla ilgili çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Miyofasial ağrısı olan ya da TME hastalığına eklenen miyofasial ağrısı olan hastaların, psikopatolojik acıdan daha riskli olduğu görölmektedir¹¹⁶. Erberk Özen'in¹¹⁷ Temporomandibuler Bozuklukların Psikiyatrik Yönü ve Bruksizm adlı derlemesine göre süreğen ağrının psikolojik boyutu önceden beri bilindiğinden ve TMB' nin (Temporomandibuler bozukluk) somatizasyon ya da somatoform bozukluklar içinde ele alınması gerekliliğinden bahsedilmektedir. Bizim alışmamızda da somatizasyon gözlenen hastalarda ağrı algısının fazla olduğu düşünölmektedir.

Dikkat; ağrı deneyimini değiştiren ve en yaygın olarak araştırılan psikolojik değişkendir. Klinik ve deneysel bazı çalışmalara göre dikkati farklı yönde olan kişi ağrı şiddetini daha az hisseder^{110,118}. Ancak

aksine bir grup çalışmaya göre de ağrıya odaklanmak bazı bireylerde ağrı şiddetini paradoksal etkiyle azaltmaya yarayabilir. Hadjistavropoulos ve arkadaşlarına¹¹⁹ göre özellikle kronik ağrısı olan hastalar fiziksel duyuları olan ağrıya odaklanarak bunu daha az hissetmişlerdir. Dikkat ve odaklanmanın ağrıya etkisi karmaşıktır ve kişilik özellikleriyle ilişkilidir⁴. Weisenberg ve arkadaşlarının⁹¹ ağrı algısını değerlendirmek için kişilere belirli uzunluk ve türde filmler izleterek dikkatin başka yöne çekilmesinin sağlandığı çalışmada; ağrı algısına film tipi ve uzunluğunun etkisi incelenmiştir. Komedi türünde ve 30 dakikanın üzerinde olan filmlerin, soğuk baskı ağrısı toleransını yükselttiği gözlenmiştir⁹¹. Bizim çalışmamızda kullandığımız kişilik envanteri dikkat ve odaklanmayla ilgili bir parametre içermediğinden dikkat ve odaklanma ile ağrı algısı ilişkisi değerlendirilememiştir. İlerde yapılacak çalışmalarda bu ilişkinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

6. SONUÇLAR

Bu çalışmada, Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Kliniği'ne ağrı yakınması ile başvuran hastaların demografik özellikleri, dental kaygı düzeyleri, kişilik özellikleri ve bunların ağrı algısı ile ilişkileri araştırılmıştır. Demografik özellikler ve öykü adlı anket ile çalışma grubunun özellikleri, VAS ile ağrı şiddeti, MDAS ile dental anksiyete düzeyleri ve SCL-90 ile de kişilik özellikleri değerlendirilmiştir. Ayrıca istatistiksel olarak Ki-Kare Testi kullanılarak ilişkiler ve korelasyonlar değerlendirilmiştir.

Bu çalışmanın sonuçları;

1. Ağrı yakınması ile başvuran hastaların %58.80'i kadın, %41.20'si erkektir. Cinsiyet ile ağrı türü arasında anlamlı bir ilişki vardır. Cinsiyet ile ağrı şiddeti arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kadınlar erkeklere göre daha şiddetli ağrı hissetmektedirler, başka deyişle kadınların ağrı toleransları daha düşüktür.

2. Ağrı yakınması ile başvuran hastaların %67'si 18-29 yaş aralığında, %23'ü 30-49 yaş aralığında, %20'si ise 50 ve üzeri yaştadır. Yani ağrı yakınması en çok 18-29 yaş aralığındadır. Ağrı yakınması ile başvuran hastalarda yaş ile ağrı şiddeti arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. En şiddetli ağrı 40-49 yaş aralığında görülmektedir. Hastaların yaşı ile ağrının türü arasında ise anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

3. Ağrı yakınması ile başvuran hastaların %87.60'ı hayatının herhangi bir döneminde psikolog veya psikiyatriste gitmiştir, %80'inin herhangi başka sağlık problemi yoktur.

4. Ağrı yakınması ile başvuran hastalara en yüksek oranda (%32.80) yapılan tedavi işlemi diş çekimi olmuştur. Takiben %25.20'ine cerrahi operasyon, %16.80'ine dolgu, %9.20'sine medikal tedavi, %8.40'ına kanal tedavisi, %6.80'ine detartraj, %0, 40'ına drenaj, %0.40'ına ise protez tedavisi uygulanmıştır.

5. Ağrı yakınması ile başvuran hastaların %82.40'ı diş tedavi işlemlerinin olumsuz bir deneyim olmadığını, kalanı ise olduğunu belirtmiştir. Hastaların önceki tedavilerinde olumsuz bir tecrübe yaşamaları ile dental kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Diş tedavi işlemlerinde olumsuz tecrübe yaşamış olanlarda dental anksiyete seviyesi daha yüksek bulunmuştur.

6. Ağrı yakınması ile başvuran hastalardan VAS'a göre ağrısının yüksek şiddette olduğunu söyleyenler %51.20, ağrısının düşük şiddette olduğunu söyleyenler ise %48.80'dir.

7. Ağrı yakınması ile başvuran hastaların dental kaygı düzeyleri ile ağrı şiddetleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. Yani dental kaygı düzeyi yüksek bireyler ağrıyı daha şiddetli hissetmektedirler.

8. Ağrı yakınması ile başvuran hastaların kaygı düzeyleri ile ağrı türü arasında anlamlı bir ilişki vardır. Kaygı düzeyi düşük olanlarda sızlama türünde ağrı daha sıklıkla görülürken, kaygı düzeyi yüksek olanlarda dayanılmaz türdeki ağrı daha fazla görülmektedir.

9. Ağrı yakınması ile başvuran hastaların dental kaygı düzeyleri ile kişilik özellikleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. Birkaç örnek verilecek olursa öfke düşmanlık kişilik bozukluğuna sahip olanların %75'inin dental kaygı düzeyi yüksek bulunmuştur. Yine anksiyete bozukluğu olan 4 kişinin tümünün dental kaygı düzeyi de yüksek bulunmuştur.

10. Ağrı yakınması ile başvuran hastaların kişilik özellikleri ile ağrı şiddeti arasında anlamlı bir ilişki vardır. Örneğin paranoid özellikte kişilik bozukluğu olan hastaların %70'i yüksek şiddette ağrı hissetmektedir. Yine somatizasyon belirtisi görülen hastaların %80'i yüksek şiddette ağrı hissetmektedir.

Sonuç olarak bu çalışma, ağrı ve psikososyal etkenlerin ilişki ve etkileşimine farklı bir bakış açısı getirmektedir.

Hastalarda psikiyatrik sorunların sağaltılması, orofasiyal bölgedeki ağrı algılarının ve dental kaygı düzeyinin değişmesini sağlayarak yaşam kalitesinde önemli artışlar sağlayabilir. Bu konuda yapılacak ileriye dönük çalışmalar, psikiyatrik bozukluğun varlığına dikkat çekmenin yanı sıra, davranışsal sağaltım yöntemlerinin geliştirilmesine ve sağaltım giderlerinin azaltılabilmesine katkıda bulunabilir.

Bizim çalışmamızda, psikolojik rahatsızlıkların, anksiyete bozukluklarının ve ağrının tedavisi ile ilgili durumlar ele alınmamıştır. Gelecekte bu konuyla ilgili çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

7. ÖZET

Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Kliniği'ne Ağrı Yakınması ile Başvuran Hastalarda Kişilik Özellikleri ve Diş Tedavi Deneyimleri ile Ağrı Algısı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Kliniği'ne ağrı yakınması ile başvurmuş olan hastalarda anksiyete seviyeleri ve kişilik özellikleri ile ağrı algısı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Tarama türündeki çalışmada 5 bölümden oluşan bir anketten faydalanılmıştır. Anketin ilk bölümünü demografik özellikler ve öykü, ikinci bölümünü orofasial ağrının özellikleri, üçüncü bölümünü hastaların kaygı düzeyini ölçmekte kullanılan Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS), dördüncü bölümünü ağrı düzeyinin saptanmasında kullanılan VAS oluşturmaktadır. Son olarak hastaların kişilik özelliklerinin değerlendirildiği beşinci bölümünü de SCL-90 (Symptom check list-90) oluşturmaktadır. Anketlerden elde edilen veriler Ki-Kare analizi yapılarak frekans ve yüzdelere dönüştürülmüştür.

Sonuç olarak yaş, cinsiyet gibi demografik özellikler; dental kaygı düzeyi; olumsuz diş hekimi deneyimleri ve kişilik özellikleri ile ağrı algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu gözlenmiştir.

Anahtar kelimeler: ağrı, ağrı algısı, dental kaygı, kişilik özellikleri, MDAS, VAS, SCL-90

8.SUMMARY

The Evaluation of the Relationship between the Characteristics and Negative Dentist Experiences of the Patients who Referred to Oral and Maxillofacial Surgery Clinic with Pain Complaints and their Pain Perception

This study covered the patients who referred to Gazi University Faculty of Dentistry Oral and Maxillofacial Surgery Clinic with pain complaints. It was aimed to evaluate the relationship between the personality characteristics and anxiety level of those patients and their pain perception.

In this study, a survey that consists of 5 sections was used. The first part of the survey was consisted of demographic features and patient's story; the second part was about the features of orofacial pain. In the third part (MDAS) Modified Dental Anxiety Scale was used. The forth part was formed of VAS which was used for pain level determination. Finally the fifth part was consisted of SCL-90 (Symptom checklist-90) in which characteristics of the patients were evaluated. The results obtained from the survey were transformed to frequency and percentages by chi-square (χ^2) test.

As a result, a significant relationship was observed between the demographic features such as age and sex, dental anxiety level, negative dentist experiences and characteristics of the patient and their pain perception.

Key words: pain, pain perception, dental anxiety, personal characteristics, MDAS, VAS, SCL-90

9. KAYNAKLAR

1. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by the International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. Pain Suppl 1986; 3:1-226.
2. Öztürk GB, Karan MA, ve ark. Yaşlıda ağrıya yaklaşım. Akad Geriatri 2009; 1:31-44.
3. Cole BE. Pain Management: Classifying, Understanding, and Treating Pain. Hospital phsycian 2002; 23-30.
4. Loggia ML, Schweinhardt P, Villemure C, Bushnell MC, et al. Effects of psychological state on pain perception in the dental environment. J Can Dent Assoc 2008; 74:651-656.
5. Lehrner J, Marwinski G, Lehr S, Johren P, Deecke L, et al. Ambient odors of orange and lavender reduce anxiety and improve mood in a dental office. Physiol Behav 2005; 86:92-95.
6. Aitken JC, Wilson S, Coury D, Moursi AM, et al. The effect of music distraction on pain, anxiety and behavior in pediatric dental patients. Pediatr Dent 2002; 24:114-118.
7. Satoh Y, Nagai E, Kitamura K, et al. Relaxation effect of an audiovisual system on dental patients. Part 2. Palus-amplitude. J Nihon Univ Sch Dent 1995; 37:138-145.
8. Summers S. Evidence-based practice part 1: pain definitions, pathophysiologic mechanisms, and theories. J Perianesth Nurs 2000; 15:357-365.
9. Taub NS WG, Gnatz SM, Cifu DX, et al. Pain rehabilitation 1: definitions and diagnosis of pain. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 1998; 79:49–53.
10. Koleck M, Mazaux JM, Rascle N, Bruchon-Schweitzer M, et al. Psycho-social factors and coping strategies as predictors of chronic

evolution and quality of life in patients with low back pain: A prospective study. *European Journal of Pain* 2006; 10:1-11.

11. Çeliker R, Kronik ağrı sendromları. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg (Özel Ek B)* 2005; 51:14-18.
12. Serpell M. Anatomy, physiology and pharmacology of pain. *Surgery (Oxford)* 2006; 24:350-353.
13. King TL, McCool WF. The definition and assessment of pain. *J Midwifery Womens Health* 2004; 49:471-472.
14. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:S160-172.
15. Hokfelt T, Bartfai T, Bloom F, et al. Neuropeptides: opportunities for drug discovery. *Lancet Neurol* 2003; 2:463-472.
16. Erdine S. Ağrı sendromları ve tedavileri. İstanbul, 1987 3-40, 85-111, 189- 202.
17. Morgan JR, Gebhart GF, et al. Characterization of a model of chronic orofacial hyperalgesia in the rat: contribution of NA(V) 1.8. *J Pain* 2008; 9:522-531.
18. Karadeniz AN, Yücel A, Şermet B, ve ark. Baş-boyun ve orofasiyal ağrılar. 2000.
19. Cengiz T. Endodonti. 6. baskı. İzmir: Ege Üniv. Diş Hek. Fak. Yayınları; 1983.
20. Çalışkan M.K. Endodontide tanı ve tedaviler. Nobel yayıncılık; 2006.
21. Türker M, Yücetaş Ş. Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi. 3.Baskı. Ankara: Özyurt Matbaacılık; 1999.
22. Gedikli O. Yüz Ağrıları. *KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi* 1994; 2:178-181.

23. Farina D, Bodin C, Gandolfi S, De Gasperi W, Borghesi A, Maroldi R, et al. TMJ disorders and pain: assessment by contrast-enhanced MRI. *Eur J Radiol* 2009; 70:25-30.
24. Toda K. Operative treatment of trigeminal neuralgia: review of current techniques. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008; 106:788-805, 805 e781-786.
25. Linghorne WJ. Headache and other head pain arising from the masticatory system. *J Can Dent Assoc (Tor)* 1967; 33:69-74.
26. Doksat MK. Ağrı ve Psikiyatri. *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi-II*, 1997:189–205.
27. Doksat MK. Ağrı ve psikiyatri. *Psikiyatri Dünyası* 1999; 1: 23–31.
28. Washington DC, Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı Köroğlu D (Çev.), 4. baskı, Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994
29. Yüce B. Ağrılı hastanın psikiyatrik değerlendirmesi.
30. Freud S, Breuer J. *Studies on hysteria*. 2.ed. Hogart press 1986
31. Freud S. *Mourning and melancholia*. standard edition. Hogart press 1986
32. Freud S. *Inhibitions, symptoms and anxiety*. standard edition. Hogart press 1986; 20.
33. Engel GL. Psychogenic pain and pain-prone patient. *Am J Med* 1959; 26:899-918.
34. Fordyce WE. *Learning processes in pain*. Philadelphia: Raven press 1986.
35. Lefebvre MF. Cognitive distortion and cognitive errors in depressed psychiatric and low back pain patients. *J Consult Clin Psychol* 1981; 49:517-525.
36. Sternbach RA. *The psychology of pain*. Philadelphia: Raven press 1986.

37. Bayar R, Yavuz M, ve ark. Obsesif kompulsif bzukluk. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri 2008; 62:185-192.
38. Sungur MZ. Fobik Bozukluklar. Psikiyatri Dünyası 1997; 1:5-11.
39. Marks IM. Genetics of fear and anxiety disorders. Br J Psychiatry 1986; 149:406-418.
40. Rubin JG, Slovin M, Krochak M, et al. The psychodynamics of dental anxiety and dental phobia. Dent Clin North Am 1988; 32:647-656.
41. Yıldırım B. Gömülü 20yaş dişi cerrahinde konvansiyonel frez ve ER:YAG lazer yöntemlerinin, anksiyete ve vital bulgular üzerine etkilerinin karşılıklı olarak incelemesi.Doktora. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2010.
42. Öztürk AU. Ruh sağlığı ve bozuklukları 2008.
43. Kiriş S. Ayrıntılı aydınlatılmış onam formunun hasta anksiyetesi ve vital bulguları üzerine etkisi Doktora tezi Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2012.
44. Dugas MJ, Anderson KG, Deschenes SS, Donegan E, et al. Generalized anxiety disorder publications: where do we stand a decade later? J Anxiety Disord 2010; 24:780-784.
45. Ruscio AM, Chiu WT, Roy-Byrne P, et al. Broadening the definition of generalized anxiety disorder: effects on prevalence and associations with other disorders in the National Comorbidity Survey Replication. J Anxiety Disord 2007; 21:662-676.
46. Saygılı R, Elbi H, Sorias S. DSM-III-R Yapılandırılmış. Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu (SCID-I). Ege üniversitesi basımevi İzmir; 1990.
47. Corah NL, Gale EN, Illig SJ, et al. Assessment of a dental anxiety scale. J Am Dent Assoc 1978; 97:816-819.

48. Kvale G, Berg E, Raadal M, et al. The ability of Corah's Dental Anxiety Scale and Spielberger's State Anxiety Inventory to distinguish between fearful and regular Norwegian dental patients. *Acta Odontol Scand* 1998; 56:105-109.
49. Neverlien PO, Backer Johnsen T, et al. Optimism-pessimism dimension and dental anxiety in children aged 10-12 years. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19:342-346.
50. Freeman RE. Dental anxiety: a multifactorial aetiology. *Br Dent J* 1985; 159:406-408.
51. Firestein SK. Patient anxiety and dental practice. *J Am Dent Assoc* 1976; 93:1180-1187.
52. Ayer WA, Jr., Domoto PK, Gale EN, Joy ED, Melamed BG, et al. Overcoming dental fear: strategies for its prevention and management. *J Am Dent Assoc* 1983; 107:18-27.
53. Kent G, Rubin G, Getz T, Humphris G, et al. Development of a scale to measure the social and psychological effects of severe dental anxiety: social attributes of the Dental Anxiety Scale. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24:394-397.
54. Muller-Fahlbusch H. The elderly patient--a psychological being. Also Individuality becomes increasingly distinct. A ZWR interview with Prof. Dr. H. Muller-Fahlbusch. *ZWR* 1981; 90:16-19.
55. Moore R, Birn H, Kirkegaard E, Brodsgaard I, Scheutz F, et al. Prevalence and characteristics of dental anxiety in Danish adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21:292-296.
56. Berggren U, Meynert G, et al. Dental fear and avoidance: causes, symptoms, and consequences. *J Am Dent Assoc* 1984; 109:247-251.
57. Milgrom P, Getz T, Weinstein P, et al. Recognizing and treating fears in general practice. *Dent Clin North Am* 1988; 32:657-665.

58. Kleinknecht RA, Klepac RK, Alexander LD, et al. Origins and characteristics of fear of dentistry. J Am Dent Assoc 1973; 86:842-848.
59. Eli I, Uziel N, Baht R, Kleinhauz M, et al. Antecedents of dental anxiety: learned responses versus personality traits. Community Dent Oral Epidemiol 1997; 25:233-237.
60. Scott DS, Hirschman R, et al. Psychological aspects of dental anxiety in adults. J Am Dent Assoc 1982; 104:27-31.
61. Ragnarsson E. Dental fear and anxiety in an adult Icelandic population. Acta Odontol Scand 1998; 56:100-104.
62. Johansson P, Berggren U, et al. Assessment of dental fear. A comparison of two psychometric instruments. Acta Odontol Scand 1992; 50:43-49.
63. Corah NL. Development of a dental anxiety scale. J Dent Res 1969; 48:596.
64. Sevdaoğlu G, Uçuz Ş, Yazgan İnanç B, Çelik M, et al. Corah Dental Anksiyete Skalasının Türkçe Uyarlamasının Geçerlik-Güvenilirliği ve Dental Anksiyete Görülme Sıklığı. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2006; 7:7-14.
65. Ilguy D, Ilguy M, Dincer S, Bayirli G, et al. Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale in Turkish patients. J Int Med Res 2005; 33:252-259.
66. Tunc EP, Firat D, Onur OD, Sar V, et al. Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) in a Turkish population. Community Dent Oral Epidemiol 2005; 33:357-362.
67. Schmitz N, Hartkamp N, Kiuse J, Franke GH, Reister G, Tress W, et al. The Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R): a German validation study. Qual Life Res 2000; 9:185-193.
68. Dağ İ. Reliability and validity of the Symptom Check List (SCL-90-R) for university students. Türk Psikiyatri Dergisi 1991; 2:5-12.

69. Büyüköztürk Ş, Çakmak EK, Akgün E, Karadeniz Ş, Demirel F, Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Ankara: Pegem Akademi, 2011.
70. Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemi. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2009.
71. Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı. Ankara: Pegem Yayıncılık, 2011.
72. Güzel demir ME. Ağrı Değerlendirme Yöntemleri 1995:11-21.
73. Turk DC. The role of psychological factors in chronic pain. Acta Anaesthesiol Scand 1999; 43:885-888.
74. Chapman CR, Donaldson GW, Davis JJ, Bradshaw DH, et al. Improving individual measurement of postoperative pain: the pain trajectory. J Pain 2011; 12:257-262.
75. Esener Z. Ağrının ölçülmesi. İstanbul: Logos yayıncılık; 1991.
76. Bird HA, Dixon JS, et al. The measurement of pain. Baillieres Clin Rheumatol 1987; 1:71-89.
77. Kelly AM. Does the Clinically Significant Difference in Visual Analog Scale Pain Scores Vary with Gender, Age, or Cause of Pain? 1998; 5:1086-1090.
78. Bijur PE, Silver W, Gallagher EJ, et al. Reliability of the visual analog scale for measurement of acute pain. Acad Emerg Med 2001; 8:1153-1157.
79. Sanikop S, Agrawal P, Patil S, et al. Relationship between dental anxiety and pain perception during scaling. J Oral Sci 2011; 53:341-348.
80. Tsivian M, Qi P, Kimura M, et al. The effect of noise-cancelling headphones or music on pain perception and anxiety in men undergoing transrectal prostate biopsy. Urology 2012; 79:32-36.

81. Ferrell-Torry AT, Glick OJ. The use of therapeutic massage as a nursing intervention to modify anxiety and the perception of cancer pain. *Cancer Nurs* 1993; 16:93-101.
82. Knaster P, Estlander AM, Karlsson H, Kaprio J, Kalso E, et al. Temperament traits and chronic pain: the association of harm avoidance and pain-related anxiety. *PLoS One* 2012; 7:e45672.
83. Appukuttan D, Datchnamurthy M, Tadepalli A, et al. Reliability and validity of the Tamil version of Modified Dental Anxiety Scale. *J Oral Sci* 2012; 54:313-320.
84. Carrillo-Diaz M, Crego A, Armfield JM, Romero M, et al. Adaption and Psychometric Properties of the Spanish Version of the Index of Dental Anxiety and Fear (IDAF-4C+). *Oral Health Prev Dent* 2012; 10:327-337.
85. Aartman IH. Reliability and validity of the short version of the Dental Anxiety Inventory. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26:350-354.
86. Aartman IH, van Everdingen T, Hoogstraten J, Schuurs AH, et al. Self-report measurements of dental anxiety and fear in children: a critical assessment. *ASDC J Dent Child* 1998; 65:252-258, 229-230.
87. Humphris GM, Freeman R, Campbell J, Tuutti H, D'Souza V, et al. Further evidence for the reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale. *Int Dent J* 2000; 50:367-370.
88. Humphris GM, Morrison T, Lindsay SJ, et al. The Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. *Community Dent Health* 1995; 12:143-150.
89. Santos Dde M, Lage LV, Jabur EK, et al. The association of major depressive episode and personality traits in patients with fibromyalgia. *Clinics (Sao Paulo)* 2011; 66:973-978.

90. Pietila Holmner E, Fahlstrom M, Nordstrom A, et al. The effects of interdisciplinary team assessment and a rehabilitation program for patients with chronic pain. *Am J Phys Med Rehabil* 2013; 92:77-83.
91. Weisenberg M, Raz T, Hener T, et al. The influence of film-induced mood on pain perception. *Pain* 1998; 76:365-375.
92. Tang NK, Salkovskis PM, Hodges A, Wright KJ, Hanna M, Hester J, et al. Effects of mood on pain responses and pain tolerance: an experimental study in chronic back pain patients. *Pain* 2008; 138:392-401.
93. Wandner LD, Scipio CD, Hirsh AT, Torres CA, Robinson ME, et al. The perception of pain in others: how gender, race, and age influence pain expectations. *J Pain* 2012; 13:220-227.
94. Defrin R, Eli I, Pud D, et al. Interactions among sex, ethnicity, religion, and gender role expectations of pain. *Gend Med* 2011; 8:172-183.
95. Gibson SJ, Helme RD, et al. Age-related differences in pain perception and report. *Clin Geriatr Med* 2001; 17:433-456, v-vi.
96. Smedstad LM, Kvien TK, Moum T, et al. The relationship between self-reported pain and sociodemographic variables, anxiety, and depressive symptoms in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1995; 22:514–520.
97. Gerdle B, Henriksson C., Bengtsson A, Prevalence of current and chronic pain and their influences upon work and healthcare-seeking: a population study. *J Rheumatol* 2004; 31:1399–1406.
98. Russell I.J. Is fibromyalgia a distinct clinical entity? The clinical investigator's evidence. *Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol*, 1999; 13: 445–454.
99. Kuvvetli SS, Sandallı N, Çocuklarda ve genç erişkinlerde temporomandibular rahatsızlıklar: Literatür Derlemesi. *Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg* 2007:1-9.

100. Fillingim RB. Complex associations among sex, anxiety and pain. Pain.
101. Frot M, Feine JS, Bushnell MC, et al. Sex differences in pain perception and anxiety. A psychophysical study with topical capsaicin. Pain 2004; 108:230-236.
102. Thibodeau MA, Welch PG, Katz J, Asmundson GJ, et al. Pain-related anxiety influences pain perception differently in men and women: A quantitative sensory test across thermal pain modalities. Pain 2012.
103. Dikmen P. OAE, Ilgaz Aydınlar E., Karlıkaya G.,. Elektromiyografide Ağrı ve Emosyonel Durum İlişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye.
104. Vallerand AH, Pieper B, Crawley J, Nordstrom C, Dinardo E, et al. The Prevalence of Pain and Its Association With Psychosocial Factors for Indigent Adults Enrolled in a Primary Care Clinic. Clin J Pain 2013.
105. Rosenbloom BN, Khan S, McCartney C, Katz J, et al. Systematic review of persistent pain and psychological outcomes following traumatic musculoskeletal injury. J Pain Res 2013; 6:39-51.
106. Dersh J, Polatin PB, Gatchel RJ, et al. Chronic pain and psychopathology: research findings and theoretical considerations. Psychosom Med 2002; 64:773-786.
107. McWilliams LA, Cox BJ, Enns MW, et al. Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. Pain 2003; 106:127-133.
108. Haythornthwaite JA, Benrud-Larson LM, et al. Psychological aspects of neuropathic pain. Clin J Pain 2000; 16:S101-105.
109. Krittayaphong R, Light KC, Golden RN, Finkel JB, et al. Relationship among depression scores, beta-endorphin, and angina

pectoris during exercise in patients with coronary artery disease. Clin J Pain 1996; 12:126–133.

110. Villemure C, Bushnell MC, et al. Cognitive modulation of pain: how do attention and emotion influence pain processing? Pain 2002; 95:195–199.
111. Magni G, Moreschi C, Rigatti-Luchini S, Merskey H, et al. Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain. Pain 1994; 56:289-297.
112. Çeliker R BP, Öktem F, Gökçe-Kutsal Y, et al. Psychological disturbance in fibromyalgia: relation with pain severity. Clin Rheumatol 1997; 16:179-184.
113. Çeliker R BP. Fibromyalgia versus rheumatoid arthritis: A comparison of psychological disturbance and life satisfaction. J Musculoske Pain, 2001; 9:35-45.
114. Klingberg G, Broberg AG, et al. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. Int J Paediatr Dent 2007; 17:391-406.
115. Pietila Holmner E, Nordström A, et al. The effects of interdisciplinary team assessment and a rehabilitation program for patients with chronic pain. Am J Phys Med Rehabil 2013; 92:77-83.
116. Kocaman Yıldırım N, Özkan M, Dıraçoğlu D, Saral İ, Karan A, Aksoy C, Özkan S, ve ark. Temporomandibuler Eklem Disfonksiyon Sendromlu Hastalarda Klinik ve Psikopatolojik Özellikler. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, 2012; 58:9-15.
117. Erberk Özen N. Temporomandibuler Bozuklukların Psikiyatrik Yönü ve Bruksizm. Klinik Psikiyatri 2007; 10:148-156.

118. Apkarian AV, Bushnell MC, Treede RD, Zubieta JK, et al. Human brain mechanisms of pain perception and regulation in health and disease. *Eur J Pain* 2005; 9:463-484.
119. Hadjistavropoulos HD, Hadjistavropoulos T, Quine A, et al. Health anxiety moderates the effects of distraction versus attention to pain. *Behav Res Ther* 2000; 38:42

10. EKLER

Ek-1

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE ÖYKÜ

CİNSİYETİNİZ:	KADIN	ERKEK		
YAŞINIZ:				
BOY/KİLO:				
EĞİTİM DÜZEYİ :	Okuryazar	İlkokul	Ortaokul	Lise
	Üniversite/Yüksekokul	Yükseklisans/Doktora		
MEDENİ HAL:				
DOĞUM YERİ/YAŞADIĞINIZ İL (SON 5 YILDIR):				
HERHANGİ BİR SAĞLIK SORUNUNUZ VAR MI? EVET İSE , İSMİ:				
SÜREKLİ KULLANDIĞINIZ İLAÇ VAR MI? EVET İSE, İSİMLERİ:				
PSİKOLOG VEYA PSİKİYATRİSTE GİTTİNİZ Mİ?				
NE ŞİKAYETLE BAŞVURDUNUZ?				
20 Yaş Dişi	Çürük	Şişlik	Eklem Problemi	Dişeti Problemi
Kırık Diş	Eksik Diş		Kist-Tümör	Diğer (Yazınız) :
UYGULANAN TEDAVİ İŞLEMİ NE İDİ?				
Çekim	Dolgu	Kanal Tedavisi	Diştaşı Temizliği	
Apse Drenajı	İlaç Tedavisi	Ameliyat		
AĞIZ DIŞ ÇENE CERRAHİSİ İLE İLGİLİ BİR UYGULAMA YAPILDI MI? (ÇEKİM, GÖMÜLÜ DİŞ OPERASYONU,KÖK UCU REZEKSİYONU, MAKSİLLOFASİYAL CERRAHİ VB.)				
TEDAVİ İŞLEMLERİ SİZİN İÇİN OLUMSUZ BİR DENEYİM Mİ?				
AĞIZDA EKSİK DİŞ MEVCUDİYETİ/SAYISI NEDİR?				

Ek-1**AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

AĞRININ;

YERİ:	Sağ Üst Arka	Sol Üst Arka	Üst Ön	Eklem	Dil – Dilaltı	Baş-Boyun
	Sağ Alt Arka	Sol Alt Arka	Alt Ön	Dişeti	Kulak	Göz
	YAYILIMI VAR MI:		EVET	HAYIR		
TÜRÜ: (İŞARETLEYİNİZ)						
ZONKLAMA	ELEKTRİK ÇARPMASI			SIZLAMA	DAYANILMAZ	
SÜRESİ: (İŞARETLEYİNİZ)						
BİRKAÇ SANİYE	1 DAKİKADAN AZ	1 DAKİKADAN FAZLA	15 DAKİKA VE DAHA FAZLA			
ARTIRAN FAKTÖRLER:(İŞARETLEYİNİZ)						
SICAK	SOĞUK	YEMEK YEME ESNASINDA				YOK
AZALTAN FAKTÖRLER:(İŞARETLEYİNİZ)						
SICAK	SOĞUK	ANALJEZİK KULLANIMI				YOK

Ek-2

Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS)

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 çok korkarım.

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

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

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

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

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. Çok korkarım, vücudumda 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. Çok korkarım, vücudumda terleme ve bulantı gibi değişiklikler hissederim.

Ek-3

AĞRI DÜZEYİ											
AĞRI ŞİDDETİNİZİ AŞAĞIDAKİ ÖLÇEK ÜZERİNDE İŞARETLEYİNİZ											
Hiç ağrı olmaması						En dayanılmaz ağrı					
↑	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	↑

TARİH

Ek-4

SCL-90

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınmaların ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatle okuyunuz. Sonra bu durumun bu gün de dâhil olmak üzere son üç ay içerisinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini gösterilen şekilde numaralandırarak boşluk bırakılan yere yazınız.

- | | | |
|---|---|----------------|
| 0 | = | Hiç |
| 1 | = | Çok az |
| 2 | = | Orta derecede |
| 3 | = | Oldukça fazla |
| 4 | = | İleri derecede |

1	Baş ağrısı	
2	Sinirlilik ya da i�inin titremesi	
3	Zihinden atamadığınız tekrarlayan, ho�a gitmeyen düşünceler	
4	Baygınlık ya da ba� dönmesi	
5	Cinsel arzu ve ilginin kaybı	
6	Başkaları tarafından ele�tirilme duygusu	
7	Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri	
8	Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu	
9	Olayları anımsamada güçlük	
10	Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler	
11	Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi	
12	Göğüs ya da kalp bölgesinde a�rılar	
13	Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi	

14	Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali	
15	Yaşamınızın sonlanması düşünceleri	
16	Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma	
17	Titreme	
18	Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi	
19	İştah azalması	
20	Kolayca ağlama	
21	Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi	
22	Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi	
23	Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma	
24	Kontrol edilemeyen öfke patlamaları	
25	Evden dışarı yalnız çıkma korkusu	
26	Olanlar için kendisini suçlama	
27	Belin alt kısmında ağrılar	
28	İşlerin yapılmasında erteleme duygusu	
29	Yalnızlık hissi	
30	Karamsarlık hissi	
31	Her şey için çok fazla endişe duyma	
32	Her şeye karşı ilgisizlik hali	
33	Korku hissi	
34	Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali	
35	Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi	
36	Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu	
37	Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi	
38	İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak	
39	Kalbin çok hızlı çarpması	
40	Bulantı ve midede rahatsızlık hissi	
41	Kendini başkalarından aşağı görme	
42	Adale (kas) ağrıları	
43	Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi	
44	Uykuya dalmada güçlük	
45	Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme	
46	Karar vermede güçlük	
47	Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu	
48	Nefes almada güçlük	

49	Soğuk veya sıcak basması	
50	Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelerden kaçınma durumu	
51	Hiç bir şey düşünmeme hali	
52	Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması	
53	Boğazınıza bir yumru takınmış hissi	
54	Gelecek konusunda ümitsizlik	
55	Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük	
56	Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi	
57	Gerginlik veya coşku hissi	
58	Kol ve bacaklarda ağırlık hissi. Aşırı yemek yeme	
59	Ölüm ya da ölme düşünceleri	
60	Aşırı yemek yeme	
61	İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma	
62	Size ait olmayan düşüncelere sahip olma	
63	Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması	
64	Sabahın erken saatlerinde uyanma	
65	Yılanma, sayma, dokunma, gibi bazı hareketleri yineleme hali	
66	Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama	
67	Bazı şeyleri kırıp dökme hissi	
68	Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması	
69	Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme	
70	Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi	
71	Her şeyin bir yük gibi görünmesi	
72	Dehşet ve panik nöbetleri	
73	Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi	
74	Sık sık tartışmaya girme	
75	Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali	
76	Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu	
77	Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme	
78	Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme	
79	Değersizlik duygusu	
80	Size kötü bir şey olacakmış hissi	
81	Bağırma ya da eşyaları fırlatma	
82	Topluluk içinde bayılacağınız korkusu	

83	Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	
84	Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması	
85	Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi	
86	Korkutucu türden düşünce ve hayaller	
87	Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi	
88	Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama	
89	Suçluluk duygusu	
90	Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi	

Ek-5

Hasta Onay Formu

Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Cerrahisi bölümünde yürütülen **“Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Kliniğine Ağrı Yakınması ile Başvuran Hastalarda Diş Tedavi Deneyimleri ve Kişilik Özellikleri ile Ağrı Algısı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi”** adlı çalışmanın amacı, yöntemi ve bilime katkısı konularında bilgilendirildim. İlgili anket çalışmasına katılmayı kendi rızamla kabul ediyorum.

Tarih :

Adı Soyadı:

İmza :

Ek-6



GAZİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU DEĞERLENDİRME FORMU

DEĞERLENDİRME KURULUNUN ADI	Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
AÇIK ADRES	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası 06500 Beşevler/Ankara
TELEFON	0312 202 69 58
FAKS	0312 202 46 73
E-POSTA	tipetikkurul@gazi.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Kliniğine Ağrı Yakınması İle Başvuran Hastalarda Diş Tedavi Deneyimleri ve Kişilik Özellikleri İle Ağrı Algısı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Barış ŞİMŞEK	
	UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	UZMANLIK TEZİ ☐	AKADEMİK AMAÇLI ☐
		DİĞER ☐ İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMA ☒	(Doktora Tezi) ☒ İLAÇ DIŞI GİRİŞİMSEL ☐ İLAÇ DIŞI GİRİŞİMSEL OLMAYAN (C.1) Anket çalışmaları ve yaşam kalitesi ile ilgili araştırmalar

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon No	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ		☒	
	SIGORTA			
			☐	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 270	Toplantı tarihi: 13.07.2011
	Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesinde Prof.Dr.Barış Şimşek'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıdaki künyede kayıtlı başvuru bilgileri verilen, Doktora Tezi ve anket çalışması olan klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına G.Ü.T.F. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesinin son versiyonu, İyi Klinik Uygulamaları (Uluslararası ICH-GCP) kılavuzu ve bununla ilgili 2001/20/EC ve 2005/28/EC sayılı Avrupa Birliği direktifleri, Biyoloji ve Tıbbın uygulanması bakımından İnsan Hakları ve İnsan haysiyetinin korunması sözleşmesi ve İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin onaylanmasının uygun bulunduğu dair kanun (9.12.2003 tarihli 25311 sayılı Resmi Gazete), 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu (06.11.1981 tarihli 17506 sayılı Resmi Gazete), Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
	ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Prof.Dr.Canan ULUOĞLU					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Prof.Dr.Canan ULUOĞLU BAŞKAN	Tıbbi Farmakoloji	G.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	



GAZİ ÜNİVERSİTESİ (GİRİŞİMSSEL OLMAYAN) KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

DEĞERLENDİRME FORMU

DEĞERLENDİRME KURULUNUN ADI	Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
AÇIK ADRES	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası 06500 Beşevler/Ankara
TELEFON	0312 202 69 58
FAKS	0312 202 46 73
E-POSTA	tipetikkurul@gazi.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Kliniğine Ağrı Yakınması İle Başvuran Hastalarda Diş Tedavi Deneyimleri ve Kişilik Özellikleri İle Ağrı Algısı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.M.Barış ŞİMŞEK		
	UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	UZMANLIK TEZİ ☐	AKADEMİK AMAÇLI ☐	
		DİĞER ☐	İLAÇ DIŞI GİRİŞİMSSEL ☐ İLAÇ DIŞI GİRİŞİMSSEL OLMAYAN 2- Anket çalışması ☒	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon No	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİL. GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ		☒	
	SİGORTA		☐	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 370	Toplantı tarihi: 04.11.2012
	Üniversitemiz Diş Hekimliği Fakültesinde 13.07.2011 tarih ve 270 sayılı ile Fakültemiz Etik Kurulu'ndan daha önce onay alınan ve Prof.Dr.M.Barış Şimşek'in sorumluluğunda yapılması planlanan, yukarıdaki künyede kayıtlı başvuru bilgileri verilen anket çalışmasının metodunda, kullanılan "NEO Beş Faktör kişilik Envanteri" yerine "SCL-90 (Symptom Check List) Kişilik Envanteri" kullanılmasına ilişkin değişiklik yapıldığını ve bu değişikliklerin sebebini ekte sunulan yeni protokolda detaylı olarak anlattıklarını beyan eden araştırmacı bildirimi, (Protokol değişikliği) G.Ü.T.F. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunda incelenmiş ve üyelerinin oybirliği ile uygun bulunmuştur. Değerlendirilen Evraklar: (Ekler): 1- Sorumlu araştırmacının Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'na konu ile ilgili bilgilendirme ve izin dilekçesi (09.11.2012 tarih ve imzalı) 2- Çalışmanın yeni versiyon protokolü ve yeni anket formu 3- G.Ü.T.F Etik Kurulu onay kararı örneği	

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca bu sürecin mesleki beceri ve yeteneklerimi geliştirmem için faydalı olmasını sağlayan, benimle bilgi ve tecrübesini paylaşan, meslek hayatının yanında sosyal hayata bakışını da örnek aldığım, öğrencisi olmaktan her zaman onur ve mutluluk duyduğum çok değerli doktora danışmanım Sayın Prof. Dr. M.Barış ŞİMŞEK' e,

Tez çalışmalarına başladığım ilk günden itibaren bir saniye olsun benden yardım ve desteğini esirgemeyen, bilgisini cömertlikle paylaşan, birlikte çalışmaktan her zaman onur ve mutluluk duyduğum sevgili hocam Sayın Doç. Dr. Berrin IŞIK'a,

Doktora çalışmalarım süresince bilgi ve tecrübesini esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Şule YÜCETAŞ' a, Sayın Prof. Dr. Nadir GÜNGÖR'e ve kendilerinin şahsında tüm değerli hocalarıma,

Tez çalışmalarımın tüm aşamalarında çok yardımcı olan Dt. Erkan ÇIRAK'a,

Tezimin istatistikle ilgili bölümünde emeği geçen Gülçin ÇIRAK'a,

Klinik psikolog Sayın Mehtap ÖZDEMİR'e,

Destek ve sevgilerini her zaman hissettiğim başta Dt. Emre ÇOLAK, Dt. Yeliz KILINÇ ve Dt. Akın ÖZTEMEL olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma,

Tüm hayatım boyunca bana en büyük desteği sağlayan canımdan çok sevdiğim annem, babam ve kardeşime,

Beni her konuda her zaman destekleyen hayat arkadaşım Uygur ÜRER'e,

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum...

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı : Çiğdem
Soyadı : ŞENTÜRK ÜRER
Doğum Yeri : SAMSUN
Doğum Tarihi : 25.09.1984

Vezirköprü Atatürk İlköğretim Okulu'nda ilköğrenimimi, Vezirköprü Anadolu Lisesi'nde orta öğrenimimi tamamladım. 2002 yılında Samsun Atatürk Anadolu Lisesi'nden mezun oldum. Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nden 2008 yılında mezun olup, 2009 yılında Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı'nda doktora eğitimime başladım. 2011 yılında Genel Cerrahi, Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dallarında, 2012 yılında ise Acil Tıp, Kulak Burun Boğaz ve Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dallarında rotasyon eğitimlerimi tamamladım. Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş Çene Cerrahisi Anabilim Dalı'nda doktora faaliyetlerime devam etmekteyim.

Yabancı Dilleri : İngilizce

Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar: Türk Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Derneği

Bilimsel Etkinlikleri:

Poster Sunumları

Primary B-cell Malignant Lymphoma of the Maxilla: A case report,

A Faulty Clinical Diagnosis Globulomaxillary Cyst: A Case Report,

Double Lip: A Case Report