



**CERRAHİ GİRİŞİM YAPILACAK OLAN HASTALARIN İŞLEM
ÖNCESİNDE GÖRSEL VE SÖZLÜ OLARAK BİLGİLENDİRİLMESİNİN
ANKSİYETE ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Ayşenur Nergiz TANIDIR

**DOKTORA TEZİ
AĞIZ DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

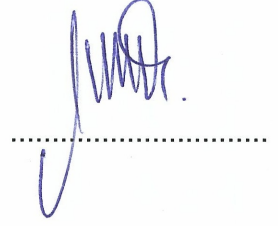
Temmuz 2015

Ayşenur Nergiz TANIDIR tarafından hazırlanan “Cerrahi Girişim Yapılacak Olan Hastaların İşlem Öncesinde Görsel ve Sözlü Olarak Bilgilendirilmesinin Anksiyete Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / ~~OY ÇOKLUĞU~~ ile Gazi Üniversitesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalında DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Mustafa Sancar ATAÇ

Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum / ~~onaylamıyorum~~



Başkan : Prof. Dr. Ziver Ergün YÜCEL

Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum / ~~onaylamıyorum~~



Üye : Prof. Dr. Mustafa ÖZTÜRK

Anabilim Dalı, Üniversite Adı

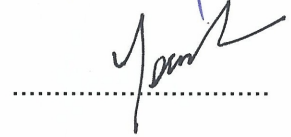
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum / ~~onaylamıyorum~~



Üye : Doç. Dr. Mustafa Yiğit SAYSEL

Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Hacettepe Üniversitesi

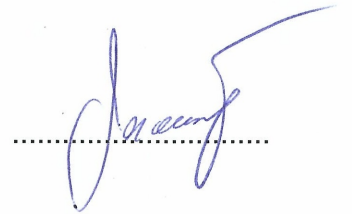
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum / ~~onaylamıyorum~~



Üye : Prof. Dr. Umut SARAÇOĞLU TEKİN

Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Kırıkkale Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum / ~~onaylamıyorum~~



Tez Savunma Tarihi: 30.7.2015

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Doktora Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

Doç. Dr. Ufuk KOCA ÇALIŞKAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

.....

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dökümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Ayşenur Nergiz TANIDIR
30/07/2015



CERRAHİ GİRİŞİM YAPILACAK OLAN HASTALARIN İŞLEM ÖNCESİNDE
GÖRSEL VE SÖZLÜ OLARAK BİLGİLENDİRİLMESİNİN ANKSİYETE ÜZERİNE
ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

(Doktora Tezi)

Ayşenur Nergiz TANIDIR

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Temmuz 2015

ÖZET

Diş hekimi korkusu en sık rastlanan korkular arasında dördüncü sırada yer almaktadır. Hastanın tedavi öncesinde kendisine yapılacak işlem hakkında bilgilendirilmesinin, anksiyete düzeyinin azalmasına katkıda bulunduğu çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir. Çalışmanın amacı ağız diş çene cerrahisinde gömülü diş çekimi ve ortognatik cerrahi işlem yapılan bireylerde ideal bilgilendirme yönteminin nasıl olması gerektiğini araştırmaktır. Gömülü diş çekimi ve ortognatik cerrahi işlem uygulanan hastalar işlemden önce kontrol grubu (n=42/n=9); cerrahin seslendirdiği video grubu (n=43/n=9) ve sessiz video grubu (n=44/n=9) olmak üzere 3 alt gruba randomize edildi. Tüm gruplarda yer alan hastalar anksiyete ve ağrı açısından gömülü diş çekimi yapılan grupta işlemden 3 gün öncesinde; ortognatik cerrahi uygulanan grupta ise işlemden 1 gün öncesinde; bilgilendirme videosunu izledikten hemen sonra; ameliyattan hemen önce ve ameliyattan hemen sonra değerlendirildi. Değerlendirmede anksiyete için durumluluk ve sürekli kaygı ölçeği (STAI-S / STAI-T); modifiye dental anksiyete skalası (MDAS); dental anksiyete sorusu (DAS) ve ağrı için ise görsel analog skalası (VAS) kullanıldı. Toplam 156 hasta çalışmaya alındı. Tüm gruplardaki hastaların sosyodemografik parametreleri ve başlangıçtaki anksiyeteleri (STAI-S, STATI-T, MDAS, DAQ skorları) benzer bulundu. Anksiyete açısından skalalara bakılıp anket dönemleri birbiri ile karşılaştırıldığında tüm grupların sonuçlarının birbirine benzer olduğu saptandı. Ancak video grubundaki hastaların kontrol grubundakinden daha memnun olduğu tespit edildi.

Bilim Kodu : 1003.1

Anahtar : Anksiyete, multimedya kullanımı, preoperatif bilgilendirme,
Kelimeler gömülü diş çekimi, ortognatik cerrahi

Sayfa Adedi : 125

Danışman : Doç. Dr. Mustafa Sancar ATAÇ

THE EVALUATION OF THE EFFECT OF VISUAL AND VERBAL INFORMATION
ON ANXIETY IN PATIENTS
PRIOR TO SCHEDULED SURGERY

(Ph. D. Thesis)

Ayşenur Nergiz TANIDIR

GAZI UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

July 2015

ABSTRACT

Dental fear is the fourth most common fear among the population. Also it's known that well-informed patients seemed to have a less anxious state providing the least anxiety prior to a scheduled surgery. The purpose of this study is to investigate the ideal patient information type prior to impacted tooth extraction and orthognathic surgery. Patients scheduled for impacted tooth extraction and orthognathic surgery were randomized into 3 subgroups; control group (n=42/n=9); surgeon covered video group (n=43/n=9); silent video group (n=44/n=9). Each group was assessed for anxiety and pain perception in 3 days prior to impacted tooth extraction and in 1 day prior to orthognathic surgery; right after watching the informative video, just prior to surgery, and after the surgery. Assessments were done with State-Trait Anxiety Inventory (STAI-S / STAI-T), Modified Dental Anxiety Scale (MDAS), Dental Anxiety Question (DAQ) and visual analog scale (VAS) for pain. A total of 156 patients were enrolled in the study. Social-demographic parameters and baseline anxiety (STAI-S, STATI-T, MDAS, DAQ scores) of groups were found similar. Scales did not show any statistically significant difference for anxiety in all periods. But the patients that rank among the video group reported more satisfaction than the control group.

Science Code : 1003.1

Key Words : Anxiety, multimedia usage, preoperative informing, impacted tooth extraction, orthognathic surgery

Page Number : 125

Advisor : Associated Professor Mustafa Sancar ATAÇ

TEŞEKKÜR

Doktora eğitim sürecimde mesleki beceri ve yeteneklerimi geliştirmemde bilgi ve deneyimini esirgemeyen, doktora tez sürecimin her aşamasında yapıcı eleştirileri ile hep yanımda olan, değerli fikirlerinden yararlandığım, çalışmamın başarıyla sonuçlanabilmesine destek veren, öğrencisi olmaktan ve birlikte çalışmaktan her zaman onur ve mutluluk duyduğum çok değerli doktora danışmanım Sayın Doç. Dr. Mustafa Sancar ATAÇ'a,

Diş hekimliği ve doktora eğitim sürecimin her aşamasında bana destek olan anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. İnci Rana KARACA'ya, danışman hocalarım olan Prof. Dr. Mustafa Öztürk ve Doç. Dr. Mustafa Yiğit SAYSEL ile tüm değerli bölüm hocalarıma,

Doktora eğitim sürecimde her zaman yanımda olan, kendilerinden çok şey öğrendiğim sevgili kıdemlilerim Dr. Akın ÖZTEMEL, Dr. Erkan ÇIRAK, Dr. Başak KURDOĞLU ÖZTEMEL ve Dr. Çiğdem ŞENTÜRK ÜRER'e,

Yardımlarına ne zaman ihtiyaç duysam yanımda olan, aynı dönemde doktora eğitimine başladığım sevgili arkadaşım, can dostum Ezgi KARAÇELEBİ'ye, destek ve sevgilerini her zaman hissettiğim Begüm KARAN, Begüm OKUR, Şerif RZAYEV, Hamed RAD, Deniz YAMAN, Kübra ÖZTÜRK, Zeliha AVCI, Hümeysra YAZAR, Sibel ÇEBİ, Hacer ULUTÜRK ve Dilara ÖZTÜRK başta olmak üzere tüm değerli asistan arkadaşlarıma,

Tez dönemimde destek ve yardımlarını esirgemeyen Nuran Beyazıt SEZER ve Melek TOYGÜN başta olmak üzere tüm bölüm hemşirelerimize, sekreterlerimize ve çalışanlarımıza,

Uzun yıllardır manevi desteklerini ve sevgilerini her zaman derinden hissettiğim biricik dostlarım Nagehan DUYGU AKTAŞ, Şafak ERKÜN, Tuba ÇİFTÇİ, Ayşe Nurper ÇALIŞKAN ve Tuğçe DEMİRTAŞ ŞAHİN'e,

Hayatımın her anında maddi ve manevi katkılarıyla, sabır ve anlayışlarıyla bana katlanan, çalışmalarındaki başarımın gerçek mimarları olan canım annem Hatice TANIDIR, babam Abdurrahman TANIDIR, sevgili ağabeylerim Yılören TANIDIR ve Cansaran TANIDIR ile yengelerim Suzan ve Canan TANIDIR'a ve hayatımıza neşe getiren biricik yeğenlerim Kaan, Ceren, Berk, Mine ve Mert'e,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ	x
ŞEKİLLERİN LİSTESİ	xi
RESİMLERİN LİSTESİ	xiii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Anksiyete.....	3
2.1.1.Tanımı.....	3
2.1.2. Preoperatif anksiyete	4
2.1.3. Dental anksiyete	5
2.1.4. Dental anksiyetenin etiyolojisi	8
2.1.5. Dental anksiyetenin sıklığı	9
2.1.6. Dental anksiyete kısır döngüsü	10
2.1.7. Anksiyetik hastanın teşhisi	11
2.1.8. Anksiyetenin değerlendirilmesi.....	12
2.2. Anket.....	17
2.3. Hastayı Bilgilendirme Yöntemleri.....	18
2.4. Ağız Diş ve Çene Cerrahisinde Uygulanan Tedaviler.....	21
2.4.1. Gömülü dişler.....	22

	Sayfa
2.4.2. Ortognatik cerrahi işlemler	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM	39
3.1. Çalışmanın Tasarımı	39
3.1.1. Çalışma iki tip cerrahi işlem için birbirinden ayrı ayrı yürütülmüştür	39
3.1.2. Araştırmaya dahil olma kriterleri.....	41
3.1.3. Dışlanma kriterleri	41
3.1.4. Araştırmadan çıkartılma kriterleri	41
3.1.5. Güvenlik kriterleri	42
3.2. İstatistiksel, Analitik Yöntemler.....	43
4. BULGULAR	47
4.1. Gömülü Yirmi Yaş Diş Çekimi İle İlgili Bulgular	47
4.1.1. Demografik veriler	47
4.1.2. Demografik verilerin anksiyete ile ilişkisi	56
4.1.3. Grupların birbiriyle karşılaştırılması.....	57
4.1.4. Memnuniyet ve anksiyete.....	65
4.2. Ortognatik Cerrahi İşlemler İle İlgili Bulgular	67
4.2.1. Demografik veriler	67
4.2.2. Demografik verilerin anksiyete ile ilişkisi	76
4.2.3. Grupların birbiriyle karşılaştırılması.....	79
4.2.4. Memnuniyet ve anksiyete.....	85
5. TARTIŞMA.....	89
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	99
6.1. Gömülü Diş ile İlgili Grupta Elde Edilen Sonuçlar ve Öneriler	99
6.2. Ortognatik Cerrahi ile İlgili Grupta Elde Edilen Sonuçlar ve Öneriler.....	100

	Sayfa
6.3. Çalışmanın Eksikleri.....	100
KAYNAKLAR.....	101
EKLER.....	109
EK-1. Tezin uygulandığı hasta grupları	110
EK-2. Gömülü diş çekimi yapılacak hastaların randomize edildiği alt gruplar ve anketlerin uygulandıkları dönemler	111
EK-3. Ortognatik cerrahi uygulanacak hastaların randomize edildiği alt gruplar ve anketlerin uygulandıkları dönemler	112
EK-4. Etik kurul onay yazısı.....	113
EK-5. Tezde kullanılan anketlerin içeriği.....	116
ÖZGEÇMİŞ	123

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.1. Gömülü diş çekimi yapılan hastaların demografik özelliklerinin gruplara göre dağılımı (İstatistiksel olarak anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edildi.) (SS, standart sapma).....	50
Çizelge 4.2. Gömülü diş tedavisi uygulanan tüm grupların anksiyete skorlarının, anketlerin yapıldığı zaman aralığına göre aldıkları ortalama skorları (Paired sample t test uygulandı) (İstatistiksel olarak anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edildi.) (SS, standart sapma)	57
Çizelge 4.3. Gömülü diş tedavisi uygulanan tüm grupların anksiyete skorlarının, anketlerin yapıldığı zaman aralığına göre aldıkları ortalama skorları (Annova testi uygulandı) (İstatistiksel olarak anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edildi.) (SS, standart sapma)	64
Çizelge 4.4. Ortognatik cerrahi işlem uygulanan hastaların demografik özelliklerinin gruplara göre dağılımı (İstatistiksel olarak anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edildi.) (SS, standart sapma).....	69
Çizelge 4.5. Ortognatik cerrahi işlem uygulanan tüm grupların anksiyete skorlarının anketlerin yapıldığı zaman aralığına göre aldıkları ortalama skorları (Paired sample t test uygulandı) (İstatistiksel olarak anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edildi.) (SS, standart sapma)	79
Çizelge 4.6. Ortognatik cerrahi işlem uygulanan tüm grupların anksiyete skorlarının, anketlerin yapıldığı zaman aralığına göre aldıkları ortalama skorları (Annova testi uygulandı) (İstatistiksel olarak anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edildi.) (SS, standart sapma)	85

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 2.1. Dental korku ve anksiyetenin gelişimi ile ilgili model	8
Şekil 2.2. Anksiyete döngüsünün şeması	11
Şekil 4.1. Gömülü diş çekimi yapılan hastaların demografik özelliklerinin gruplara göre dağılımı-1	48
Şekil 4.2. Gömülü diş çekimi yapılan hastaların demografik özelliklerinin gruplara göre dağılımı-2	49
Şekil 4.3. Gömülü diş çekimi yapılan hastaların dental alışkanlıklarının gruplara göre dağılımı	51
Şekil 4.4. Gömülü diş çekimi yapılan hastaların dental deneyimlerinin gruplara göre dağılımı.....	52
Şekil 4.5. Gömülü diş çekimi yapılan hastaların isteklerinin gruplara göre dağılımı.....	54
Şekil 4.6. Gömülü diş çekimi yapılan hastaların hekim cinsiyet tercihinin hasta cinsiyeti ile ilişkisi	55
Şekil 4.7 Gömülü diş çekimi yapılan hastaların yaş gruplarına göre hekim yaş isteğinin tercihi.....	55
Şekil 4.8.Gömülü diş çekimi yapılan hastaların randomizasyondan sonraki anksiyete skorlarının gruplara göre dağılımı	56
Şekil 4.9.Gömülü diş çekimi yapılan hastaların ortalama STAI-S skorlarının gruplara göre dağılımı	59
Şekil 4.10. Gömülü diş çekimi yapılan hastaların ortalama MDAS skorlarının gruplara göre dağılımı.....	60
Şekil 4.11. Gömülü diş çekimi yapılan hastaların ortalama DAQ skorlarının gruplara göre dağılımı.....	62
Şekil 4.12. Gömülü diş çekimi yapılan hastaların ortalama VAS skorlarının gruplara göre dağılımı.....	63
Şekil 4.13. Gömülü diş çekimi yapılan hastalardan video izleyen grupların memnuniyetinin gruplara göre dağılımı.....	65
Şekil 4.14. Gömülü diş çekimi yapılan hastaların bir sonraki tedavide bilgilendirme yöntemi tercihinin gruplara göre dağılımı	66
Şekil 4.15. Ortognatik cerrahi işlem uygulanan hastaların demografik özelliklerinin gruplara göre dağılımı-1	68

Şekil	Sayfa
Şekil 4.16. Ortognatik cerrahi işlem uygulanan hastaların demografik özelliklerinin gruplara göre dağılımı-2	70
Şekil 4.17. Ortognatik cerrahi işlem uygulanan hastaların dental alışkanlıklarının gruplara göre dağılımı	71
Şekil 4.18. Ortognatik cerrahi işlem uygulanan hastaların dental deneyimlerinin gruplara göre dağılımı.....	72
Şekil 4.19. Ortognatik cerrahi işlem uygulanan hastaların isteklerinin gruplara göre dağılımı.....	74
Şekil 4.20. Ortognatik cerrahi işlem uygulanan hastaların hekim cinsiyet tercihinin hasta cinsiyeti ile ilişkisi	75
Şekil 4.21. Ortognatik cerrahi işlem uygulanan hastaların yaş gruplarına göre hekim yaş tercihinin dağılımı.....	75
Şekil 4.22. Ortognatik cerrahi işlem uygulanan hastaların randomizasyondan sonraki ortalama anksiyete skorlarının gruplara göre dağılımı	76
Şekil 4.23. Ortognatik cerrahi işlem uygulanan hastaların ortalama STAI-S skorlarının gruplara göre dağılımı	80
Şekil 4.24. Ortognatik cerrahi işlem uygulanan hastaların ortalama MDAS skorlarının gruplara göre dağılımı.	82
Şekil 4.25. Ortognatik cerrahi işlem uygulanan hastaların ortalama DAQ skorlarının gruplara göre dağılımı	83
Şekil 4.26. Ortognatik cerrahi işlem uygulanan hastaların ortalama VAS skorlarının gruplara göre dağılımı	84
Şekil 4.27. Ortognatik cerrahi işlem uygulanan hastalardan video izleyenlerin memnuniyetinin gruplara göre dağılımı.....	86
Şekil 4.28. Ortognatik cerrahi işlem uygulanan hastaların bir sonraki tedavide bilgilendirme yöntemi tercihinin gruplara göre dağılımı	87

RESİMLERİN LİSTESİ

Resim	Sayfa
Resim 3.1. Video grubunda yer alan hastaların video izledikleri yer.....	42
Resim 3.2. Gömülü diş çekiminin gösterildiği videodan bir bölüm	43
Resim 3.3. Le Fort tedavisinin gösterildiği videodan bir bölüm	44
Resim 3.4. BSSO'nun gösterildiği videodan bir bölüm	44

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklamalar
ADIS-R	Anxiety Disorder Interview Schedule-Revised
API	Akut Panik Envanteri
BSSO	Bilateral Sagittal Split Ramus Osteotomisi
Bkz	Bakınız
DAI	Dental Anksiyete Envanteri
DAQ	Dental Anksiyete Sorusu
DAS	Dental Anksiyete Ölçeği
DBS	Dental Güven Skalası
DBS-R	Dental Güven Skalası – Revize Edilmiş
DFS	Dental Korku Anketi
DIS	Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği
DSM	Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı
GK	Gömülü Yirmi Yaş Kontrol Grubu
GSLV	Gömülü Yirmi Yaş Sesli Video Grubu
GSSV	Gömülü Yirmi Yaş Sessiz Video Grubu
HAM-A	Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği
ICD	Hastalıkların ve sağlık sorunlarının uluslararası sınıflama ölçümü
IDAF-4C	Dental Anksiyete ve Korku İndeksi
Max	Maksimum
MCMI	Millon Çok Yönlü Klinik Envanteri
MDAS	Modifiye Dental Anksiyete Skalası

Kısaltmalar	Açıklamalar
Min	Minimum
MMPI	Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri
OK	Ortognatik Cerrahi Kontrol Grubu
OSLV	Ortognatik Cerrahi Sesli Video Grubu
OSSV	Ortognatik Cerrahi Sessiz Video Grubu
PSE	Şimdiki Durum Muayenesi
SADS	Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni Ölçeği
SADS-LA	Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni Ölçeği Yaşam Boyu Versiyonu
SCID	DSM-IV için Yapılandırılmış Görüşme
SCT	Sosyal Bilişsel Kuram
SPSS	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi
STAI-S	Durumluluk Kaygı Ölçeği
STAI-T	Sürekli Kaygı Ölçeği
TAT	Tematik Algı Testi
VAS	Görsel Analog Skalası

1. GİRİŞ

Konunun Tanımı

Cerrahi işlemlerin hasta kaygısını arttırdığına dair birçok bilimsel kanıt vardır [1-3]. Çene cerrahisi için bu durumu pekiştiren iki ana unsur; işlemin nasıl olacağını bilmemek ve tedavinin ameliyathane ortamında yapılması gerektiğini öğrenmektir. Bilgilendirmenin sözel, yazılı ve görsel yapılabilmesi nedeniyle, hastalardaki kaygı düzeyi çok değişken sonuçlar verebilmektedir [2, 4].

Araştırmanın Amacı

Amacımız ağız, diş ve çene cerrahisinde ideal bilgilendirme yönteminin nasıl olması gerektiğini araştırmaktır. Hazırlayıcı bilgilendirme ile hastalardaki bilinmezlik korkusunun giderilerek, preoperatif anksiyetelerinin azaltılacağı düşünülmektedir.

Bunların haricinde lokal anestetik miktarını azaltmak, işlemin tolere edilebilirliğini arttırmak, hastanın dikkat etmesi gereken unsurları ve oluşabilecek komplikasyonları daha iyi algılamasını sağlamak gibi sekonder kazançların da elde edileceği düşünülmektedir.

Araştırmanın Önemi

Hastanın bilgilendirilme çeşidinin, preoperatif anksiyeteye etkisine yönelik çalışmalar daha çok anesteziyoloji, psikiyatri, genel cerrahi [5], gastroenteroloji [1], üroloji bölümlerinde [6] ve hemşirelik bölümlerinde yapılmıştır. Ancak, Türkiye’de ağız, diş ve çene cerrahisi bölümünde hem görsel hem de farklı seslendirme yöntemlerinin karşılaştırılması açısından önceden yapılmış bu tarz bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ağız, diş ve çene cerrahisinde, işlemlerden önce hastayı bilgilendirme yönteminin kıyaslanmasında yapılacak ilk çalışma olacaktır.

Varsayımlar (Hipotezler)

1. Cerrahi işlem öncesi video ile bilgilendirilen grupta hasta anksiyetesinin daha az olacağı düşünülmektedir.
2. Cerrahi işlem öncesi hekimin seslendirdiği videoyu izleyen grubun anksiyetesinin sessiz videoyu izleyen gruba göre daha az olacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Anksiyete

2.1.1. Tanımı

Anksiyete, sadece psikiyatride değil genel tıbbi uygulamalarda da en sık karşılaşılan nosolojik sınıftır. Janet tarafından “nedensiz korku” olarak tanımlanmıştır.

Anksiyete baş ağrısı, terleme, çarpıntı, taşikardi ve mide rahatsızlığı gibi otonomik semptomların eşlik ettiği; yaygın, istenmeyen, korku ya da şiddetli ağrının belli belirsiz hissiyatı ile karakterize bir olgudur [7, 8]. Anksiyetik bireyler; genellikle kendilerinde oluşan bu fizyolojik ve psikolojik öğeler ile fark edilmektedir. Anksiyete düşünmeyi, öğrenmeyi ve algılamayı etkileyerek; konsantrasyon, hatırlama ve ilişkilerde bozukluk ile algıda bozulma meydana getirebilmektedir. Korkulu bir duruma tepki olarak savunma amacıyla oluşan anksiyetenin önem arz eden diğer bir tarafı ise; etrafındaki belirli cisimleri ve olayları seçip diğerlerinin önemini arttıran seçici dikkat kavramını da etkileyebilmesidir [8].

"Korku", "anksiyete" [9-12] ve "fobi" terimleri literatürde sıkça birbirlerinin yerine kullanılsa da, aralarındaki farktan dolayı klinikteki dental ortamda bunların ayrı ayrı tanımlanmaları daha pratik olacaktır [10].

Korku; gerçekten tehdit olarak algılanan, nesneler veya durumlara karşı gösterilen, dışardaki tehlike ya da tehdit geçtiğinde biten, kısa süreli normal duygusal bir tepkidir [10, 13, 14]. Cevap olarak, otonom sinir sisteminin sempatik kolunun aktivasyonu ile kişiyi kaçmaya ya da savaşmaya sevk eden, koruyucu bir tepki oluşmaktadır [10, 14]. Bu nedenle korku, rasyonel olarak düşünülmelidir [10].

Anksiyete, Türkçe’de iç sıkıntısı, kaygı, bunaltı gibi sözcüklerle anlatılmaya çalışılarak, yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici bir endişe ve korku duygusudur [3, 15]. Anksiyete, korku ile benzer ancak onun gibi hemen kaybolmayan [14] ve tetikleyici bir uyarı olmadan meydana gelen

fiziksel-davranışsal bileşenlere sahiptir [10]. Sebebi, kişinin kendisinin veya yakınının önceki tedavi sırasında yaşadığı olumsuz deneyimler ile ilişkili olan, gelecek olaylardaki öngörüsüdür [10, 14]. Yakında bir tehdit olmadığından cevap irrasyoneldir; ama gelecekteki korkuya tepki için bir ön hazırlık olabilmektedir. Geleceğe ilişkin kaygı tepkisi güçlü ve mantıksız olan durumlar, hastalık olarak kabul edilebilmektedir [10].

Fobi, tanı kriterlerine göre (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-DSM-IV veya Hastalıkların ve sağlık sorunlarının uluslararası sınıflama ölçümü-ICD-10) klinik olarak ruhsal bir bozukluktur. Kriterlerinin arasında; açıkça görülen nesne veya durumlara karşı aşırı ve ısrarcı bir korku, kaçınma davranışı ve günlük yaşam ile çatışma vardır [10]. Doktor ve diş hekimi fobisi; özellikle çocuklar ebeveynlerinin sözlerini dinlemediklerinde, ebeveynlerin çocuklarını korkutmak için, onları doktor ve diş hekimine götürmeyi tehdit etme amaçlı kullanan ailelerde yetişen çocuklarda daha sık karşılaşılan bir korkudur [15].

Ağrı sıklıkla anksiyete oluşumunda rol almaktadır [16-19]. Anksiyetenin şiddeti yaş, cinsiyet [20] , eğitim düzeyi ve kişiliğe bağlı olarak değişebilmektedir [16, 18, 19]. Bazı çalışmalar düşük sosyoekonomik düzeye sahip, daha az okumuş kişilerde daha çok anksiyete gözlenir [18, 21, 22] derken, bazı çalışmalar ise eğitim düzeyi yüksek olanlarda anksiyetenin daha fazla olduğunu rapor etmiştir [18, 19]. Anksiyete cerrahiyi, anesteziyi ve postoperatif iyileşmeyi olumsuz yönde etkilemektedir. Preoperatif dönemde hastaların %60 - %80'inin anksiyetik olduğu, yapılan bazı çalışmalarda bildirilmiştir [2, 19, 23]. Anksiyete düzeyi kadınlarda erkeklere [3, 10, 13, 20, 24], ailesi ve arkadaşları tarafından ameliyata getirilen hastalarda yalnız gelenlere, gençlerde yaşlılara ve kötü anestezi deneyimi olanlarda olmayanlara göre [20] daha fazla bulunmuştur [16, 18]. Anksiyetik hastalarda anestezi indüksiyonu sırasında daha yüksek dozda anestetik ilaca ihtiyaç duyulmaktadır [1, 2, 17, 18]. Ayrıca anksiyete bu hastaların ağrı beklentisini kötüleştirip [2] postoperatif analjezi gereksinimini arttırmaktadır [1, 2].

2.1.2. Preoperatif anksiyete

İnvaziv medikal işlemler uygulanacak hastalarda sıklıkla anksiyete gözlenmektedir. Oluşan preoperatif anksiyete, hastada stresinin artmasına, toleransının

azalmasına ve bireyin fizyolojik durumunda beklenmedik değişikliklerin oluşumuna yol açmaktadır [1].

Yapılan çalışmalarda cerrahi işlem uygulanacak hastaların preoperatif dönemde %60 ila %80'inin anksiyetik olduğu tespit edilmiştir [2, 3]. Cerrahi öncesi artan anksiyete sonucu meydana gelen patofizyolojik değişiklikler (hipertansiyon, disritmi gibi) nedeniyle hasta planlanan cerrahinin yapılmasını reddedebilmektedir [2].

Preoperatif anksiyetenin azaltılması ile cerrahiden elde edilen netice artarak, hastanede kalma süresi azalmakta ve yaşam tarzındaki aksama minimize edilmektedir [2].

İşlemi bekleyen kadınlardaki anksiyetenin erkeklere oranla daha fazla olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir [2].

2.1.3. Dental anksiyete

Diş hekimi korkusu en sık rastlanan korkular arasında dördüncü sırada yer alıp [25] varlığı uzun zamandan beri bilinmektedir [14]. Dental anksiyete birçok faktörden etkilenen kompleks bir olgudur [16-19]. Yapılan bazı çalışmalar dental anksiyetenin içsel (örneğin; çoklu fobiler, diğer anksiyete ve duygu durum bozuklukları gibi daha karmaşık psikolojik rahatsızlıklar) ve dışsal (örneğin, direkt veya dolaylı olarak yaşanan deneyim) bileşenleri içerdiğini öne sürmektedir [12].

Moore ve diğerleri tarafından yayınlanan bir rapora göre anksiyetenin alt gruplarına, dental korku vakaları; %19'u basit koşullanmış bir fobi sonucunda, %7'si somatik tepkilerin korkusu olarak, %28'i yaygın anksiyetede, %46'sı ise diş hekimine güvensizlik olarak kategorize edilebilmektedir [26].

Diş tedavisi ile ilgili anksiyete oldukça sık görülmekle birlikte [22, 26, 27], tedavi için başvuran hastalarda genellikle korku ve anksiyete gözlenmektedir [20, 26, 28]. Bu korku ve anksiyete çoğunlukla daha önce diş hekimliğinde yaşanan olumsuz deneyimler ve ağrı ile ilişkili olarak ortaya çıkmaktadır [12, 26, 29, 30]. Bu durum bazı hastaların randevularını geciktirmesi hatta iptal ettirmesine yol açıp [20, 28], tedavinin daha acil ve masraflı hale gelmesine neden olmaktadır. Ayrıca anksiyetik

hastanın davranışından dolayı diş hekiminin işi daha da zorlaşarak [28], hekimin de anksiyetik hale gelmesine yol açabilmektedir [20].

Dental anksiyete dental tedaviden kaçınma ve oral hijyenin bozulması ile [25, 26], uzun vadede de olumsuz sosyal ve duygusal sonuçlarla ilişkilendirilmektedir [11].

Dental anksiyetenin kadınlarda erkeklere oranla daha şiddetli olduğu yapılan birçok çalışmada rapor edilmiştir [20, 22, 26, 28, 29]. Türkiye’de yapılan bir araştırmada; dental anksiyete ile yaş arasında negatif korelasyonun varlığı gösterilmiştir [20].

Kaygının derecesi bakımından dört çeşit hasta kategorisi bulunmaktadır [10]:

1. Düşük derecede dental kaygı hissi olan hastalar: Bu gruptaki hastalar düzenli diş tedavisi yaptırmaktadırlar [10].
2. Orta - yüksek derecede dental kaygısı olan hastalar: Bu gruptaki hastalar diş hekimine düzenli olarak giderler ve Milgrom’a göre "gidenler ancak nefret edenler" olarak sınıflandırılmaktadır. Değişik kategorilerdeki dental ziyaret alışkanlıklarını tanımlamak amacıyla Milgrom; bireyin dental kaygısının ve düzenli dental bakım tercihinin seviyesini, yaklaşma-uzaklaşma çatışması olarak ele almıştır. Ancak her iki kategoride yer alan bireyler diş hekimini ziyaret düzenini değiştirmeye meyilli olabilmektedirler. Neden ve hangi faktörlerin dengeyi daha fazla kaçınmaya yönlendirdiği belli değildir. Ama aşırı ve beklenmedik ağrı gibi olumsuz tedavi deneyimi veya doktor ve hasta arasındaki zayıf iletişim gibi daha zihinsel bir bakış açısının bu duruma sebep olabileceği yönünde yorumlar mevcuttur. Düzenli dental tedaviye rağmen, bu kategorilerde yer alan hastalar, özel dental kaygı tedavisinden yararlanıp, diş hekimini ziyaret alışkanlıklarındaki zayıflıklarını giderebilmektedirler [10].
3. Yüksek dental kaygılı ya da dental fobi çizgisinde olan ve kısmi olarak da kaçınan hastalar: Bu bireyler düzensiz olarak, acil tedavilerini ve bazen de konvansiyonel diş tedavilerini kabul edebilirler [10].
4. Tüm diş bakımlarından tamamen kaçınmayı davranış edinmiş hastalar: Bu grup diş hekimine kesinlikle gitmeyen bireyleri içermektedir [10].

Diş ağrısı ya da sızısı, hekim tarafından ayıplanma korkusu, düşük kalitede diş tedavisi almış olmak, tedavinin sonucu hakkındaki kötü düşünceler [22], daha önceki diş tedavisinde yaşanan komplikasyon geçmişi [20, 22] ve olumsuz diş hekimi-hasta ilişkisi gibi durumların hepsi yüksek dental anksiyete ile ilişkilidir [22].

Yapılan çalışmalar; diş tedavisi ile ilişkili korku ve anksiyetesi olan hastanın sadece dayanılmaz bir orofasiyal ağrı çektiği zaman diş tedavisine başvurduğunu göstermektedir [27].

Hastanın durumsal ve dental anksiyetesinin [31], diğer diş tedavileri ile karşılaştırıldığında oral cerrahi öncesinde önemli derecede daha yüksek olduğu yapılan bazı çalışmalarda rapor edilmiştir [28, 31].

Ağız, diş ve çene cerrahisinde uygulanan en sık prosedürlerden biri olsa da; özellikle 3. molar dişlerin çekimine bağlı olarak hasta anksiyetesinin meydana gelmesiyle ilgili az sayıda çalışma bulunmaktadır [22, 28]. Bir çalışmada sert ve yumuşak doku lezyonlarının uzaklaştırılması, implant cerrahisi, diş çekimi ve anksiyete oluşturan diğer lokal işlemlerle kıyaslandığında; 3. molar diş çekimi hastalar tarafından en korkulan deneyim olarak tanımlanmıştır [32].

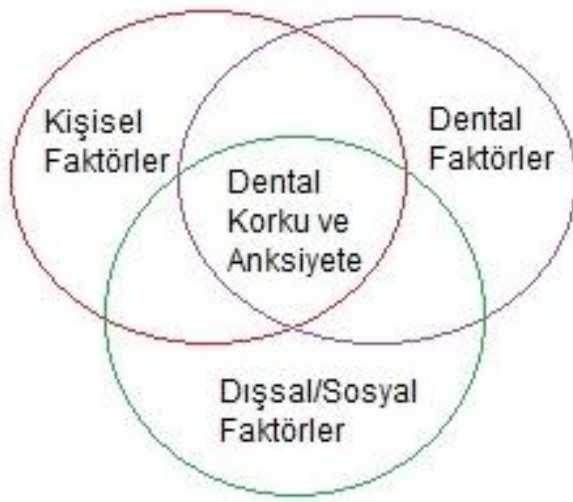
Dental anksiyetik hastalarda diş randevularından 1 gün önce korku meydana gelerek işlemden önceki gecede uyuma problemleri ve belki de randevuyu kaçırmaya ya da iptal etme gibi durumlar oluşturabilmektedir. Kişi meydana gelen korku sonucu diş hekimi koltuğundayken terleme, huzursuzluk ve bazı prosedürlerden kaçınma gibi tipik reaksiyonlar sergileyebilmektedir [10].

Anksiyetik hastalar bekleme odasında oturan diğer hastaları kötü yönde etkileyerek, hasta ve cerrah arasındaki ilişkiye direkt etki edebilmektedir [13].

Sorulduğu zaman çoğu kişi diş sağlığı için düzenli kontrollere gidilmesi gerektiğini söylemektedir. Mamafih sadece %40 - %45 oranındaki hasta, ancak semptomlar meydana geldiğinde diş hekime gitmektedir. Bu çelişkinin sebepleri ise; maddi konular ve ailenin bakıma verdiği önemken, en temel etkense anksiyete düzeyidir [33].

2.1.4. Dental anksiyetenin etiyolojisi

Dental fobi ve diğer anksiyetik bozukluklar çok faktörlü ve kompleks menşeye sahip olgulardır [10, 18]. Klinik bir ortamda dental anksiyetenin gelişimi, kişisel faktörler, dışsal/sosyal faktörler ve dental faktörler olmak üzere; bu üç faktör arasındaki etkileşimi vurgulayan bir model ile sunulabilmektedir (Şekil 2.1). Genetik ve koşullanma arasındaki etkileşim bu modelde açıkça ayırt edilememiştir ancak, her bir faktörün içerildiği varsayılmaktadır [10].



Şekil 2.1. Dental korku ve anksiyetenin gelişimi ile ilgili model [10]

1970'lerden bu yana yapılan araştırmaların büyük bir kısmı; dental anksiyeteli ya da fobik kişilerin yaşam şekilleri ve sağlıklarının; fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönlerle ilişkili çeşitli negatif çizelge ve sonuçlardan etkilenebileceğini göstermektedir [10].

Hastaların diş hekimliği korkusuna neler sebep olmaktadır?

Çoğu kişi, şu beş evrensel korkuyu barındırmaktadır:

1. Ağrı korkusu,
2. Bilinmezlik korkusu,
3. Çaresizlik ve bağımlılık korkusu,
4. Bedensel değişim ve sakatlanma korkusu,
5. Ölüm korkusu [14].

Dental anksiyete; randevu alma işlemi, tedaviden önce bekleme odasında bekleme, dental tedavide kullanılan aletler ve/veya yapılacak işleme göre oluşabilmektedir. En çok dental anksiyete oluşturan etkenler; enjektörün görülmesi, enjeksiyon işlemi ve aerotör kullanımıdır [16].

Diş hekimliği ve diş tedavisi, günümüzdeki teknik ve anestezi olmadan önce, yapılan tedavinin son derece can sıkıcı ve ağrılı olmasından dolayı, her zaman ağrı ve kaygı ile ilişkilendirilmektedir. Yirminci yüzyıl boyunca yeni ekipmanların ve daha kabul edilebilir tedavi tekniklerinin bulunmasına rağmen; diş korkusu, anksiyete ve fobi; nüfusun büyük bir kısmını etkileyen önemli bir problem olarak karşımızda durup, batı ülkelerinde en sık rastlanan korkular arasında yer almaktadır [9, 10].

Dental tedavi sırasında yapılan anestezi uygulamaları kolay ve ağrısız olmalarına rağmen, operasyona giriyor olmak, hastada korkuya ve şiddetli anksiyeteye neden olabilmektedir. Parestezi, hematoma, ağrı ve şişlik gibi postoperatif komplikasyonlar [13], hoş olmayan deneyimler sonucunda artan korku ile birlikte geciken randevulara ve buna bağlı [9, 13] olarak hasta sağlığında kötüleşmeye yol açmaktadır [13].

Dental anksiyetenin etiyolojisinde aile ve arkadaşların deneyimi [20, 28], travma ve doğuştan belirleyiciler gibi farklı faktörler de bulunmaktadır [28].

2.1.5. Dental anksiyetenin sıklığı

Yapılan bazı çalışmalarda; her derecedeki dental anksiyetenin, hastaların maksimum %50'sinde görüldüğü rapor edilmiştir [26]

Yüksek dental anksiyetenin prevalansı, örneklem seçimi ve ölçüm yöntemlerine bağlı olarak %3 ila %10 arasında değişmektedir. Dahası; dental anksiyete epidemiyolojisi üzerinde yapılan ilk bilimsel çalışmalar; günümüzdeki oranın 40 – 50 yıl öncesi ile benzer olduğunu göstermektedir. Diş tedavilerindeki ilerleme zamanla çok daha kaliteli hale gelmesine rağmen, bu süre boyunca prevalans değişmemiştir. Bu durumun bir cevabı; orta derecedeki dental anksiyeteli bireyler grubunun büyük bir kısmında anksiyetenin azalmış olmasıdır [10].

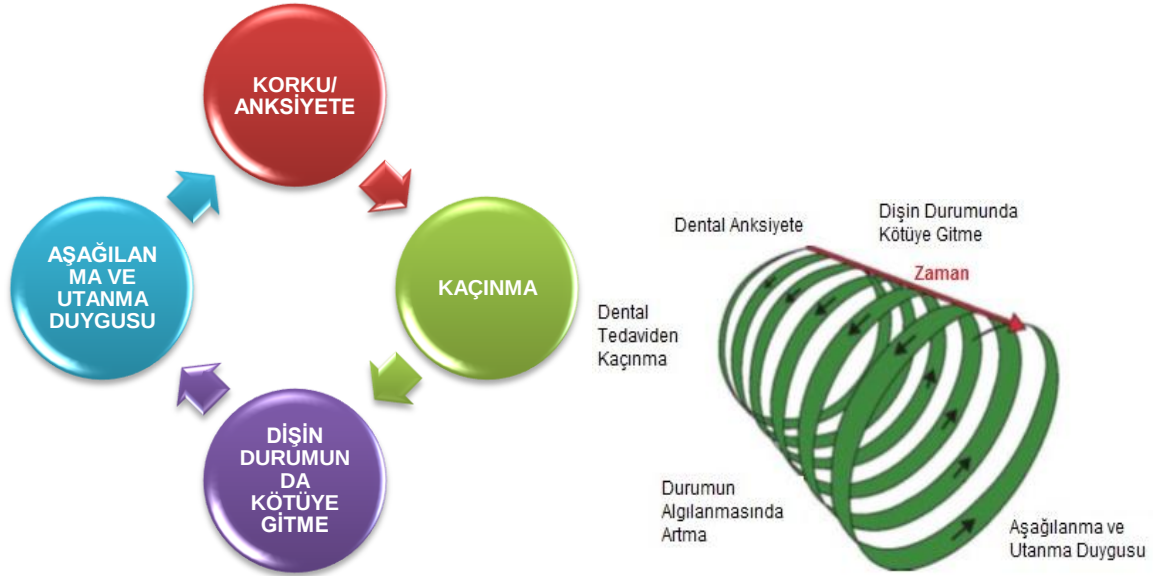
Çocuklar ve ergenler arasında dental anksiyete görülme sıklığı %6 ila %20 arasındadır [11, 12]. Çocukluktaki dental korkunun prevalansının; anketin uygulandığı toplumdaki metodolojik veya kültürel farklılıklar gibi çeşitli parametrelerden etkilendiği için, farklı popülasyonlarda %3 ila %43 arasında değiştiği gösterilmiştir [25].

Sosyodemografik, davranışsal ve psikososyal faktörler dental anksiyete ile ilişkilidir. Çoğu çalışmada 50 yaşından sonra prevalansın azaldığı saptanmış; yüksek dental anksiyetenin çocukluk ve ergenlik döneminde olduğu ve yetişkinlikte oldukça istikrarlıyken ileriki yaşlarda ise azaldığı savunulmuştur. Eğitim seviyesi, sosyoekonomik durum ve dental anksiyete arasında çelişkili bulgular mevcutken dental anksiyete, zayıf oral hijyen ve daha az diş tedavisi yaptırımı arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır. Bu tip faktörler evren çalışmalarındaki prevalansı etkileyebilmektedir [10].

2.1.6. Dental anksiyete kısır döngüsü

Halkın bir kısmı, diş hekimi korkusundan dolayı, evdeki ilaçları etkisini yitirene ve şiddetli ağrı çekinceye kadar dental tedavisini geciktirmektedir [14]. Berggren, ciddi dental anksiyete meydana getiren bir kaç bileşeni tanımlayan ve kısır döngü ile sonuçlanan, bir model ortaya koymuştur [10]. Kişinin ilk korku ve anksiyetesi onu düzensiz dental tedaviye ya da tedaviden kaçınmaya sürükler. Bu durum; sadece acil diş tedavisi gerektiren düzensiz dental randevulara gitme ya da tedaviden tamamen kaçınma anlamına gelmektedir. Gereken tedavi yapılmazsa, çürük oluşumu veya periodontitis gelişimi gibi durumlar meydana gelmekte ve ağız, diş sağlığı kötü yönde etkilenerek, hasta daha şiddetli ağrıya karşı karşıya kalabilmektedir [10, 25]. Bu nedenle, ağız ve diş sağlığının kötüye gitmesi, kişinin bu durumun ağız sağlığına etkisinin farkına varmasına neden olan süreci başlatmaktadır. Düzenli diş bakımı ve dental tedavi yaptıramayan kişilerde bu durum; ilerleyen zamanlarda aşağılanma, utanma, mahcubiyet duyguları oluşturarak, dental anksiyeteli bireyler için bu gibi duygular zamanla günlük hayatında akrabalarıyla, arkadaşlarıyla, evinde ailesiyle ya da iş yerindeki insanlarla iletişime geçerken, belirgin sosyal problemlerin meydana gelmesine sebep olabilmektedir. Oluşan bu etkiler zamanla hastada daha fazla ve daha

yaygın dental anksiyete meydana getirerek, sonunda daha az diş bakımı ya da diş tedavisinden kaçınmaya yol açabilmektedir [10]. Artan diş çürüğü ve ağrı hekime gitme bilincinde olan hastanın başlangıçtaki korku ve anksiyetesinin daha da şiddetlenmesine sebep olarak oluşan bu kısır döngüyü tekrar ettirir [25] (Şekil 2.2).



Şekil 2.2. Anksiyete döngüsünün şeması

Çoğu yazar; kaçınma ve zayıf oral hijyen arasında tartışmasız bir ilişkinin var olduğu sonucuna varmıştır. Şiddetli anksiyetesi olan hastaların daha çok çekim yaptırdıklarını, çok çürüğü olduğunu ve az sayıda dolgusunun bulunduğunu gösteren kanıtlar mevcuttur [18, 33, 34].

2.1.7. Anksiyetik hastanın teşhisi

Genelde, epidemiyolojik çalışmalar ağız durumu ve dental anksiyete arasında açık bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Dental anksiyetik bireylerde, anksiyetesi olmayanlara göre daha fazla ağız hastalığı görülmektedir. Ek olarak çalışmalar, kişinin dental anksiyetesi ne kadar çoksa, ağız hijyeninin de bununla orantılı olarak bir o kadar kötü olduğunu vurgulamaktadır [10].

Kaçırılmış ya da iptal edilmiş diş randevuları; diş tedavisinden korkanların sergileyeceği bir tepki olduğundan, bu pozisyon bireyi bulmada güvenilir bir kaynak olarak kullanılabilir. Diş tedavisinden kaçınma; dental korkunun

belirti ve sonuçlarının artmasında önemli bir rol oynamaktadır. Bu durum aynı zamanda; dental korku seviyesini etkiler, psikososyal etkileri artırır ve tabi ki dışın durumunu da etkilemektedir [10].

2.1.8. Anksiyetenin değerlendirilmesi

Anksiyete bozukluklarının teşhisi esas olarak anketler ile konulmaktadır. Bu yüzden, çevre ya da şartların zamanı etkileyen faktörleri, yöntemleri ve teknik ayrıntılarına girilse bile bunlar olmaksızın anketler ile ilgili bazı özellikler gözden geçirilmelidir.

Anket genellikle yapılandırılmış veya yarı yapılandırılmıştır; serbest ya da standardize de olabilmektedir. En iyi standardize anketlerden bazıları şunlardır: DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID), Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni Ölçeği (SADS), Rahatsızlığa Dayanma Ölçeği (DIS), Şimdiki Durum Muayenesi (PSE).

Anksiyetede kullanılan testler objektif ve yansıtmalı (projektif) olabilmektedir. Objektif testler şunlardır: Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI), Millon Çok Yönlü Klinik Envanteri (MCMI), Anxiety Disorder Interview Schedule-Revised (ADIS-R), Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A), Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI), Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni Ölçeği Yaşam Boyu Versiyonu (SADS-LA), Akut Panik Envanteri (API), Agorafobik Bilişler Ölçeği, Günlük Aktivite Formu, Zung, Beck ve Sheehan Anksiyete Ölçeği ve diğerleri.

Yansıtmalı testler bireyin kişiliğindeki karmaşanın ve mevcut anksiyete seviyesinin değerlendirilmesini ölçer. Bu testlerden bazıları Rorschach, Tematik Algı Testi (TAT), Sosyal Bilişsel Kuram (SCT), Bir İnsan Çiz testleridir [8].

Dental anksiyetede kullanılan ölçekler

Dental anksiyete; hiç bir kaygının olmamasından çok şiddetli kaygıya kadar devam eden bir skala üzerinde, ölçülebilen bir olgu olarak görülebilmektedir. Bilimsel çalışmalarda birbirinden farklı birçok ölçek kullanılmaktadır. Görsel analog skalası (VAS) ve Likert formatının uygulandığı sözel değerlendirme ölçekleri yoluyla, tek

öğeli soruların kullanımı, dünya çapında daha yaygındır. Ancak, Dental Anksiyete Sorusu (DAQ), Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS), Dental Korku Anketi (DFS) ve Stouthard, Hoogstraten ve Mellenbergh tarafından hazırlanan Dental Anksiyete Envanteri (DAI) gibi çok öğeli skalalar da sıklıkla uygulanmaktadır [10].

Skalalar; yetişkin dental anksiyete ölçekleri ve çocuklara özel dental anksiyete ölçekleri olmak üzere ikiye ayrılabilir [10].

Diş hekimliğinde yetişkin hastalarda sıklıkla kullanılan skalalar ve özellikleri şu şekildedir:

Dental anksiyete sorusu (DAQ)

‘Diş hekimine gitmekten korkuyor musunuz?’ sorusundan oluşan ve bu soruya cevap olarak da ‘hayır’, ‘çok az’, ‘evet biraz’ ve ‘evet çok fazla’ seçenekleri bulunan bir skaladır. Skalada cevaplara 1’den 4’e kadar puan verilerek bireyin diş hekiminden korku düzeyi belirlenmektedir. Skalada 4 puan eldesi; kişide yüksek düzeyde anksiyete olduğunu göstermektedir [16].

Dental anksiyete skalası (DAS)

Corah ve diğerleri tarafından hazırlanan [10, 29], dental kaygının ölçülmesinde en sık kullanılan skalalardan [30] “Dental Anksiyete Skalası”, şiddetli dental korkunun başlangıçtaki görünümünü psikometrik olarak değerlendirmektedir. Yetişkin dental anksiyete ölçekleri arasında en sık kullanılan ölçektir [10, 31]. Güvenilirlik ve geçerliliği kanıtlanan ölçek [10, 20, 28, 29], çok sayıda dile çevrilip doğrulanmıştır. Uygulaması hızlı ve kolay olduğu için klinik ortamındaki kullanımı yaygındır [10].

Ankette hastaya, dental tedaviye zaman ve mekan olarak yakınlığının anksiyete seviyesine etkisini derecelendirmek için 4 soru sorulmaktadır [10, 20, 28]. Beş puanlı Likert ölçeğine göre skala, deneklerin seçecekleri her biri A’dan (sakin) E’ye (dehşete düşmüş) kadar sırayla artan 5 puanlık şıklar içermektedir. İlk iki soru yarın gitmesi gereken bir diş randevusu ve bekleme odasında oturmayla ilişkiliyken diğer iki soru ise diş koltuğunda özel bir uyarana karşı beklenen korku ile ilgilidir [10].

Toplam skoru 4 ile 20 arasında değişmektedir [10, 20, 28, 33]. On beş ve üzerindeki skorlar ciddi dental anksiyeteyi göstermektedir [10, 33].

Modifiye dental anksiyete skalası (MDAS)

Humpris ve diğerleri tarafından hazırlanan [10, 26] bu skala, kişinin lokal anestezi alacağını bilmesi ile ilişkili 5. bir öğeyi daha içeren DAS ölçeğinin modifiye şeklidir. Dental anksiyete ve fobide iğne korkusu çok önemli bir faktör olduğundan dolayı DAS ile kıyaslandığında MDAS'nin geliştirildiği görülmektedir [10]. Kolaydır ve her dile tam olarak çevrilebilmektedir [20]. Dental anksiyetenin değerlendirilmesinde MDAS'nin kullanımının güvenilir bir yöntem olduğu yapılan çalışmalarda kanıtlanmıştır [20].

Kişinin ileriye dönük korku ve anksiyetesini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Çoktan seçmeli 5 sorudan oluşur ve kişi duygularını en iyi ifade eden şıkkı işaretler [16, 18, 20, 34].

MDAS'nin skoru minimum 5'ten (hiç anksiyete yok), maksimum 25'e (yüksek anksiyete) kadar çıkabilmektedir [9, 16, 18, 20, 26, 34]. On dokuz ve üzeri skorlar şiddetli anksiyeteyi göstermektedir [18, 34].

Durumluluk ve sürekli kaygı ölçeği (STAI-S ve STAI-T)

Hasta anksiyetesini değerlendirmede yaygın olarak kullanılan en güvenilir anketlerdendir [2, 13, 28]. Dental kaygının ölçülmesinde en sık kullanılan skalalardan biri olan bu skalanın [30] yirmişer maddeden oluşan iki ayrı ölçeği bulunmaktadır. Türkçe 'ye Öner ve Le Compte tarafından uyarlanmıştır [1]. STAI, durumluluk ve sürekli kaygı düzeylerini ölçmektedir.

Durumluluk Kaygı Ölçeği (STAI-S), bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini, anksiyetesinin derecesini belirlemektedir. Preoperatif anksiyete ölçümünde yaygın olarak kullanılmaktadır.

Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-T), bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini; genel olarak devam eden anksiyete düzeyini belirlemektedir [2, 9, 13, 16, 23, 28, 35-40].

STAI testinin skoru minimum 20'den, maksimum 80'e kadar çıkabilmektedir [1, 2, 9, 13, 16, 23, 35-41].

- 20-37 arası; hiç anksiyete olmadığını ya da minimal anksiyeteyi;
- 38-44 arası; orta derecede anksiyeteyi;
- 45-80 arası; yüksek anksiyeteyi göstermektedir [2, 18, 42].

Görsel analog skala (VAS)

VAS'ta ağrıyı ölçmek için 10 cm'lik düz çizgi; anksiyeteyi ölçmek için ise 100 cm'lik düz çizgi kullanılmaktadır. Bu düz çizginin en solu ağrısızlığı-hiç anksiyete olmamasını, en sağı ise dayanılmaz ağrıyı-en şiddetli anksiyeteyi göstermektedir. Hasta bunu kendisi tanımlayacağı için, geçmişteki en şiddetli ağrı-korku deneyimini göz önüne alıp bunu maksimum kabul etmesi ve hastanın ona göre ağrıyı-korkuyu değerlendirmesi istenmektedir [19, 31, 43, 44].

Dental korku ölçeği (DFS)

Kleinknecht ve Bernstein tarafından hazırlanan DFS, dental anksiyetede 2. en çok kullanılan öz bildirim ölçeğidir [10]. Bu ölçek dental korku ve anksiyetenin birçok semptomunu yansıtan 20 öğeye sahiptir [10, 26]. İki öge kaçınma üzerine odaklanırken, 5 öge fizyolojik uyarılmaya, 12 öge özel dental uyarana karşı oluşan korkuyu değerlendirmeye ve son öge ise genel korkuyu gözlemeye yöneliktir. Beş puanlı Likert skalasına göre oranlandığında toplamdaki puan 20'den 100'e kadar değişmektedir [10, 18, 28]. Altmış üç ve üzeri puanlar yüksek anksiyeteyi göstermektedir [18, 28]

Dental anksiyete envanteri (DAI)

DAI bir diğer dental korku ve anksiyete ölçeği olup çok sık kullanılmamaktadır. Her ikisi de dental anksiyetenin 3 yönünü (zaman elemanları, korkuya teşvik eden

durumlar ve tepki) içeren; 36 maddelik tam skala ile 9 maddelik kısa versiyonu olmak üzere iki çeşidi bulunmaktadır. Geçerlilik ve güvenilirlik her iki skala için de yayınlanmıştır [10].

Otuz altı soruluk tam ölçek, 5 puanlı Likert skalasına oranlandığında toplam puanı 36 ile 180 arasında değişmektedir. Altmış ve üzerindeki puanlar yüksek anksiyeteyi göstermektedir [10].

Dokuz soruluk kısa ölçek, 5 puanlı Likert skalasına oranlandığında toplam puanı 9 ila 45 arasında değişmektedir [10].

Dental anksiyete ve korku indeksi

Dental Anksiyete ve Korku İndeksi (IDAF-4C) kişinin dental korku düzeyini ölçmek için geliştirilmiş yeni bir ölçüm aracıdır. Ölçek; anksiyete ve korkuya cevabın duygusal, davranışsal, fizyolojik ve zihinsel bileşenlerini değerlendirmektedir. Diğer skalalardan daha güçlü teorik temeli olduğu iddia edilmektedir [10].

Dental güven skalası (DBS)

Dental Güven Skalası (DBS) kişinin diş hekimine ve diş tedavisine tavrının değerlendirildiği 15 maddelik bir ölçü aracıdır. DBS puanlaması 48 veya üzerinde ise yüksek olarak sınıflandırılmaktadır; yani hastada hekime karşı şiddetli güvensizlik hissi mevcut anlamına gelir. Sonraki zamanlarda aynı araştırma grubu tarafından ölçek gözden geçirilmiş ve yeni versiyonu olan 28 maddelik Dental Güven Skalası – Revize Edilmiş (DBS-R) ortaya konmuştur. Her iki ölçeğin de iyi psikometrik özelliklere sahip olduğu tespit edilmiştir [10].

Diğer ölçekler

Bunların haricinde daha nadir olarak kullanılan;

- Dental Bilişler Ölçeği (dental tedaviyle ilişkili 38 negatif kavramsal duruma verilen evet veya hayır cevabını içermektedir),

- Revize Edilmiş Dental Anksiyete Skalası (DAS'dan revize edilmiş, toplam puanı 4 ila 20 arasında olup 15 ve üzeri puanlar ciddi dental korkuyu göstermektedir),
- Dental Başa Çıkma Stilleri Ölçeği
- Medical Fear Survey,
- Dental Visit Satisfaction Scale,
- Level of Exposure-Dental Experience Questionnaire gibi anket çeşitleri de bulunmaktadır [10].

Dental anksiyeteyi niteliksel ya da niceliksel olarak ölçebilmek için birçok farklı ölçek kullanılmıştır. Çalışma popülasyonunun dental anksiyetesini doğru bir şekilde incelemek için uygulanacak en iyi yol çoklu skalalar kullanmak [22, 30] olsa da, çok sayıda birbirinden farklı skalaların hastaların anksiyetesinin değerlendirilmesinde ve çalışmanın yönetilmesinde kullanılması çok karmaşık bir durum oluşturmaktadır [22].

2.2. Anket

Soru sorma ile insanlardan çok çeşitli konular hakkında bilgi edinmek mümkündür [45]. Anket, araştırmacının katılımcılar ile ilgili istenilen bilgilerin toplaması için kullanılan, insanların davranışlarını, yaşam koşullarını, inançlarını veya tutumlarını anlamaya yönelik bir dizi sorudan oluşan bir araştırma materyalidir [46]. Öyle ki bazen sistematik gözlemlerle ulaşılamayacak veriler anket aracılığıyla çok rahat elde edilebilmektedir. Anketin diğer tercih nedenleri ise ekonomik olması, bilgilere kolay ve hızlı ulaşım sağlamasıdır. Fakat anket kolay bilgi toplama süreci değildir. Var olan verilerin doğruluğu büyük miktarda kullanılan yöntemle bağlıdır. Anketin doğruluğu kullanılan yöntemin potansiyel hata kaynaklarından bağımsızlığı ile artmaktadır [45].

Posta anketleri, internet anketleri, telefon anketleri, karşılıklı görüşme [45, 46] ve karma anket [45] gibi farklı anket yapma yöntemleri mevcuttur.

Araştırmalar farklı anket yöntemleri ile aynı sorunun sorulduğu anketteki cevapların farklı olduğunu göstermiştir. Bu hataya “yöntem” etkisi denilmektedir.

Karmaşık bir hata kaynağı olup hangi metodun diğerine göre daha fazla hataya yol açtığını söylemek çok zordur [45].

Anket hazırlamadaki en önemli nokta onun hasta tarafından anlaşılabilirliğinin sağlanmasıdır [47].

2.3. Hastayı Bilgilendirme Yöntemleri

Hastanın tedavi öncesinde kendisine yapılacak işlem hakkında bilgilendirilmesinin, anksiyete düzeyinin azalmasına katkıda bulunduğu çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir [30]. İşlem ile ilgili bilgi aktarımı aşağıdaki yollarla olmaktadır:

1. Sözel anlatım ile (İnteraktif olarak)
2. Yazılı anlatım ile (Broşür)
3. Multimedya sunumları ile (Örneğin; bilgisayar aracılı görsel-işitsel format) [2, 4, 5, 48]
 - a. Şekil [4]
 - b. Animasyon [4, 49]
 - c. İnteraktif bilgisayar programları
 - d. Videolar [49]
 - e. İnternette elde edilen görsel-işitsel kaynaklar [49]
 - f. Slayt gösterisi (Tepegöz)
4. Bunların kombinasyonları ile

Öğrenme, eş zamanlı görsel ve işitsel sunum ile daha doğru olabilmekte ve bilgi farklı yöntemlerle verildiği zaman anlayış artabilmektedir [49].

Hasta tatmininde artmanın, uygulanacak muayenenin yararlarının ve potansiyel risklerinin daha çok farkına varılmasının, daha düşük oranlardaki anksiyete ve komplikasyonların, kısalmış hastanede kalma süresinin ve analjezik tüketiminin azalmasının; hastanın bilgilendirilmesi ile ilişkili olduğu genellikle kabul edilmektedir [41].

Yapılan bir çalışmada hazırlayıcı bilgilendirmenin dental bir işlem sırasındaki durumluluk anksiyetesini azalttığı ve kişinin uyumunu arttırdığı sonucuna

ulaşılmıştır. Diğer bir çalışmada ise bu bilgilendirme çeşidinin hastanın istediği formla uyduğu zaman durumluluk anksiyetesinin azaldığı bulunmuştur [50].

Birçok araştırmacı hazırlayıcı bilgilendirmenin postoperatif ağrıyı azaltma üzerindeki etkisini göstermiştir. Ağrıdaki bu azalma, hasta uyumunu ve durumla baş etmesini geliştirmesine; durumluluk anksiyetesinin de azalmasına katkıda bulunmuştur. Birçok araştırmacı tarafından, hastayı hazırlayıcı bilgilendirmenin doğası ve niceliğinin, bilgilenmeye meyilli hasta ile uyumlu olmasının çok önemli olduğunu gösterilmiştir [50].

Dikiş aldırma gibi daha kolay işlemlerle kıyaslandığı zaman, dental cerrahi gibi oldukça stresli prosedürlerden önce, hastanın tedaviyle ilgili önemli derecede daha az bilgi hatırladığı bazı çalışmalarda gösterilmiştir [31].

Rutin uygulamada hasta bilgilendirmesi için sözel ya da yazılı yöntemler kullanılmaktadır. Yazılı bilgilendirmede bazı hastalar bilgilendirmeyi okumazken çoğu hasta ise okuduğunu anlamamaktadır [1]. Ancak buna rağmen yazılı bilgilendirmenin hastanın anlayışını ve tatminini geliştirdiği gösterilmiştir [41]. Genel olarak işlemden önce sözel bilgilendirme yapılmaktadır. Bilgilendirme yöntemleri ile ilgili olarak yapılan çalışmalarda görsel, sözel ya da yazılı bilgilendirmelerin birbirinden üstünlükleri açısından çelişkili sonuçlar bulunmaktadır [1].

Yeni yapılan bir çalışmada, rutin cerrahi işlem uygulanacak hastaların yaklaşık üçte biri, bilgilendirme broşürü almasına rağmen ek bilgi almak için kişinin kendiliğinden internette arama yaptığını göstermiştir. Bu hastaların yaklaşık üçte birinde elde edilen bilgilere göre hastalarda endişe ve kafa karışıklığının olduğu saptanmıştır. İnternette yer alan cerrahi bilgiler sıklıkla düşük kalitede olup zamanla düzeltilmemektedir [49].

Aydınlatılmış onam ve hasta eğitimi için görüntülü iletişim araçlarının kullanımı cerrahiye de içeren birçok medikal alanda rapor edilmiştir [4, 5]. Yazılı bilgilendirmeye nazaran görsel bilgilendirmenin daha iyi bir kaynak olduğu bazı çalışmalarda anlatılmıştır [5]. Bunun hastanın anksiyetesini azalttığı kadar,

prosedür hakkındaki bilgisini ve işlemin sonucundaki memnuniyetini de arttırdığı gösterilmiştir [4].

Multimedya araçları ile bilgilendirme yöntemi sözel ve yazılı bilgilendirme ile kombine edilirse hastayı cerrahiye psikolojik olarak daha iyi hazırladığı [5, 48] ve geliştirilmiş bir iyileşme programı ile kısa dönem sonuçlarının iyileştirilmesine yardımcı olduğu bazı çalışmalarda rapor edilmiştir [48]. Bazı çalışmalarda ise multimedya araçlarının geliştirilmiş bir iyileşme programı ile kısa dönem sonuçlarının iyileştirilmesine [5], hasta anksiyetesinin azalmasına, hastanın yapılacak işlemi anlamasına veya hastanın tatminine katkısı olmadığı gözlenmiştir [41].

Preoperatif bilginin sunulması, hastaların anksiyetesini hafifletebilir. Bu bilgiyi sunmanın en ideal yöntemi henüz bilinmemektedir. Yazılı bilgilendirme hastaya bilgi vermede en etkili yol olmasına rağmen bilgilendirme formunu okuma ve anlamada tüm hastalar yeterli olmamakla birlikte, hastalar bu bilgileri değişik miktarlarda koruyabilmektedir. Multimedya ile bilgilendirme (video formunda) randomize kontrollü çalışmaların konusu olmuştur. Bu bilgilendirme şeklinin etkisi küçük olsa da, diğer çalışmalar tarafından desteklenmese de cerrahiden önce hasta anksiyetesini azaltmasındaki değeri gösterilmiştir. Bilgilendirmenin hasta anksiyetesi üzerindeki etkisiyle ilgili ortaya çıkan çelişkili sonuçlar [2, 41]; çalışmanın metodolojisi, multimedyanın formatı, ölçüm araçları ve çalışma popülasyonundaki değişkenlikten dolayı ortaya çıkabilmektedir [2].

Koroner arter cerrahisinde, talasemide, kronik obstrüktif pulmoner hastalıkta ve kardiyak kateterizasyonda hastaların görsel bilgilendirilmesinin, bireyin uyumuna ve tedavilerinin sonucuna pozitif yönde etki ettiği gösterilmiştir [1].

Son 30 yıldır yapılan birçok çalışmada, çeşitli hasta popülasyonuna cerrahi bilgilendirmenin verilmesinde bilgisayar yardımlı programların kullanımı araştırılmıştır. Yanıtlamalı geri bildirimi olan sorular içeren bir dizi çalışmada, multimedya kullanılan gruplarda konvansiyonel yöntemlerin kullanıldığı gruplara nazaran daha yüksek bilgi puanı elde edildiği sonucuna ulaşılmıştır [4].

Görsel-işitsel formatın kullanımının avantajlarından birisi de; hastaların eğitim seviyesi ile okuryazarlıkları göz önüne alınmaksızın, hepsine yapılacak cerrahi girişim ve olası komplikasyonlar hakkında aynı bilgilendirmeyi vermektir. Böylelikle okuyarak bilgilendirme ile ortaya çıkabilecek problemler en aza indirilebilmektedir [4].

Le Fort I osteotomisi ve onunla ilişkili komplikasyonlar hakkında hastaların bilgilendirilmesi için şekille gösterilen multimedya cihazlarının kullanımının sözel anlatımdan daha etkili olduğu gösterilmiştir. Multimedya cihazlarının geliştirilmesi, bilginin verilme yöntemindeki etkinliğini arttırmak için gerekmektedir [4].

Bilgilerin işlenmesinde, kişinin bilişsel yeteneği ile önemli ölçüde stres etkilemektedir. Ancak hem tıpta hem de diş hekimliğinde sürekli olarak bilgilerin stres altında işlenmesi gerekmektedir. Bir çalışmada minör oral cerrahi gören hastaların %40'ı, hem yazılı hem de sözlü bilgi aldığını hatırlamamış ve bundan dolayı da söylenen postoperatif açıklamalara uymadığını belirtmiştir [31].

Jlala ve diğerlerinin yapmış olduğu bir çalışmada preoperatif dönemde hastaya işlemle ilgili kısa bir film izletmenin hastanın anksiyetesinde azalmaya neden olduğu gösterilmiştir [2].

2.4. Ağız Diş ve Çene Cerrahisinde Uygulanan Tedaviler

Ağız, diş ve çene cerrahisinde yapılan işlemler ana başlıklar altında şu şekildedir:

1. Dentoalveolar cerrahi işlemler,
2. Maksillofasiyal travma tedavileri,
3. Maksillofasiyal patolojilerin tedavileri,
4. Maksillofasiyal rekonstrüksiyon,
5. Temporomandibular eklem hastalıklarının tedavisi,
6. Ortognatik cerrahi işlemler,
7. Fasiyal estetik cerrahisidir.

Yukarıda bahsi geçen cerrahi yaklaşımların çalışmamıza dahil edilen 2 alt grubu – dentoalveolar cerrahi işlemler (gömülü yirmi yaş diş çekim işlemi) ile ortognatik

cerrahi işlemler (Le Fort osteotomisi, bilateral sagittal split ramus osteotomisi) – ve bunları ilgilendiren hastalıklar anlatılacaktır.

2.4.1. Gömülü dişler

Gömülü diş; sürme yaşı tamamlandığı halde normal okluzyonda yerini almamış, yumuşak doku ya da kemik içinde tamamıyla veya kısmen kalmış dişlere denmektedir [51-53].

Diş arkında en son yerini alan 3. molar dişlerin [54] gömülü kalmalarında; ark darlığı (yetersiz mandibular büyüme, fasiyal büyümede gerilik vb.), mekanik engeller (kist, tümör, doku hiperplazileri, lokal enfeksiyonlar, persiste süt dişi, kemik yapısındaki yoğunluk, süt dişlerinin erken kaybı vb.), travma gibi lokal faktörlerin yanı sıra; heredite, vitamin eksiklikleri (raşitizm vb.), malnütrüsyon, endokrin bozuklukları, anemi, konjenital sifiliz ve spesifik bazı sendromlar (cleidocranial diysostosis, akondroplazi, hidrosefali vb.) gibi sistemik etkenler de rol oynamaktadır [51, 52, 55, 56]. Türk toplumunda 3. molar dişlerin gömülü ya da yarı gömülü kalma oranı %67 olarak rapor edilmiştir [54].

Alt 3. molar dişlerin erüpsiyonunun tamamlanması ortalama 20 yaş civarında olup sürmeleri 24 yaşına kadar uzayabilmektedir. Yapılan birçok longitudinal çalışmaya göre 18 yaşında gömülü olarak gözlenen alt 3. molar dişlerin, 24 yaşına kadar sürme ihtimali %30 ila %50 arasındadır. Aslında gömülü 3. molarların pozisyonunun 25 yaşından sonra değişmediği söylene de bazı kanıtlar yaşamın 4. dekatına kadar hareketin devam ettiğini göstermektedir [57].

Gömülü 3. molarlar yıllarca semptom vermeden çene içerisinde kalabilseler de sıklıkla çeşitli derecelerde lokal, bölgesel ya da sistemik değişiklik oluşturabilmektedir [52, 58, 59]. Temporomandibular eklem şikayetleri, atipik fasiyal ağrı, komşu dişlerde kök rezorpsiyonu, kistik lezyon ve neoplazm benzeri patolojiler [52] gibi bu değişiklikler; Gay-Escoda ve diğerleri tarafından enfeksiyöz, mekanik, nörolojik ve tümör komplikasyonları olarak bölünmüş olup en sık karşılaşılan problem ise perikoronitistir [59].

Tüm dişler içerisinde mandibular 3. molarlar gömülü kalma oranı en yüksek olan dişlerdir. Bundan sonra sırasıyla maksiller 3. molar dişler, maksiller kaninler, mandibular premolarlar [52, 56], maksiller premolarlar, mandibular kaninler, maksiller santral kesiciler ve maksiller lateral kesiciler gelmektedir [56].

Gömülü diş çekiminin endike olduğu durumlar

1. Perikoronitisten korunma ve tedavisinde;
Operkülektominin kontrendike olduğu perikoronitis vakalarında,
Rekürrent perikoronitisin tedavisinde,
2. Dental hastalıklardan korunma amacıyla;
Kısmi sürme sonucu bölgenin temizlenememesi ile oluşan mandibular üçüncü dişte ya da komşu dişte çürük meydana gelecekse/geldiyse,
Kısmi sürme sonucu bölgenin temizlenememesi ile bölgede periyodontal hastalık meydana gelecekse/geldiyse,
3. Ortodontik sebeplerden dolayı;
Ortodontiden önce ya da ortodontik tedavi sonrasında anterior çapraşıklığa etkinin azaltılmasında,
Ortodontik tedavide distalizasyon yapılacağı zaman,
Ortognatik cerrahi uygulanacak kişide ortognatik cerrahiden önce,
4. Odontojenik kist ve tümörlerden korunma amacıyla;
Foliküler kesenin kistik dejenerasyon göstererek kist oluşumuna ya da tümör oluşumuna yol açacağına düşünüldüğü durumlarda,
5. Komşu dişte kök rezorpsiyonuna yol açıyorsa;
6. Preprotetik amaçla dental protezlerin altında bulunacaksa;
Eğer gömülü diş sadece yumuşak doku ile örtülüysen ya da üzerinde 1-2mm'lik kemik bariyeri varsa,
7. Çene kırığı oluşumunun önlenmesinde;
Spor yapan kişilerde alınabilecek darbe sonrasında gömülü dişin bulunduğu yerdeki kemiğin azlığından dolayı oluşabilecek çene kırığının önlenmesinde,
Kırık hattında bulunan gömülü 3. molar diş kırık tedavisinde komplikasyon oluşumunu arttıracığı için,
8. Açıklanamayan ağrıların tedavisinde;

Gömülü 3. molar dişin bulunduğu bölgede klinik ya da radyolojik olarak patoloji bulguları olmadan şiddetli ağrılar olduğu zaman [56, 57].

Gömülü diş çekiminin kontrendike olduğu durumlar

1. Çok ileri yaştaki hastalarda;

Diş tamamen kemik ile örtülü ve oral kaviteyle hiçbir şekilde ilişkisi yoksa, Genişlemiş foliküler aralık gibi herhangi bir patoloji bulunmuyorsa, Hasta 40 yaşından daha yaşlıysa (hem hastanın iyileşme prosesi yavaşladığı için hem de kemik daha kalsifiye dens yapıda olduğundan esnekliği az ve daha kırılmandır bu da çekimi zorlaştırır),

2. Tıbbi açıdan risk taşıyan hastalarda;

Ciddi kardiyovasküler hastalık, ciddi pulmoner hastalık gibi diğer ağır sağlık problemleri bulunan yaşlı hastalardaki asemptomatik ve derin gömülü dişlerde, Konjenital koagülopati, astım, epilepsi gibi şiddetli sağlık problemi olan genç hastalardaki asemptomatik ve derin gömülü dişlerde,

3. Komşu yapılarda cerrahi zarar meydana geleceği düşünülüyorsa;

Kök gelişimini tamamlamış, tamamen kemik ile örtülü gömülü 3. molar dişin çekimi ile komşu sinir, diş ya da diğer hayati yapılarda (sinüs gibi) ciddi zararlar meydana getireceği düşünülen zamanlarda [56, 57],

4. Hastanın sosyoekonomik durumundan dolayı;

Diş çektirmekten korkan veya çekim ile meydana gelebilecek rahatsızlığı yaşamak istemeyen hastalarda [56].

Gömülü 3. molarların sınıflandırılması

Pell–Gregory sınıflandırması

Pell-Gregory sınıflandırması gömülü alt 3. molar dişlerin çekim zorluğunun tahmininde sıklıkla kullanılmaktadır. Sınıflandırma şu şekildedir:

A. Gömülü dişin okluzal düzlemi, 2. moların okluzal düzlemi ile aynı seviyededir.

B. Gömülü dişin okluzal düzlemi, 2. moların okluzal düzlemi ile servikal çizgisi arasında yer alır.

C. Gömülü diş, 2. moların servikal çizgisinin altındadır.

1. Mandibular ramus ile 2. moların distal kısmı arasındaki mesafede, gömülü üçüncü moların meziodistal çapının sığması için yeterli yer mevcuttur.
2. Mandibular ramus ile 2. moların distal kısmı arasındaki alan, üçüncü moların meziodistal çapından daha azdır.
3. Üçüncü moların büyük bir kısmı ya da tamamı mandibular ramusun içerisinde yer alır [59-61].

Winter sınıflandırması

Winter gömülü 3. molar dişleri, okluzal düzlem ile bu dişlerin uzun aksı arasında oluşan açıyı temel alarak 5 kategoride sınıflandırmıştır:

1. Horizontal; 0° ila 30° arasında açıya sahip 3. molarlar,
2. Mezioangular; 31° ila 60° arasında açıya sahip 3. molarlar,
3. Vertikal; 61° ila 90° arasında açıya sahip 3. molarlar,
4. Distoangular, $>90^\circ$ açıya sahip 3. Molarlar,
5. Inverted; negatif açıya sahip 3. molarlar ($<0^\circ$) [56, 58, 59],
6. Bukko-lingual [55, 59].

Archer sınıflandırması

Archer'a göre gömülü maksiller 3. molarların sınıflandırılması şu şekildedir:

1. Kemikte gömülü maksiller 3. moların derinlik ile ilişkisi:
 - a. Klas A: Gömülü maksiller 3. moların kronunun en alt kısmı, 2. moların okluzal düzlemi ile aynı hattadır.
 - b. Klas B: Gömülü maksiller 3. moların kronunun en alt kısmı, 2. moların okluzal düzlemi ile servikal çizgisi arasında yer alır.
 - c. Klas C: Gömülü maksiller 3. moların kronunun en alt kısmı, 2. moların servikal çizgisi ile kökünün orta üçlüsü arasında yer alır.
 - d. Klas D: Gömülü maksiller 3. moların kronunun en alt kısmı, 2. moların kökünün orta üçlüsüyle aynı hizada ya da daha üzerinde yer alır.
2. Gömülü maksiller 3. moların uzun aksının 2. moların uzun aksı ile ilişkisi:
 - a. Vertikal

- b. Horizontal
 - c. Mezioangular
 - d. Distoangular
 - e. Inverted
 - f. Transversal ya da bukkolingual açılanma
3. Gömülü maksiller 3. moların maksiller sinüs ile ilişkisi:
- a. Sinüse yakın: Maksiller sinüs ile gömülü diş arasında hiç kemik yok ya da çok ince bir tabaka kemik vardır; maksiller 3. moların herhangi bir parçası sinüs tabanı ile temasta veya sinüs tabanının üzerindedir.
 - b. Sinüse yakın değil: Maksiller sinüs ile gömülü diş arasında 2mm ya da daha fazla kemik vardır [62].

Dişlerin sürme seviyelerinin, gömülü dişin mine-sement seviyesinin alveolar kemikle olan ilişkisine göre yapılan sınıflandırma

Seviye A: Tamamen sürmüştü diş,

Seviye B: Kemikte az sürmüştü ve mine-sement birleşimi kemiğin altında olan diş,

Seviye C: Kemik seviyesinin tamamen altında olan diş [55].

Diğer sınıflandırma yöntemleri

1. Mandibular kanala yakınlık açısından
 - a. Yakın
 - b. Uzak
2. Anormal kök kurvatürü
 - a. Düzgün
 - b. Kavisli
 - c. Tamamlanmamış
3. Kökün genişliği
 - a. İnce
 - b. Bulbous (soğan biçiminde)
 - c. Kalın (çok köklü)
 - d. Tamamlanmamış
4. Köklerin sayısı

- a. Tek köklü
 - b. Çoklu
 - c. Tamamlanmamış
5. Periyodontal membran aralığı
- a. Tamamen var
 - b. Kısmen var
 - c. Hiç yok
6. Üçüncü moların horizontal pozisyonu ile ilişkili (araktaki durumu)
- a. Bukkal yönde
 - b. Merkezde
 - c. Lingual yönde
 - d. Gözlenemiyor [61]
7. Komşu kemik ve yumuşak doku ile ilişkisine göre
- a. Sürmüş
 - b. Yarım mukozal retansiyonlu
 - c. Yarım kemik retansiyonlu
 - d. Tam kemik retansiyonlu [51]
8. Mukozal örtünün varlığı
- a. Yok
 - b. Kısmi
 - c. Total
9. Kemik örtüsünün varlığı
- a. Yok
 - b. Kısmi
 - c. Total [59]
10. Foliküle göre
- a. Normal
 - b. Büyük olasılıkla genişlemiş
 - c. Genişlemiş
11. Çıkış alanındaki yola göre
- a. Mevcut
 - b. Distal cusp örtülü
 - c. Mezial cusp örtülü
 - d. Her ikisi de örtülü [56]

2.4.2. Ortognatik cerrahi işlemler

Maloküzyon ve yüzün iskeletsel bileşenleriyle ilişkili anomalileri; kalıtsal eğilimler, prenatal problemler, büyüme evresinde meydana gelen sistemik hastalıklar, travma ve çevresel etkenler gibi çeşitli faktörlerin sonucunda ortaya çıkabilmektedir [63].

Kişinin büyüme ve gelişimi boyunca, yüz yapılarının konfigürasyonu primer olarak genetik faktörlere, sekonder olarak da çevresel faktörlere bağlıdır. Eğer yüz yapılarında anormal ya da orantısız bir şekilde büyüme oluyorsa o zaman dentofasiyal deformite meydana gelmektedir. Dentofasiyal deformite gelişimsel olarak veya travma, enfeksiyon ve diğer dış etkenlerin sonucunda kazanılmış olarak da meydana gelebilmektedir. Bu uyumsuzluk hastaya; hafif estetik bozukluktan, şiddetli maloklüzyon ve kişinin çiğneme, konuşma ve sosyal ilişkilerine zarar verecek düzeyde, yüz görünümünde sakatlığa kadar değişen derecelerde etki edebilmektedir. Bu deformitelerin tedavisinde hem uygun dental oklüzyonun eldesi hem de yüz uyumunun sağlanması amaçlanmaktadır. Bu da ortodontik tedavi ve ortognatik cerrahinin birleştirilmesi ile sağlanabilmektedir [64].

Dişler yüzün sadece bir kısmını oluştursa da; yüz özelliklerine ve kişinin çekicilik algısına etkileri büyüktür [65].

Geçmişte pratisyenler dentofasiyal deformiteli hastaları sıklıkla tedavi etmişlerdir. Bazı hastalar sadece ortodontik yöntemlerle tedavi edilmiş ve sonuç olarak hastada kabul edilebilir oklüzyon gözlenirken fasiyal estetikte uyuşmazlık saptanmıştır. Bazı hastalar iskeletsel deformitenin düzeltilmesi için ortodontik tedavi olmaksızın cerrahi operasyon geçirmiş ve sonuç olarak hastanın fasiyal estetiğinde gelişme gözlenirken ideal oklüzyon elde edilememiştir. Ortodontik ve cerrahi ihtiyaçlara ek olarak, bu hastalar; protez, kompleks restorasyonlar, endodonti, periyodontolojik tedavilerin yapılmasını gerektiren diğer birçok probleme de sahiptir [63].

Cerrahi ve ortodontik tedavinin kombine kullanımı; özellikle yetişkin hastalar için, iskeletsel maksillomandibular uyumsuzluğun giderilmesinde sıklıkla kullanılan bir

yöntem olup, okluzal fonksiyonun düzeltilmesine ek olarak, daha uyumlu yüz ve iskelet ilişkileri oluşturmayı amaçlamaktadır [65, 66].

Ortognatik cerrahinin hedefleri:

1. Normal çiğneme, konuşma, göz ve solunum fonksiyonlarını düzeltmek,
2. Normal yüz uyumunu ve dengesini düzeltmek,
3. Ortodontik tedavinin kısa ve uzun dönemde relapsını önlemek,
4. Tedavi süresini en aza indirebilmektir [56].

Hastaların ortognatik cerrahi prosedürünü kabul etmelerinin en büyük sebebi; fonksiyonel tedaviden çok estetik görünümüdür [65, 67].

Ortognatik cerrahi uygulanan hastaların, daha az sosyal sıkıntı, daha iyi vücut algısı ve kendine saygısında düzelme gibi olgulardan da yararlanabildiği önceki çalışmalarda gösterilmiştir [65].

Mandibular Ortognatik Cerrahi İşlemler

Tarihçesi

Yapılan ilk mandibular ortognatik müdahale, Hullihen tarafından, günümüzde anterior subapikal osteotomi olarak nitelendirdiğimiz yöntemdir. Daha sonra Blair'ın yaptığı mandibular gövde osteotomisi Angle tarafından anlatılmıştır. İlerleyen dönemlerde Blair ekstraoral yolla vertikal ramusta horizontal osteotomiye gerçekleştirmiştir. Ernst tarafından vertikal ramusta horizontal osteotominin intraoral yolla yapıldığı teknik önerilmiş ancak postoperatif dönemdeki stabilizasyon yetersizliğinden dolayı kullanımı bırakılmıştır [57].

Limberg tarafından subkondiler osteotomi ekstraoral yöntemle kullanıma sunulmuş, Moose tarafından 1964 yılında subkondiler osteotomi için intraoral yaklaşım tanımlanmıştır [57].

Ramus osteotomilerindeki en büyük gelişme ise Obwegeser ve Trauner'ın 1953'te lokal anestezi altında ilk bilateral sagittal split ramus osteotomisini yapması ve bu

tekniki 1955 yılında tanıtması ile olmuştur. Günümüzde bu tekniğin biraz daha modifiye hali uygulanmaktadır [57, 68].

Mandibular osteotomi teknikleri

1. Vertikal ramus osteotomisi,
2. Vertikal subkondiler osteotomiler,
3. Ters L ve C ramus osteotomileri,
4. Bilateral sagittal split ramus osteotomisi,
5. Horizontal ramus osteotomisi,
6. Subapikal osteotomiler,
7. Total alveolar osteotomi,
8. Simfizisin yatay osteotomisi [57].

Mandibular deformitelerin düzeltilmesi için en sık kullanılan yöntem bilateral sagittal split ramus osteotomisidir [69].

Bilateral sagittal split ramus osteotomisi (BSSO)

BSSO, mandibulada görülen deformitelerin, uzayın 3 yönünde de düzeltilmesine olanak sağlar [57].

Teknik:

Bu teknikte insizyon yükselen ramusun margo anterior kısmından başlar, okluzal hattın ortasında yer alarak, retromolar fossanın orta bölgesinden, 2. moların 5mm arkasına kadar uzatılır. Periosteumla birlikte mukoza kaldırılarak vestibül tarafta mandibulanın lateral korteksi açığa çıkartılır. Medial bölge ise lingula görülecek şekilde dikkatlice dekole edilir [57].

Ramusun medial korteksi boyunca, lingulanın ve foramenin süperiorunda kalacak şekilde ve posteriorundan anteriora kadar uzanan, ramusun yarı kalınlığına varan derinlikte, horizontal kemik kesisi ile osteotomiye başlanır. Bukkal korteksteki kesi 2. moların distalinde ve eksternal oblik sırtın üzerinde kalarak, mümkün olduğunca dik bir açıyla devam edip kansellöz kemikte sık olacak şekilde osteotomi yapılır.

Horizontal ve vertikal kesiler birbiri ile birleştirilir. Birleşimin süperior kısmındaki kesinin derinliği spongiöz kemikte olabildiğince derinleştirilir [57].

En küçük osteotomdan ve horizontal kesiden başlanarak osteotom hattı yavaş ve dikkatlice, kullanılan osteotomların çapı sırayla artırılarak ayırma işlemi tamamlanır. Fragmanların hareketi sırasında sinir açığa çıkarsa dikkatlice proksimal segmentten ayrılır.

Cerrahi öncesinde hazırlanan splint dişlerin üzerine yerleştirildikten sonra, okluzyon sabitlenerek fragmanlar bu konumda osseöz fiksasyon yöntemi ile fikse edilir. İşlem bittikten sonra yara yeri serumla yıkanır ve bölge rezorbe olabilen süturlar ile kapatılır [57].

Oluşabilecek Komplikasyonlar:

a) Operasyon sırasında oluşabilecek komplikasyonlar:

- I. Sinir hasarı [46, 57, 69]
- II. Temporomandibular eklem disfonksiyonu [57, 69]
- III. Stabilite
- IV. Diğer komplikasyonlar [57]
- V. Kanama (inferior alveolar arter, masseterik arter)
- VI. İstenmeyen (kötü) split ya da beklenmeyen kırıklar [46, 69]
- VII. Fragmanlar arası uyumsuzluk
- VIII. Proksimal segment malpozisyonu
- IX. Büyük setbacklerde distal segment interferansları [69]

b) Operasyondan sonra oluşabilecek komplikasyonlar:

- I. Erken nüks (relaps)
- II. TME'de hemartroz ve ödem
- III. Dişlerin ekstrüzyonu
- IV. Periyodontal defektler
- V. TME disfonksiyonu
- VI. Kötü iyileşme (malunion)
- VII. Enfeksiyon [46]

VIII. Kondil rezorpsiyonu [46, 69]

IX. Avasküler nekroz [69]

Maksiller Ortognatik Cerrahi İşlemler

Tarihçesi

Maksilla için ortognatik cerrahi uygulaması, ilk olarak 1859 yılında, Von Langenbeck tarafından nazofaringeal poliplerin kaldırılması amacıyla tanımlanmıştır [57].

1901'de Le Fort, klasik tanımı olan maksiller kırığın doğal hatlarını yayınlamıştır. 1927'de Wassmund tarafından ilk kez orta yüz deformitelerinin düzeltilmesinde Le Fort I osteotomisinin kullanımı tanımlanmıştır. Ancak maksillanın komple mobilizasyonu ile aynı anda yeniden konumlandırılması 1934'te Axhausen tarafından uygulanmıştır. Pterigomaksiller birleşimin ayrımı, 1942 yılında Schuchardt tarafından önerilmiştir [57].

1965 yılında Obwegeser, maksillanın komple mobilizasyonu ile gerilim olmadan yeniden konumlandırılmasının gerçekleştirilebileceği fikrini sunmuştur. Bell ve diğerleri segmental ve tek parça maksiller osteotomi için Le Fort I osteotomili tam down fraktürün üstünlüğünü belgelemişlerdir [57].

Maksiller osteotomi teknikleri

1. Le Fort I-II-III maksiller osteotomi,
2. Total maksiller alveolar osteotomi,
3. Anterior maksiller osteotomi,
4. Posterior maksiller osteotomi,
5. Cerrahi destekli hızlı palatal ekspansiyon,
6. Zygomatik osteotomi,
7. Modifiye Le Fort osteotomileri [57]

Le Fort I maksiller osteotomisi:

Teknik:

Bukkolabial mukoperiosteumda, maksiller dişlerin kökleri seviyesinde, yapışık gingival sınır üzerinden, horizontal yönde, çift taraflı 1. molarlara kadar uzanan insizyon yapılır. İnsizyonun süperiora ve daha derine ilerleme yöneliminden kaçınılmalıdır [57].

Süperior dokular dekole edilerek anteriorda apertura priformisin sınırları, infraorbital foramen; posteriora doğru zygomatikomaksiller sütur, zygomatik çıkıntı açığa çıkartılır. Inferior tarafa doğru ilerletilen subperiosteal tünel ile maksiller tüberositenin lateral kısmının palatin kemikle birleştiği yer ve sfenoid kemiğin pterigoid plakları açığa çıkartılır. Bu bölgede bulunan içinde barındırdığı damarsal yapılar nedeniyle büyük önem arz eden pterigomaksiller fissüre dekolasyon sırasında çok dikkat edilmelidir [57].

Lateral maksiller osteotomiye, zygomatik çıkıntının en konveks olduğu yerden başlanır. Nazal mukoza periost elevatörü ile korunurken osteotomi hattı anteriora doğru ilerletilir. Anteriordaki osteotomi hattı tamamlandıktan sonra, keside kullanılan frez veya testere posterior yöne, pterigomaksiller fissüre doğru ve inferiora yönlendirilerek osteotomi bitirilir [57].

Anterior nazal mukoperiosteum kaldırıldıktan sonra anterior nazal spinanın üzerinden yerleştirilen nazal septal osteotoma, inferior ve posterior yönde eğim verilerek, orta hattan kaymasını önleyerek nazikçe vurulur. Lateral posterior nazal duvarda bulunan descending nörovasküler demetine zarar vermemek için osteotomun 20 milimetreden daha fazla posteriora gitmesinden kaçınılmalıdır [57].

Osteotom ile tüm osteotomi hattından geçildikten sonra ucu eğimli bir osteotom yardımıyla (bir parmak da kemiğin ayrılmasını hissedip palatal vasküler demete zarar gelmesini önlemek için maksiller tüberositenin palatinaline ve posterioruna yerleştirilir), pterygoid plakların maksiller tüberositeden ayrılması sağlanır [57].

Osteotomları serbestleştirilen maksillaya, ayrılması için aşağı doğru kuvvet uygulanır. Maksillada mobilite sağlandıktan sonra nazal mukoza posteriora kadar eleve edilir. Bölgedeki arterlere dikkat edilerek maksillanın tamamen mobilize edilmesi sağlanır [57].

Hastanın splinti yerleştirilip okluzyon sabitlendikten sonra maksillada erken temas oluşturan kemik çıkıntıları giderilir. Splintli okluzyonda sabitlenen maksilla yeni konumuna göre rijit fiksasyon ile fikse edilir. İşlem bittikten sonra yara yeri serumla yıkanır ve bölge rezorbe olabilen süturlar ile kapatılır [57].

Oluşabilecek komplikasyonlar:

a) Operasyon sırasında oluşabilecek komplikasyonlar:

- I. Periyodontal hasar
- II. Sinir hasarı
- III. Kanama (Oftalmik arter yaralanması) [46, 69]
- IV. Stabilizasyon hataları [46]
- V. Vasküler ödem
- VI. İstenmeyen kırıklar (pterygoid plak, sfenoid kemik, orta kraniyal fossa)
- VII. Malpozisyon
- VIII. Nazolakrimal yaralanma
- IX. Parotis kanalının yaralanması [69]

b) Operasyondan sonra oluşabilecek komplikasyonlar:

- I. Avasküler nekroz
- II. Relaps [46]
- III. Enfeksiyon (Maksiller sinüzit)
- IV. Transvers relaps (kollaps) [46, 69]
- V. Oronazal ve oroantral fistüller; arteriovenöz fistüller (karotis kavernöz sinüs)
- VI. Devitalize dişler
- VII. Östaki borusu disfonksiyonu
- VIII. Velofaringeal yetersizlik
- IX. Disfaji

- X. Nazal septal deviasyonlar
- XI. Kırığın kaynamaması
- XII. Kötü estetik yumuşak doku değişiklikleri [69]

İskeletsel bozukluğun çeşitleri

Aşırı gelişmiş maksilla

Maksillada aşırı büyüme anteroposterior, vertikal veya transvers yönlerde meydana gelmektedir.

Vertikal yöndeki aşırı büyüme; yüzün alt üçlüsünde uzama, özellikle de alar tabanda dar bir burun, aşırı kesici ve gingiva görünümü ve dudakta yetersizlik ile ilişkili yüz özellikleriyle sonuçlanabilmektedir. Vertikal yöndeki aşırı büyüme sıklıkla anteriorda openbite ile ilişkilidir.

Bu hastalar Klas I, Klas II veya Klas III malokluzyonlar gösterebilmektedir. Bu deformitede genellikle posterior çapraz kapanışlı transvers maksiller yetersizlik, dar damak ve dar ark formu görülmektedir.

Anteroposterior yöndeki aşırı büyüme; genellikle kesici protrüzyonuyla ilişkili konveks fasiyal profil ve Klas II okluzyon ile sonuçlanabilmektedir [63].

Yetersiz maksilla:

Maksiller yetersizliğin bulunduğu hastalar genelde; retrüze üst dudak, paranazal ve infraorbital kenarlarda eksiklik, gülümseme sırasında yetersiz diş görünümü ve yüzün orta üçlüsüne oranla çıkıntılı, belirgin bir alt çene ile karşımıza çıkmaktadır. Maksiller yetersizlik anteroposterior, vertikal ve transvers düzlemlerde meydana gelebilmektedir. Hastanın klinik görünümü, deformitenin yeri ve şiddetine bağlıdır. Anormal yüz özelliklerine ek olarak, negatif anterior overjetli Klas III malokluzyon sıklıkla görülmektedir [63].

Aşırı gelişmiş mandibula:

Mandibulanın aşırı büyümesi sıklıkla Klas 3 molarlı cusp ilişkisine sahip anormal okluzyon ve kesici bölgesinde negatif overjetle sonuçlanmaktadır. Hastalarda fasiyal deformite belirgin olabilmektedir. Mandibular aşırı büyümeye bağlı yüz özellikleri; anteroposterior ve vertikal yönlerden, özellikle alt dudak ve çene bölgesi olmak üzere, yüzün alt üçlüsünün göze batmasına sebep olmaktadır. Fazlaca ters overjetin olduğu şiddetli vakalar, orbikülaris oris kasında anormal gerilme olmaksızın hastanın dudaklarını yeterince kapatabilmesini imkansızlaştırabilmektedir.

Yetersiz mandibula:

Mandibular yetersizliğin en belirgin klinik özelliği; profilden bakıldığı zaman çenenin geride konumlanmasıdır. Mandibular yetersizlik ile sıklıkla ilişkili diğer yüz özellikleri; alt dudakta prokumbent (yere yatık tabanlı) görünümlü aşırı labiomenta katlantı, üst dudakta anormal duruş ve yetersiz boğaz formudur. İntraoral bölgede ise mandibular yetersizlik, kesiciler bölgesinde artmış overjet, klas II molar ve kanin teması ile ilişkilidir [63].

Fasiyal asimetri:

Çoğu vakada fasiyal deformite; maksilla ve mandibuladaki anomalilerin kombinasyonunu içermektedir [63].

İskeletsel bozukluğun çeşidine göre uygulanabilen ortognatik cerrahi işlemler

1. Maksiller fazlalığın düzeltilmesi için uygulanabilen prosedürler:
 - a. Wassmund veya Wunderer tekniği kullanılarak yapılan anterior maksiller osteotomi
 - b. Total maksiller osteotomi
 - c. Maksiller segmental osteotomi
2. Maksiller yetersizliğin düzeltilmesi için uygulanabilen prosedürler:
 - a. Le fort I ilerletme osteotomisi
 - b. Maksillanın inferiora konumlandırılması ve interpozisyonel kemik grefti

- c. Le fort III osteotomisi
- 3. Mandibular fazlalığın düzeltilmesi için uygulanabilen prosedürler:
 - a. Mandibular gövde osteotomisi
 - b. Mandibular anterior subapikal segmental osteotomi
 - c. Vertikal ramus osteotomisi
 - d. Sagittal split osteotomisi
- 4. Mandibular yetersizliğin düzeltilmesi için uygulanabilen prosedürler:
 - a. Mandibulanın vertikal osteotomisi ve interpozisyonel kemik grefti
 - b. Modifiye 'C' osteotomisi
 - c. Total subapikal osteotomi
 - d. Mandibular inferior sınır osteotomisi (genioplasti)
 - e. Ters çevrilmiş 'L' osteotomisi
- 5. Fasiyal asimetrinin düzeltilmesi için uygulanabilen prosedürler:
 - a. Maksiller ve Mandibular osteotomi, genioplasti ve inferior sınırın tekrar şekillendirilmesi [56]

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Prospektif kohort çalışması olarak düzenlenen bu araştırmaya; Gazi Üniversitesi, Ağız Diş Çene Cerrahisi Anabilim Dalı'na, 2014 yılında gömülü yirmi yaş diş çekimi (minör cerrahi) yaptırmak için başvuran 167 hasta ile ortognatik cerrahi işlem (majör cerrahi) uygulanan 27 hasta, gönüllü denekler olarak alınmıştır.

Çalışma öncesinde; Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 9 Aralık 2013 tarihli ve 25901600-8112 sayılı kararıyla proje onayı alınmıştır (EK-4).

3.1. Çalışmanın Tasarımı

Çalışmaya katılan ve majör veya minör cerrahi işlem uygulanan hastalar, 2 ana grup kendi içerisinde birbirinden bağımsız olarak, 3 gruba kapalı zarf tekniği ile şu şekilde randomize edilmiştir:

3.1.1. Çalışma iki tip cerrahi işlem için birbirinden ayrı ayrı yürütülmüştür

Operatif işlemin çeşidine göre grupların ayrımı (EK-1)

Operatif işlem: Gömülü diş cerrahisi (minor cerrahi işlem) için gelen hastalar

Bu işlem grubunda; alt veya üst gömülü yirmi yaş dişini çektirmek için gelen hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Operatif işlem: Ortognatik cerrahi işlem (major cerrahi işlem) için gelen hastalar

Bu işlem grubunda; BSSO, Le-Fort I cerrahisi veya her ikisinin de uygulanacağı hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışma gruplarına göre ayrımı

Hastalar, her operatif işlem kendi içerisinde olmak üzere, aşağıda anlatılan 3 gruba randomize edilmiştir (EK-2, 3):

1. Grup: İşlemden önce uygulanacak cerrahinin gösterildiği sessiz ve altyazılı video grubu,
2. Grup: İşlemden önce uygulanacak cerrahinin gösterildiği hekimin seslendirdiği video grubu,
3. Grup: İşlemden önce herhangi bir video gösterilmeyen (kontrol) grubu

Hastanın anksiyetesinin değerlendirilmesi için yapılacak anketler; majör ve minör grubun 3 alt grubunda da 4 dönemde uygulanmıştır (EK-2, 3):

1. İşlemden 1 veya 3 gün öncesinde (randomizasyondan sonra),
2. Video izleyen gruplara videodan hemen sonra (video izledikten sonra),
3. İşlem günü ameliyattan hemen önce uygulanmıştır (preoperatif erken dönemde),
4. Ameliyattan hemen sonra, 24 saat içerisinde, (postoperatif erken dönemde) uygulanmıştır.

Anketi uygulayan kişi ile operasyonu yapan kişi farklıdır.

Operatif işlem hastaya sözlü ve yazılı olarak anlatıldıktan sonra uygulamayı kabul eden hastalardan yazılı onam alınmıştır.

Her hasta grubu işlem hakkında preoperatif dönemde sözel olarak bilgilendirilmiştir. Video grubunda yer alan hastalara standart olarak video gösterilmeden önce, video hakkında bilgilendirilme yapılmış, video hastalara tek tek izletilerek videoyu izlerken yanlarında durulmuş ve sorulan sorular ise videonun sonunda cevaplandırılmıştır.

Çalışmaya alınan hastalar, aydınlatılmış onamları, işlemin anlatıldığı formu, gönüllü olur formunu, demografik özellikler formunu ve genel özellikler formunu okuyup imzalamıştır (EK-5).

Bundan sonra yapılan testler benzer olup dış hekimliğinde anksiyetenin miktarının saptanması ve karşılaştırılması için sık kullanılan ve en optimal anketlerdir. 1. ankette (yani randomizasyondan sonra uygulanan ankette), DAQ, MDAS, STAI-S ve STAI-T ölçekleri bulunmaktadır. 2. ankette (yani hasta videoyu izledikten

hemen sonra uygulanan ankette) DAQ, MDAS, STAI-S ölçekleri yer almaktadır. 3. ankette (yani preoperatif erken dönemdeki ankette) DAQ, MDAS, STAI-S, VAS ölçekleri bulunup; 4. ankette (yani postoperatif erken dönemdeki ankette) ise VAS, DAQ, STAI-S, MDAS ve memnuniyet soruları yer almaktadır (EK-5).

Çalışmadaki primer hedef, uygulanacak yöntemin hangisinin daha etkin olduğunu saptamak olduğundan, her operatif işlemde elde edilen sonuçlar *KENDİ İÇİNDE* değerlendirilmiştir.

3.1.2. Araştırmaya dahil olma kriterleri

- 18-79 yaş aralığında yer alan;
- ASA 1 ve 2 olarak sınıflandırılan,
- Okur – yazar olan,
- Yeterli mental kapasitesi olan,
- Görme rahatsızlığı olmayan kadın veya erkek hastalar çalışmaya alınmıştır.

3.1.3. Dışlanma kriterleri

- 18 yaşından küçük ve 79 yaşından büyük hastalar,
- Okuma yazması olmayan hastalar,
- Psikiyatrik rahatsızlığı olan ve psikiyatrik tedavi gören hastalar,
- Psikiyatrik ilaç kullanan hastalar,
- Video izlemesi ve form doldurması çeşitli nedenlerle mümkün olmayan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.1.4. Araştırmadan çıkartılma kriterleri

- Formlarını eksik dolduranlar,
- Çalışmaya katılmaktan vazgeçen hastalar çalışmadan çıkartılmıştır.

Gömülü diş çekimi için gelen 167 hastadan; formlarını eksik dolduran 34 hasta ile çalışmaya katılmaktan vazgeçen 4 hastanın bilgileri çalışmadan çıkartılmış ve toplamda 129 hasta çalışmaya dahil edilmiştir.

3.1.5. Güvenlik kriterleri

Bilgilendirme için hazırlanan videolar Nikon Coolpix S3100 fotoğraf makinasının kamerası ile çekilip, Corel VideoStudio Pro X5 yazılımında (Corel Inc., Ottawa, Ontaryo, Kanada) düzenlenmiştir. Videolar ortalama 6.30 (en uzun 7.30 en kısası 6.15) dakika sürecek şekilde hazırlanmıştır. Video grubunda yer alan hastalar videoyu sessiz, sakin bir ortamda (Resim 3.1), Toshiba Satellite P855-33N Notebook kullanılarak, en parlak modda, tam ekran görüntüde, 38 ses düzeyinde ve anketleri doldurtan hekim refakatinde izlemiştir. Videoda yer alan hekimler ile anketi uygulayan hekim ve işlemi gerçekleştirecek olan hekimler birbirinden farklı olacak şekilde düzenlenmiştir.



Resim 3.1. Video grubunda yer alan hastaların video izledikleri yer

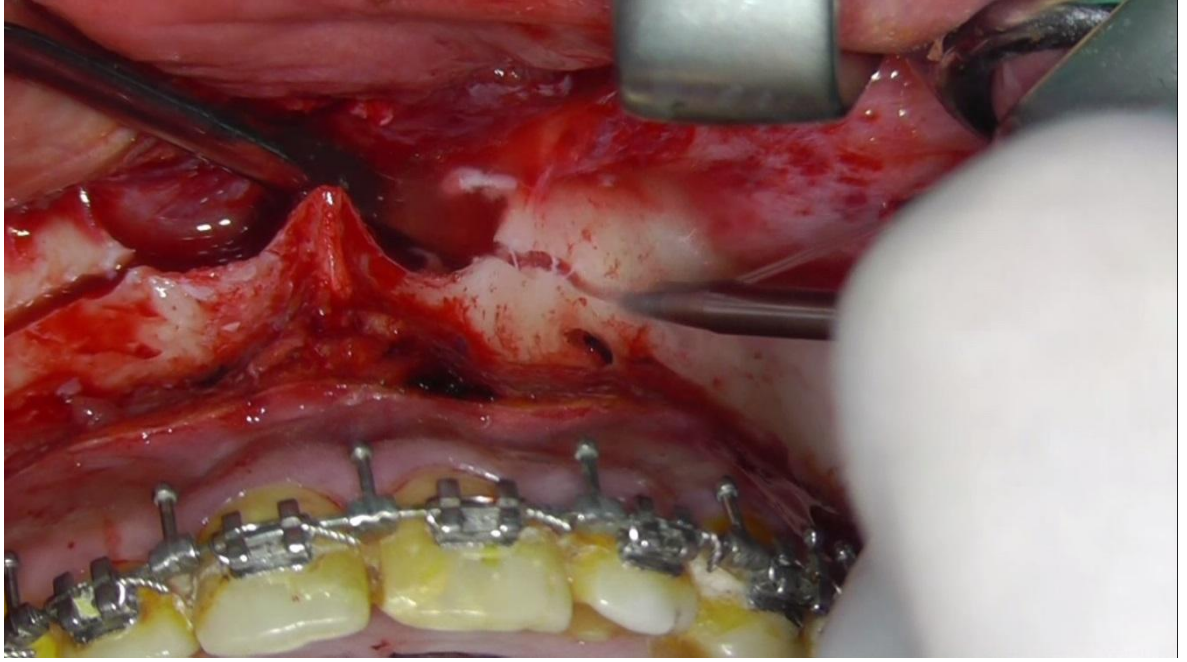
Gömülü diş çekimi (Resim 3.2), Le Fort cerrahisi (Resim 3.3) ve BSSO (Resim 3.4) için ayrı ayrı hekimin seslendirdiği ve sessiz alt yazı açıklamalı videolar, özel olarak hazırlanmıştır. Videoda kısaca işlemlerin aşamaları gösterildikten sonra postoperatif dönemde hastanın dikkat etmesi gerekenler ve karşılaşılabilecek durumlar hakkında bilgi verilmiştir.

3.2. İstatistiksel, Analitik Yöntemler

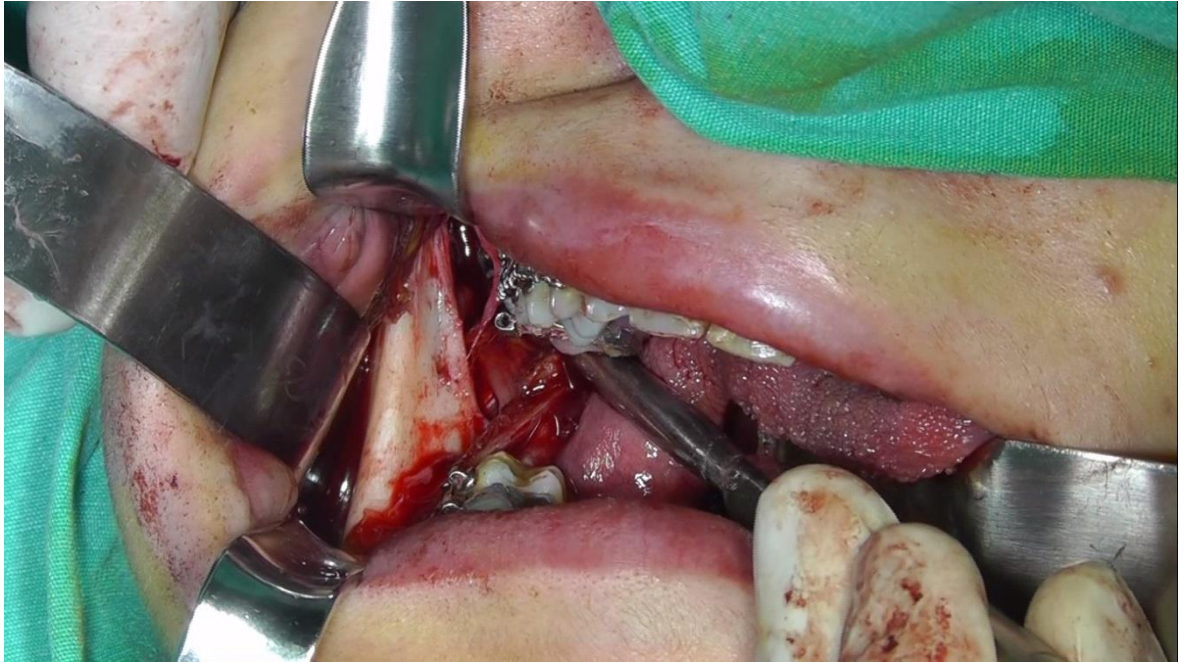
Anketlerden elde edilen bilgiler SPSS v22.0 yazılım (IBM SPSS, Inc., Şikago, Illinois, ABD) programına yüklenerek raporlanmıştır. Programa yüklenen anket sonuçlarının analizleri deskriptif yöntemlerle değerlendirilmiştir. Çalışmadaki toplam 3 alt grup (sesli video grubu, sessiz video grubu ve kontrol grubu) için veri analizleri;



Resim 3.2. Gömülü diş çekiminin gösterildiği videodan bir bölüm



Resim 3.3. Le Fort tedavisinin gösterildiği videodan bir bölüm



Resim 3.4. BSSO'nun gösterildiği videodan bir bölüm

Ölçümü olan verilerde; bağımlı değişkenler için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi kullanılarak, bağımsız iki grup arası farkların testi ile eşleştirilmiş iki grup arasındaki farkların testi student t testi kullanılarak bakılmıştır.

Nitelikli veriler için; bağımsız değişkenler ki kare kullanılarak; bağımlı değişkenler ANOVA kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık ve korelasyon için $p < 0,05$ değeri kabul edildi.

Anksiyetenin değişik tipleri arasındaki olası ilişkileri araştırmak için DAQ, MDAS, VAS ve STAI-S skorları arasındaki korelasyon Pearson katsayıları ile belirlenmiştir [28].

4. BULGULAR

4.1. Gömülü Yirmi Yaş Diş Çekimi ile İlgili Bulgular

4.1.1. Demografik veriler

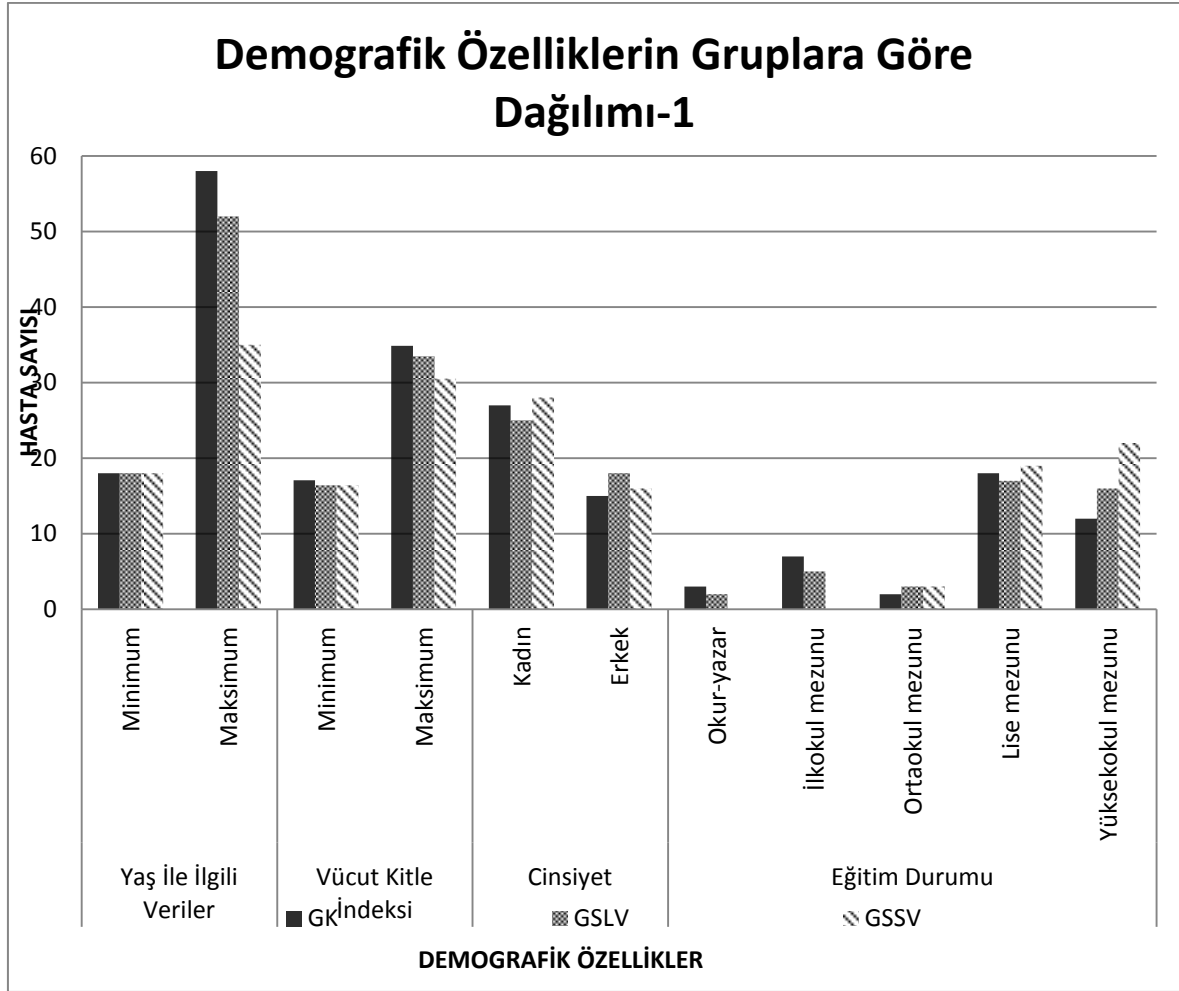
Çalışmaya toplam 129 hasta alındı. Bu hastalar gömülü yirmi yaş kontrol (GK), gömülü yirmi yaş sesli video grubu (GSLV), gömülü yirmi yaş sessiz video grubu (GSSV) olmak üzere toplam 3 gruba randomize edildi. Hastaların demografik özellikleri Şekil 4.1, Şekil 4.2 ve Çizelge 4.1’de ayrıntılı bir şekilde gösterilmiştir.

Hastaların ortalama yaşı $24,7 \pm 6,5$ olarak bulundu. GK, GSLV, GSSV için yaş ortalamaları sırasıyla şu şekildeydi: $25,7 \pm 7,9$; $25,6 \pm 7,2$; $22,8 \pm 3,6$ (Bkz. Şekil 4.1). Gruplar arasında yaş açısından istatistiksel bir fark gözlenmedi ($p=0,068$) (Çizelge 4.1).

Hastaların ortalama vücut kitle indeksleri $22,6 \pm 3,7$ olarak saptandı. GK, GSLV, GSSV için ortalama vücut kitle indeksleri sırasıyla şu şekildeydi: $22,6 \pm 3,9$; $22,7 \pm 3,9$; $22,9 \pm 3,5$ (Bkz. Şekil 4.1). Gruplar arasında vücut kitle indeksleri açısından istatistiksel bir fark gözlenmedi ($p=0,923$) (Bkz. Çizelge 4.1).

Çalışmaya alınan hastaların %62’si kadın; %38’i ise erkek olarak gözlendi. Kadın/Erkek oranı GK ($n=42$), GSLV ($n=43$), GSSV ($n=44$) için sırasıyla şu şekildeydi: 27/15; 25/18; 28/16 (Bkz. Şekil 4.1). Gruplar arasında cinsiyet açısından istatistiksel bir fark gözlenmedi ($p=0,813$) (Bkz. Çizelge 4.1).

Hastaların eğitim durumlarına bakıldığında yüksekokul mezunu olan hasta oranı %38,8; lise mezunu olan hasta oranı ise %41,9 olarak (Bkz. Şekil 4.1) tespit edilerek gruplar arasında istatistiksel açıdan istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,126$) (Bkz. Çizelge 4.1).



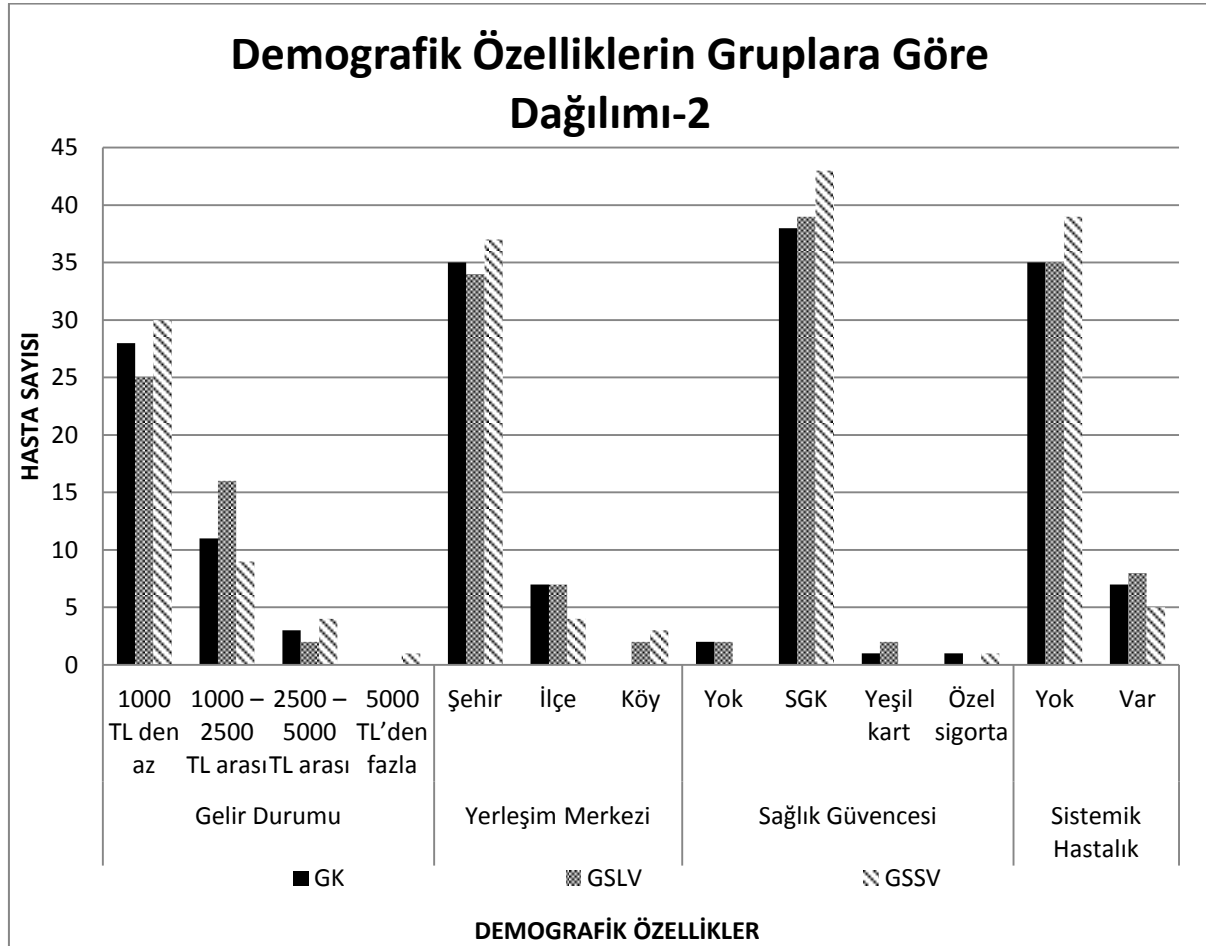
Şekil 4.1. Gömülü diş çekimi yapılan hastaların demografik özelliklerinin gruplara göre dağılımı-1

Yüz yirmi dokuz hastanın 83'ünün (%64,3) gelir seviyesinin 1000 TL'nin altında olduğu, 36'sının (%27,9) ise 1000-2500 TL arasında olduğu gözlemlendi (Şekil 4.2). Gelir durumu grupları açısından grupların arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,519$) (Bkz. Çizelge 4.1).

Çalışmadaki hastaların %82,2'si şehir merkezlerinde yaşadıklarını ifade etti (Bkz. Şekil 4.2). Hastaların yaşadıkları yerleşim merkezleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi ($p=0,421$) (Bkz. Çizelge 4.1).

Hastaların sağlık güvencelerinin dağılımına bakıldığı zaman (Bkz. Şekil 4.2) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,511$) (Bkz. Çizelge 4.1).

Hastaların %15,5'inde (n=20) bir sistemik hastalık olduğu tespit edildi (Bkz. Şekil 4.2). Grupların birbiri ile bu sistemik hastalık varlığı ve yokluğu açısından herhangi bir farkı olmadığı gözlemlendi ($p=0,627$) (Bkz. Çizelge 4.1).

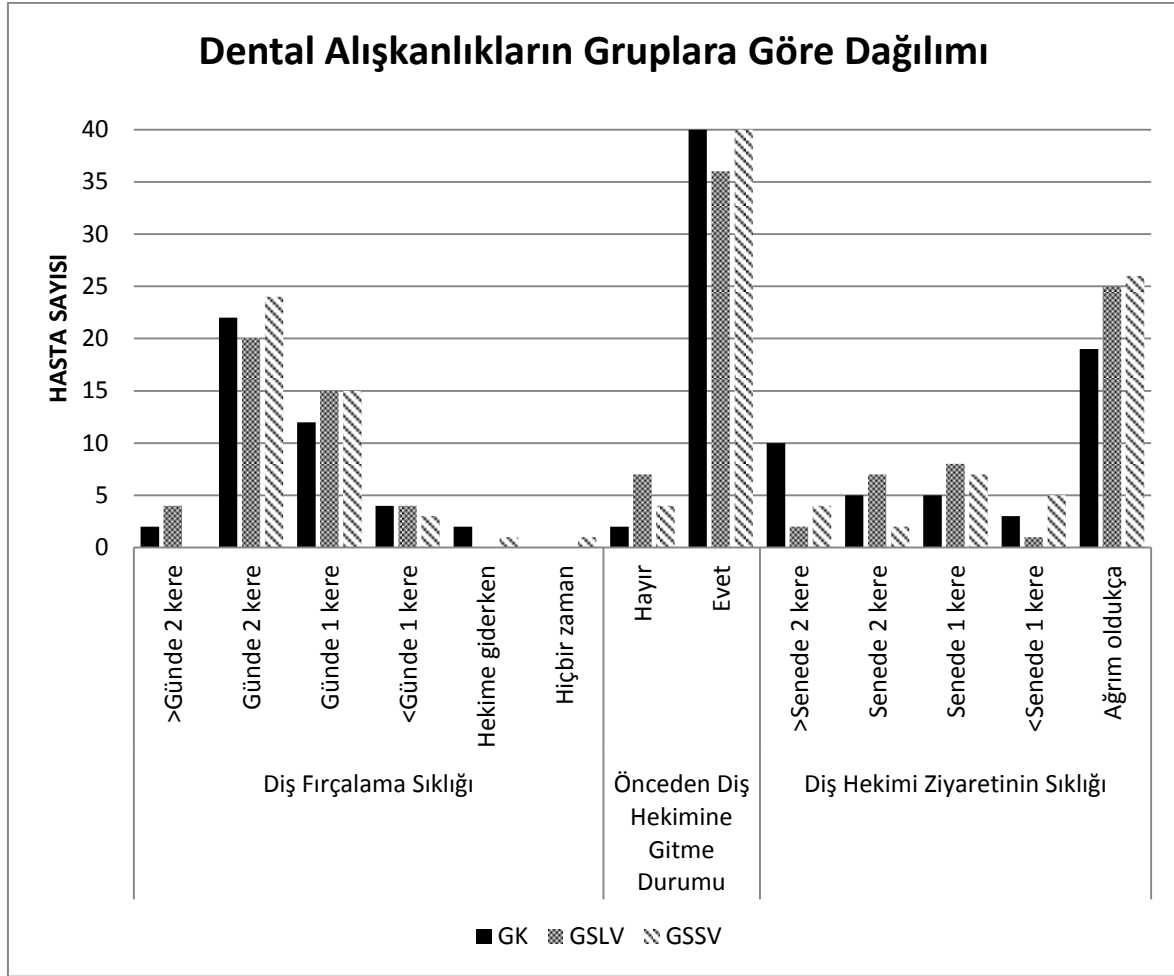


Şekil 4.2. Gömülü diş çekimi yapılan hastaların demografik özelliklerinin gruplara göre dağılımı-2

Gruplar arasında diş fırçalama alışkanlıkları açısından ($p=0,543$); daha önce diş hekimi ziyareti yapanlar açısından ($p=0,204$) ve bu ziyaretin sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p=0,087$) (Şekil 4.3). Hastaların %54,7'si diş hekimi ziyaretlerini sadece ağrısı olduğunda gerçekleştirdiğini ifade etti.

Çizelge 4.1. Gömülü diş çekimi yapılan hastaların demografik özelliklerinin gruplara göre dağılımı (İstatistiksel olarak anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edildi.) (SS, standart sapma)

Kantitatif Demografik Özellikler	GSLV (Ortalama ± SS)	GSSV (Ortalama ± SS)	GK (Ortalama ± SS)	Toplam (Ortalama ± SS)	p değeri
Yaş	25,6 ± 7,2	22,8 ± 3,6	25,7 ± 7,9	24,7 ± 6,5	0,068
Ortalama Vücut Kitle İndeksi	22,7 ± 3,9	22,9 ± 3,5	22,6 ± 3,9	22,6 ± 3,7	0,923
Kalitatif Demografik Özellikler	GSLV (n)	GSSV (n)	GK (n)	Toplam (n)	p değeri
Cinsiyet					0,813
Kadın Hasta Sayısı	25	28	27	80	
Erkek Hasta Sayısı	18	16	15	49	
Eğitim Durumları					0,126
Okur-yazar	2	0	3	5	
İlkokul mezunu	5	0	7	12	
Ortaokul mezunu	3	3	2	8	
Lise mezunu	17	19	18	54	
Yüksekokul mezunu	16	22	12	50	
Gelir Durumu					0,519
1000 TL den az	25	30	28	83	
1000 – 2500 TL arası	16	9	11	36	
2500 – 5000 TL arası	2	4	3	9	
5000 TL'den fazla	0	1	0	1	
Yerleşim Merkezi					0,421
Şehir	34	37	35	106	
İlçe	7	4	7	18	
Köy	2	3	0	5	
Sağlık Güvencesi					0,511
Yok	2	0	2	4	
SGK	39	43	38	120	
Yeşil kart	2	0	1	3	
Özel sigorta	0	1	1	2	
Sistemik Hastalık Varlığı		43	44	129	0,627
Var	7	8	5	20	
Yok	35	35	39	109	

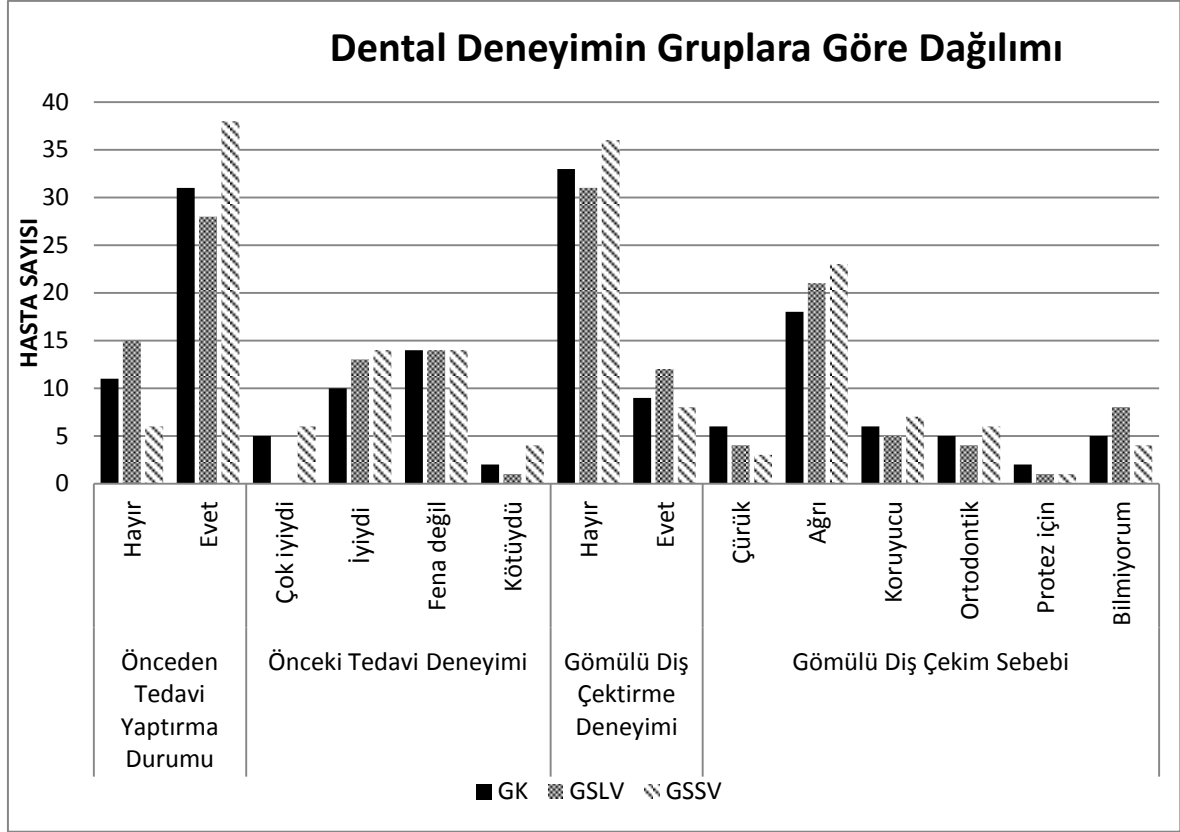


Şekil 4.3. Gömülü diş çekimi yapılan hastaların dental alışkanlıklarının gruplara göre dağılımı

Hastalara daha önce herhangi bir diş tedavisinin yapılma durumu sorgulandığında ($p=0,070$) ve bu deneyimlerinin nasıl geçtiği belirtildiğinde (Şekil 4.4) gruplar arasında herhangi bir fark olmadığı gözlemlendi ($p=0,315$).

Tüm hastaların %22,5'i ($n=29$) daha önce gömülü diş çektirdiğini (Bkz. Şekil 4.4), bu hastalardan da %34,5'i ($n=10$) deneyiminin çok kötü ve ağrılı olduğunu belirtti. Her iki durum açısından da gruplar arasında istatistiksel açıdan istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlemlenmedi ($p=0,543$; $p=0,958$).

Hastaların %48,1'i ($n=62$) ağrı nedeniyle diş çekimini tercih ettiklerini belirtti (Bkz. Şekil 4.4). Gömülü yirmi yaş dişi çekimi sebebi gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermedi ($p=0,927$).



Şekil 4.4. Gömülü diş çekimi yapılan hastaların dental deneyimlerinin gruplara göre dağılımı

Hastaların %54,3'ü (n=70) işlemin ne tür bir anestezi altında yapılacağını bilmediğini belirtti (Şekil 4.5). Anestezi ile ilgili öngörülerini açısından gruplar arasında belirgin fark gözlenmedi ($p=0,113$).

İstatistiksel bir fark olmamasına rağmen hastaların büyük bir çoğunluğu (n=86) işlemin lokal anestezi altında yapılmasını tercih ettiklerini (%66,7) belirtti (Bkz. Şekil 4.5).

Hastaların %89,1 gibi (n=115) yüksek bir oranı işlemi gerçekleştirecek olan hekimin cinsiyetinin, kendileri için önemli olmadığını belirtti ($p=0,383$) (Bkz. Şekil 4.5). Tercih durumunun hastaların cinsiyeti açısından değerlendirildiğinde anlamlı fark olmadığı gözlemlendi ($p=0,845$) (Şekil 4.6).

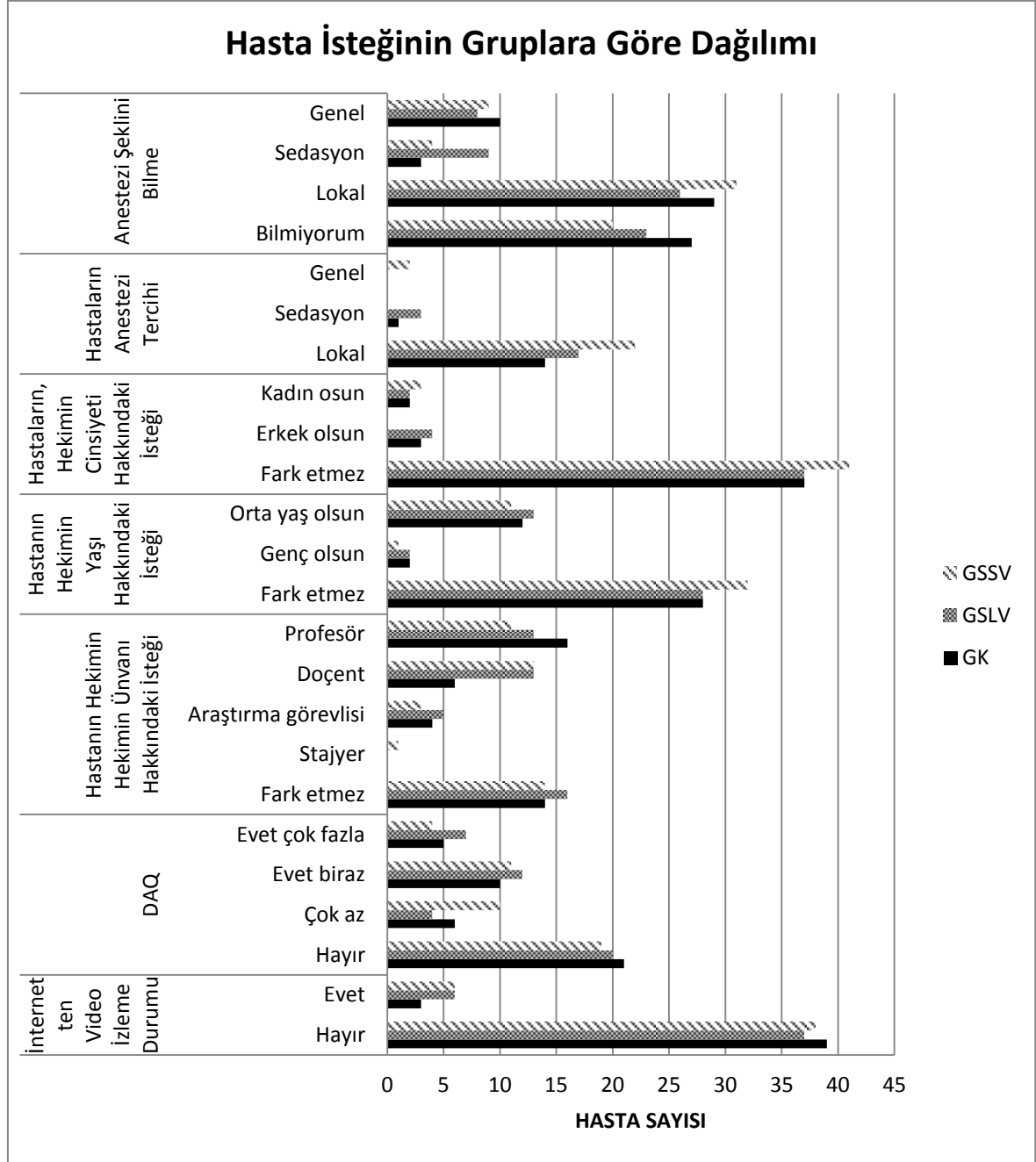
Hekimin yaşının kendileri açısından önemli bir durum olmadığını belirten hasta oranı %68,2 (n=88) iken, genç olmasını isteyen hasta oranı ise %3,9 (n=5) olarak gözlemlendi (Bkz. Şekil 4.5); ancak bu tercihin gruplar arasında istatistiksel farkının

olmadığı saptandı ($p=0,928$). Yaş grupları ile hekimin yaşının önemi arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel bir fark görülmedi ($p=0,087$) (Şekil 4.7).

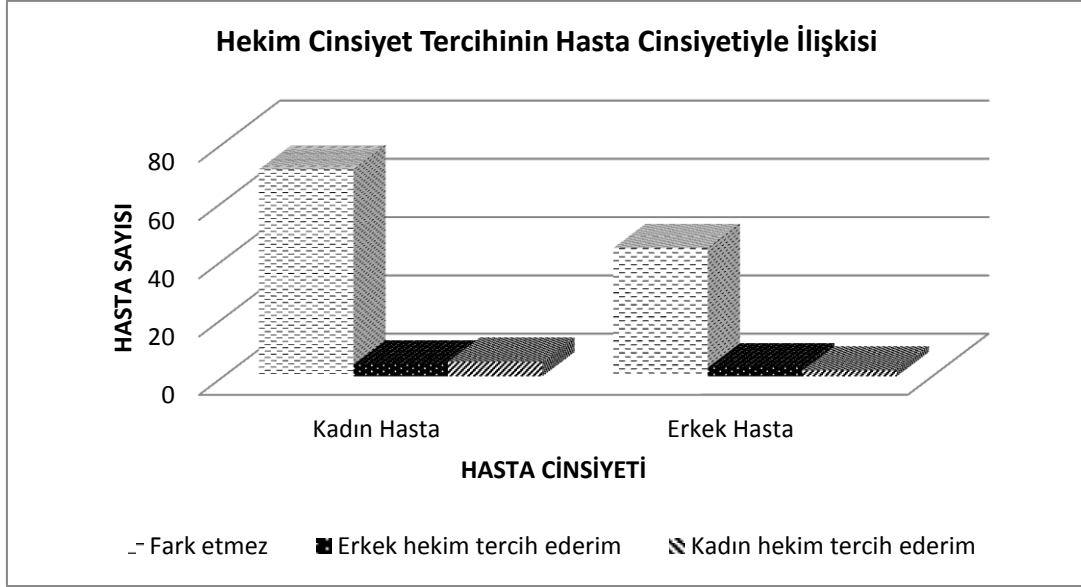
Cerrahiyi gerçekleştirecek olan hekimin akademik unvan tercihinin gruplar arasında istatistiksel fark göstermediği gözlemlendi ($p=0,577$) (Bkz. Şekil 4.5).

Hastaların “Diş hekimine gitmekten korkuyor musunuz” sorusuna verdikleri cevaplar açısından (Bkz. Şekil 4.5) gruplar arasında herhangi bir fark gözlenmedi ($p=0,694$). Anksiyete olma durumu ile işlemi yapacak olan cerrahın akademik sıfatının tercih edilmesi durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p=0,359$).

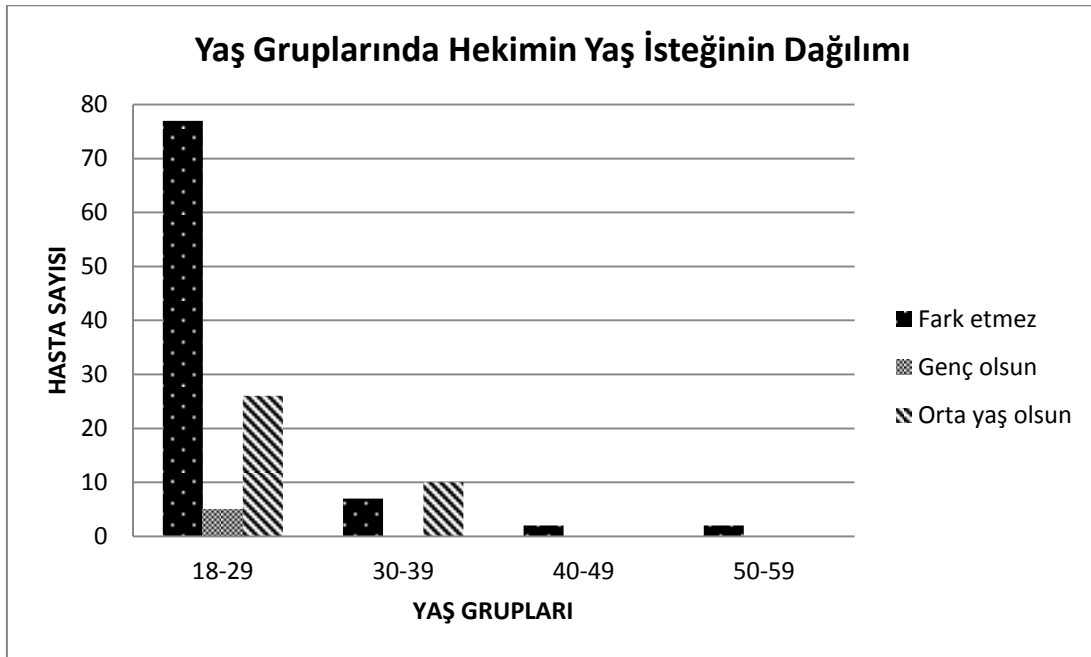
Hastaların %11,6'sının ($n= 15$) ameliyattan önce internetten konu ile ilgili video izlediği öğrenildi (Bkz. Şekil 4.5). Bu durumun gruplar arasında farklılık göstermediği tespit edildi ($p=0,543$). Video izleyen hastaların 10 tanesi (%66,7) gerçek diş çekiminin gösterildiği sesli bir film izlediklerini belirtti.



Şekil 4.5. Gömülü diş çekimi yapılan hastaların isteklerinin gruplara göre dağılımı

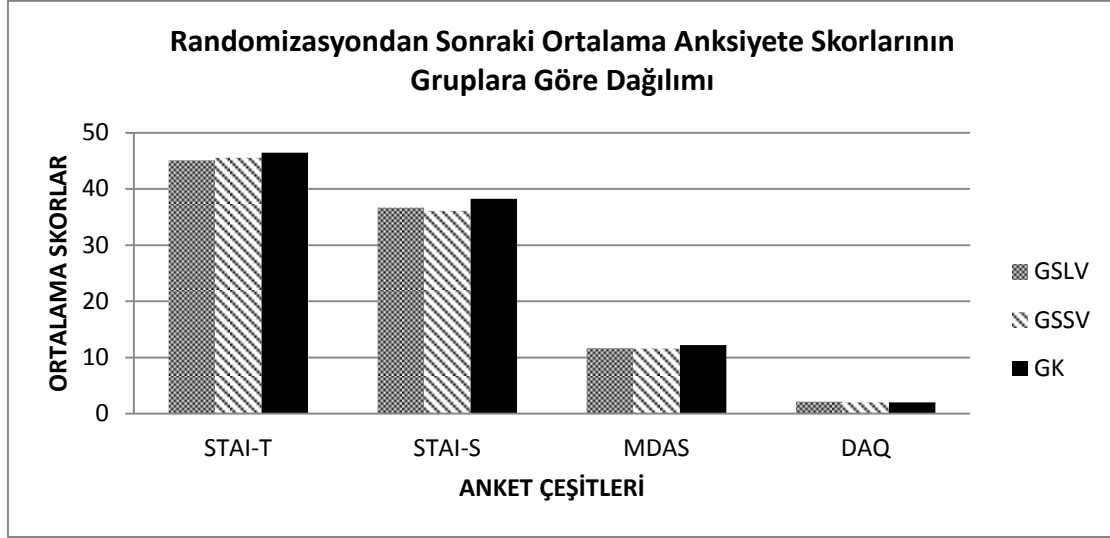


Şekil 4.6. Gömülü diş çekimi yapılan hastaların hekim cinsiyet tercihinin hasta cinsiyeti ile ilişkisi



Şekil 4.7. Gömülü diş çekimi yapılan hastaların yaş gruplarına göre hekim yaş isteğinin tercihi

Çalışmaya başlamadan önce hastaların genel anksiyetesi ($p=0,547$) ve o anki anksiyetesi ($p=0,223$), modifiye dental anksiyetesi ($p=0,772$) ve diş hekiminden korkmaları ($p=0,764$) açısından gruplar arasında istatistiksel bir fark tespit edilmedi (Şekil 4.8).



Şekil 4.8. Gömülü diş çekimi yapılan hastaların randomizasyondan sonraki anksiyete skorlarının gruplara göre dağılımı

4.1.2. Demografik verilerin anksiyete ile ilişkisi

Tüm çalışma gruplarının cinsiyete göre randomizasyondan sonraki anksiyeteleri karşılaştırıldığı zaman STAI-T ($p=0,023$), MDAS ($p<0,001$) ve DAQ'da ($p<0,001$) anksiyetenin kadınlarda erkeklere oranla daha fazla olduğunu gösteren istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı.

Hastaların eğitim seviyeleri; yaşı; sistemik hastalık mevcudiyeti ile başlangıçtaki anksiyeteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi.

Daha önce diş hekimini ziyaret ettiniz mi sorusuna evet cevabı veren hastaların ($33,31 \pm 5,2$ karşı $37,4 \pm 6,0$) STAI-S skoru, hayır cevabını verenlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptandı.

Hastaların daha önce dental bir işlem yaptırması; daha önceden gömülü diş çekirtmesi; hekim cinsiyet tercihleri; hekim yaşı tercihleri; randomizasyon öncesinde işleme dair internetten video izleme durumları ile bazal anksiyete skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi.

Hastaların işlem süreleri ile postoperatif erken dönemdeki STAI-S skorları arasında zayıf bir ilişki tespit edildi ($p=0,028$; korelasyon katsayısı 0,195).

İzlenen video tipine göre bilgilenmenin olup olmadığı ve bilgilenmenin yeterli bulunup bulunmadığı sorularına verilen cevaplar arasında herhangi bir fark tespit edilmedi.

Hastaların randomizasyon öncesindeki anestezi tercihleri ile bazal anksiyete skorları arasında; DAQ skorunda lokal anestezi isteyen grup ile sedasyon isteyen grup dışında ($1,86 \pm 1,1$ karşı $2,56 \pm 0,9$) ($p=0,049$) istatistiksel fark tespit edilmedi.

Hekim cinsiyeti açısından tercihleri sorulduğunda tüm bazal anksiyete ve ağrı skorları arasında sadece özellikle erkek hekim ($n=7$) ve özellikle kadın hekim ($n=7$) tercihinde olanların yalnızca DAQ skorlarında istatistiksel bir fark saptandı ($p=0,041$). Erkek hekim tercihi olanların ortalama DAQ skoru $1,29 \pm 0,5$ iken kadın hekim tercih edenlerin DAQ skorunun $2,71 \pm 1,25$ olduğu saptandı. Diğer durumlar açısından bakıldığında kalan tüm anksiyete ve ağrı skorları açısından istatistiksel fark tespit edilmedi.

4.1.3. Grupların birbiriyle karşılaştırılması

Çizelge 4.2. Gömülü diş tedavisi uygulanan tüm grupların anksiyete skorlarının, anketlerin yapıldığı zaman aralığına göre aldıkları ortalama skorları (Paired sample t test uygulandı) (İstatistiksel olarak anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edildi.) (SS, standart sapma)

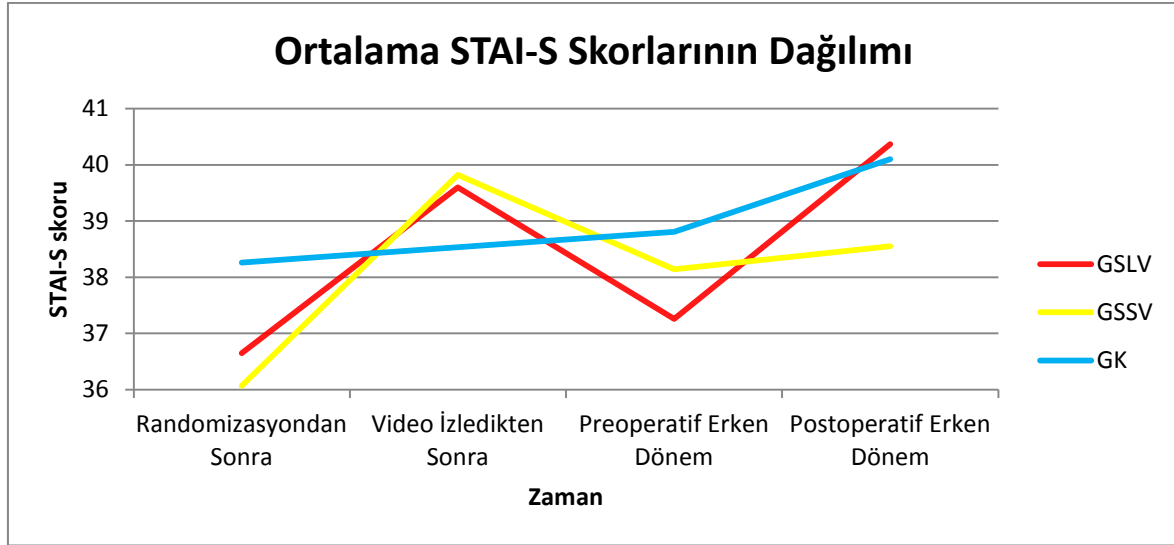
		Videodan önce (Ortalama $\pm$ SS)	Videodan sonra (Ortalama $\pm$ SS)	p1	Preoperatif (Ortalama $\pm$ SS)	p2	p3	Postoperatif (Ortalama $\pm$ SS)	p4	p5	p6
STAI-S	GSLV	36,65 $\pm$ 6,0	39,6 $\pm$ 8,5	0,005	37,26 $\pm$ 5,7	0,508	0,002	40,37 $\pm$ 9,0	0,06	0,594	0,012
	GSSV	36,07 $\pm$ 4,4	39,82 $\pm$ 8,2	0,001	38,14 $\pm$ 7,2	0,028	0,006	38,55 $\pm$ 6,1	0,11	0,326	0,664
	GK	38,26 $\pm$ 7,4			38,81 $\pm$ 6,8	0,683	0,158	40,10 $\pm$ 5,8			0,247
MDAS	GSLV	11,65 $\pm$ 4,5	11,40 $\pm$ 4,6	0,487	11,37 $\pm$ 3,8	0,501	0,004	10,26 $\pm$ 4,4	0,946	0,005	0,006
	GSSV	11,55 $\pm$ 3,9	12,16 $\pm$ 4,4	0,159	11,41 $\pm$ 3,8	0,722	0,001	10,02 $\pm$ 3,7	0,068	0,001	0,007
	GK	12,19 $\pm$ 4,9			12,05 $\pm$ 4,5	0,777	0,002	10,31 $\pm$ 4,4			<0,001
DAQ	GSLV	2,14 $\pm$ 1,2	2,0 $\pm$ 1,0	0,183	2,07 $\pm$ 1,1	0,618	0,336	2,0 $\pm$ 1,0	0,538	1	0,607
	GSSV	2,0 $\pm$ 1,0	2,09 $\pm$ 1,0	0,352	2,16 $\pm$ 1,0	0,109	0,04	1,77 $\pm$ 0,9	0,519	0,021	0,001
	GK	1,98 $\pm$ 1,1			2,14 $\pm$ 1,1	0,146	0,323	2,10 $\pm$ 1,1			0,599
VAS	GSLV				1,63 $\pm$ 2,3			3,09 $\pm$ 2,5			0,002
	GSSV				1,66 $\pm$ 2,3			2,27 $\pm$ 2,0			0,114
	GK				2,83 $\pm$ 3,0			2,54 $\pm$ 2,8			0,554

p1, video izlemeden önceki skor ile video izledikten sonraki skor arasındaki istatistiksel anlamlılık değeri. p2, video izlemeden önceki skor ile preoperatif dönemdeki skor arasındaki istatistiksel anlamlılık değeri. p3, video izlemeden önceki skor ile postoperatif dönemdeki skor arasındaki istatistiksel anlamlılık değeri. p4, video izledikten sonraki skor ile preoperatif dönemdeki skor arasındaki istatistiksel anlamlılık değeri. p5, video izledikten sonraki skor ile postoperatif dönemdeki skor arasındaki istatistiksel anlamlılık değeri. p6, preoperatif dönemdeki skor ile postoperatif dönemdeki skor arasındaki istatistiksel anlamlılık değeri.

Sesli video izleyen grupta; randomizasyondan sonraki bazal STAI-S skoru $36,65 \pm 5,98$ olarak tespit edildi. Bu grupta hastaların video izledikten hemen sonraki STAI-S skoru $39,6 \pm 8,5$ olarak tespit edilirken; hastaların hemen preoperatif dönemdeki STAI-S skoru $37,3 \pm 5,7$ olarak; hastaların hemen postoperatif erken dönemdeki STAI-S skoru ise $40,4 \pm 9,0$ tespit edildi (Şekil 4.9). Her dönem kendinden bir sonraki dönemle karşılaştırıldığında tüm bu dönemler arasındaki skorlarda korelasyon olduğu; ancak sadece randomizasyondan sonraki bazal STAI-S skoru ile video izledikten hemen sonraki STAI-S skoru arasında ve randomizasyondan sonraki bazal STAI-S skoru ile hemen postoperatif erken dönemdeki STAI-S skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (Çizelge 4.2).

Sessiz video izleyen grupta; randomizasyondan sonraki bazal STAI-S skoru $36,07 \pm 4,35$ olarak tespit edildi. Bu grupta hastaların video izledikten hemen sonraki STAI-S skoru $39,82 \pm 8,18$ olarak tespit edilirken; hastaların hemen preoperatif dönemdeki STAI-S skoru $38,14 \pm 7,20$ olarak; hastaların hemen postoperatif erken dönemdeki STAI-S skoru ise $38,55 \pm 6,06$ tespit edildi (Bkz. Şekil 4.9). Her dönem kendinden bir sonraki dönemle karşılaştırıldığında tüm bu dönemler arasındaki skorlarda korelasyon olduğu; ancak sadece randomizasyondan sonraki bazal STAI-S skoru ile video izledikten hemen sonraki STAI-S skoru arasında; randomizasyondan sonraki bazal STAI-S skoru ile hemen preoperatif erken dönemdeki STAI-S skoru arasında ve randomizasyondan sonraki bazal STAI-S skoru ile hemen postoperatif erken dönemdeki STAI-S skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (Bkz. Çizelge 4.2).

Kontrol grubunda; randomizasyondan sonraki bazal STAI-S skoru $38,26 \pm 7,43$ olarak tespit edildi. Bu grupta hastaların erken preoperatif dönemdeki STAI-S skoru $38,81 \pm 6,76$ olarak; hastaların hemen postoperatif erken dönemdeki STAI-S skoru ise $40,10 \pm 5,82$ tespit edildi (Bkz. Şekil 4.9). Her dönem kendinden bir sonraki dönemle karşılaştırıldığında sadece erken preoperatif dönemdeki STAI-S skoru ile postoperatif erken dönemdeki STAI-S skoru arasında korelasyon olduğu ve dönemler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edildi (Bkz. Çizelge 4.2).



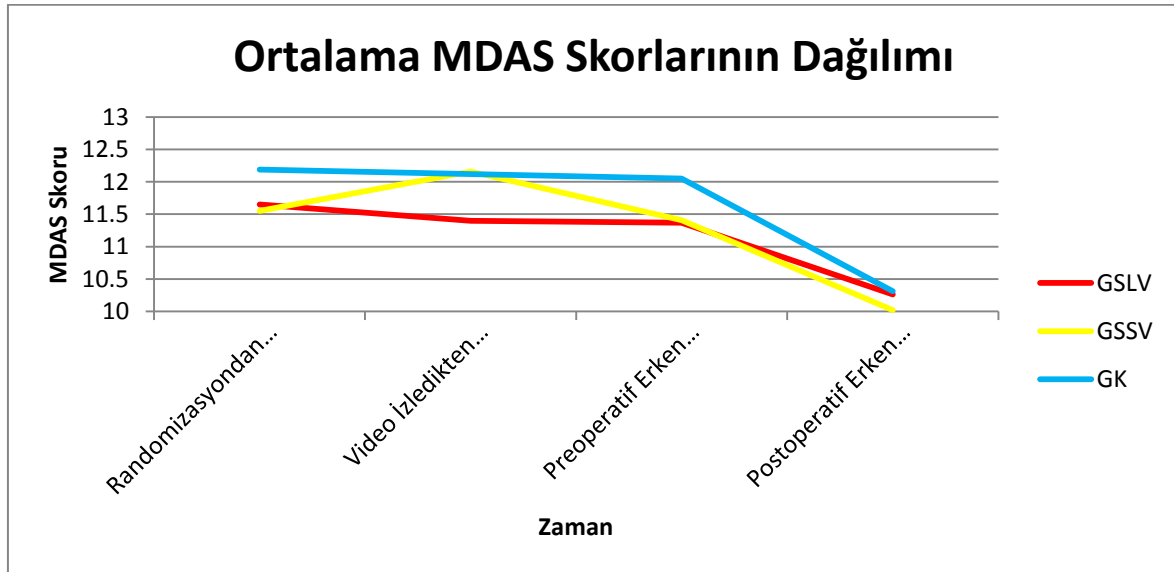
Şekil 4.9. Gömülü diş çekimi yapılan hastaların ortalama STAI-S skorlarının gruplara göre dağılımı

Sesli video izleyen grupta; randomizasyondan sonraki bazal MDAS skoru $11,65 \pm 4,48$ olarak tespit edildi. Bu grupta hastaların video izledikten hemen sonraki MDAS skoru $11,40 \pm 4,62$ olarak tespit edilirken; hastaların hemen preoperatif dönemdeki MDAS skoru $11,37 \pm 3,81$ olarak; hastaların hemen postoperatif erken dönemdeki MDAS skoru ise $10,26 \pm 4,38$ tespit edildi (Şekil 4.10). Her dönem kendinden bir sonraki dönemle karşılaştırıldığında tüm bu dönemler arasındaki skorlarda korelasyon olduğu; ancak sadece randomizasyondan sonraki bazal MDAS skoru ile postoperatif erken dönemdeki MDAS skoru arasında; video izledikten hemen sonraki MDAS skoru ile hemen postoperatif erken dönemdeki MDAS skoru arasında ve hemen preoperatif dönemdeki MDAS skoru ile video izledikten hemen sonraki MDAS skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (Bkz. Çizelge 4.2).

Sessiz video izleyen grupta; randomizasyondan sonraki bazal MDAS skoru $11,55 \pm 3,93$ olarak tespit edildi. Bu grupta hastaların video izledikten hemen sonraki MDAS skoru $12,16 \pm 4,36$ olarak tespit edilirken; hastaların hemen preoperatif dönemdeki MDAS skoru $11,41 \pm 3,85$ olarak; hastaların hemen postoperatif erken dönemdeki MDAS skoru ise $10,02 \pm 3,70$ tespit edildi (Bkz. Şekil 4.10). Her dönem kendinden bir sonraki dönemle karşılaştırıldığında tüm bu dönemler arasındaki skorlarda korelasyon olduğu; ancak sadece randomizasyondan sonraki bazal MDAS skoru ile postoperatif erken dönemdeki MDAS skoru arasında; video

izledikten hemen sonraki MDAS skoru ile hemen postoperatif erken dönemdeki MDAS skoru arasında ve hemen preoperatif dönemdeki MDAS skoru ile postoperatif erken dönemdeki MDAS skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (Bkz. Çizelge 4.2).

Kontrol grubunda; randomizasyondan sonraki bazal MDAS skoru $12,19 \pm 4,87$ olarak tespit edildi. Bu gruptaki hastaların erken preoperatif dönemdeki MDAS skoru $12,05 \pm 4,46$ olarak; hemen postoperatif erken dönemdeki MDAS skoru ise $10,31 \pm 4,38$ olarak tespit edildi (Bkz. Şekil 4.10). Her dönem kendinden bir sonraki dönemle karşılaştırıldığında birbirleri arasında korelasyon olduğu; ancak randomizasyondan sonraki bazal MDAS skoru ile postoperatif erken dönemdeki MDAS skoru ve erken preoperatif dönemdeki MDAS skoru ile postoperatif erken dönemdeki MDAS skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu tespit edildi (Bkz. Çizelge 4.2).



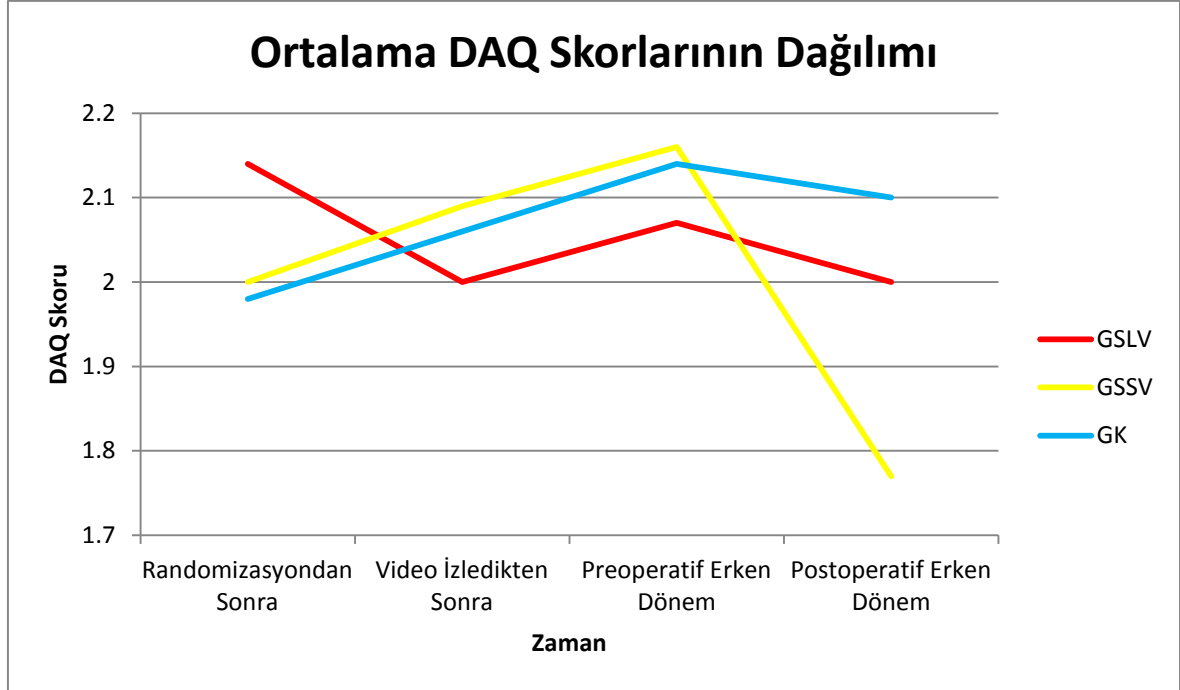
Şekil 4.10. Gömülü diş çekimi yapılan hastaların ortalama MDAS skorlarının gruplara göre dağılımı

Sesli video izleyen grupta; randomizasyondan sonraki bazal DAQ skoru $2,14 \pm 1,19$ olarak tespit edildi. Bu grupta hastaların video izledikten hemen sonraki DAQ skoru $2,00 \pm 1,00$ olarak tespit edilirken; hastaların hemen preoperatif dönemdeki DAQ skoru $2,07 \pm 1,10$ olarak; hastaların hemen postoperatif erken dönemdeki DAQ skoru ise $2,00 \pm 1,05$ tespit edildi (Şekil 4.11). Her dönem kendinden bir

sonraki dönemle karşılaştırıldığında tüm bu dönemler arasındaki skorlarda korelasyon olduğu; ancak hiçbir dönemin birbirinden istatistiksel olarak anlamlı bir farkı bulunmadığı saptandı (Bkz. Çizelge 4.2).

Sessiz video izleyen grupta; randomizasyondan sonraki bazal DAQ skoru $2,00 \pm 1,03$ olarak tespit edildi. Bu grupta hastaların video izledikten hemen sonraki DAQ skoru $2,09 \pm 1,01$ olarak tespit edilirken; hastaların hemen preoperatif dönemdeki DAQ skoru $2,16 \pm 0,96$ olarak; hastaların hemen postoperatif erken dönemdeki DAQ skoru ise $1,77 \pm 0,89$ tespit edildi (Bkz. Şekil 4.11). Her dönem kendinden bir sonraki dönemle karşılaştırıldığında tüm bu dönemler arasındaki skorlarda korelasyon olduğu; ancak sadece randomizasyondan sonraki bazal DAQ skoru ile postoperatif erken dönemdeki DAQ skoru arasında; video izledikten hemen sonraki DAQ skoru ile hemen preoperatif erken dönemdeki DAQ skoru arasında ve hemen preoperatif dönemdeki DAQ skoru ile postoperatif erken dönemdeki DAQ skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (Bkz. Çizelge 4.2).

Kontrol grubunda; randomizasyondan sonraki bazal DAQ skoru $1,98 \pm 1,12$ olarak tespit edildi. Bu grupta hastaların erken preoperatif dönemdeki DAQ skoru $2,14 \pm 1,14$ olarak; hastaların hemen postoperatif erken dönemdeki DAQ skoru ise $2,10 \pm 1,10$ tespit edildi (Bkz. Şekil 4.11). Her dönem kendinden bir sonraki dönemle karşılaştırıldığında birbirleri arasında korelasyon olduğu; ancak dönemler birbirleri ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edildi (Bkz. Çizelge 4.2).

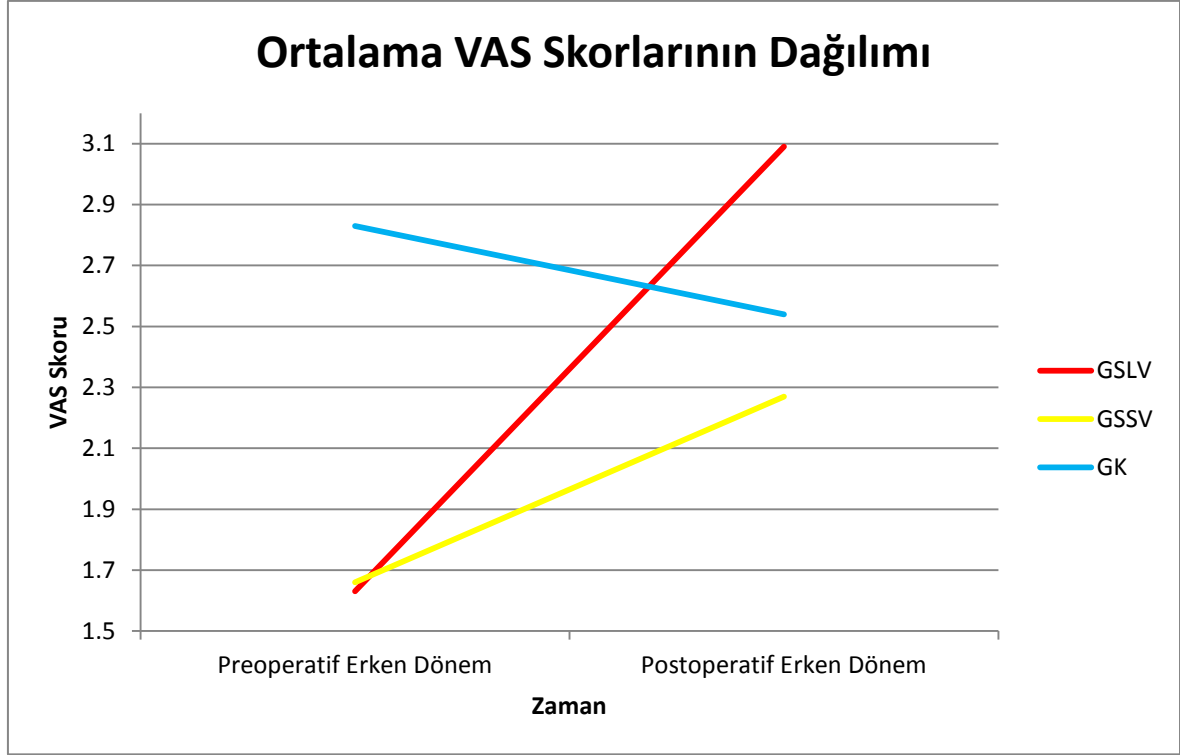


Şekil 4.11. Gömülü diş çekimi yapılan hastaların ortalama DAQ skorlarının gruplara göre dağılımı

Sesli video izleyen grupta; hastaların hemen preoperatif dönemdeki VAS skoru $1,63 \pm 2,28$ iken; hemen postoperatif erken dönemdeki VAS skoru ise $3,09 \pm 2,50$ olarak tespit edildi (Şekil 4.12). Bu iki skor karşılaştırıldığında birbiri ile arasında korelasyon olmadığı ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu gözlemlendi (Bkz. Çizelge 4.2).

Sesli video izleyen grupta; hastaların hemen preoperatif dönemdeki VAS skoru $1,66 \pm 2,28$ iken; hemen postoperatif erken dönemdeki VAS skoru ise $2,27 \pm 2,04$ olarak tespit edildi (Bkz. Şekil 4.12). Bu iki skor karşılaştırıldığında birbiri ile arasında korelasyon olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı gözlemlendi (Bkz. Çizelge 4.2).

Kontrol grubunda; erken preoperatif dönemdeki VAS skoru $2,83 \pm 2,96$ olarak; hastaların hemen postoperatif erken dönemdeki VAS skoru ise $2,54 \pm 2,77$ tespit edildi (Bkz. Şekil 4.12). Her iki dönem birbiri ile karşılaştırıldığında aralarında korelasyon olduğu; ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edildi (Bkz. Çizelge 4.2).



Şekil 4.12. Gömülü diş çekimi yapılan hastaların ortalama VAS skorlarının gruplara göre dağılımı

İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da ortalama STAI-S değerleri bazale oranla video izledikten sonra, preoperatif erken dönemde ve postoperatif erken dönemde artmıştır. Ortalama STAI-S değerleri preoperatif dönemden postoperatif döneme kıyasla sessiz video grubunda az artarken, diğer iki grupta sessiz video grubuna kıyasla daha çok arttığı bulundu (Çizelge 4.3).

İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da ortalama MDAS değerlerinin sessiz video grubunun video izledikten sonraki dönemi hariç randomizasyona kıyasla diğer tüm dönemlerde azaldığı saptandı (Bkz. Çizelge 4.3).

İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da ortalama DAQ değerlerinin bazale oranla video izledikten sonra sesli video grubunda azalırken sessiz video grubunda arttığı görüldü. Preoperatif dönemdeki ortalama DAQ değerleri bazaldeki değerine oranla sesli video grubu hariç diğer tüm gruplarda artmış, postoperatif dönemde ise tüm gruplarda azalmış olduğu tespit edildi (Bkz. Çizelge 4.3).

İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da ortalama postoperatif VAS değerleri kontrol grubunda nispeten azalırken video gruplarında bu değerlerin arttığı bulundu (Bkz. Çizelge 4.3).

Çizelge 4.3. Gömülü diş tedavisi uygulanan tüm grupların anksiyete skorlarının, anketlerin yapıldığı zaman aralığına göre aldıkları ortalama skorları (Annova testi uygulandı) (İstatistiksel olarak anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edildi.) (SS, standart sapma).

Test zamanı		GSLV (Ortalama $\pm$ SS)	GSSV (Ortalama $\pm$ SS)	GK (Ortalama $\pm$ SS)	p değeri
Videodan önce	STAI-T	45,07 $\pm$ 5,6	45,52 $\pm$ 5,6	46,43 $\pm$ 6,1	0,547
	STAI-S	36,65 $\pm$ 6,0	36,07 $\pm$ 4,4	38,26 $\pm$ 7,4	0,223
	MDAS	11,65 $\pm$ 4,5	11,55 $\pm$ 3,9	12,19 $\pm$ 4,9	0,772
	DAQ	2,14 $\pm$ 1,2	2,00 $\pm$ 1,0	1,98 $\pm$ 1,1	0,764
Videodan sonra	STAI-S	39,60 $\pm$ 8,5	39,82 $\pm$ 8,2		0,905
	MDAS	11,40 $\pm$ 4,6	12,16 $\pm$ 4,4		0,43
	DAQ	2,00 $\pm$ 1,0	2,09 $\pm$ 1,0		0,674
Preoperatif	STAI-S	37,26 $\pm$ 5,7	38,14 $\pm$ 7,2	38,81 $\pm$ 6,8	0,553
	MDAS	11,37 $\pm$ 3,8	11,41 $\pm$ 3,8	12,05 $\pm$ 4,5	0,689
	DAQ	2,07 $\pm$ 1,1	2,16 $\pm$ 1,0	2,14 $\pm$ 1,1	0,918
	VAS	1,63 $\pm$ 2,3	1,66 $\pm$ 2,3	2,86 $\pm$ 2,9	0,04
Postoperatif	STAI-S	40,37 $\pm$ 9,0	38,55 $\pm$ 6,1	40,10 $\pm$ 5,8	0,436
	MDAS	10,26 $\pm$ 4,4	10,02 $\pm$ 3,7	10,31 $\pm$ 4,4	0,943
	DAQ	2,00 $\pm$ 1,0	1,77 $\pm$ 0,9	2,10 $\pm$ 1,1	0,318
	VAS	3,09 $\pm$ 2,5	2,27 $\pm$ 2,0	2,54 $\pm$ 2,8	0,284

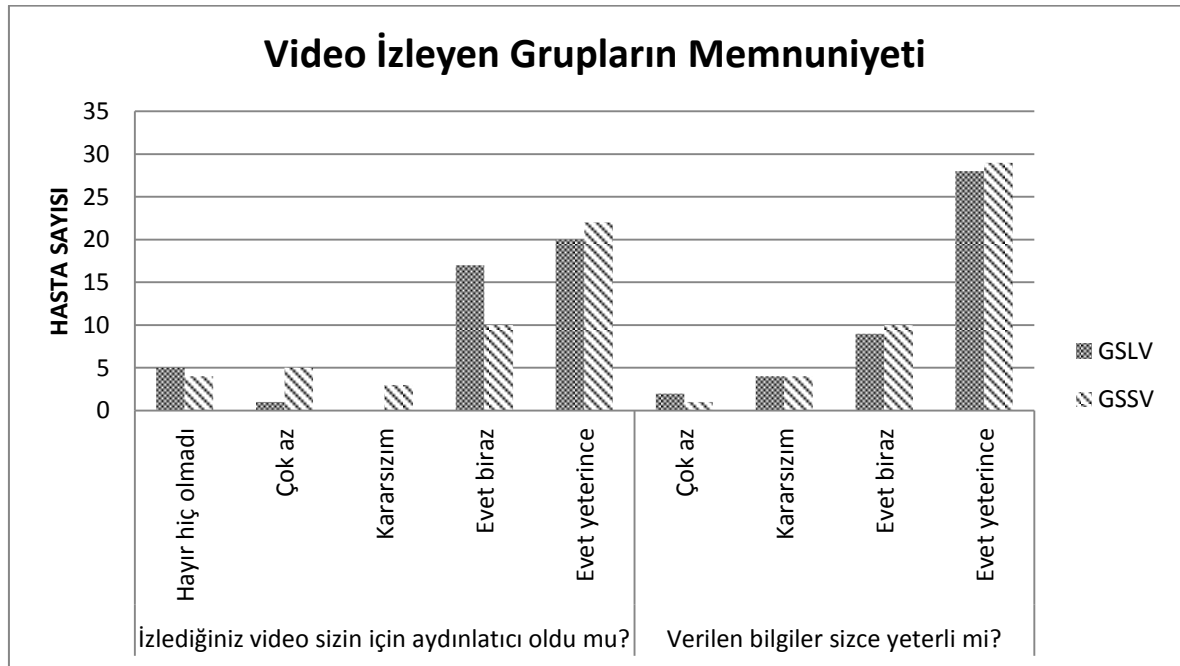
Video izleyen grupların randomizasyondaki ve video izledikten sonraki ortalama anksiyete skorları karşılaştırıldığında; sesli ve sessiz video izleyen grupların ortalama STAI-S skoru ($p=0,005$; $p=0,001$) hariç diğer skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir artış saptandı (Bkz. Çizelge 4.2).

Tüm grupların randomizasyondaki ve preoperatif dönemdeki ortalama anksiyete skorları karşılaştırıldığında; tüm grupların ortalama STAI-S skorlarında artış gözlenirse de sadece sessiz video grubundaki artışta istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p= 0,028$) (Bkz. Çizelge 4.2). Preoperatif dönemdeki ortalama MDAS skorları anlamlı olmasa da, randomizasyondakine oranla tüm gruplarda düştüğü görüldü. Anlamlı olmasa da preoperatif dönemdeki ortalama DAQ skorunda ise randomizasyonadaki değerlerle kıyaslandığında sadece sesli video grubunda düşme diğer gruplarda ise artma tespit edildi (Bkz. Çizelge 4.3).

Ancak tüm grupların her dönemdeki ortalama anksiyete değerleri birbiri ile karşılaştırıldığında ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Bkz. Çizelge 4.3).

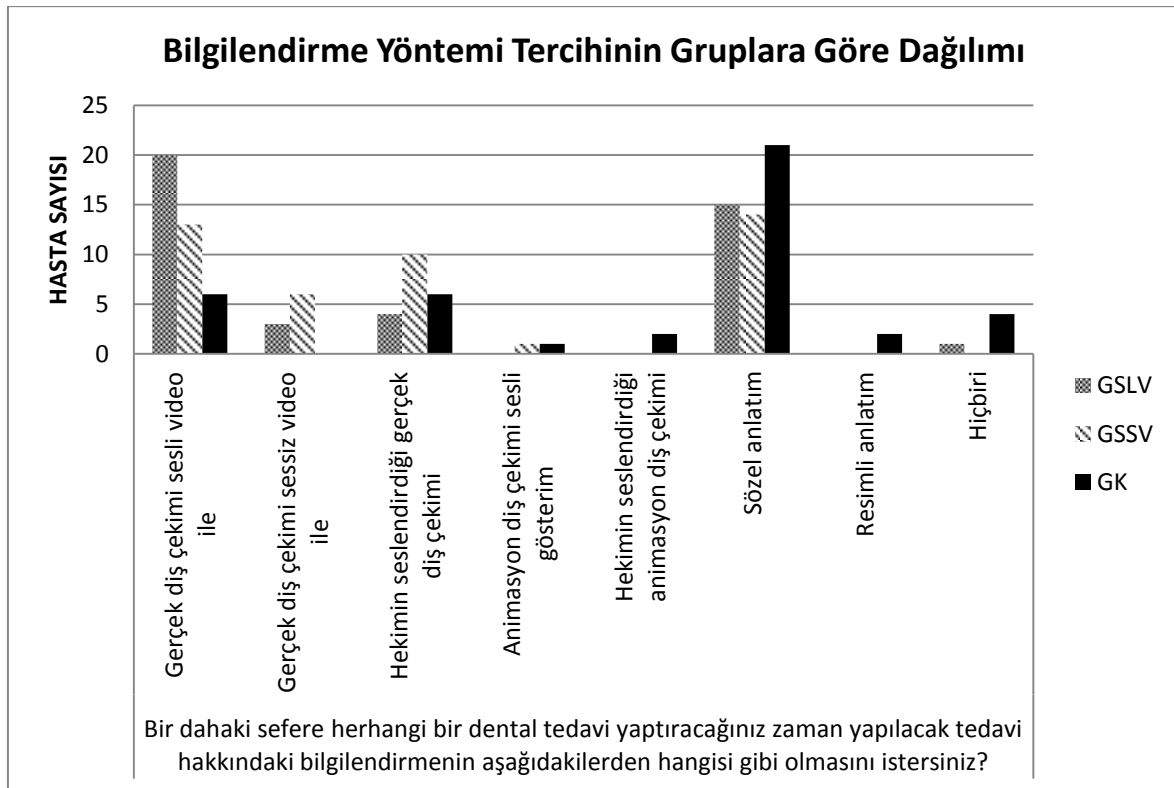
4.1.4. Memnuniyet ve anksiyete

Hastalara bir sonraki dental işlemleri için ne tür bir bilgilendirmeyi tercih edecekleri sorulduğunda video veya sözel bilgilendirmeyi tercih etmeleri açısından video izleyenlerden tekrar videolu bir anlatımı tercih eden hasta oranı %66,2 (n=57); sözel bilgilendirilenlerden tekrar sözel bilgilendirmeyi tercih edenlerin oranı %60,5 (n=23) olarak bulundu. Bu iki tercih açısından istatistiksel anlamlı bir fark olduğu (p=0,0062) tespit edildi. Çalışmaya alınan 129 hastadan 5 hasta memnuniyet sorusunu bir sonraki tedavisi ile ilgili olarak herhangi bir bilgilendirme istemediği şeklinde cevapladı. Bu durum göz önüne alındığında video ile bilgilendirilenlerin %1,1'i (n=1); sözel bilgilendirilenlerin %9,5'i (n=4) hiçbir şekilde bilgilendirme istemediğini belirtmişlerdir. Bu iki tercih açısından istatistiksel anlamlı bir fark olduğu (p=0,0385) tespit edildi. Sonuçta video ile bilgilendirilen hastaların bu bilgilendirme şeklinden daha memnun olduğu ve tekrar istedikleri yorumu yapıldı (Şekil 4.13).



Şekil 4.13. Gömülü diş çekimi yapılan hastalardan video izleyen grupların memnuniyetinin gruplara göre dağılımı

Toplam 17 hastadan 11 tanesi sessiz videolu bilgilendirmeyi, 6 tanesi sesli videolu bilgilendirmeyi tamamlayamadı. Bu hastaların anksiyete değerlendirilmesine bakıldığında postoperatif erken dönemdeki STAI-S skoru ($34,9 \pm 5,4$ karşı $40,5 \pm 7,7$) ($p=0,006$); video izledikten sonraki DAQ skoru ($2,7 \pm 0,8$ karşı $1,9 \pm 1,0$) ($p=0,005$), preoperatif erken dönemdeki DAQ skoru ($2,7 \pm 0,9$ karşı $2,0 \pm 1$) ($p=0,016$), preoperatif erken dönemdeki VAS skoru ($2,9 \pm 3,0$ karşı $1,3 \pm 2,0$) ($p=0,008$) olup, videolu bilgilendirmeyi tamamlayan hastalardan istatistiksel farklı skora sahip oldukları gözlemlendi. Sesli video ile bilgilendirilen ancak bu bilgilendirmeyi tamamlayamayan 6 hastanın 3 (%50) tanesi tekrar video ile bilgilendirmeyi, 2 (%33,3) tanesi sözel bilgilendirmeyi, 1 (%16,7) tanesi hiçbir şekilde bilgilendirilmemeyi tercih ettiğini belirtmiştir. Sessiz video ile bilgilendirilen ancak bu bilgilendirmeyi tamamlayamayan 11 hastanın 7 (%63,6) tanesi tekrar video ile bilgilendirmeyi, 4 (%36,4) tanesi sözel bilgilendirmeyi tercih ettiğini belirtmiştir. İlginç şekilde hastalar videoyu tamamlayamamalarına rağmen bu konuda bilgilendirmenin daha etkin olduğunu takdir etmişlerdir (Şekil 4.14).



Şekil 4.14. Gömülü diş çekimi yapılan hastaların bir sonraki tedavide bilgilendirme yöntemi tercihinin gruplara göre dağılımı

Videoyu izleyemeyen hastalar dışarda tutulduğunda da yine benzer şekilde; izlenen video tipine göre bilgilenmenin olup olmadığı ve bilgilenmenin yeterli bulunup bulunmadığı sorularına verilen cevaplar arasında herhangi bir fark tespit edilmedi.

4.2. Ortognatik Cerrahi İşlemler ile İlgili Bulgular

4.2.1. Demografik veriler

Çalışmaya toplam 27 hasta alındı. Çalışmaya alınan hastalar ortognatik cerrahi kontrol grubu (OK), ortognatik cerrahi sesli video grubu (OSLV), ortognatik cerrahi sessiz video grubu (OSSV) olmak üzere toplam 3 gruba randomize edildi. Hastaların demografik özellikleri Şekil 4.15, Şekil 4.16 ve Çizelge 4.4'te ayrıntılı bir şekilde gösterilmiştir.

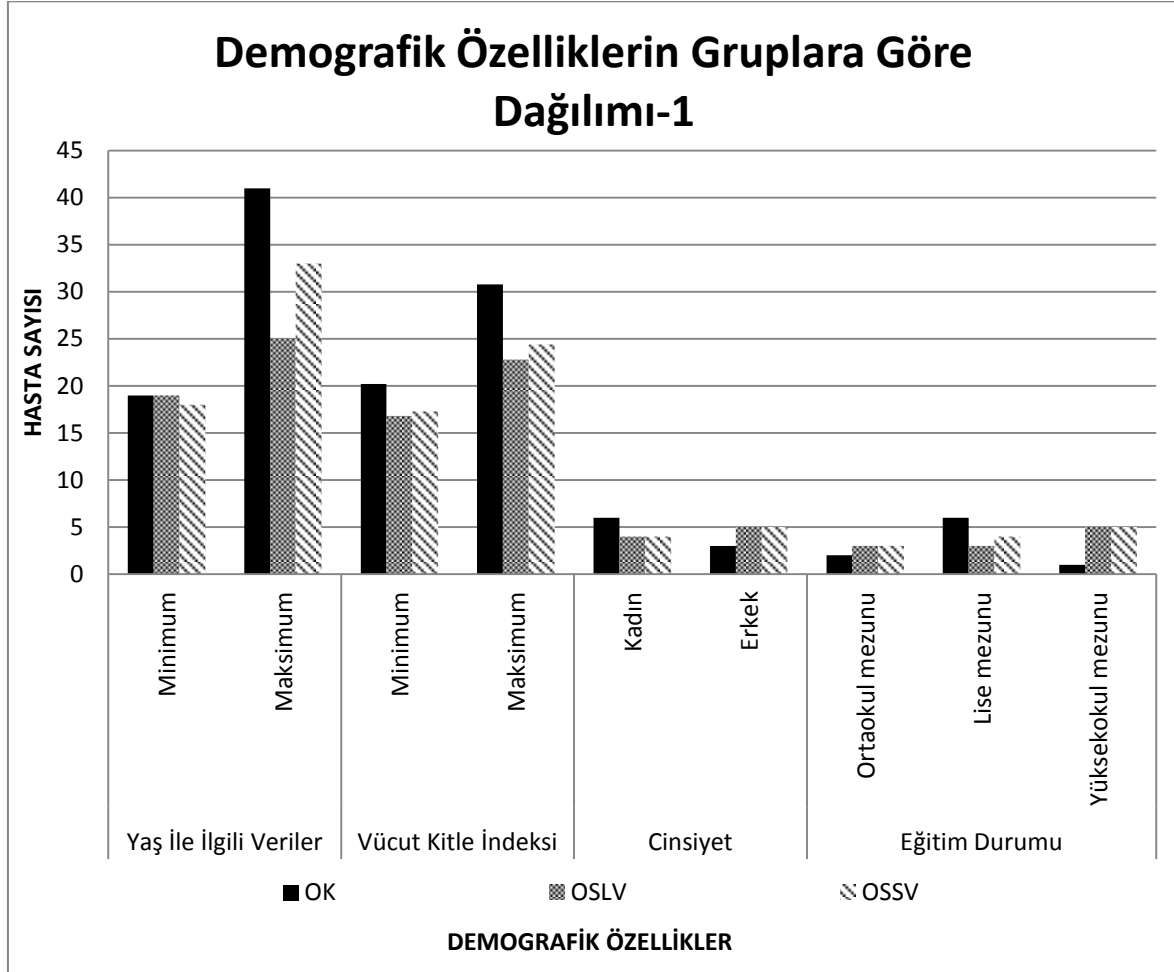
Hastaların ortalama yaşı $23,9 \pm 4,7$ (Minimum 18, maksimum 41) yıl olarak bulundu. OK (n=9), OSLV (n=9), OSSV (n=9) için yaş ortalamaları sırasıyla şu şekildeydi: $25,11 \pm 6,5$ (Min19; Max: 41); $23,0 \pm 2,3$ (Min:19; Max:25); $23,6 \pm 4,7$ (Min18; Max: 33) (Bkz. Şekil 4.15). Gruplar arasında yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi ($p=0,634$) (Çizelge 4.4).

Hastaların ortalama vücut kitle indeksleri $21,5 \pm 3,0$ (Min16,8; Max: 30,8) olarak saptandı. OK (n=9), OSLV (n=9), OSSV (n=9) için ortalamaları vücut kitle indeksi sırasıyla şu şekildeydi: $23,4 \pm 3,5$ (Min:20,2; Max: 30,8); $20,5 \pm 1,9$ (Min16,8; Max: 22,8); $20,6 \pm 2,6$ (Min17,3; Max: 24,4) (Bkz. Şekil 4.15). Gruplar arasında vücut kitle indeksleri açısından istatistiksel bir fark gözlenmedi ($p=0,054$) (Bkz. Çizelge 4.4).

Çalışmaya alınan hastaların %52'si kadın; %48'i erkek olarak gözlemlendi. Kadın/Erkek oranı OK (n=9), OSLV (n=9), OSSV (n=9) için sırasıyla şu şekildeydi: 6/3; 4/5; 4/5 (Bkz. Şekil 4.15). Gruplar arasında istatistiksel bir fark gözlenmedi ($p=0,552$) (Bkz. Çizelge 4.4).

Hastaların eğitim durumlarına bakıldığında yüksekokul mezunu olan hasta oranı %40,7; lise mezunu olan hasta oranı ise %48,1 olarak tespit edildi (Bkz. Şekil

4.15). Bu durum için gruplar arasında istatistiksel açıdan istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,200$) (Bkz. Çizelge 4.4).



Şekil 4.15. Ortognatik cerrahi işlem uygulanan hastaların demografik özelliklerinin gruplara göre dağılımı-1

Hastaların %55,6'sının gelir seviyesinin 1000 TL'nin altında olduğunu, %33,3'ünün ise 1000-2500 TL arasında olduğu gözlemlendi (Şekil 4.16). Gelir durumu grupları açısından grupların arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,663$) (Bkz. Çizelge 4.4).

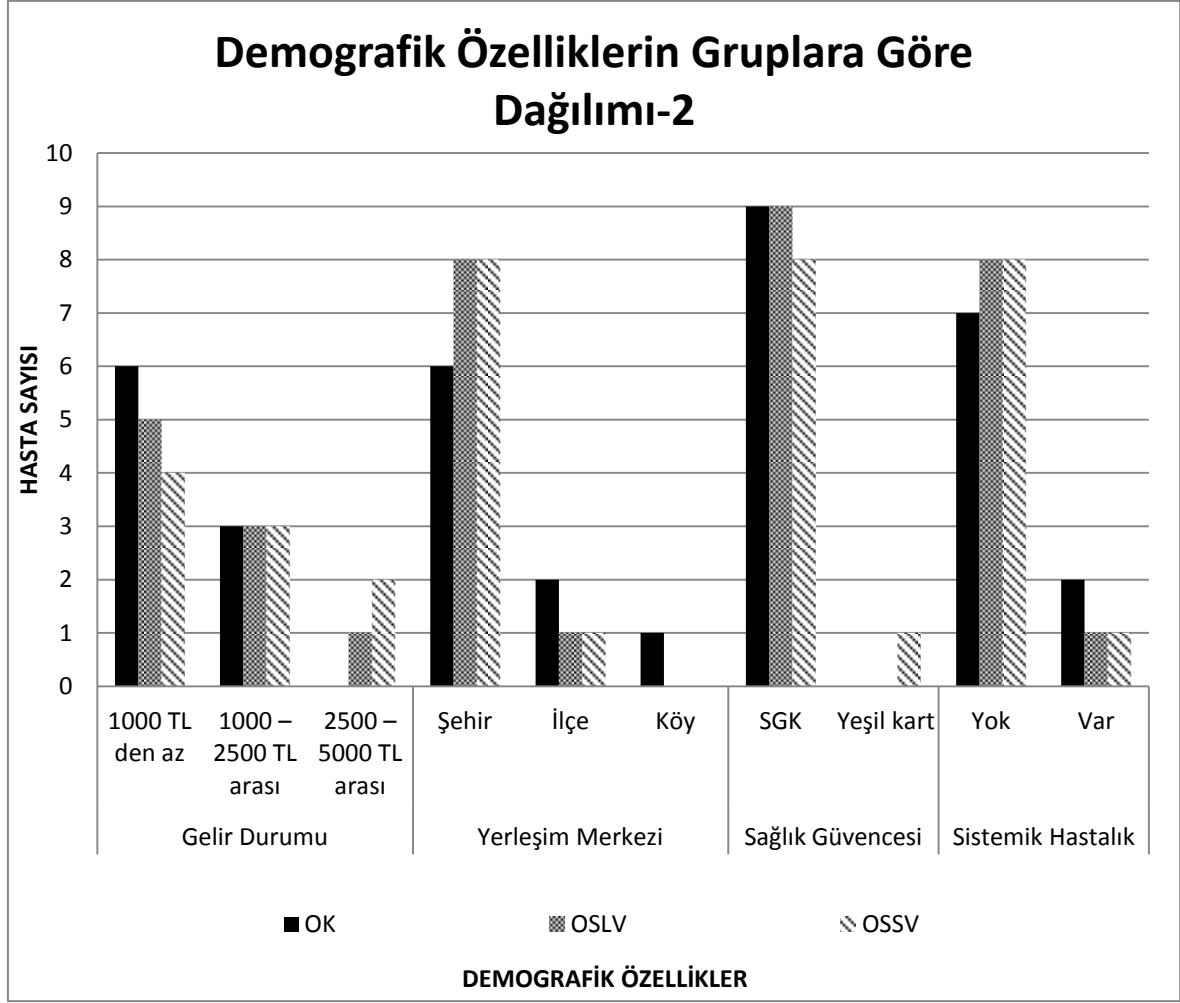
Çalışmadaki hastaların %81,5'i şehir merkezlerinde yaşadıklarını ifade etti (Şekil 4.16). Hastaların yaşadıkları yerleşim merkezleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi ($p=0,581$) (Bkz. Çizelge 4.4).

Hastaların sağlık güvenceleri açısından bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,354$) (Bkz. Çizelge 4.4 ve Şekil 4.16).

Hastaların %14,8'inde ($n=4$) bir sistemik hastalık olduğu tespit edildi (Bkz. Şekil 4.16). Grupların birbiri ile sistemik hastalık varlığı ve yokluğu açısından herhangi bir farklarının olmadığı gözlemlendi ($p=0,746$) (Bkz. Çizelge 4.4).

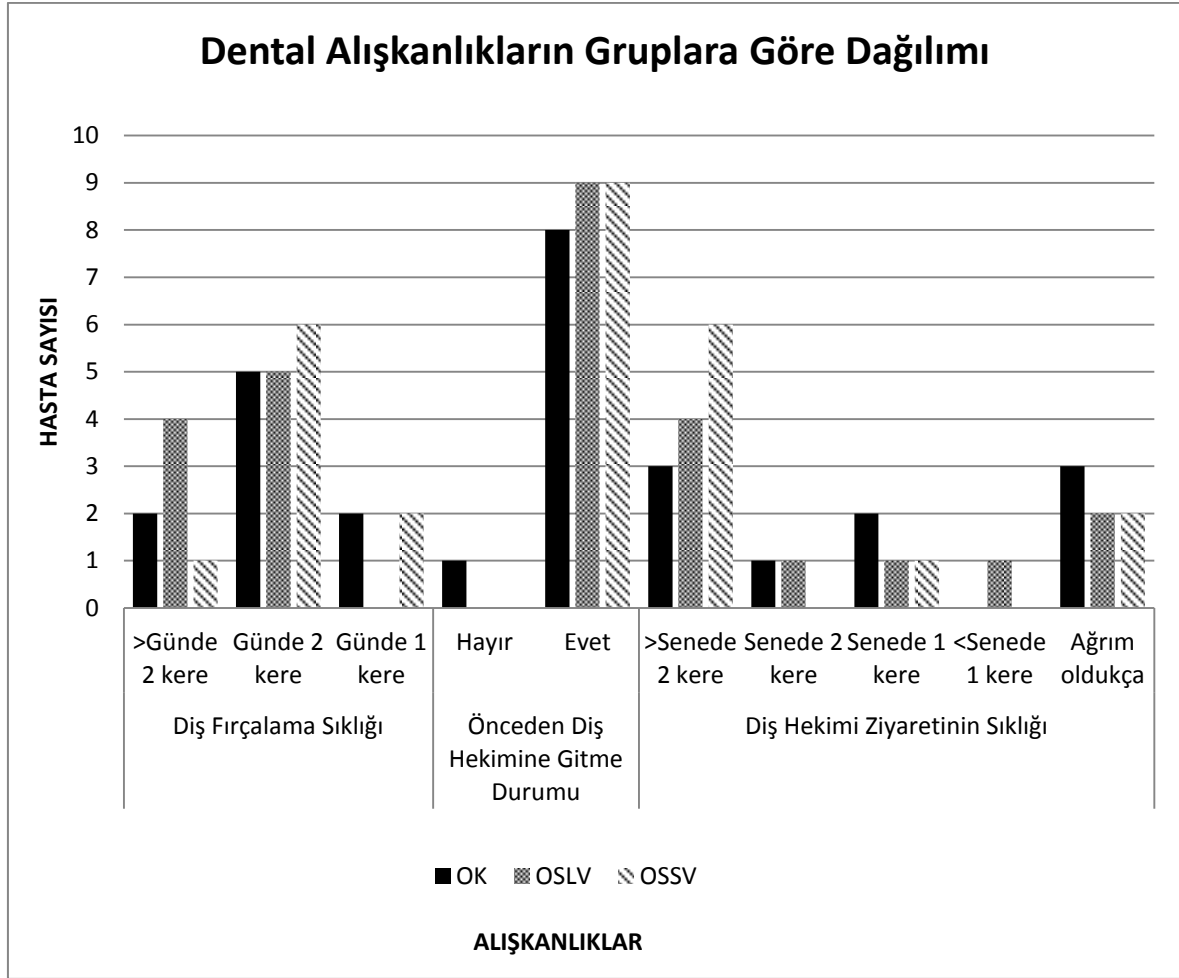
Çizelge 4.4. Ortognatik cerrahi işlem uygulanan hastaların demografik özelliklerinin gruplara göre dağılımı (İstatistiksel olarak anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edildi.) (SS, standart sapma).

Kantitatif Demografik Özellikler	OSLV (Ortalama ± SS)	OSSV (Ortalama ± SS)	OK (Ortalama ± SS)	Toplam (Ortalama ± SS)	p değeri
Yaş	23,00±2,29	23,56±4,67	25,11±6,53	23,89±4,72	0,634
Ortalama Vücut Kitle İndeksi	20,45±1,88	20,63±2,61	23,41±3,47	21,50±2,62	0,054
Kalitatif Demografik Özellikler	OSLV (n)	OSSV (n)	OK (n)	Toplam (n)	p değeri
Cinsiyet					0,552
Kadın Hasta Sayısı	4	4	6	14	
Erkek Hasta Sayısı	5	5	3	13	
Eğitim Durumları					0,2
Ortaokul mezunu	3	3	2	8	
Lise mezunu	3	4	6	13	
Yüksekokul mezunu	5	5	1	11	
Gelir Durumu					0,663
1000 TL den az	5	4	6	15	
1000 – 2500 TL arası	3	3	3	9	
2500 – 5000 TL arası	1	2	0	3	
Yerleşim Merkezi					0,581
Şehir	8	8	6	22	
İlçe	1	1	2	4	
Köy	0	0	1	1	
Sağlık Güvencesi					0,354
SGK	9	8	9	26	
Yeşil kart	0	1	0	1	
Sistemik Hastalık Varlığı					0,746
Var	1	1	2	4	
Yok	8	8	7	23	



Şekil 4.16. Ortognatik cerrahi işlem uygulanan hastaların demografik özelliklerinin gruplara göre dağılımı-2

Gruplar arasında diş fırçalama alışkanlıkları açısından ($p=0,389$); daha önce diş hekimi ziyareti yapanlar açısından ($p=0,354$) ve bu ziyaretin sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p=0,772$). Hastaların %25,9'u diş hekimi ziyaretlerini sadece ağrısı olduğunda gerçekleştirdiğini ifade etti (Şekil 4.17).



Şekil 4.17. Ortognatik cerrahi işlem uygulanan hastaların dental alışkanlıklarının gruplara göre dağılımı

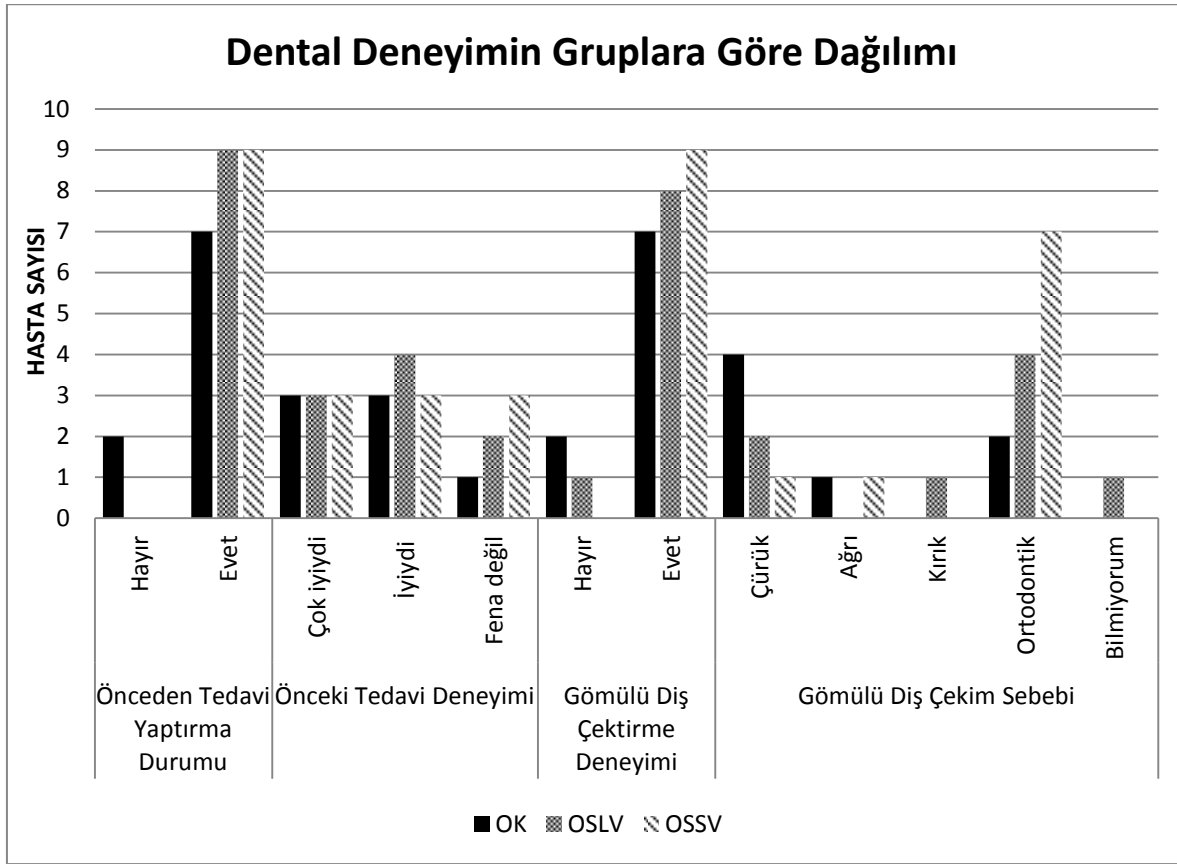
Hastalara daha önce herhangi bir diş tedavisinin yapılma durumu sorgulandığında ($p=0,115$) ve bu deneyimlerinin nasıl geçtiği belirtildiğinde gruplar arasında herhangi bir fark olmadığı gözlemlendi ($p=0,925$) (Şekil 4.18).

Tüm hastaların %88,9'u ($n=24$) daha önce diş çekimi yaptırdığını belirtti. Diş çekimi deneyimi yaşayan hastalar açısından bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,751$). Hastaların %48,1'inin ($n=13$) ortodontik amaçlı diş çekimi yaptırdığı ve bu açıdan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p=0,29$) (Bkz. Şekil 4.18).

Gruplar arasında gömülü diş çektirme deneyimi olan hastalar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edildi ($p=0,002$). Tüm hastaların %51,9'unun ($n=14$) daha önce gömülü diş çektirdiğini, bu hastalardan da %42,9'u

(n=6) deneyiminin rahatsız etmeyecek kadar ağrılı olduğunu belirtti (Bkz. Şekil 4.18). Bu durum açısından ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi ($p=0,698$).

Hastaların %48,1'i (n=13) ortodontik amaçlı diş çekimi yaptırdıklarını belirtti (Bkz. Şekil 4.18). Diş çekim sebebi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p=0,927$).



Şekil 4.18. Ortognatik cerrahi işlem uygulanan hastaların dental deneyimlerinin gruplara göre dağılımı

Hastaların %22,2'si (n=6) işlemin ne tür bir anestezi altında yapılacağını bilmediğini belirtti (Şekil 4.19). Anestezi ile ilgili öngörülerini açısından gruplar arasında belirgin fark gözlenmedi ($p=0,526$).

İstatistiksel bir fark olmamasına rağmen ($p=0,354$) hastaların büyük bir çoğunluğu (n=26) işlemin genel anestezi altında yapılmasını tercih ettiklerini (%96,3) belirtti (Bkz. Şekil 4.19).

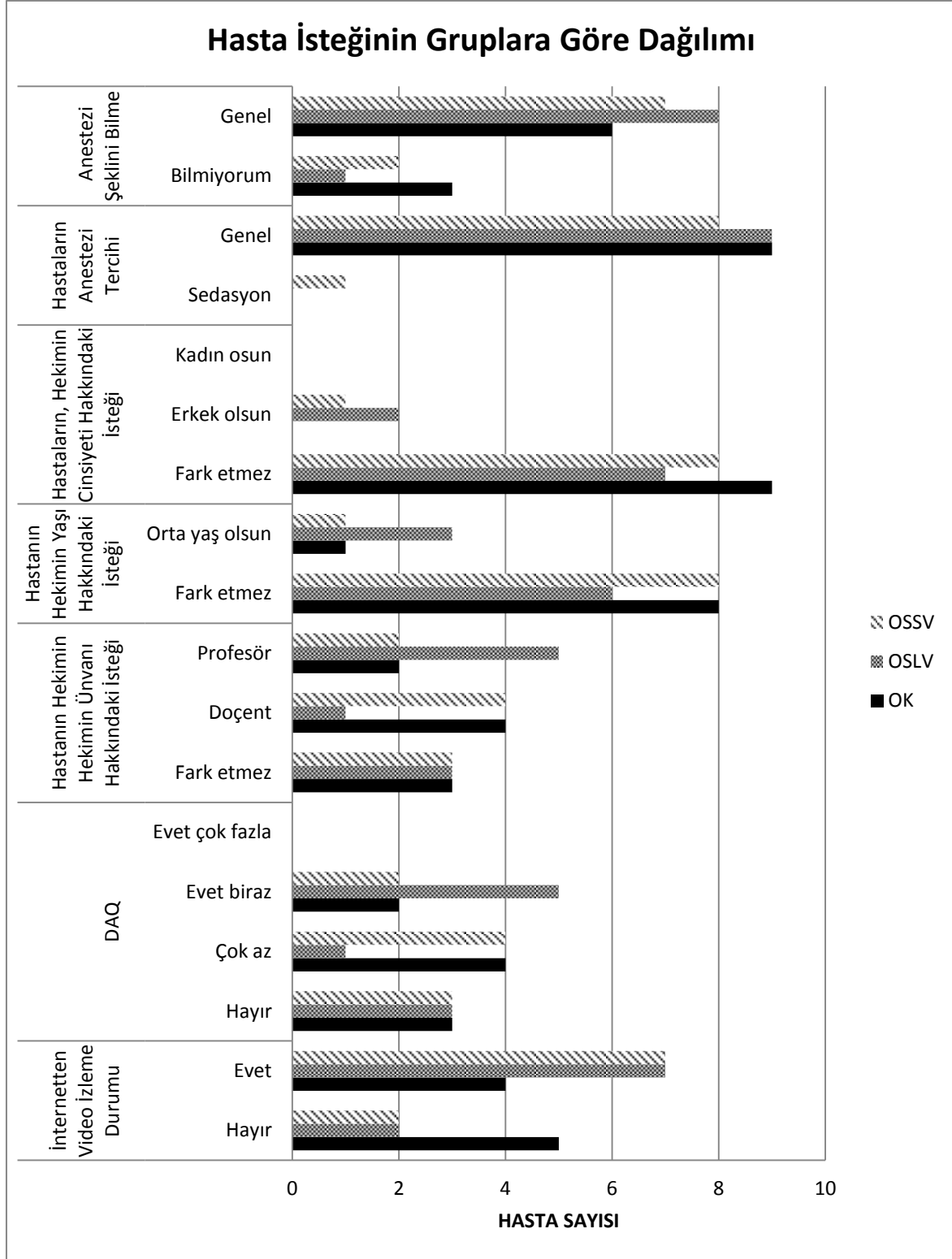
Hastaların %88,9'u gibi (n=24) yüksek bir oranı işlemi gerçekleştirecek olan hekimin cinsiyetinin, kendilerinin için önemli olmadığını belirtti (p=0,325) (Bkz. Şekil 4.19). Tercih durumunun hastaların cinsiyeti açısından değerlendirildiğinde anlamlı fark olmadığı gözlemlendi (p=0,471) (Şekil 4.20).

Hekimin yaşının kendileri açısından önemli bir durum olmadığını belirten hasta oranı %81,5 (n=22), orta yaş olmasını isteyen ise %18,2 (n=5) olarak gözlemlendi (Bkz. Şekil 4.19); ancak bu tercihin gruplar arasında istatistiksel farkının olmadığı tespit edildi (p=0,375). Yaş grupları ile hekimin yaşının önemi arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel bir fark görülmedi (p=0,782) (Şekil 4.21).

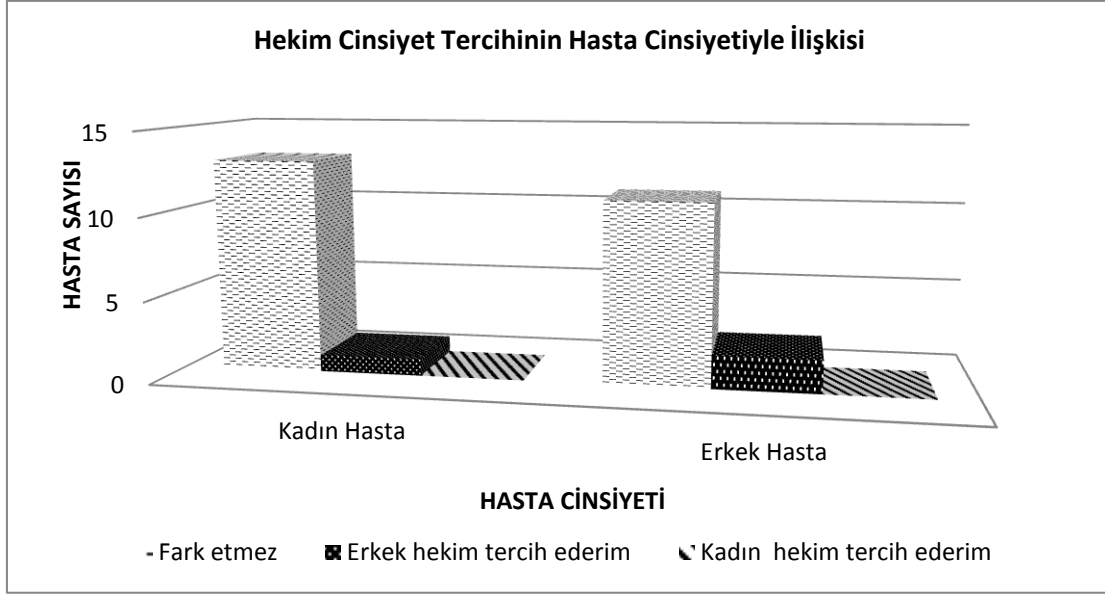
Cerrahiyi gerçekleştirecek olan hekimin akademik unvan tercihinin kendileri açısından önemi olup olmadığı sorulduğunda hastaların %33,3'ü (n=9) önemli olmadığını; %33,3'ü (n=9) bir profesör olmasını; %33,3'ü (n=9) bir doçent olmasını tercih ettiğini belirtti (Bkz. Şekil 4.19). Bu tercihlerin gruplar arasında istatistiksel fark göstermediği gözlemlendi (p=0,406).

Hastaların %66,7'sinin (n= 18) ameliyattan önce internetten konu ile ilgili video izlediği öğrenildi (Bkz. Şekil 4.19). Bu durumun gruplar arasında farklılık göstermediği tespit edildi (p=0,223). Video izleyen hastaların 11 tanesi (%61,1) gerçek ortognatik cerrahi işlemin gösterildiği sesli bir film izlediklerini belirtti (p=0,478).

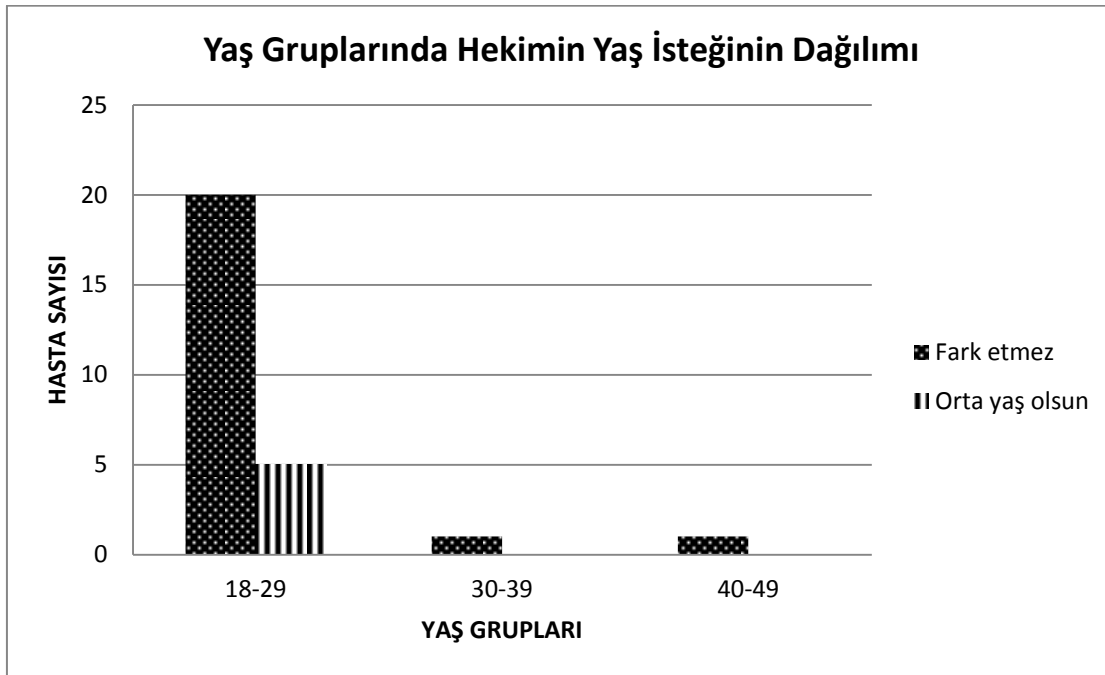
Hastaların "Diş hekimine gitmekten korkuyor musunuz" sorusuna verdikleri cevaplar açısından gruplar arasında herhangi bir fark gözlenmedi (p=0,827). Hastaların %77,8'i (n=21) hiçbir korkusunun olmadığını, %7,4'ü (n=2) çok az korkusunun olduğunu, %14,8'si (n=4) biraz korkusunun olduğunu belirtti (Bkz. Şekil 4.19). Anksiyete olma durumu ile işlemi yapacak olan cerrahın akademik sıfatının tercih edilmesi durumu arasında istatistiksel anlamlı bir fark tespit edilmedi (p=0,707).



Şekil 4.19. Ortognatik cerrahi işlem uygulanan hastaların isteklerinin gruplara göre dağılımı

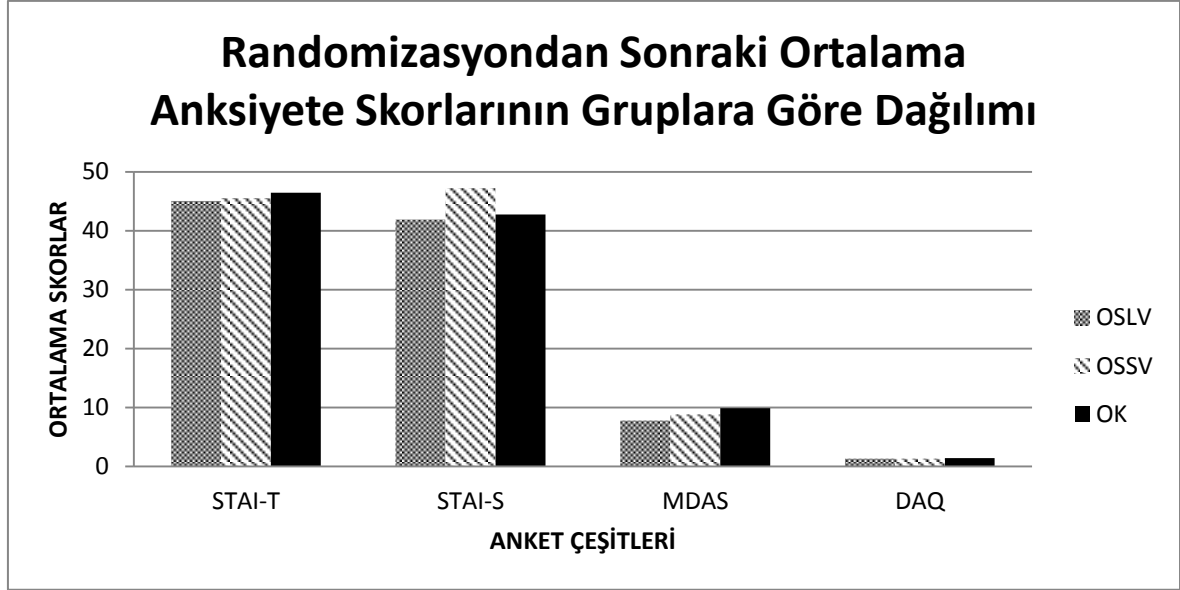


Şekil 4.20. Ortognatik cerrahi işlem uygulanan hastaların hekim cinsiyet tercihinin hasta cinsiyeti ile ilişkisi



Şekil 4.21. Ortognatik cerrahi işlem uygulanan hastaların yaş gruplarına göre hekim yaş tercihinin dağılımı

Çalışmaya başlamadan önce hastaların genel anksiyetesi ($p=0,816$) ve o anki anksiyetesi ($p=0,423$), modifiye dental anksiyetesi ($p=0,277$) ve diş hekiminden korkmaları ($p=0,94$) açısından gruplar arasında istatistiksel bir fark tespit edilmedi (Şekil 4.22).



Şekil 4.22. Ortognatik cerrahi işlem uygulanan hastaların randomizasyondan sonraki ortalama anksiyete skorlarının gruplara göre dağılımı

4.2.2. Demografik verilerin anksiyete ile ilişkisi

Tüm çalışma gruplarının cinsiyete göre randomizasyondan sonraki ortalama anksiyeteleri ve preoperatif dönemdeki ortalama ağrıları karşılaştırıldığı zaman STAI-S ($p=0,140$), STAI-T ($p=0,483$), MDAS ($p=0,851$), DAQ ($p=0,681$) ve VAS'ta ($p=0,279$) kadın veya erkek olma ile anksiyete ve ağrı arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Tüm çalışma gruplarının yaş dağılımlarının randomizasyondan sonraki ortalama anksiyeteleri ve preoperatif dönemdeki ortalama ağrıları karşılaştırmak için bivariate korelasyona bakıldı. Hastalar birinci yaş grubunda yığıldığı için pearson korelasyonuna göre istatistiksel anlamlılık saptanmadı. Bu nedenle dengeli dağılım olmadığı için sperman ile analiz yapılarak yaş dağılımlarının; randomizasyondan sonraki ortalama anksiyete [STAI-T ($p=0,097$), STAI-S ($p=0,054$), MDAS ($p=0,316$), DAQ ($p=0,516$)] ve preoperatif dönemdeki ortalama ağrıyla [VAS ($p=0,747$)] ilişkili olmadığı saptandı.

Hastaların eğitim seviyeleri ve yaşı ile başlangıçtaki tüm ortalama anksiyeteleri ve ortalama ağrı dereceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi.

Ortalama STAI-S ve STAI-T değerlendirmeleri ile sistemik hastalığı olan ve olmayan hastalar arasında istatistiksel anlamlı bir fark görölmektedir ($p=0,004$ ve $p=0,035$). Sistemik hastalığı olanlarda ($n=4$) ortalama STAI-S $55,3 \pm 17,8$ ve ortalama STAI-T $56,0 \pm 5,9$ saptanırken olmayanlarda ($n=23$) bu değerler $42,0 \pm 5,1$ ve $46,0 \pm 5,9$ olarak saptandı. Diğer baseline skalalar (DAS, MDAS ve VAS) sistemik hastalığın olma ve olmama durumu ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterilemedi.

Daha önce diş hekimini ziyaret ettiniz mi sorusuna hayır cevabı veren yalnız 1 hasta (karşı 26) olduğu için bu parametre ile ilgili baseline anksiyete ve ağrı değerleri kıyaslanamadı.

Hastanın daha önce herhangi bir cerrahi işlem yaptırmış olması ortalama STAI-T değerlendirmesinde istatistiksel anlamlı bir fark gösterdi ($p=0,020$). Daha önce herhangi bir cerrahi işlem yaptırmış olanların ($n=14$) ortalama STAI-T'si $50,4 \pm 6,5$ iken, yaptırmamış olanların STAI-T'si ise ($n=13$) $44,4 \pm 6,1$ olarak saptandı. Bu durum ile diğer ortalama baseline skalalar (STAI-S, DAQ, MDAS ve VAS) arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterilemedi.

Hastanın daha önce bir tedavi yaptırmış olması sadece DAQ değerlendirmesinde istatistiksel anlamlı bir fark göstererek ($p=0,015$); daha önce diş tedavisi yaptırmış olanların ($n=25$) DAQ'ları $1,4 \pm 0,8$ iken, yaptırmamış olanların ($n=2$) $1 \pm 0,0$ olarak saptandı.

Ağrılı deneyimleri olan hastaların bazal anksiyete skorlarından yalnızca ortalama DAQ skorunda istatistiksel fark saptandı. Diğer ağrı ve anksiyete skorları (STAI-S, STAI-T, VAS ve MDAS) arasında ağrı deneyimine göre istatistiksel fark tespit edilmedi. Daha önce ağrılı deneyimi olanların ortalama DAQ skoru ($n=6$) $2 \pm 1,1$ iken, ağrılı deneyimi olmayanların ortalama DAQ skoru ($n=19$) $1,2 \pm 0,5$ olarak saptandı.

Hastaların hekim cinsiyet tercihleri ile tüm ortalama bazal anksiyete skorları arasında istatistiksel anlamlı bir fark tespit edilmedi. Ayrıca özellikle bayan hekim

tercih eden hasta bulunmazken; yalnızca 3 hastanın özellikle erkek hekim tercihinde bulunduğu tespit edildi.

Hastaların hekim yaşı tercihleri ile tüm ortalama bazal anksiyete skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi.

Hastaların randomizasyon öncesinde işleme dair internetten video izleme durumları ile tüm ortalama bazal anksiyete skorları arasında istatistiksel fark tespit edilmedi.

Hastaların işlem süreleri ile preoperatif erken dönemdeki VAS skorları arasında orta derecede bir ilişki tespit edildi ($p=0,014$; korelasyon katsayısı 0,477).

Hastaların randomizasyon öncesindeki anestezi tercihleri ile bazal anksiyete skorları arasında STAI-S ve STAI-T skorunda sedasyon isteyen grup ($n=1$) ile genel anestezi isteyen grup ($n=26$) dışındaki ağrı ve anksiyete skorları (DAS, VAS ve MDAS) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi. Sedasyon isteyen grubun ortalama STAI-S skoru $80 \pm 0,0$ iken genel anestezi isteyen grubun ortalama skoru $42,6 \pm 5,6$ olarak saptandı. Sedasyon isteyen grubun ortalama STAI-T skoru $61 \pm 0,0$ iken genel anestezi isteyen grubun ortalama skoru $47,0 \pm 6,4$ olarak saptandı.

4.2.3. Grupların birbiriyle karşılaştırılması

Çizelge 4.5. Ortognatik cerrahi işlem uygulanan tüm grupların anksiyete skorlarının, anketlerin yapıldığı zaman aralığına göre aldıkları ortalama skorları (Paired sample t test uygulandı) (İstatistiksel olarak anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edildi.) (SS, standart sapma).

		Videodan önce (Ortalama ± SS)	Videodan sonra (Ortalama ± SS)	p1	Preoperatif (Ortalama ± SS)	p2	p3	Postoperatif (Ortalama ± SS)	p4	p5	p6
STAI-S	OSLV	41,89±5,5	49,56 ±15,9	0,187	40,67 ± 6,0	0,371	0,091	38,00 ± 4,1	0,116	0,05	0,161
	OSSV	47,22±13,4	48,44±17,4	0,778	38,78 ± 3,3	0,119	0,125	38,44 ± 4,5	0,168	0,146	0,782
	OK	42,78 ± 6,2			44,00 ± 7,3	0,522	0,096	40,11 ± 4,5			0,063
MDAS	OSLV	7,78 ± 3,4	7,67 ± 2,0	0,87	8,22 ± 2,7	0,347	0,5	8,11 ± 2,5	0,214	0,104	0,729
	OSSV	8,78 ± 1,9	8,33 ± 1,5	0,498	8,89 ± 1,6	0,884	1	8,78 ± 2,2	0,401	0,466	0,894
	OK	9,89 ± 2,7			10,56 ± 4,1	0,608	0,24	11,44 ± 4,6			0,069
DAS	OSLV	1,33 ± 0,7	1,56 ± 0,9	0,447	1,44 ± 0,9	0,681	0,559	1,56 ± 1,1	0,76	1	0,799
	OSSV	1,33 ± 0,7	1,22 ± 0,4	0,681	1,56 ± 0,7	0,559	0,447	1,11 ± 0,3	0,195	0,347	0,104
	OK	1,44 ± 0,9			1,56 ± 0,9	0,347	0,347	1,56 ± 0,9			0,347
VAS	OSLV				0,44 ± 0,9			4,44 ± 1,5			0,001
	OSSV				0,11 ± 0,3			3,22 ± 1,7			0,001
	OK				0,0 ± 0,0			4,11 ± 2,2			<0,001

p1, video izlemeden önceki skor ile video izledikten sonraki skor arasındaki istatistiksel anlamlılık değeri. p2, video izlemeden önceki skor ile preoperatif dönemdeki skor arasındaki istatistiksel anlamlılık değeri. p3, video izlemeden önceki skor ile postoperatif dönemdeki skor arasındaki istatistiksel anlamlılık değeri. p4, video izledikten sonraki skor ile preoperatif dönemdeki skor arasındaki istatistiksel anlamlılık değeri. p5, video izledikten sonraki skor ile postoperatif dönemdeki skor arasındaki istatistiksel anlamlılık değeri. p6, preoperatif dönemdeki skor ile postoperatif dönemdeki skor arasındaki istatistiksel anlamlılık değeri.

Sesli video izleyen grup için; video izledikten sonraki ortalama STAI-S skoru 49,56 ± 15,9 ile hemen postoperatif erken dönemdeki ortalama STAI-S skoru 38,00 ± 4,1 skoru arasında korelasyon bulunmazken ($p=0,391$), gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p=0,050$). Gene bu grupta; randomizasyondan sonraki ortalama bazal STAI-S skoru (41,89 ± 5,47) ile hemen preoperatif erken dönemdeki ortalama STAI-S skoru (40,67 ± 6,00) arasında korelasyon bulunsa da ($p=0,014$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,371$) (Çizelge 4.5 ve Şekil 4.23).

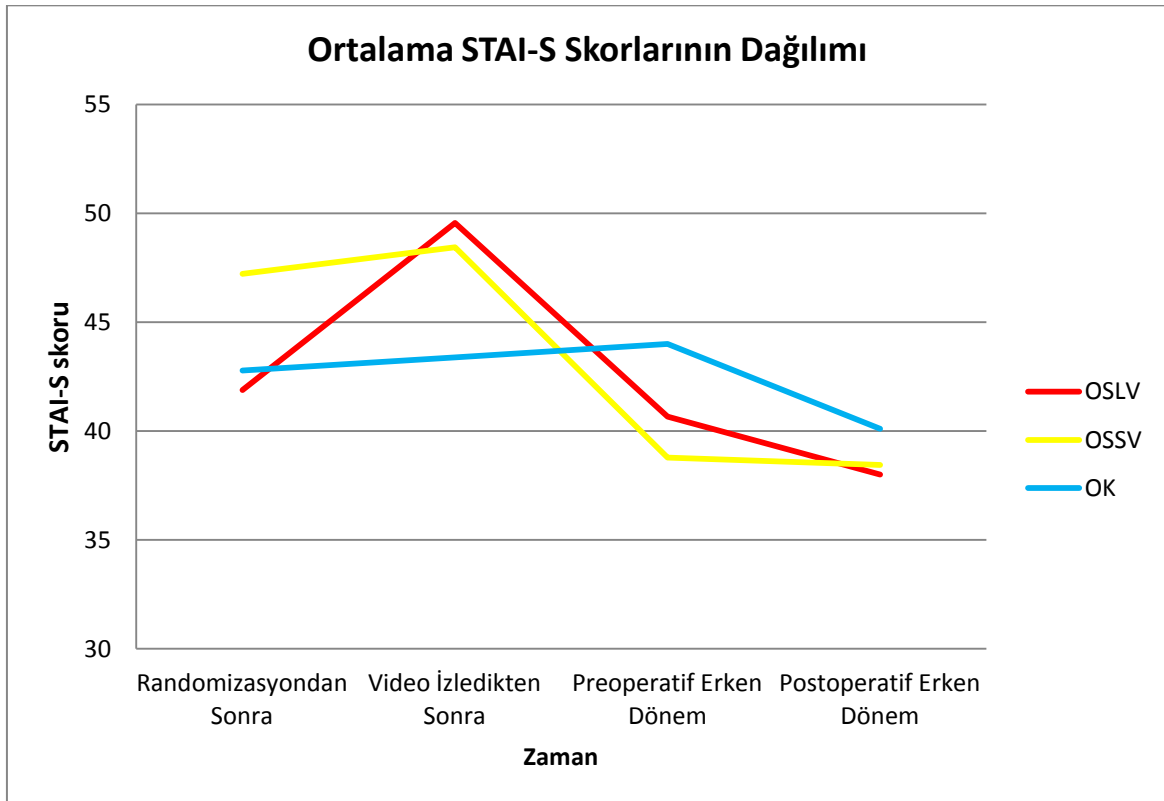
Sesli video izleyen grubun STAI-S skorlarına bakıldığında; ortalama bazal anksiyete skoru ile videoyu izledikten sonraki ortalama anksiyete seviyelerindeki artış arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmeyip ($p=0,187$); ortalama bazal anksiyete skoru ile preoperatif dönemdeki ortalama

anksiyete seviyesindeki azalma arasında da anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,371$). (Bkz. Çizelge 4.5).

Sessiz video izleyen grubun kendi içerisinde tüm dönemlerin ortalama anksiyete skorları karşılaştırıldığında; randomizasyondan sonraki bazal STAI-S skoru ile video izledikten hemen sonraki STAI-S skoru arasındaki pozitif korelasyon hariç ($p=0,037$) diğer değerlendirmelerin hiç birisinde korelasyon ya da istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi (Bkz. Çizelge 4.5).

Video izleyen grupların, preoperatif dönemdeki ortalama anksiyete seviyesi ile ortalama bazal anksiyete seviyesi karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak belirgin bir artış gözlenmediği; buna bağlı olarak da hastanın video ile bilgilendirilmesinin anksiyete açısından sakıncalı olmadığı sonucuna ulaşıldı (Bkz. Çizelge 4.5).

Kontrol grubunun ortalama anksiyete değerlerine bakıldığında, tüm dönemler arasında korelasyon bulunurken bu değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi (Bkz. Çizelge 4.5).

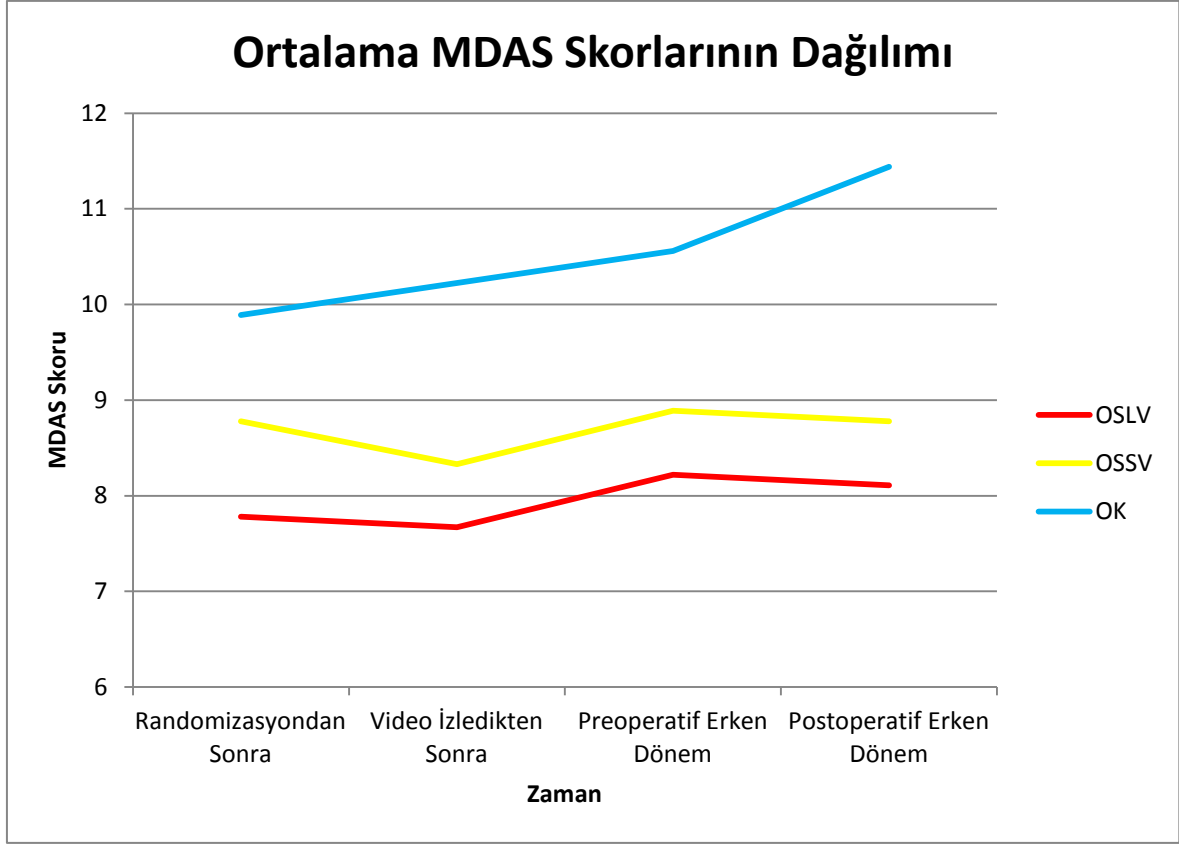


Şekil 4.23. Ortognatik cerrahi işlem uygulanan hastaların ortalama STAI-S skorlarının gruplara göre dağılımı

Sesli video grubu için; ortalama MDAS değerleri baz alınarak yapılan testlerin analizinde tüm testlerin birbiri ile korelasyonun bulunduğu ancak testler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edildi. Ortalama MDAS skorunda; videoyu izleme ile anksiyetede istatistiksel olarak anlamlı olmasa da bir azalma gözlemlendi; bu durum bizlere, hastanın video ile bilgilendirilmesinin anksiyete açısından sakıncalı olmadığı hatta hasta anksiyetesini düşürebileceği yorumunu yaptırdı (Bkz. Çizelge 4.5) (Şekil 4.24).

Sessiz video grubu için; ortalama MDAS değerleri baz alınarak yapılan testlerin analizinde; testlerin birbiri ile korelasyonu ya da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığı saptanmadı. Bu da bize videoyu izledikten sonraki ortalama anksiyete değerindeki azalma istatistiksel olarak anlamlı olmasa da; hastanın video ile bilgilendirilmesinin anksiyete açısından sakıncalı olmadığı hatta hasta anksiyetesini düşürebileceği yorumu yaptırdı (Bkz. Çizelge 4.5 ve Şekil 4.24).

Kontrol grubu için; ortalama MDAS değerleri baz alınarak yapılan testlerin analizinde; hastaların preoperatif dönemdeki ortalama anksiyetelerinin bazale oranla; postoperatif dönemdeki ortalama anksiyetenin ise preoperatif dönemdekine oranla arttığı, ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna ulaşıldı (Bkz. Çizelge 4.5 ve Şekil 4.24).

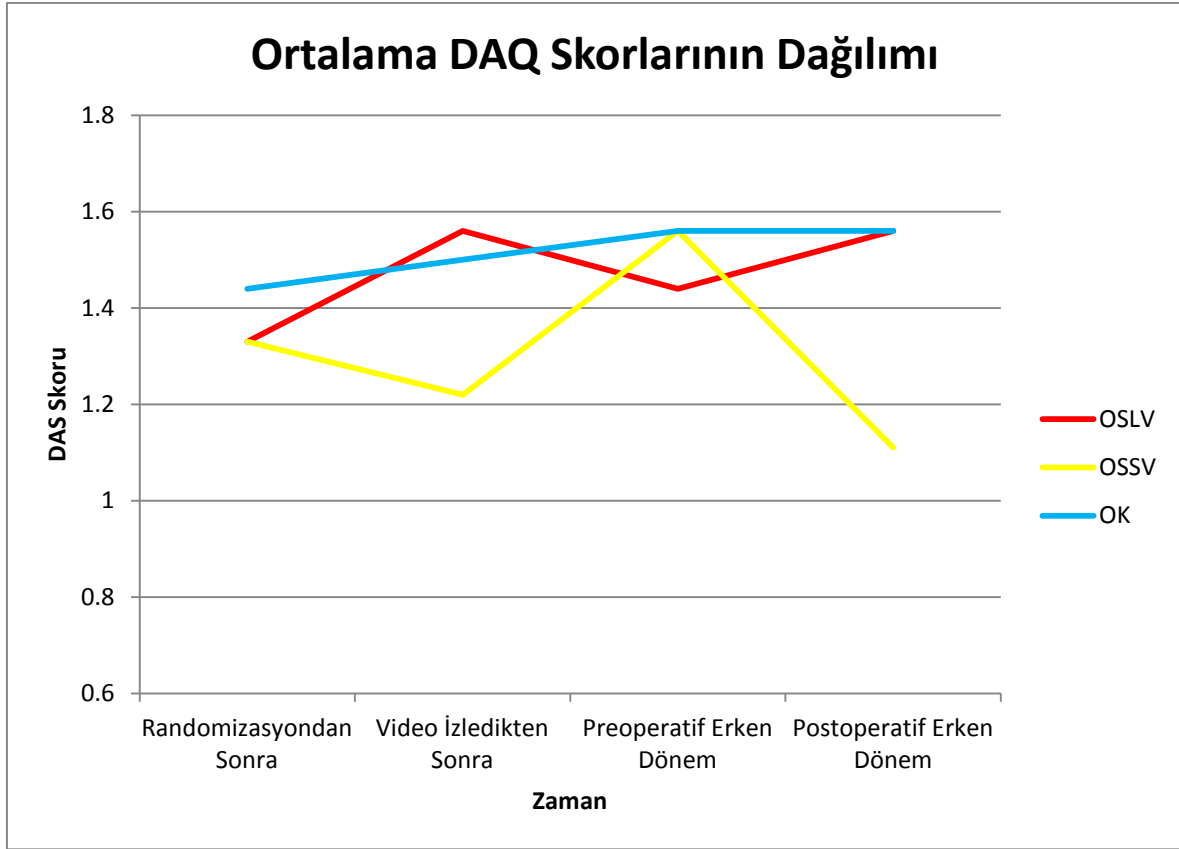


Şekil 4.24. Ortognatik cerrahi işlem uygulanan hastaların ortalama MDAS skorlarının gruplara göre dağılımı

Sesli video grubu için; ortalama DAQ değerleri baz alınarak yapılan testlerin analizinde; testlerin birbiri ile korelasyonu ya da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığı saptanmadı. Videoyu izleme ile anksiyetede istatistiksel olarak belirgin bir artış gözlenmedi. Bu da bize hastanın video ile bilgilendirilmesinin anksiyete açısından sakıncalı olmadığı yorumunu yaptırdı (Bkz. Çizelge 4.5) (Şekil 4.25).

Sessiz video grubu için; ortalama DAQ değerleri baz alınarak yapılan testlerin analizinde; videoyu izleme ile ortalama anksiyetede istatistiksel olarak anlamlı olmasa da bir azalma gözlenerek, hastanın video ile bilgilendirilmesinin anksiyete açısından sakıncalı olmadığı hatta hasta anksiyetesini düşürebileceği yorumunu yaptırdı (Bkz. Çizelge 4.5 ve Şekil 4.25).

Kontrol grubunun; ortalama DAQ değerleri baz alınarak yapılan testlerin analizinde; preoperatif dönemdeki ve postoperatif dönemdeki ortalama anksiyetelerinin bazale oranla arttığı ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı (Bkz. Çizelge 4.5 ve Şekil 4.25).

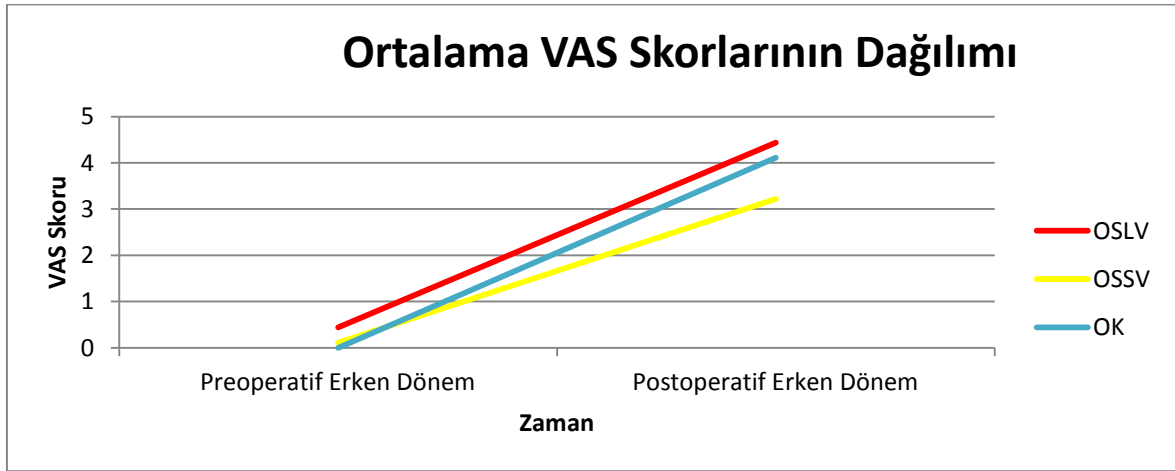


Şekil 4.25. Ortognatik cerrahi işlem uygulanan hastaların ortalama DAQ skorlarının gruplara göre dağılımı

Sesli video grubunun ortalama VAS değerlerinde; hemen preoperatif dönemdeki skor $0,44 \pm 0,88$ olarak; hemen postoperatif erken dönemdeki skor ise $4,44 \pm 1,51$ olarak tespit edildi (Şekil 4.26). Bu iki skor karşılaştırıldığında ağrı ortalamasının postoperatif dönemde preoperatif döneme göre arttığı ve iki skor arasında negatif korelasyon mevcudiyeti gözlenerek ($p=0,025$) elde edilen sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$). Böylece postoperatif dönemde hastaların ağrısının arttığı sonucuna varıldı (Bkz. Çizelge 4.5).

Sessiz video grubunun ortalama VAS değerlerinde; hemen preoperatif dönemdeki skor $0,11 \pm 0,33$ olarak; hemen postoperatif erken dönemdeki skor ise $3,22 \pm 1,56$ olarak tespit edildi (Bkz. Şekil 4.26). Bu iki skor karşılaştırıldığında ağrı ortalamasının postoperatif dönemde preoperatif döneme göre arttığı gözlenilerek elde edilen sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$). Böylece postoperatif dönemde hastaların ağrısının arttığı sonucuna varıldı (Bkz. Çizelge 4.5).

Kontrol grubunun ortalama VAS değerlerinde; hemen preoperatif dönemdeki skor $0,00 \pm 0,00$ olarak; hemen postoperatif erken dönemdeki skor ise $4,11 \pm 2,15$ olarak tespit edildi (Bkz. Şekil 4.26). Bu iki skor karşılaştırıldığında ağrı ortalamasının postoperatif dönemde preoperatif döneme göre arttığı gözlenilerek elde edilen sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,005$). Böylece postoperatif dönemde hastaların ağrısının arttığı sonucuna varıldı (Bkz. Çizelge 4.5).



Şekil 4.26. Ortognatik cerrahi işlem uygulanan hastaların ortalama VAS skorlarının gruplara göre dağılımı

Video izleyen grupların randomizasyondaki ve video izledikten sonraki ortalama anksiyete skorları karşılaştırıldığında; sesli ve sessiz video izleyen grupların ortalama STAI-S skoru ile sadece sesli video grubunun ortalama DAQ skorunda artma, diğerlerinde azalma gözlemlendi; ancak bu değerlerdeki artma ya da azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (Çizelge 4.6).

Tüm grupların randomizasyondaki ve preoperatif dönemdeki ortalama anksiyete skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı olmasa da; sadece sesli ve sessiz video izleyen grupların ortalama STAI-S skorlarında preoperatif dönemde azalma gözlenirken, diğer tüm değerlerde artma saptandı (Bkz. Çizelge 4.6).

Tüm grupların preoperatif dönemdeki ortalama VAS değerleri ile postoperatif dönemdeki değerlerine bakıldığında her grubun işlem sonrasındaki değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir artma saptandı ($p<0,001$) (Bkz. Çizelge 4.6).

Çizelge 4.6. Ortognatik cerrahi işlem uygulanan tüm grupların anksiyete skorlarının, anketlerin yapıldığı zaman aralığına göre aldıkları ortalama skorları (Annova testi uygulandı) (İstatistiksel olarak anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edildi.) (SS, standart sapma)

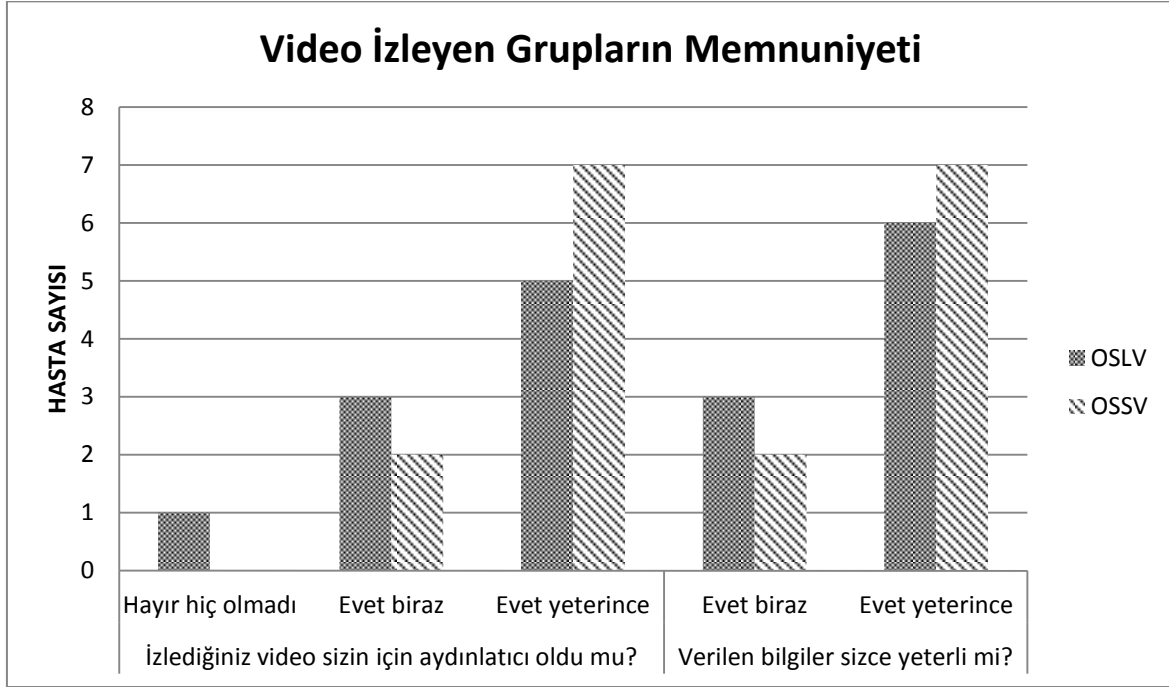
Test zamanı		OSLV (Ortalama $\pm$ SS)	OSSV (Ortalama $\pm$ SS)	OK (Ortalama $\pm$ SS)	p değeri
Video izlemeden önce	STAI-T	46,33 $\pm$ 6,6	48,44 $\pm$ 6,1	47,67 $\pm$ 8,3	0,816
	STAI-S	41,89 $\pm$ 5,5	47,22 $\pm$ 13,4	42,78 $\pm$ 6,2	0,423
	MDAS	7,78 $\pm$ 3,4	8,78 $\pm$ 1,9	9,89 $\pm$ 2,7	0,277
	DAQ	1,33 $\pm$ 0,7	1,33 $\pm$ 0,7	1,44 $\pm$ 0,9	0,940
Video izledikten sonra	STAI-S	49,56 $\pm$ 15,9	48,44 $\pm$ 17,4		0,889
	MDAS	7,67 $\pm$ 2,0	8,33 $\pm$ 1,5		0,435
	DAQ	1,56 $\pm$ 0,9	1,22 $\pm$ 0,4		0,326
Preoperatif	STAI-S	40,67 $\pm$ 6,0	38,78 $\pm$ 3,3	44,00 $\pm$ 7,3	0,172
	MDAS	8,22 $\pm$ 2,7	8,89 $\pm$ 1,6	10,56 $\pm$ 4,1	0,254
	DAQ	1,44 $\pm$ 0,9	1,56 $\pm$ 0,7	1,56 $\pm$ 0,9	0,948
	VAS	0,44 $\pm$ 0,9	0,11 $\pm$ 0,3	0,0 $\pm$ 0,0	0,281
Postoperatif	STAI-S	38,00 $\pm$ 4,1	38,44 $\pm$ 4,5	40,11 $\pm$ 4,5	0,566
	MDAS	8,11 $\pm$ 2,5	8,78 $\pm$ 2,2	11,44 $\pm$ 4,6	0,094
	DAQ	1,56 $\pm$ 1,1	1,11 $\pm$ 0,3	1,56 $\pm$ 0,9	0,452
	VAS	4,44 $\pm$ 1,5	3,22 $\pm$ 1,7	4,11 $\pm$ 2,2	0,332

Ancak tüm grupların her dönemdeki ortalama anksiyete ve ağrı değerleri birbiri ile karşılaştırıldığında ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Bkz. Çizelge 4.6).

4.2.4. Memnuniyet ve anksiyete

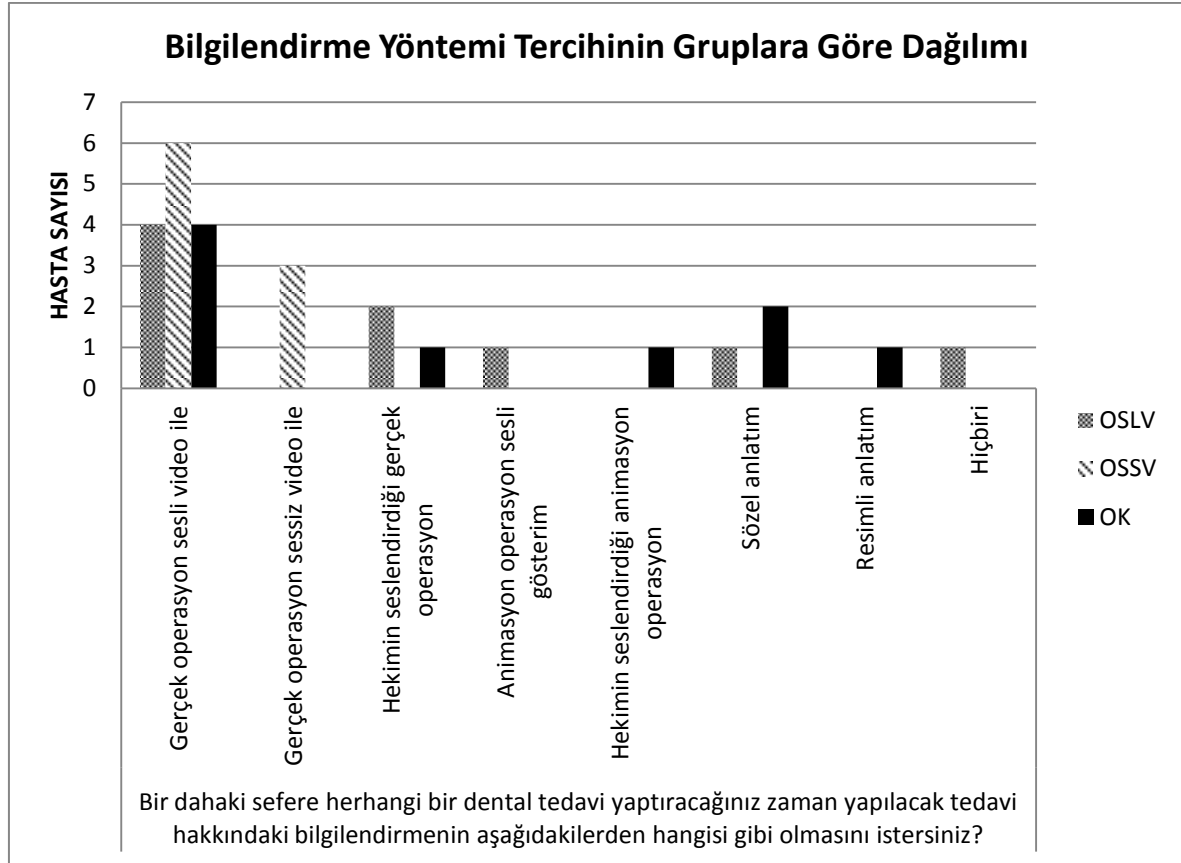
Hastalara bir sonraki dental işlem için ne tür bilgilendirmeyi tercih ettikleri sorulduğunda video veya sözel bilgilendirmeyi tercih etmeleri açısından video izleyenlerden [tüm hastalar (n=18) videoyu izleyebildi] tekrar videolu bir anlatımı tercih eden hasta oranı %88,9 (n=16); sözel bilgilendirilenlerden (n=9) tekrar sözel bilgilendirmeyi tercih edenlerin oranı %33,3 (n=3) olarak bulundu. Bu iki tercih açısından istatistiksel anlamlı bir fark olduğu ($p=0,0061$) tespit edildi. Çalışmaya alınan 27 hastadan 1 hasta (sesli video grubundaki hasta) memnuniyet sorusunu bir sonraki tedavisi ile ilgili olarak herhangi bir bilgilendirme istemediği şeklinde cevapladı. Bu durum göz önüne alındığında video ile bilgilendirilenlerin %5,6'sı (n=1); sözel bilgilendirilenlerin %0,0'ı (n=0) hiçbir şekilde bilgilendirme istemediğini belirtmişlerdir. Bu iki tercih açısından istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı ($p=1,0$)

tespit edildi (Şekil 4.27). Sonuçta video ile bilgilendirilen hastaların bu bilgilendirme şeklinden daha memnun olduğu ve tekrar istedikleri yorumu yapıldı.



Şekil 4.27. Ortognatik cerrahi işlem uygulanan hastalardan video izleyenlerin memnuniyetinin gruplara göre dağılımı

Toplam 18 hastanın tamamı sesli/sessiz videolu bilgilendirmeleri tamamlayabildi.



Şekil 4.28. Ortognatik cerrahi işlem uygulanan hastaların bir sonraki tedavide bilgilendirme yöntemi tercihinin gruplara göre dağılımı

İzlenen video tipine göre bilgilenmenin olup olmadığı ve bilgilenmenin yeterli bulunup bulunmadığı sorularına verilen cevaplar arasında hastalar değişik derecelerde ve çoğunlukla evet olarak yanıtladı (Şekil 4.28). Evet ve hayır cevapları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,465$; $p=0,599$).

5. TARTIŞMA

Dental anksiyetenin Türk popülasyonunda görülme sıklığının %21,3 - %23,5 arasında değiştiği çalışmalarda bildirilmiştir [26, 70].

Dental anksiyeteye kadınlarda daha çok rastlandığına dair birçok çalışma bulunsa da [2, 16, 20, 22, 28, 29] cinsiyete göre fark saptanmayan çalışmalar da mevcuttur [30]. Yaptığımız bu çalışmanın sonucuna göre gömülü diş çekimi için kliniğimize başvuran hastalardan, kadınların erkeklere oranla daha anksiyetik olduğu saptanırken; ortognatik cerrahi için kliniğimize başvuran hastalarda ise anksiyete açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

Türkiye’de yapılan bir araştırmada; dental anksiyete ile yaş arasında negatif korelasyonun varlığı, yani yaşlı bireylerin daha az anksiyetik olduğu, gösterilirken [20]; gömülü diş çekimi ve ortognatik cerrahi ile ilgili yaptığımız çalışmanın sonucuna göre yaş ve anksiyete arasında herhangi bir ilişki tespit edilmemiştir.

Ilguay ve diğerlerinin yaptığı araştırmada eğitim ve dental anksiyete arasında önemli bir korelasyon saptanırken [20], Fırat ve diğerlerinin yaptığı bir çalışmada eğitim düzeyi ile anksiyete arasında negatif bir ilişki olduğu gözlenmiştir [26]. Ancak gömülü diş çekimi ve ortognatik cerrahi işlem için kliniğimize başvuran hastalar ile ilgili araştırmamızdan elde ettiğimiz sonuca göre; anksiyete ve eğitim seviyesi arasında herhangi bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Bazı çalışmalar daha önce yaşanan kötü dental deneyimlerin dental anksiyetede artışa sebebiyet verdiğini savunurken [16, 30], bazıları ise dental anksiyete ile geçirilmiş dental tecrübe arasında herhangi bir ilişki saptamamıştır [30]. Fırat ve diğerlerinin yaptığı çalışmada kötü ve ağrılı deneyimlere sahip hastaların DFS skorlarının daha yüksek olduğu, yani kişinin olumsuz deneyiminin onu anksiyetik yaptığı gösterilmiştir [26]. Gömülü diş çekimi için kliniğimize başvuran hastalar ile ilgili yapılan çalışmada hastaların daha önceki dental tedavi deneyimlerinin bazal anksiyete üzerine etkisi olmadığı ancak önceden diş hekimini ziyaret eden hastaların ve ağrısız dental tedavi gören hastaların ortalama STAI-S skorlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ortognatik cerrahi işlem uygulanması için kliniğimize başvuran hastalar ile ilgili yapılan çalışmada ise sadece DAQ

değerlerinin daha önceden dental tedavi yaptırmış olanların (n=25) yaptırmayanlara nazaran (n=2) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu gözlenmiştir ($1,4 \pm 0,8$ karşı $1 \pm 0,0$; $p=0,015$). Bu grupta aynı şekilde daha önce herhangi bir cerrahi işlem yaptıran hastaların (n=14) yaptırmamış hastalardan (n=13) STAI-T değerlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır ($50,4 \pm 6,5$ karşı $44,4 \pm 6,1$; $p=0,02$)

Anksiyetenin oluşumunu en çok provoke eden ögenin enjeksiyon olduğu, en az provoke edenin ise detertraj ve polisaj olduğu Ilguy ve diğerleri tarafından yapılan bir çalışmada gösterilmiştir [20].

Daha önceki çalışmalarda STAI ve DAQ değerlerinin birbiri ile uyumlu sonuçlar verdiği gösterilmiştir [30]. Bu yüzden biz de çalışmamızda STAI ve MDAS'nin yanı sıra DAQ'uyu da anksiyetenin değerlendirilmesi amacıyla kullandık.

Ağrı anksiyetenin artmasına büyük katkı sağladığından işlemten hemen önce ve işlem sonrasında ağrının anksiyeteye ilişkisini karşılaştırabilmek için çalışmada VAS skalası da kullanılmıştır.

Preoperatif bilgilendirme, hastaların anksiyetesini hafifletebilmektedir. Yazılı bilgilendirme hastaya bilgi vermede en etkili yol olmasına rağmen bilgilendirme formunu okuma ve anlamada tüm hastalar yeterli değildir ve hastalar bu bilgileri değişik miktarlarda koruyabilirler. Multimedya ile bilgilendirme (video formunda) randomize kontrollü çalışmaların konusu olmuş ve bu bilgilendirme şeklinin etkisi küçük olsa da, diğer çalışmalar tarafından desteklenmese de cerrahiden önce hasta anksiyetesinin azaltılmasındaki değeri gösterilmiştir. Bilgilendirmenin hasta anksiyetesi üzerindeki etkisiyle ilgili ortaya çıkan çelişkili sonuçlar [2, 41]; metodoloji, multimedyanın formatı, ölçüm araçları ve çalışma popülasyonundaki değişkenlikten dolayı meydana gelmiş olabilir [2].

Danino ve diğerleri estetik amaçlı meme küçültmesi ve abdominoplasti yapılacak olan hastaların işlemten önce; sözlü olarak veya yazılı olarak resimler içeren CD-ROM ile bilgilendirilmesinin anksiyete üzerine etkisini incelemişlerdir. Toplam 80 kişi çalışmaya alınmış, gruplar ayrılmadan önce tüm katılımcılara STAI-S testi

uygulanmış ve hastalar 40'ar kişiden oluşan 2 gruba randomize edilmiştir. Çalışma grubuna 10'dk süren CD-ROM'a kaydedilmiş; prosedürü, sonuçları, komplikasyonları ve iyileşmenin farklı dönemlerini içeren resimlerin bulunduğu görsel öğeler sessiz bir odada izletilmiştir. Cerrahiden 1 gün önce tüm gruplara STAI-S ölçeği doldurtulmuştur; ayrıca katılımcıların bilgi düzeyini ölçen bir test de uygulanmıştır. Sonuç olarak her iki grubun da cerrahi günü yaklaştığında anksiyetesinin önemli derecede arttığı; ancak CD-ROM izleyen grubun anksiyetesinin diğer gruptan anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır. Cerrahinin komplikasyonlarını anlama açısından 2 grup arasında fark görülmezken; prosedürün inceliklerini ve cerrahinin amacını anlayış skoru, CD-ROM izleyen grupta daha yüksek bulunmuştur [35]. Çalışmamızda gömülü diş çekimi ve ortognatik cerrahi işlem yapılacak gruplardaki hastaların bazal, video izledikten sonra, preoperatif ve postoperatif dönemdeki ortalama anksiyeteleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Ayral ve diğerleri diz artiriti olan, eklem lavajı yapılacak hastalarda video ile bilgilendirmenin preoperatif anksiyete ve lavajın tolere edilebilirliğine etkisini araştırmışlardır. Eklem lavajını anlatan, dört dakika yirmi saniyelik video izletilerek; VAS ile preoperatif anksiyete; 4 derece skalası ile de işlemin tolere edilebilirliği ölçülmüştür. Toplam 112 hasta iki gruba randomize edilmiştir. Çalışmanın sonunda preoperatif anksiyetenin video grubunda daha düşük olduğu, işlemin tolere edilebilirliğinin ise diğer gruba nazaran anlamlı derecede daha iyi olduğu saptanmıştır. Lavaj öncesi anksiyete kadınlarda daha yüksek olmasına rağmen tolere edilebilirlik cinsiyet ayrımı göstermemiştir. Önceki deneyimlerin, anksiyete ve tolere edilebilirlik üzerine etkisi saptanmamıştır. Bu çalışma invaziv romatolojik işlemler öncesinde video gösteriminin yararlı olabileceğini göstermektedir [71]. Benzer şekilde gömülü diş tedavisi yapılan hastalarımızda önceden ağız içi tedavi görme durumunun anksiyete üzerine etkisi olmadığını ancak hem önceden diş hekimini ziyareti bulunan hastaların ve hem de ağrısız dental tedavi alan hastaların daha yüksek STAI-S skorlarına sahip olduklarını tespit ettik. Ortognatik cerrahi işlem uygulanan hastalarımızdan daha önce herhangi bir cerrahi işlem yaptıranların daha yüksek STAI-T skorlarına sahip olduklarını tespit ettik. Her iki grup için de; preoperatif değerleri, randomizasyondaki değerleri ile karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

Elde ettiğimiz bu sonuçtan hastayı multimedya ile bilgilendirmenin preoperatif anksiyete üzerine etkisi olmadığı yorumu yapılmıştır.

Preoperatif bilgilendirme hastanın anksiyetesini azaltır ancak bu bilginin ideal verilme yöntemi tam olarak bilinmemektedir. JIala ve diğerleri multimedya ile bilgilendirilen hastalarda lokal anestezinin, anksiyete üzerine etkisini göstermek üzerine yaptıkları çalışmaya toplam 110 hasta almışlardır. Çalışma grubuna, işlemden 2 hafta önce spinal anesteziyi veya brakiyal pleksus bloğunu gösteren 7-9 dakikalık iki ayrı sesli video, yapılacak işleme göre hastalara izletilmiştir. Hasta anksiyetesi STAI testi ve VAS skalası kullanılarak video öncesi ve sonrası; işlemden 1 saat önce ve 8 saat sonra ölçülmüştür. STAI-T'ye, çalışma başında ve sonunda bakılırken; STAI-S ile VAS'a tüm dönemlerde bakılmıştır. Her iki grubun başlangıç STAI-T ölçekleri istatistiksel olarak benzer bulunmuştur. Kontrol grubunda cerrahi öncesi anksiyete artışı saptanmış; çalışma grubunda ise kontrol grubuna göre daha az bir artış gözlenmiştir. Çalışma grubunun anksiyetesi, işlem sonunda başlangıca oranla, kontrol grubuna göre daha düşük saptanmıştır. Çalışmacılar, lokal anestezi öncesi bilgilendirmede multimedya kullanımıyla, hasta anksiyetesinin önemli ölçüde azaltılabileceğini göstermişlerdir [2]. Gömülü diş çekimi ile ilgili yaptığımız çalışmada ise preoperatif dönem ile postoperatif dönem arasında 3 gün; ortognatik cerrahi uygulanan hastalar ile ilgili çalışmada ise, preoperatif dönem ile postoperatif dönem arasında 1 gün bulunmaktadır. STAI-T hastanın genel anksiyetesini gösterdiği ve birkaç gün içerisinde değişmediği için STAI-T sadece randomizasyondan sonraki dönemde uygulanırken; STAI-S, MDAS ve DAQ her anket uygulandığı dönemde değerlendirilmiştir. JIala'nın yaptığı çalışmanın bir kısmına benzer sonuç gömülü diş çekimi yapan grupta elde edilmiş; istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasa da; her gruptaki ortalama preoperatif anksiyete bazale oranla STAI-S'de yükselmekle birlikte en fazla sessiz video grubunda artıp; MDAS'de en çok sesli video grubunda olmak üzere her grupta azalma ve DAQ'ta ise sadece sesli video grubunda azalma gözlenmiştir. Bunun aksine ortognatik cerrahi işlem yapılacak hastalarda ise tüm gruplardaki ortalama preoperatif anksiyete bazale oranla ortalama MDAS ve DAQ değerlerinde artarken; sadece video izleyen grupların ortalama STAI-S değerlerinde azalma saptanmıştır.

Cornoiu ve diğerleri diz artroskopisi yapılacak hastalarda, bilgisayar destekli multimedya sunumunun, standart sözel onam ile bilgilendirme broşürlerine karşı etkinliğini 61 hasta üzerinde araştırmıştır. Hastalar sözel (n=18), broşür (n=21) ve multimedya (n=22) yöntemleri ile bilgilendirilmiştir. İlk onay sürecinden sonra bilginin hatırlanması sorularla değerlendirilmiştir. Yapılacak işlem ile ilgili bilgilerin hatırlanması cerrahi gününün ve cerrahiden 6 hafta sonra uygulanan sorularla ölçülmüştür. Sonuç olarak sorulara verilen cevap sözel grupta %88, broşür grubunda %76 ve multimedya grubunda ise %98 doğru bulunmuştur. Anksiyete düzeyi gruplar arasında benzer bulunmuştur. Altı hafta sonra yapılan değerlendirmede bilgilendirmenin kalıcılığı ile bilgilendirmedeki tatmin multimedya grubunda daha yüksek bulunmuştur [72]. Gömülü diş çekimi ve ortognatik cerrahi işlem ile ilgili yaptığımız çalışmada benzer şekilde gruplar arasında ortalama anksiyete açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Gömülü diş çekimi yapılan bireylerden sesli video grubunda yer alan hastaların %92'si, sessiz video grubunda yer alan hastaların %85'i izlenen videonun aydınlatıcı olduğunu söylerken; sesli video grubunda yer alan hastaların %70'i, sessiz video grubunda yer alan hastaların %75'i verilen bilgilerin tam anlamıyla yeterli olduğunu düşünmektedir. Ortognatik cerrahi işlem yapılan bireylerden sesli video grubunda yer alan hastaların %89'u, sessiz video grubunda yer alan hastaların %100'ü izlenen videonun aydınlatıcı olduğunu söylerken; sesli video grubunda yer alan hastaların %67'si, sessiz video grubunda yer alan hastaların %78'i verilen bilgilerin tam anlamıyla yeterli olduğunu düşünmektedir.

Hastanın psikolojik olarak cerrahiye hazırlanması hastanede kalma süresini, analjezik kullanımını, oluşabilecek komplikasyonları azaltıp yaşam kalitesini ve immün cevabı arttırmada eğitim videolarının etkili olduğu bildirilmiştir. Ayrıca değişik çalışmalarda preoperatif video eğitiminin bireysel ve toplam medikal ücreti azaltacağı; cerrahiyle ilişkili stresi ve anksiyeteyi de azaltmada etkili olacağı rapor edilmiştir. Bundan yola çıkılarak İhedioha ve diğerleri elektif kolorektal cerrahi yapılacak hastalarda eğitim videolarının etkinliğini incelemişler ve bu çalışmada kolorektal cerrahi görecektek toplam 60 kişiden 31 i sözlü, yazılı ve video ile bilgilendirilirken; 29 u sadece sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmiş. Elde edilen sonuçlarda hastanede kalma süreleri açısından 2 grup arasında herhangi bir fark bulunmamıştır. Ortalama epidural anestezi kullanımı her iki grupta da benzer

bulunmuştur. Kullanılan diğer analjezikler ve miktarı açısından, ağrı ve bulantı bakımından 2 grup arasında herhangi bir fark bulunmamıştır. Bunun sebebi olarak aynı cerrahi işlemin aynı tarafta yapılmamış olması düşünülmektedir. Bu yüzden preoperatif bilgilendirmenin etkinliğinin değerlendirilebilmesi için daha ileri çalışmalar standart tip ameliyat ile yapılmalı sonucuna varılmıştır [5].

Anksiyetenin invaziv medikal girişimlere maruz kalan hastalarda yaygın bir problem olduğunu ve emek isteyen kolonoskopi prosedürünün başarılı bir sonuç vermesi için hastanın kooperasyonunun iyi olması gerektiğini düşünen Arabul ve diğerleri, kolonoskopi öncesi rutin bilgilendirmeye ilaveten video ile bilgilendirmenin etkisini değerlendirmişlerdir. Çalışmalarında 124'ü video ile bilgilendirme, 103'ü sözlü iletişim olmak üzere toplam 2 grup, 227 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Kolonoskopi endikasyonu konulduktan sonra, hastalara kolonoskopi ve komplikasyonları hakkında bilgilendirme amaçlı broşürler verilmiştir. Hastalar kolonoskopiden yaklaşık 1-5 saat önce anksiyetelerinin değerlendirilmesi amacıyla iletişim odasına alınıp anksiyetesi STAI-S ve -T anketleri ile ölçülmüştür. Sonuç olarak kolonoskopi için yapılan video ile bilgilendirmenin işlem sırasındaki abdominal ağrıyı ve anksiyeteyi azaltıp, işlemin başarısını ve hastanın memnuniyetini arttırdığını saptamışlardır [1]. Bizim çalışmamızda hastaların preoperatif anksiyetelerinde bazale oranla anlamlı bir artma ya da azalma saptanmamıştır. Ancak gömülü dış çekiminde yer alan hastaların bir kısmı videoyu izleyememelerine rağmen bu konuda multimedia ile bilgilendirmenin daha etkin olduğunu takdir etmişlerdir. Bunun yanı sıra ortognatik cerrahi işlem yaptıran hastalardan, video ile bilgilendirilenler bu bilgilendirme şeklinden daha memnun olduğunu ve tekrardan istediklerini belirtmişlerdir.

Sonne ve diğerleri 3 adet sahte bilgilendirme formu hazırlamış, her bir form için 5'er adet olmak üzere toplam 15 adet, 60 ila 120 saniye uzunluğunda video hazırlamışlardır. Belli bir bilgi düzeyine sahip toplam 61 katılımcı; girişim öncesi yapılacak işlemi hem bilgilendirme formu hem de video ile öğrendikten sonra kişiler ilk tercih ettiği bilgilendirme grubuna randomize olarak dağıtılmıştır. Katılımcıların %78,7'si bilgilendirme için kâğıda nazaran videoyu tercih edeceğini, %96,7'si ise videonun formda anlatılan prosedürün anlaşılmasında daha yararlı olduğunu söylemiştir. Ama bu iki grupta kişilerin bilgi düzeylerini artırma

açısından, uygulanan yöntemlerin istatistiksel olarak herhangi bir fark oluşturmadığı gösterilmiştir. Sonuçta yazarlar bu durumu, çalışmada yer alan katılımcıların bilgi düzeyinin belli bir seviyenin üzerinde olmasına bağlamışlardır [73]. Çalışmamıza katılan tüm hastalara, izledikleri videonun onları bilgilendirmesinin yeterli olup olmadığı sorulduğunda, çeşitli derecelerde “yeterli” yanıtı alınmıştır. Aynı zamanda video ile bilgilendirilen hastaların bir sonraki dental tedavide aynı şekilde bilgilendirilme istekleri göz önüne alındığında, multimedia ile bilgilendirme yönteminden daha memnun olunduğu saptanmıştır.

Cerrahi işlemlerin hasta anksiyetesini arttırdığına dair birçok bilimsel kanıt vardır. Çene cerrahisi için bu durumu pekiştiren ana iki unsur; prosedürün nasıl olacağını bilmemek ve tedavinin ameliyathane ortamında yapılması gerektiğini öğrenmektir [17]. Ancak bahsi geçen bu iki unsurun üzerinde belirgin tesiri olan bilgilendirme biçiminin net olarak etkisi gösterilememiştir. Bu etki mevcut bilgilendirmenin sözel, yazılı, interaktif ve görsel yapılabilmesi nedeniyle çok değişken sonuçlar verebilmektedir [74, 75]. Farklı tıp dallarının yaptığı invaziv işlemlerin öncesinde yapılan değişik bilgilendirme yöntemlerinden özellikle görsel ve interaktif olanların öne çıktığı rapor edilmiştir. Bu iki yöntemin işlemin algılamasında ve işleme bağlı anksiyetesinin azalmasında etkin olduğu gösterilmiştir [23]. Türk toplumunda diş hekimliğinde bu alanla ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır.

Multimedya araçları ile bilgilendirme yöntemi sözel ve yazılı bilgilendirme ile kombine edilirse hastayı cerrahiye psikolojik olarak daha iyi hazırladığı [5, 48] ve geliştirilmiş bir iyileşme programı ile kısa dönem sonuçlarının iyileştirilmesine yardımcı olduğu bazı çalışmalarda rapor edilmiştir [48]. Ancak yapılan bazı çalışmalarda ise multimedya araçlarının, geliştirilmiş bir iyileşme programı ile kısa dönem sonuçlarının iyileştirilmesine [5], hasta anksiyetesinin azalmasına, hastanın yapılacak işlemi anlamasına veya hastanın tatminine katkısının olmadığı gözlenmiştir [41].

Oliphant ve diğerleri prolapsus ve inkontinans cerrahisi uygulanacak kadın hastalara işlemten önce, temiz aralıklı kateterizasyon bilgilendirme videosunu izleterek hasta anksiyetesinin azalacağını düşünerek bir çalışma yapmışlardır. Çalışmaya alınan 199 hastanın 99’una videoyu izleterek hastaların video izledikten

sonraki anksiyetelerinde azalma saptamışlardır [6]. Gömülü di  çekimi ile ilgili yaptığımız çalışmada istatistiksel olarak anlamlı olmasa da hem sesli video grubunda hem de sessiz video grubunda bazal ile video izledikten hemen sonraki ortalama STAI-S skorlarında artış gözlenirken, ortalama MDAS ve DAQ skorlarında ise sesli video grubunda azalma; sessiz video grubunda artma tespit edildi. Gömülü di  çekiminde yer alan tüm grupların bazal ile preoperatif dönemdeki ortalama STAI-S skorlarında artış, ortalama MDAS skorlarında azalma gözlenirken sadece sesli video grubunun ortalama DAQ skorlarında azalma saptandı. Ortognatik cerrahi işlem ile ilgili yaptığımız çalışmada ise istatistiksel olarak anlamlı olmasa da hem sesli video grubunda hem de sessiz video grubunda bazal ile video izledikten hemen sonraki ortalama STAI-S skorlarında artış, ortalama MDAS skorlarında azalma gözlenirken, ortalama DAQ skorları ise sesli video grubunda artıp sessiz video grubunda azaldığı gözlendi. Ortognatik cerrahi işlemde yer alan tüm grupların bazal ile preoperatif dönemdeki ortalama MDAS ve DAQ skorlarında artma görülürken, video grubunda yer alan hastaların STAI-S skorlarında azalma saptandı.

Davison ve diğ rleri karpal tünel cerrahisi uygulanacak hastalar ile ilgili yapmış olduğu çalışmada, lokal anestezi veya sedasyon ile opere olduktan sonra kontrole gelen hastaların anestezi deneyimlerine bakışlarını değerlendirmiştir. Cerrahiden  nceki anksiyete seviyelerini kıyasladığı zaman sedasyon ile tedavi olacak hastaların anksiyetelerinin, lokal ile tedavi olacak hastalardan daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Bir dahaki sefere bu işlemi yaptıracakları zaman hangi anestezi yöntemini tercih etmek isteyecekleri sorulduğu zaman lokal anestezi uygulanan hastaların %93   gene lokal anestezi ile tedavi olmak isterken sedasyon uygulanan hastaların %93   ya intravenöz sedasyonu ya da genel anesteziyi tercih etmiştir [76]. Gömülü di  çekimi ile ilgili yaptığımız çalışmada video izlemeden önce hastalara işlem ile ilgili olarak hangi anestezi yöntemini (lokal, sedasyon ya da genel) tercih edecekleri sorulduğunda; sedasyonu tercih eden hastaların ortalama anksiyetelerinin lokal anesteziyi tercih eden hastalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Yapılacak işlem kaynaklı stresle başa çıkma yöntemlerindeki bireysel değişiklik, preoperatif bilgilendirmenin etkinliğindeki farklılıklardan dolayı oluşabilir. Bazı

hastalar daha çok bilgilendirmeye ihtiyaç duyarken bazı hastalarsa bilgilendirilmekten kaçınırlar [1]. Gömülü diş çekimi uygulanan hastalardan video ile bilgilendirilenlerin 86/87 (%98,9)'si; sözel bilgilendirilenlerin 38/42 (%90,5)'sinin bir sonraki tedavide herhangi bir yöntemle tekrar bilgilendirilmek istediği saptandı. Ortognatik cerrahi uygulanan hastalardan video ile bilgilendirilenlerin 17/18 (%94,4)'i; sözel bilgilendirilenlerin 9/9 (%100)'unun bir sonraki tedavide herhangi bir yöntemle tekrar bilgilendirilmek istediğini öğrenildi. Sonuç olarak video ile bilgilendirilen hastaların bu bilgilendirme şeklinden daha memnun olduğu ve tekrardan istedikleri yorumu yapıldı.

Yapılan çalışmalarda hazırlayıcı bilgilendirmenin dental bir işlem sırasındaki durumluluk anksiyetesini azalttığı ve kişinin uyumunu arttırdığı ayrıca bu bilgilendirme çeşidinin hastanın istediği şekilde olduğunda anksiyetesinin azaldığı gösterilmiştir [50].

Kazancıoğlu ve diğerlerinin çalışmasında gömülü diş çekimi için kliniklerine başvuran 300 hastanın işlemden önce video ile bilgilendirilmesinin anksiyete seviyesine etkisine bakmıştır. 1. grupta yer alan (n=95) hastalara cerrahi işlem ve iyileşme hakkındaki detaylar ile temel bilgilendirmeler sözel olarak verilmiş; 2. grupta yer alan (n=102) hastalara, temel bilgilendirmeler sözel olarak verilip cerrahi işlem ve iyileşme hakkındaki detaylar 3. molar diş çekim videosu aracılığıyla verilmiş; 3. grupta yer alan (n=103) hastalara cerrahi işlem ve iyileşme hakkındaki detaylardan kaçınarak temel bilgilendirmeler sözel olarak anlatılmıştır. Hastaların STAI, DAS, VAS skorlarına bakılmış. Preoperatif dönemde video izlemeden, işlemden hemen sonra ve işlemden 1 hafta sonraki değerler karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonunda 3. molar diş çekimi ile ilgili video izlemenin anksiyetede artışa ve postoperatif dönem boyunca ağrıya yol açtığı saptanmıştır [77]. Gömülü diş çekimi ile ilgili çalışmamızda sesli ve sessiz video izleyen hastaların video izledikten sonraki ortalama STAI-S skorlarında istatistiksel olarak anlamlı derece artış saptanmış olup diğer değerlerde anlamlı bir fark saptanmamıştır. Preoperatif dönemdeki tüm anksiyete skorları gruplar arasında birbiriyle karşılaştırıldığında tüm gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak sessiz video izleyen grubun preoperatif dönemdeki ortalama STAI-S skorları ile ortalama bazal STAI-S skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir

artış gözlenmiştir. Bunun sonucunda bilgilendirme amaçlı işlemden önce hastalara sesli video izletmenin kontrol grubuyla kıyaslandığında anksiyetede artışa sebep olmadığı saptanmıştır. Ortognatik cerrahi işlem ile ilgili çalışmamızda ise sesli ve sessiz video izleyen hastaların video izledikten sonraki ortalama anksiyete skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Preoperatif dönemdeki tüm anksiyete skorları gruplar arasında birbiriyle karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bunun sonucunda bilgilendirme amaçlı işlemden önce hastalara video izletmenin kontrol grubuyla kıyaslandığında anksiyetede artışa sebep olmadığı saptanmıştır.

Yaptığımız çalışmada kontrol grubu ile kıyaslandığı zaman video ile bilgilendirmenin preoperatif dönemdeki anksiyetenin artmasına katkı sağlamadığı aksine kontrol grubuna nazaran çalışma grubundaki hastaların ortalama STAI-S ve MDAS anksiyete skorlarının daha düşük olduğu görüldü. Bizce işlemden önce multimediyadan yararlanılması, hastaların işlemin prosedürünü, oluşabilecek komplikasyonları ve postoperatif bakımı anlaması kolaylaştırılabilmektedir. Ancak çalışmamızda sadece gerçek işlemin gösterildiği hekimin seslendirdiği sesli video ya da sessiz video ile hastaların bilgilendirilmesinin anksiyete üzerine etkisi karşılaştırıldı ve sonuç olarak gruplar arasındaki anksiyete farkları birbiriyle karşılaştırıldığında (gruplar birbiriyle karşılaştırılmadan bakıldığında sessiz video ile gösterim anksiyetede artışa sebep olsa da) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Daha ileri araştırmalar yapıp multimedyanın diğer grupları da çalışmaya katılarak(animasyon gibi-okuma yazması olmayan bireyler düşünüldüğünde özellikle sesli gösterim ile) hastaların işlemden önce bilgilendirilmesinde daha kolay, etkili ve sağlıklı bilgilendirme sağlayacak olan bir tekniğin saptanıp hasta memnuniyeti, postoperatif bakım ve komplikasyonların hasta tarafından daha kolay anlaşılmasının sağlanacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Gömülü Diş ile İlgili Grupta Elde Edilen Sonuçlar ve Öneriler

1. Ortalama bazal anksiyete değerlerinin kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu,
2. Ortalama bazal anksiyete değerlerinin hastaların eğitim seviyeleri; yaşı; sistemik hastalık mevcudiyeti ile ilişkili olmadığı,
3. Daha önce diş hekimi ziyaretinde bulunan hastaların daha anksiyetik olduğu,
4. Ortalama bazal anksiyete değerlerinin; hastaların daha önce dental bir işlem yaptırmaması, daha önceden gömülü diş çektirmesi, hekim cinsiyet tercihleri, hekim yaşı tercihleri, randomizasyon öncesinde işleme dair internetten video izleme durumları ile etkilenmediği,
5. Daha anksiyetik bireylerin randomizasyon sırasında lokal anesteziye nazaran sedasyonu tercih ettikleri,
6. Bilgilendirme amaçlı izletilen hekimin seslendirdiği sesli ve sessiz video tipine göre bilgilendirilenin yeterli bulunması arasında bir fark tespit edilmediği,
7. Ortalama preoperatif anksiyetenin istatistiksel olarak anlamlı olmasa da genel olarak tüm gruplarda artmasına rağmen sesli videoyu izleyen gruplarda daha az arttığı; hatta bazı skorlara göre anksiyeteyi azalttığı gözlenerek sesli videoların hastayı daha rahatlatıldığı,
8. Video izleyen hastaların %50'den fazlası tekrar video ile (özellikle sesli video ile) bilgilendirilmek istediklerini söylerken sözel olarak bilgilendirilen hastaların %50'si tekrar sözel olarak bilgilendirilmeyi istediği; hastaların %10'dan azının ise hiçbir yöntemle bilgilendirilmek istemediği saptanmıştır. Bu durum hastanın hangi yöntemle bilgilendirildiyse sıklıkla o yöntemi tercih ettiğini; ancak bu bilgilendirmenin hastanın isteği yönünde olursa daha faydalı olacağını düşündürmektedir,
9. İşlemin süresinin uzaması ile postoperatif dönemdeki anksiyetenin arasında zayıf bir ilişki bulunduğu sonuçlarına varılmıştır.

6.2. Ortognatik Cerrahi ile İlgili Grupta Elde Edilen Sonuçlar ve Öneriler

1. Ortalama bazal anksiyete değerlerinin; hastaların cinsiyeti, eğitim seviyeleri, yaşı, sistemik hastalık mevcudiyeti ile ilişkili olmadığı,
2. Daha önce diş hekimini ziyaretinde bulunan hastaların diş hekimine gitmekten daha çok korktuğu,
3. Ortalama bazal anksiyete değerlerinin; hastaların daha önce dental bir işlem yaptırması, daha önceden cerrahi bir işlem yaptırmasından etkilenecek arttığı;
4. Ortalama bazal anksiyete değerlerinin hastaların hekim cinsiyet tercihleri; hekim yaşı tercihleri; randomizasyon öncesinde işleme dair internetten video izleme durumlarından etkileneceği,
5. Bilgilendirme amaçlı izletilen hekimin seslendirdiği sesli ve sessiz video tipine göre bilgilenemenin yeterli bulunması arasında bir fark tespit edilmediği,
6. Ortalama preoperatif anksiyetenin istatistiksel olarak anlamlı olmasa da tüm gruplarda bazı skorlarda artmasına rağmen, video izleyen gruplarda bazı skorlara göre anksiyeteyi azalttığı gözlenerek video izleyen hastaların daha rahatlatıldığı,
7. Video izleyen hastaların %89'u tekrar video ile (özellikle gerçek işlemin gösterildiği video ile) bilgilendirilmek istediklerini söylerken sözel olarak bilgilendirilen hastaların %22'si tekrar sözel olarak bilgilendirilmeyi istediğini, hastaların %5'den azının ise hiçbir yöntemle bilgilendirilmek istemediği saptanmıştır. Bu durum hastaların sözelden çok multimedya araçları ile bilgilendirilmek istediğini ancak bu bilgilendirmenin hastanın isteği yönünde olursa daha faydalı olacağını düşündürmektedir.

6.3. Çalışmanın Eksikleri

Çalışmada sadece gerçek video ile bilgilendirmenin anksiyete üzerindeki etkinliğine bakılmıştır. Multimedyanın animasyon, resimli gösterim gibi diğer kaynakları çalışmaya dahil edilmemiştir.

Hastanın bilgilendirme sonrasındaki memnuniyeti değerlendirilirken bilgilendirmeden kazandığı sonuca yönelik sorular sorulmamıştır.

KAYNAKLAR

1. Arabul, M., Kandemir, A., Celik, M., Alper, E., Akpınar, Z., Aslan, F., Vatansever, S., and Unsal, B. (2012). Impact of an information video before colonoscopy on patient satisfaction and anxiety. ***The Turkish Journal of Gastroenterology : The Official Journal of Turkish Society of Gastroenterology*** 23(5), 523-529.
2. Jlaia, H. A., French, J. L., Foxall, G. L., Hardman, J. G., and Bedford, N. M. (2010). Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. ***British Journal of Anaesthesia*** 104(3), 369-374.
3. Karayağız, F., Altuntaş, M., Güçlü, Y. A., Yılmaz, T. T., ve Öngel K. (2011). Cerrahi servisinde yatan hastalarda görülen anksiyete dağılımı. ***Smyrna Tıp Dergisi*** 1(1), 22-26.
4. El Azem, A., Benington, P. C., Khambay, B. S., and Ayoub, A. F. (2014). Evaluation of an interactive multi-media device for delivering information on Le Fort I osteotomy. ***Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery : Official Publication of the European Association for Cranio-Maxillo-Facial Surgery*** 42(6), 885-889.
5. Ihedioha, U., Vaughan, S., Mastermann, J., Singh, B., and Chaudhri, S. (2013). Patient education videos for elective colorectal surgery: results of a randomized controlled trial. ***Colorectal Disease : The Official Journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*** 15(11), 1436-1441.
6. Oliphant, S. S., Lowder, J. L., Ghetti, C., and Zyczynski, H. M. (2013). Effect of a preoperative self-catheterization video on anxiety: a randomized controlled trial. ***International Urogynecology Journal*** 24(3), 419-424.
7. Türkçapar, H. (2004). Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal İlişkileri. ***Klinik Psikiyatri Dergisi*** 6(4), 12-16.
8. Szirmai, Á. (2011). *Anxiety and related disorders* (Free online edition). Janeza Trdine 9, 51000 Rijeka, Croatia: InTech, 1-292.
9. Alçalar, N., Köseoğlu, B. G., ve Bahadır, G.. (2013). Diş hekimliği uygulamalarına ilişkin bilişler ölçeği-dbö: Üniversite öğrencilerinde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. ***Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*** 21(3), 293-298.
10. Öst L-G., and Skaret, E. (2013). *Cognitive Behaviour Therapy for Dental Phobia and Anxiety* (First edition). United Kingdom: Wiley-Blackwell, 1-246.

11. Stenebrand, A., Wide Boman, U., and Hakeberg, M. (2013). General fearfulness, attitudes to dental care, and dental anxiety in adolescents. ***European Journal of Oral Sciences*** 121(3 Pt 2), 252-257.
12. Stenebrand, A., Wide Boman, U., and Hakeberg, M. (2013). Dental anxiety and symptoms of general anxiety and depression in 15-year-olds. ***International Journal of Dental Hygiene*** 11(2), 99-104.
13. Garip, H., Abali, O., Goker, K., Gokturk, U., and Garip, Y. (2004). Anxiety and extraction of third molars in Turkish patients. ***The British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*** 42(6), 551-554.
14. Malamed, S. F. (2009). *Sedation: A Guide to Patient Management* (Fifth edition). St. Louis; Toronto: Elsevier Health Sciences, 1-624.
15. Işık, E. (2006). *Çocuk, ergen ve erişkinlerde anksiyete bozuklukları* (Birinci baskı). İstanbul: Asimetrik Paralel, 1-527.
16. Akarslan, Z. Z., ve Erten, H. (2009). Diş hekimliği korkusu ve kaygısı. ***Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*** 33(1), 62-68.
17. Kömerik, N., ve Muğlalı, M. (2005). Ağız cerrahisinde anksiyete kontrolü: Hastaların bilgilendirilmesi. ***Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*** 15(3), 25-33.
18. Lopez-Jornet, P., Camacho-Alonso, F., and Sanchez-Siles, M. (2013). Assessment of general pre and postoperative anxiety in patients undergoing tooth extraction: a prospective study. ***The British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery***.
19. Taşdemir, A., Erakgün, A., Deniz, M. N., ve Çertuğ, A. (2013). Preoperatif Bilgilendirme Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test ile Karşılaştırılması. ***Turkish Journal of the Anaesthesiology and Reanimation*** 41, 44-49.
20. Ilguy, D., Ilguy, M., Dincer, S., and Bayirli, G. (2005). Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale in Turkish patients. ***The Journal of International Medical Research*** 33(2), 252-259.
21. Köroğlu, A., ve Durkan, R. (2010). Diş hekimliği uygulamalarında karşılaşılan dental anksiyete sendromunun etiyolojisinin ve tedavi yöntemlerinin değerlendirilmesi. ***The Journal of Dental Faculty of Atatürk University*** 20(3), 205-212.
22. Yusa, H., Onizawa, K., Hori, M., Takeda, S., Takeda, H., Fukushima, S., and Yoshida, H. (2004). Anxiety measurements in university students undergoing third molar extraction. ***Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics*** 98(1), 23-27.

23. Tou, S., Tou, W., Mah, D., Karatassas, A., and Hewett, P. (2013). Effect of preoperative two-dimensional animation information on perioperative anxiety and knowledge retention in patients undergoing bowel surgery: a randomized pilot study. ***Colorectal Disease : The Official Journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*** 15(5), e256-265.
24. Mitchell, M. (2008). Conscious surgery: influence of the environment on patient anxiety. ***Journal of Advanced Nursing*** 64(3), 261-271.
25. Beena, J. P. (2013). Dental subscale of children's fear survey schedule and dental caries prevalence. ***European Journal of Dentistry*** 7(2), 181-185.
26. Firat, D., Tunc, E. P., and Sar, V. (2006). Dental anxiety among adults in Turkey. ***The Journal of Contemporary Dental Practice*** 7(3), 75-82.
27. Randall, C. L., Shulman, G. P., Crout, R. J., and McNeil, D. W. (2014). Gagging and its associations with dental care-related fear, fear of pain and beliefs about treatment. ***Journal of the American Dental Association*** 145(5), 452-458.
28. Lago-Mendez, L., Diniz-Freitas, M., Senra-Rivera, C., Seoane-Pesqueira, G., Gandara-Rey, and J. M., Garcia-Garcia, A. (2006). Dental anxiety before removal of a third molar and association with general trait anxiety. ***Journal of Oral and Maxillofacial Surgery : Official Journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*** 64(9), 1404-1408.
29. Andersson, P., Hakeberg, M., and Abrahamsson, K. H. (2013). Psychometric properties of the Dental Hygienist Anxiety Scale in a group of general dental patients. ***Acta Odontologica Scandinavica*** 71(3-4), 877-882.
30. Baygın, Ö., Tüzüner, T., Işık, B., Arslan, İ., ve Tanrıver, M. (2012). Preoperatif anksiyetenin süt dişi çekimi yapılan çocuklarda ağrı düzeyi ile korelasyonunun değerlendirilmesi. ***İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*** 46(1), 32-42.
31. Eli, I., Schwartz-Arad, D., and Bartal, Y. (2008). Anxiety and ability to recognize clinical information in dentistry. ***Journal of Dental Research*** 87(1), 65-68.
32. Sirin, Y., Humphris, G., Sencan, S., and Firat, D. (2012). What is the most fearful intervention in ambulatory oral surgery? Analysis of an outpatient clinic. ***International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*** 41(10), 1284-1290.
33. Kent, G. (1998). *Comprehensive Clinical Psychology* (Sixth edition). St. Louis; Toronto: Elsevier Science Ltd, 595-615.

34. Hill, K. B., Chadwick, B., Freeman, R., O'Sullivan, I., and Murray, J. J. (2013). Adult Dental Health Survey 2009: relationships between dental attendance patterns, oral health behaviour and the current barriers to dental care. ***British Dental Journal*** 214(1), 25-32.
35. Danino, A. M., Chahraoui, K., Frachebois, L., Jebrane, A., Moutel, G., Herve, C., and Malka, G. (2005). Effects of an informational CD-ROM on anxiety and knowledge before aesthetic surgery: a randomised trial. ***British Journal of Plastic Surgery*** 58(3), 379-383.
36. Kakinuma, A., Nagatani, H., Otake, H., Mizuno, J., and Nakata, Y. (2011). The effects of short interactive animation video information on preanesthetic anxiety, knowledge, and interview time: a randomized controlled trial. ***Anesthesia and Analgesia*** 112(6), 1314-1318.
37. Kiyohara, L. Y., Kayano, L. K., Oliveira, L. M., Yamamoto, M. U., Inagaki, M. M., and Ogawa, N. Y., Gonzales, P. E., Mandelbaum, R., Okubo, S. T., ve Watanuki, T., (2004). Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. ***Revista do Hospital Das Clinicas*** 59(2), 51-56.
38. Salzwedel, C., Petersen, C., Blanc, I., Koch, U., Goetz, A. E., and Schuster, M. (2008). The effect of detailed, video-assisted anesthesia risk education on patient anxiety and the duration of the preanesthetic interview: a randomized controlled trial. ***Anesthesia and Analgesia*** 106(1), 202-209, table of contents.
39. Santos Miotto Amorim, C., Firsoff, E. F., Vieira, G. F., Costa, J. R., and Marques, A. P. (2014). Effectiveness of two physical therapy interventions, relative to dental treatment in individuals with bruxism: study protocol of a randomized clinical trial. ***Trials*** 15, 8.
40. Julian, L. J. (2011). Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). ***Arthritis Care & Research*** 63 Suppl 11, S467-472.
41. Obled, S., Melki, M., Coelho, J., Coudeyre, E., Arpurt, J. P., and Pouderoux, P. (2007). Patient information for liver biopsy: impact of a video movie. ***Gastroenterologie Clinique et Biologique*** 31(3), 274-278.
42. Ruffinengo, C., Versino, E., and Renga, G. (2009). Effectiveness of an informative video on reducing anxiety levels in patients undergoing elective coronarography: an RCT. ***European Journal of Cardiovascular Nursing : Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*** 8(1), 57-61.
43. Bringuier, S., Dadure, C., Raux, O., Dubois, A., Picot, M.C., and Capdevila, X. (2009). The perioperative validity of the visual analog anxiety scale in children: a discriminant and useful instrument in routine clinical practice to

- optimize postoperative pain management. **Anesthesia and Analgesia** 109(3), 737-744.
44. Kindler, C.H., Harms, C., Amsler, F., Ihde-Scholl, T. and Scheidegger, D. (2000). The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. **Anesthesia and Analgesia** 90(3), 706-712.
 45. Baş, T. (2005). *Anket: anket nasıl hazırlanır?, anket nasıl uygulanır?, anket nasıl değerlendirilir?* (Üçüncü baskı). Türkiye: Seçkin yayıncılık, 1-236.
 46. Turalı, S. (2013). *Ortognatik cerrahi sonrası hastaların temporomandibuler eklem bulguları, sinir hasarı ve hasta memnuniyeti açılarından retrospektif olarak değerlendirilmesi*, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara, 1-135.
 47. Atalay, B., Güler, N., Cabbar, F., and Şençift, K. (2014). Determination of incidence of complications and life quality after mandibular impacted third molar surgery. **İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi** 48(1), 31-46.
 48. Ihedioha, U., Sangal, S., Mastermann, J., Singh, B., and Chaudhri, S. (2012). Preparation for elective colorectal surgery using a video: a questionnaire-based observational study. **Journal of the Royal Society of Medicine Short Reports** 3(8), 58.
 49. Mulsow, J. J., Feeley, T. M., and Tierney, S. (2012). Beyond consent--improving understanding in surgical patients. **American Journal of Surgery** 203(1), 112-120.
 50. Vallerand, W. P., Vallerand, A. H., and Heft, M. (1994). The effects of postoperative preparatory information on the clinical course following third molar extraction. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery : Official Journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons** 52(11), 1165-1170; discussion 1170-1161.
 51. Meral, G., Saysel, .M., ve Ökten, S. (2005). Gömülü Yirmi Yaş Dişlerinin Cerrahi Çekimi: Hasta Profili ve Preoperatif Parametreler. **Hacettepe Dişhekimliği Fakültesi Dergisi** 29(4), 56-61.
 52. Damlar, İ., Altan, .A., Tatlı, U., ve Arpağ, O. F. (2014). Hatay bölgesinde gömülü diş prevalansının retrospektif olarak incelenmesi. **Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi** 39(3), 559-565.
 53. Özen, T., Karakurumer, K., Şengün, O., Günaydın, Y., ve Üstün, T. (1992). Türk toplumunda gömülü diş sıklığının araştırılması. **Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi** 10(2), 121-134.

54. Benlidayı, E., Tatlı, .U., ve Salimov, F. (2013). Gömülü üçüncü molar diş operasyonunda piezoelektrik kemik cerrahisi ve geleneksel döner enstrümanların karşılaştırılması. **Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi** 21(1), 50-56.
55. Etöz, M., Şekerci, .A. E., ve Şişman, Y. (2011). Türk toplumunda üçüncü molar dişlerin retrospektif radyografik analizi. **Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi** 21(3), 170-174.
56. Sanghai, S., and Chatterjee, P. (2008). *A Concise Textbook of Oral and Maxillofacial Surgery* (First edition). New Delhi: Jaypee Brothers, Medical Publishers, 1-312.
57. Miloro, M., Ghali, G. E., Larsen, P., and Waite, P. (2004). *Peterson's principles of oral and maxillofacial surgery* (Second edition). Canada: B C Decker, 1-1800.
58. Almendros-Marques, N., Berini-Aytes, L., and Gay-Escoda, C. (2008). Evaluation of intraexaminer and interexaminer agreement on classifying lower third molars according to the systems of Pell and Gregory and of Winter. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery : Official Journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons** 66(5), 893-899.
59. Almendros-Marques, N., Berini-Aytes, L., and Gay-Escoda, C. (2006). Influence of lower third molar position on the incidence of preoperative complications. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics** 102(6), 725-732.
60. Garcia, A. G., Sampedro, F. G., Rey, J. G., Vila, P. G., and Martin, M.S. (2000). Pell-Gregory classification is unreliable as a predictor of difficulty in extracting impacted lower third molars. **The British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery** 38(6), 585-587.
61. Yuasa, H., Kawai, T., and Sugiura, M. (2002). Classification of surgical difficulty in extracting impacted third molars. **The British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery** 40(1), 26-31.
62. Lim, A. A., Wong, C. W., and Allen, J. C., Jr. (2012). Maxillary third molar: patterns of impaction and their relation to oroantral perforation. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery : Official Journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons** 70(5), 1035-1039.
63. Hupp, J. R., Tucker, M. R., and Ellis, E. (2008). *Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery* (Fifth edition). Toronto: Mosby Elsevier, 1-714.
64. Lye, K. W. (2008). Effect of orthognathic surgery on the posterior airway space (PAS). **Annals of the Academy of Medicine, Singapore** 37(8), 677-682.

65. Lee, L. W., Chen, S. H., Yu, C. C., Lo, L. J., Lee, S. R., and Chen, Y. R. (2007). Stigma, body image, and quality of life in women seeking orthognathic surgery. ***Plastic and Reconstructive Surgery*** 120(1), 225-231.
66. Pahkala, R. H., and Kellokoski, J. K. (2007). Surgical-orthodontic treatment and patients' functional and psychosocial well-being. ***American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics : Official Publication of the American Association of Orthodontists, its constituent societies, and the American Board of Orthodontics*** 132(2), 158-164.
67. Sadek, H., and Salem, G. (2007). Psychological aspects of orthognathic surgery and its effect on quality of life in Egyptian patients. ***Eastern Mediterranean Health Journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit*** 13(1), 150-159.
68. Tessier, P., Obwegeser, H.L., and Proffit, W.R. (2013). *Mandibular Growth Anomalies: Terminology - Aetiology Diagnosis - Treatment* (Free online edition). Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 450.
69. Capone, R. B., and Sykes, J. M. (2012). *Complications in Facial Plastic Surgery: Prevention and Management* (First edition). New York: Thieme, 1-208.
70. Tunc, E. P., Firat, D., Onur, O. D., and Sar, V. (2005). Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) in a Turkish population. ***Community Dentistry and Oral Epidemiology*** 33(5), 357-362.
71. Ayral, X., Gicquere, C., Duhalde, A., Boucheny, D., and Dougados, M. (2002). Effects of video information on preoperative anxiety level and tolerability of joint lavage in knee osteoarthritis. ***Arthritis and Rheumatism*** 47(4), 380-382.
72. Cornoiu, A., Beischer, A. D., Donnan, L., and Graves, S., de Steiger, R. (2011). Multimedia patient education to assist the informed consent process for knee arthroscopy. ***Australian and New Zealand Journal of Surgery*** 81(3), 176-180.
73. Sonne, S. C., Andrews, J. O., Gentilin, S. M., Oppenheimer, S., Obeid, J., Brady, K., Wolf, S., Davis, R., and Magruder, K. (2013). Development and pilot testing of a video-assisted informed consent process. ***Contemporary Clinical Trials*** 36(1), 25-31.
74. Barkhordar, A., Pollard, D., and Hobkirk, J. A. (2000). A comparison of written and multimedia material for informing patients about dental implants. ***Dental Update*** 27(2), 80-84.

75. Mladenovski, A., and Kieser, J. A. (2008). The efficacy of multimedia pre-operative information for patients: a pilot study. ***The New Zealand Dental Journal*** 104(2), 36-43.
76. Davison, P. G., Cobb, T., and Lalonde, D. H. (2013). The patient's perspective on carpal tunnel surgery related to the type of anesthesia: a prospective cohort study. ***Hand*** 8(1), 47-53.
77. Kazancioglu, H. O., Tek, M., Ezirganli, S., and Demirtas, N. (2015). Does watching a video on third molar surgery increase patients' anxiety level? ***Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*** 119(3), 272-277.

EKLER

EK-1. Tezin uygulandığı hasta grupları

OPERATİF İŞLEMLER

1. GÖMÜLÜ DİŞ ÇEKİMİNE GELEN HASTALAR

Alt gömülü 20
yaş

Üst gömülü 20
yaş

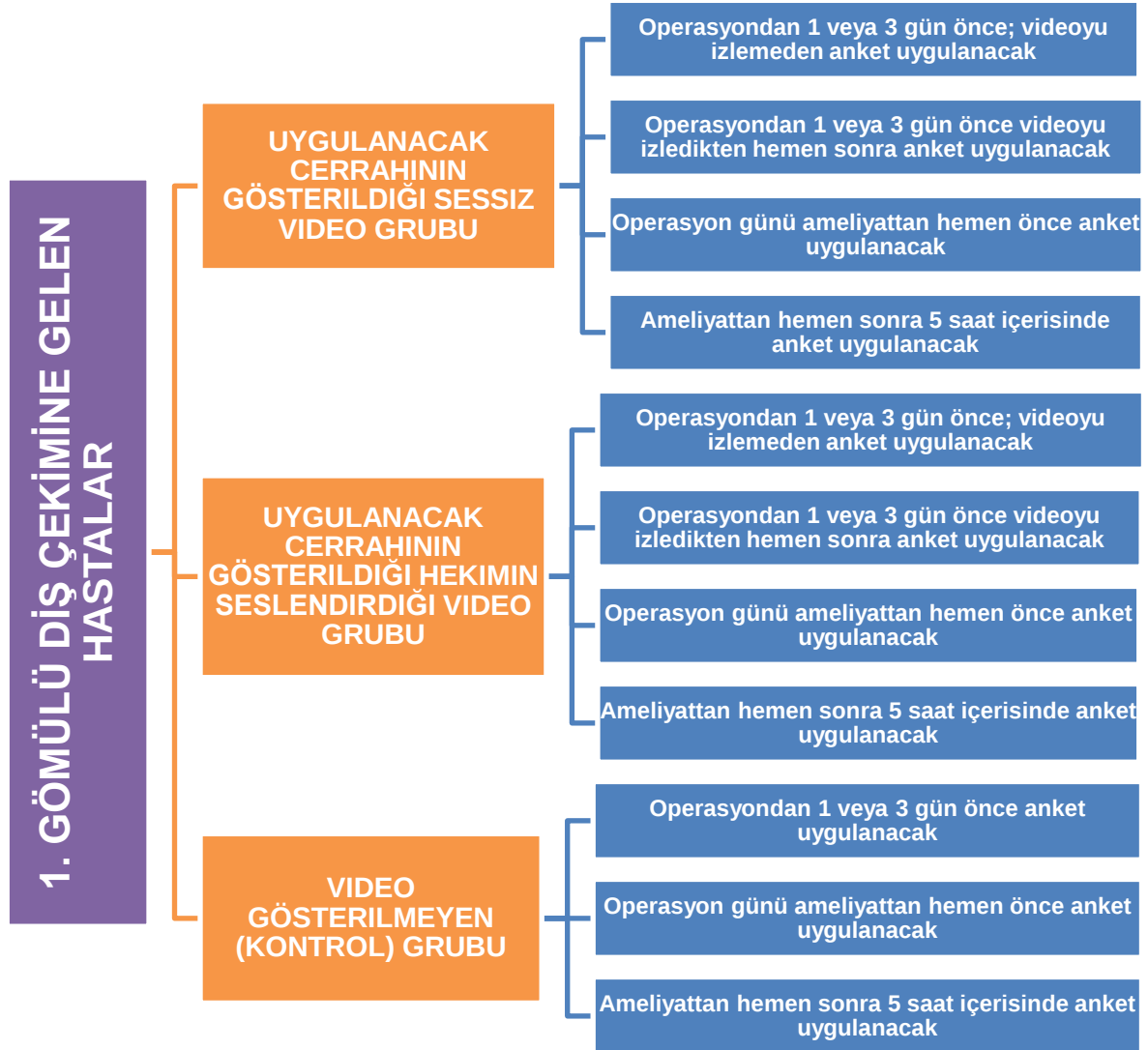
2. ORTOGNATİK CERRAHİ İŞLEM İÇİN GELEN HASTALAR

Le-Fort I
operasyonu

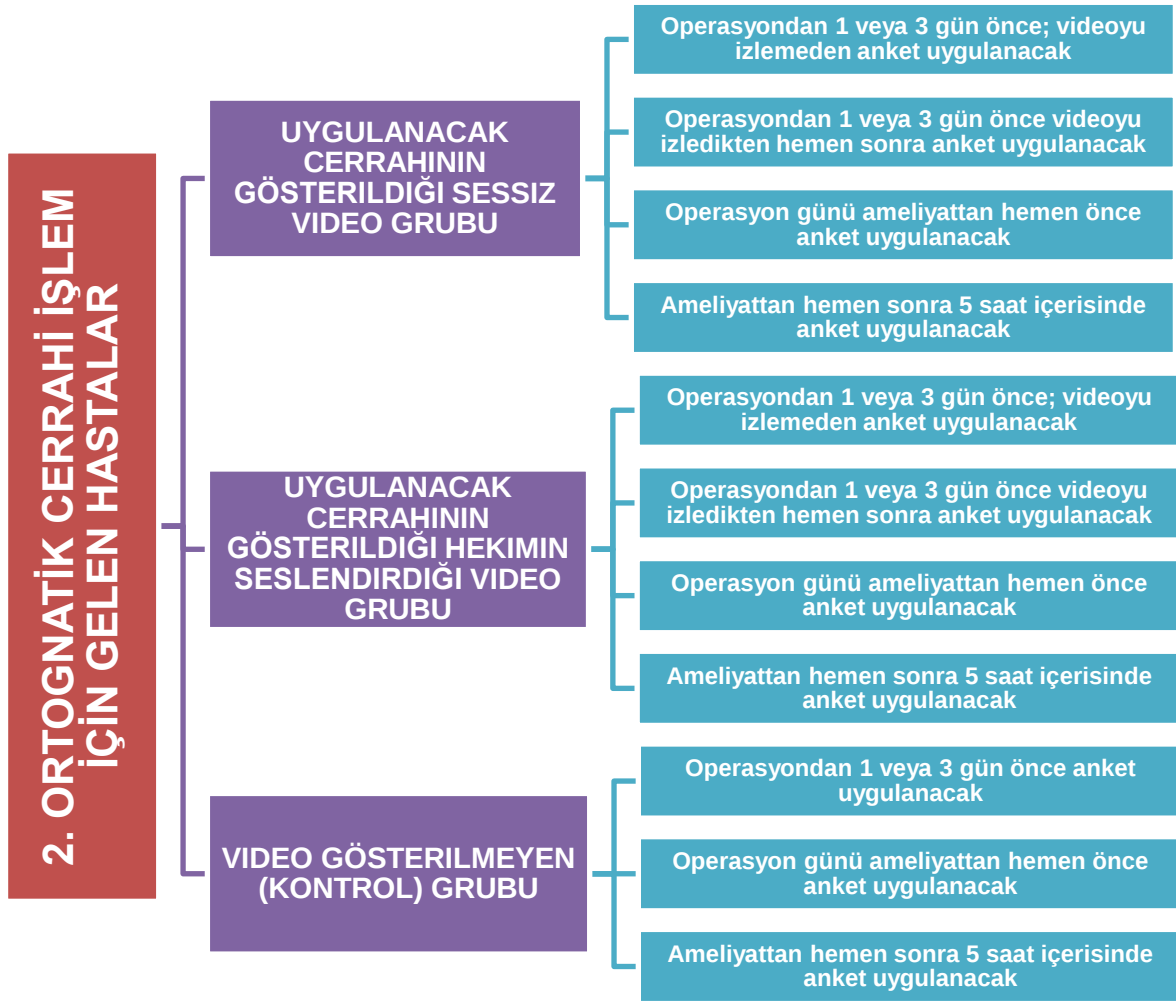
Bilateral
Sagittal Split
operasyonu

Her ikisinin
kombinasyonu

EK-2. Gömülü diş çekimi yapılacak hastaların randomize edildiği alt gruplar ve anketlerin uygulandıkları dönemler



EK-3. Ortognatik cerrahi uygulanacak hastaların randomize edildiği alt gruplar ve anketlerin uygulandıkları dönemler



EK-4. Etik kurul onay yazısı



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı: 25901600 - 8112
Konu: Toplantı Kararları

26/11/2013

Sayın *Doç. Dr. Mustafa Sonca Atıcı*
Proje Yürütücüsü

Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun **9 Aralık 2013** tarihinde yapmış olduğu toplantı kararları ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Cengiz Bekir DEMİREL
Dekan Yardımcısı

EK-1 Etik Kurul kararı (1 sayfa)

EK-4. (devam) Etik kurul onay yazısı

GAZİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR KARAR FORMU

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK 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	Cerrahi girişim yapılacak olan hastaların işlem öncesinde görsel ve sözlü olarak bilgilendirilmesinin anksiyete üzerine etkisinin değerlendirilmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Mustafa SANCAR ATAÇ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI /UZMANLIK ALANI/ BULUNDUĞU MERKEZ	Gazi Üniv. Diş Hek. Fak.			
	DESTEKLEYİCİ (Varsa)				
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Anket çalışmaları –Doktora Tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Ver.No	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ		☒			
	BİYOLOJİK MATERİYAL TRANSFER FORMU		☐			
	DİĞER		☐			

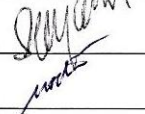
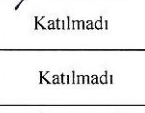
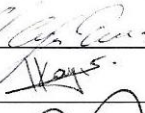
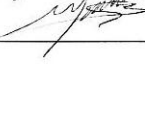
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 233	Toplantı tarihi: 09.12.2013
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, araştırma dosyasında belirtilen merkez/merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına, G.Ü.Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.	

GAZİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik (13.04.2013), İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Canan ULUOĞLU

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof.Dr.Canan ULUOĞLU BAŞKAN	Tıbbi Farmakoloji A.D	G.Ü.T.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Uzm.Dr.Cemal GÜVERCİN BAŞKAN YARD:	Tıp Etiği	Y.mah. Prof.Dr. Yunus Müftü AÇS/AP Merk.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Gonca AKBULUT RAPORTÖR	Fizyoloji A.D	G.Ü.T.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Bülent BOYACI ÜYE	Kardiyoloji A.D	G.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

EK-4. (devam) Etik kurul onay yazısı

Prof.Dr.Sefer AYCAN ÜYE	Halk Sağlığı A.D	G.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Mehmet Akif ÖZTÜRK ÜYE	İç Hastalıkları A.D	G.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Elvan İŞERİ ÜYE	Çocuk Psikiyatrisi A.D	G.Ü.T.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Arzu BAKIRTAŞ ÜYE	Çocuk Sağlığı ve Hast.A.D	G.Ü.T.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Nilüfer TURAN DURAL ÜYE	Farmakoloji A.D	G.Ü.E.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.Hakan KAYIR ÜYE	Tıbbi Farmakoloji A.D	G.A.T.A	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.Mustafa ARSLAN ÜYE	Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D	G.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.Murat AKIN ÜYE	Genel Cerrahi A.D	G.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.Sercan AKSOY ÜYE	İç Hastalıkları AD.	H.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Av.Arzu BUZKIRAN KAYA ÜYE	Avukat	G.Ü.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Emine ŞEKER ÜYE	Sivil Temsilci	-	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

* :Araştırma ile İlişki
 ** :Toplantıda Bulunma

EK-5. Tezde kullanılan anketlerin içeriği

Demografik özellikler formu:

Tarih:

Adı-Soyadı:

Boy:

Telefon Numarası:

Kilo:

1. Yaşınız (Lütfen açık yazın):

4. Mesleğiniz:

(1) 18-29

(2) 30-39

(3) 40-49

(4) 50-59

(5) 60-69

(6) 70-79

5. Gelir durumunuz:

(1) 1000 TL den az

(2) 1000 – 2500 TL arası

(3) 2500 – 5000 TL arası

(4) 5000 TL'den fazla

2. Cinsiyetiniz:

(0) Kadın

(1) Erkek

6. Nerede yaşıyorsunuz?

(1) Şehir

(2) İlçe

(3) Köy

3. Öğrenim durumunuz:

(1) Okur-yazar

(2) Okuryazar değil

(3) İlkokul mezunu

(4) Ortaokul mezunu

(5) Lise mezunu

(6) Yüksekokul mezunu

7. Sağlık güvenceniz nedir?

(1) Yok

(2) SGK

(3) Yeşil kart

(4) Özel sigorta

8. Herhangi bir sistemik hastalığınız var mı?

(1) Yok

(2) Var

[1] Kardiyovasküler hastalıklar (hipertansiyon, aritmi, kalp kapak bozuklukları gibi)

[2] Solunum sistemi hastalıkları (astım, bronşit, pnömoni gibi)

[3] Kan hastalıkları (anemi, hemofili gibi)

[4] Gastrointestinal sistem bozuklukları (ülser, gastrit, reflü gibi)

[5] Endokrin sistem hastalıkları (diyabet, guatr gibi)

[6] Psikiyatrik rahatsızlıklar (depresyon, panik atak gibi)

[7] Böbrek – Karaciğer rahatsızlıkları (yetmezlik, diyaliz, sarılık, transplantasyon gibi)

[8] Nörolojik bozukluklar

[9] Alerji

9. Şu anda kullandığınız herhangi bir ilacınız var mı?

(1) Yok

(2) Var

İsmini ve ne için kullandığını yazınız

1.

2.

3.

4.

EK-5.(devam) Tezde kullanılan anketlerin içeriği

10. Dişlerinizi ne kadar sıklıkla fırçalarsınız?

- | | |
|-----------------------------|------------------------------------|
| (1) Günde 2 kereden fazla | (4) Günde 1 kereden az |
| (2) Günde 2 kere | (5) Sadece diş hekimine gelirken |
| (3) Günde 1 kere | (6) Hiçbir zaman |

11. Daha önce hiç diş hekimine gittiniz mi?

- (1) Hayır
(2) Evet

12. Ne kadar sıklıkla diş hekimine gidersiniz?

- | | |
|------------------------------|---------------------------|
| [1] Senede 2 kereden fazla | [4] Senede 1 kereden az |
| [2] Senede 2 kere | [5] Ağrım oldukça |
| [3] Senede 1 kere | |

13. Herhangi bir tedavi yaptırdınız mı?

- [1] Hayır (Cevabınız hayır ise lütfen 15 numaralı sorulardan cevaplamaya devam ediniz)
[2] Evet (Cevabınız evet ise lütfen 14 nolu soruyu cevaplayınız)

14. Deneyiminiz nasıldı?

- [1] Çok iyiydi (hiç ağrım olmadı)
[2] İyiydi (ağrım olmadı)
[3] Fena değil (ağrım oldu ama rahatsız edecek kadar çok değildi)
[4] Kötüydü (çok ağrım oldu)
[5] Çok kötüydü (dayanılmayacak kadar çok ağrım oldu)

15. Gömülü dişinizi çekirme sebebiniz nedir?

- | | |
|---|--|
| (1) Çürük | (5) Ortodontik amaçlı |
| (2) Ağrı | (6) Protez yaptırabilmek için |
| (3) Kırık | (7) Bilmiyorum (Hekim çekilmesi gerektiğini söyledi) |
| (4) Koruyucu amaçlı (ilerde çürük oluşturmaması için, şişlik yapmaması için gibi) | |

16. Daha önce hiç gömülü diş çektiniz mi?

- (1) Hayır (Cevabınız hayır ise lütfen 18 numaralı soruya geçiniz.)
(2) Evet (Cevabınız evet ise lütfen 17 nolu soruyu cevaplayınız)

17. Diş çekiminiz nasıl geçti?

- [1] Çok iyiydi (hiç ağrım olmadı)
[2] İyiydi (ağrım olmadı)
[3] Fena değil (ağrım oldu ama rahatsız edecek kadar çok değildi)
[4] Kötüydü (çok ağrım oldu)
[5] Çok kötüydü (dayanılmayacak kadar çok ağrım oldu)

EK-5.(devam) Tezde kullanılan anketlerin içeriği

18. Ameliyatın aşağıdaki anestezi yöntemlerinden hangisiyle yapılacağını biliyor musunuz?
- (1) Lokal (sadece ağız içi uyuşturularak, hekimin söylediklerini duyacaksınız)
 - (2) Sedasyon (yarı baygın, yarı uyanık)
 - (3) Genel (uyutularak; hiç bir şey duymayacak, hatırlamayacaksınız)
 - (4) Bilmiyorum
19. Yukarıdaki yöntemlerden hangisini tercih ederdiniz?
- (1) Lokal (sadece ağız içi uyuşturularak, hekimin söylediklerini duyacaksınız)
 - (2) Sedasyon (yarı baygın, yarı uyanık)
 - (3) Genel (uyutularak; hiç bir şey duymayacak, hatırlamayacaksınız)
20. İşlemi yapacak hekimi tanıyor musunuz?
- (1) Hayır
 - (2) Evet
21. Hekiminizin erkek veya kadın olması sizin için önemli midir?
- (1) Önemli değil, benim için cinsiyet fark etmez.
 - (2) Erkek olmasını tercih ederim.
 - (3) Kadın olmasını tercih ederim.
22. Hekimin yaşı sizin için önemli mi?
- (1) Önemli değil, fark etmez.
 - (2) Genç olmasını isterim.
 - (3) Orta yaş olmasını isterim.
 - (4) Yaşlı olmasını isterim.
23. Ameliyatı yapacak hekimin unvanını (stajyer diş hekimi, araştırma görevlisi, doçent, profesör) biliyor musunuz?
- (1) Hayır
 - (2) Evet
24. Bu sizin için önemli mi?
- (1) Önemli değil, fark etmez
 - (2) Stajyer diş hekimi olmasını isterim.
 - (3) Araştırma görevlisi olmasını isterim.
 - (4) Doçent olmasını isterim.
 - (5) Profesör olmasını isterim.
25. Ameliyata gelmeden önce size yapılacak olan ameliyatı internetten izlediniz mi?
- (1) Hayır (Cevabınız hayır ise lütfen diğer teste geçiniz.)
 - (2) Evet (Cevabınız evet ise lütfen 26 nolu soruyu cevaplayınız)
26. Nasıl bir video izlediniz?
- a- Gerçek diş çekimi sesli video ile
 - b- Gerçek diş çekimi sessiz video ile
 - c- Animasyon diş çekimi sesli gösterim
 - d- Animasyon diş çekimi sessiz gösterim

EK-5.(devam) Tezde kullanılan anketlerin içeriği

Dental Anksiyete Sorusu (DAQ):

1. Diş hekimine gitmekten korkuyor musunuz?

- (1) Hayır
- (2) Çok az
- (3) Evet biraz
- (4) Evet çok fazla

Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS):

1. Yarın diş hekimine gidecek olsaydınız kendinizi nasıl hissedersiniz?

- (1) Eğlenceli bir deneyim olacağını düşünürüm
- (2) Umursamam
- (3) Biraz huzursuz olurum
- (4) Hoş olmayan (tatsız) ve ağırlı bir işlem olacağını düşünüp korkarım
- (5) Diş hekiminin yapabileceği işlemlerden çok korkarım

2. Diş hekiminin bekleme odasında sıranın size gelmesini bekliyorsunuz. Kendinizi nasıl hissederdiniz?

- (1) Rahat
- (2) Biraz huzursuz
- (3) Gergin
- (4) Kaygılı
- (5) O kadar çok kaygılanırım ki bazen çok terlerim veya midem bulanır.

3.Diş hekimi koltuğunda oturuyorsunuz ve hekim dişinize dolgu yapmak için aletlerini hazırlıyor. Kendinizi nasıl hissedersiniz?

- (1) Rahat
- (2) Biraz huzursuz
- (3) Gergin
- (4) Kaygılı
- (5) O kadar çok kaygılanırım ki bazen çok terlerim veya midem bulanır.

4.Diş hekimi koltuğunda oturuyorsunuz ve hekim dişetlerinizin etrafındaki diş taşlarını temizlemek için aletlerini hazırlıyor. Kendinizi nasıl hissedersiniz?

- (1) Rahat
- (2) Biraz huzursuz
- (3) Gergin
- (4) Kaygılı
- (5) O kadar çok kaygılanırım ki bazen çok terlerim veya midem bulanır.

5-Diş hekiminiz üst arka dişinizin üstünde dişetinize lokal anestezi enjeksiyonu yapacak olsa kendinizi nasıl hissedersiniz?

- (1) Rahat
- (2) Biraz huzursuz
- (3) Gergin
- (4) Kaygılı
- (5) O kadar çok kaygılanırım ki bazen çok terlerim veya midem bulanır.

EK-5.(devam) Tezde kullanılan anketlerin içeriği

Durumluk Anksiyete Envanteri (STAI - S)

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

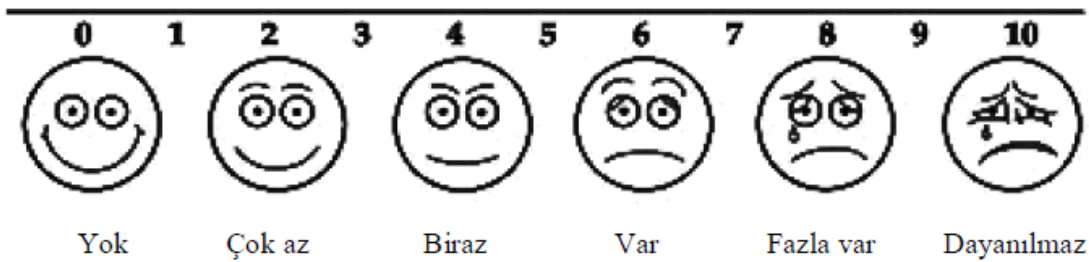
Sürekli Anksiyete Envanteri (STAI - T)

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

EK-5.(devam) Tezde kullanılan anketlerin içeriği

Görsel Analog Skalası (VAS):

Smiley VAS: (Anksiyete)



Memnuniyet (İşlemden önce video izlemeyen grup sadece 4. soruyu dolduracak)

1. İzlediğiniz video sizin için aydınlatıcı oldu mu?
 - (1) Hayır hiç olmadı
 - (2) Çok az
 - (3) Kararsızım
 - (4) Evet biraz
 - (5) Evet yeterince
2. Verilen bilgiler sizce yeterli mi?
 - (1) Hayır yeterli değildi
 - (2) Çok az
 - (3) Kararsızım
 - (4) Evet biraz
 - (5) Evet yeterince
3. Bir dahaki sefere herhangi bir diş tedavisi yaptıracağınız zaman yapılacak tedavi hakkındaki bilgilendirmenin bu şekilde olmasını ister misiniz?
 - (1) Evet
 - (2) Hayır
4. Bir dahaki sefere herhangi bir diş tedavisi yaptıracağınız zaman yapılacak tedavi hakkındaki bilgilendirmenin aşağıdakilerden hangisi gibi olmasını ister misiniz?
 - (1) Gerçek işlemin görüntüsü sesli video ile
 - (2) Gerçek işlemin görüntüsü sessiz video ile
 - (3) Sadece hekimin işlemin hangi aşamasında olduğunu anlattığı gerçek işlemin görüntüsü
 - (4) Animasyon(çizgi film şeklinde) işlem görüntüsü sesli gösterim
 - (5) Animasyon(çizgi film şeklinde) işlem görüntüsü sessiz gösterim
 - (6) Sadece hekimin işlemin hangi aşamasında olduğunu anlattığı animasyon(çizgi film şeklinde) işlem görüntüsü
 - (7) Sözel anlatım
 - (8) Resimli anlatım
 - (9) Hiçbiri (Ameliyat hakkında hiçbir bilgim olsun istemiyorum)

Gömülü diş için hekimin doldurduğu form:

1. Çekilen dişin numarası, çekim sebebi:
 2. Gömülü yirmi yaş dişinin uzun ekseninin ikinci molar dişin uzun eksenine ile oluşturduğu açıya göre:

- (1) Vertikal
- (2) Horizontal
- (3) Mezioangular
- (4) Distoangular

3. Komşu kemik ve yumuşak doku ile ilişkisine göre:

- (5) Seviye A: Tamamen sürmüş diş
- (6) Seviye B: Kemikte az sürmüş ve mine-sement birleşimi kemiğin altında olan diş

(7) Seviye C: Kemik seviyesinin tamamen altında olan diş

4. Gömülü yirmi yaş dişin ramusla ilişkisine göre:

- (8) Klas I
- (9) Klas II
- (10) Klas III

5. Gömülü yirmi yaş dişinin okluzal düzleminin 2. moların okluzal düzlemi ve servikal çizgisiyle olan ilişkisine göre:

- (11) Pozisyon A
- (12) Pozisyon B
- (13) Pozisyon C

Ortognatik cerrahi işlem için hekimin doldurduğu form:

Yapılan ortognatik işlem:

İşlemin süresi:

Kullanılan lokal anestezinin türü:

Toplam kullanılan lokal anestezi miktarı:

İşlemden uygulanan ağrı kesici ve miktarı:

ÖZGEÇMİŞ**Kişisel Bilgiler**

Soyadı, adı : TANIDIR, Ayşenur Nergiz
Uyruğu : Türkiye Cumhuriyeti Vatandaşı
Doğum tarihi ve yeri : 14 / 07 /1987
Medeni hali : Bekar
Telefon : 05317730299
e-mail : antanidir@hotmail.com

Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet tarihi
Doktora	Gazi Üniversitesi / Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı	Devam ediyor
Üniversite	Hacettepe Üniversitesi / Diş Hekimliği Fakültesi	2010
Lise	İzmit 24 Kasım Anadolu Lisesi	2005

İş Deneyimi, Yıl	Çalıştığı Yer	Görev
2015- devam ediyor	Gazi Üniversitesi	Araştırma Görevlisi

Yabancı Dil

İngilizce, Fransızca

Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar:

Türk Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Derneği

European Association for Cranio-Maxillo-Facial Surgery

International Association Of Oral and Maxillofacial Surgeons

Bilimsel Etkinlikleri:**Poster Sunumları:**

1. Oropharyngeal Tularemia in the Appearance of Submandibular Abscess (TAOMS 2015)
2. Calcifying Cystic Odontogenic Tumor: Report of Two Cases in the Mandibular Posterior Region (20th BaSS 2015)
3. Giant Cell Granuloma In A Child Patient With Oculoectodermal Syndrome: A Case Report (TAOMS 2015)
4. Treatment of Ameloblastic Fibro-Odontoma which looks like Odontoma: Case Report (TAOMS 2015)
5. A Conservative and Certain Treatment for Odontogenic Cyst by Marsupialization in 13 Year Old Male Patient (TAOMS 2014)
6. Autotransplantation of A Permanent Left Maxillary Canine: A Case Report (TAOMS 2014)
7. Controlled Marsupialisation of A Mural Ameloblastoma Prior To Enucleation: A Case Report (TAOMS 2014)
8. Kissing Molars (TAOMS 2014)
9. Management of bisphosphonate-associated osteonecrosis: pentoxifylline and tocopherol in addition to antimicrobial therapy (TAOMS 2014)
10. Marsupialisation: A conservative approach for treating large cyst (TAOMS 2014)

Katıldığı Kongreler Sempozyumlar ve Toplantılar:

1. Astra Tech 3. Bilimsel Sempozyum 2011
2. ITI Türk Section Toplantısı ve Genel Kurulu 30 Kasım – 02 Aralık 2012

3. Türk Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Derneği 20. Uluslararası Bilimsel Kongresi
4. ITI Türkiye & Azerbaycan Bölümü Yıllık Genel Toplantısı 06 – 08 Aralık 2013
5. Türk Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Derneği 21. Uluslararası Bilimsel Kongresi
6. ITI Türkiye & Azerbaycan Bölümü Yıllık Genel Toplantısı 05 - 06 Aralık 2014
7. Türk Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Derneği 22. Uluslararası Bilimsel Kongresi



GAZİ GELECEKTİR..