

T.C.
İSTANBUL NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**DENTAL ANKSİYETESİ OLAN BİREYLERDE
BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI GRUP TERAPİSİ'NİN
ETKİNLİĞİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Salise CABBAR TOP

**Enstitü Anabilim Dalı: Psikoloji
Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji**

Tez Danışman: Prof. Dr. Devran Tan

MART 2023

T.C.
İSTANBUL NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**DENTAL ANKSİYETESİ OLAN BİREYLERDE
BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI GRUP TERAPİSİ’NİN
ETKİNLİĞİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Salise CABBAR TOP

ORCID ID: 0000-0003-3202-2880

**Enstitü Anabilim Dalı : Psikoloji
Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji**

“Bu tez 01/03/2023 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği ile kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA
Prof. Dr. Devran TAN	Başarılı	
Dr. Öğr. Üyesi Emel ANER AKTAN	Başarılı	
Dr. Öğr. Üyesi Hidayet Ece ARAT ÇELİK	Başarılı	

Enstitü Müdürü

Onay

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Salise CABBAR TOP

01.03.2023



ÖNSÖZ

Bu tezin yazılması aşamasında, çalışmamı özenle takip eden danışmanım Prof. Dr. Devran Tan'na değerli katkı ve emekleri için içten teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım. Ayrıca görüş ve önerileriyle hazırlamış olduğum tezimi kabul eden değerli jüri üyelerine teşekkür ederim. Bu vesileyle tüm hocalarıma ve tezimin son okumasında yardımlarını esirgemeyen meslektaşım Sema Saçlı'ya teşekkürlerimi borç bilirim. Son olarak bu günlere ulaşmamda emeğini hiçbir zaman ödeyemeyeceğim annem Melahat Cabbar ile tez sürecinde sonsuz destekleri için eşim Ali Ozan Top, çocuklarım Ömer Fuat Top ve Ahmet Halit Top'a şükranlarımı sunarım.

Salise CABBAR TOP

01.03.2023



İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR	vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ix
GİRİŞ	1

BÖLÜM 1: ANKSİYETE VE ANKSİYETE BOZUKLUĞU.....3

1.1. Anksiyete Tanımı	3
1.2. Anksiyete Bozukluğu Tanımı	4
1.3. Anksiyete Türleri ve Nedenleri	6
1.4. Anksiyete Bozukluğu Etiyolojisi	11
1.5. Anksiyete Bozukluğu Epidemiyolojisi	14
1.6. Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanı Ölçütleri.....	16
1.7. Anksiyete Bozukluğunda Tedavi Yöntemleri	17
1.8. Anksiyete Bozukluğuna Yönelik Kuramsal Yaklaşımlar	18
1.8.1. Psikanalitik Yaklaşım	18
1.8.2. Davranışsal Yaklaşım	19
1.8.3. Bilişsel Yaklaşım	20
1.8.4. Varoluşçu Yaklaşım.....	21
1.8.5. Sullivan ve İlişkiler Yaklaşımı	22
1.8.6. Biyolojik Yaklaşım	23

BÖLÜM 2: DENTAL ANKSİYETE 24

2.1. Dental Anksiyete kavramı.....	24
2.2. Dental Anksiyete Etiyolojisi	25
2.3. Dental Anksiyete Epidemiyolojisi	26
2.4. Dental Anksiyete Etkileri.....	27
2.5. Dental Anksiyetenin Belirlenmesi	28
2.5.1. Dental Anksiyete Skalası (DAS)	28

2.5.2. Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS).....	28
2.5.3. Frankl Davranış Skalası (Frankl Behavioural Scale, FBS)	29
2.6. Dental Tedavilerde Anksiyetenin Azaltılmasında Kullanılan Teknikler	29
2.6.1. Farmakolojik Stratejiler	29
2.6.2. Davranışsal Stratejiler	31
BÖLÜM 3: BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ	32
3.1. Bilişsel Davranışçı Terapi tanımı	32
3.2. Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi	38
3.3. Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi Teknikleri	38
3.4. Bilişsel Davranışçı Modeller	40
3.4.1. Clark ve Wells'in Sosyal Anksiyete Modeli (1995).....	40
3.4.2. Rapee ve Heimberg'in Sosyal Anksiyete Modeli (1997)	43
3.5. Dental Anksiyete Bozukluklarının Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin Uygulanışı	44
BÖLÜM 4: GEREÇ VE YÖNTEM	50
4.1. Araştırmanın Modeli	50
4.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	50
4.3. Veri Toplama Araçları	53
4.3.1. Kişisel Bilgi Formu.....	53
4.3.2. Ağız Sağlığı Verileri (Dental Anksiyet Skalası).....	54
4.3.3. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği-Kısa Form	54
4.3.4. Beck Anksiyete Ölçeği	55
4.3.5. Beck Depresyon Ölçeği	55
4.4. Verilerin Toplanması	55
4.4.1. Tarama Çalışması	55
4.4.2. Online Grup Çalışması	56
4.5. Verilerin Analizi.....	60
4.5.1. Ölçeklerin Güvenilirlik Analizleri	61
4.5.2. Ölçeklerin Normallik Test Sonuçları.....	62
4.6. Araştırmanın Etik Yönü	63

4.7. Araştırmanın Kısıtlılığı	63
BÖLÜM 5: BULGULAR.....	64
5.1. Tanımlayıcı İstatistikler	64
5.2. Ölçek Puanları ile Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkiler	72
BÖLÜM 6: TARTIŞMA.....	80
BÖLÜM 7: SONUÇ VE ÖNERİLER	86
KAYNAKÇA	88
EKLER.....	102



KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
APA	: American Psychological Association
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BDGT	: Bilişsel-Davranışçı Grup Terapisi
BDNF	: Brain Derived Neurotrophic Factor
CBT	: Cognitive Behavioral Therapy
C-DAS	: Corah Dental Anksiyete Skalası
CRH	: Kortikotropin Salgılatıcı Hormon
DAS	: Dental Anksiyete Skalası
DCS	: D-Sikloserinin
DHEAS	: Stands for Dehydroepiandrosterone Sulfate
DNA	: Deoksiribonükneik Asit
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECA	: Epidemiyolojik Saha Çalışması
FBS	: Frankl Davranış Skalası
FDA	: Food and Drug Administration
GABA	: Gama-Aminobütirik Asit
GAD	: General Anxiety Disorder
HPAS	: Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Stress
IV	: Intravenöz
MDAS	: Modifiye Dental Anksiyete Skalası
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
NCS	: Ulusal Eş Tanı Araştırması
NMDA	: N-metil-D-aspartat
PD	: Panic Disorder
PTSD	: Post Traumatic Stress Disorder
SAB	: Sosyal Anksiyete Bozukluğu
SSRI	: Selective Serotonin Reuptake Inhibitors
THDOC	: Tetra Hydro Des Oxy Corticosterone
YAB	: Yoğun Anksiyete Bozukluğu

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 1: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri (n=120)	51
Tablo 2: Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenilirlik İstatistikleri	61
Tablo 3: Ölçeklerin Normallik Test Sonuçları	62
Tablo 4: Çalışma ve Kontrol Grubundaki Hastalara Ait Demografik Veriler	64
Tablo 5: Katılımcıların Ön Test ve Son Test Ölçümlerinde Aldıkları Puan Ortalama Değerleri	66
Tablo 6: Çalışmadaki Grupların Yapılan Öntest ve Sontest Anketlerinde “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” , “Beck Anksiyete Ölçeği” ve “Beck Depresyon Ölçeği” Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	70
Tablo 7: Çalışmada “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” , “Beck Anksiyete Ölçeği” ve “Beck Depresyon Ölçeği” Ölçek Puanlarının Hastaların Cinsiyet Değişkeni ile Karşılaştırılması	72
Tablo 8: Çalışmada “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” , “Beck Anksiyete Ölçeği” ve “Beck Depresyon Ölçeği” Ölçek Puanlarının Hastaların Yaş Grupları ile Karşılaştırılması	74
Tablo 9: Çalışmada “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” , “Beck Anksiyete Ölçeği” ve “Beck Depresyon Ölçeği” Ölçek Puanlarının Hastaların Çalışma Durumları ile Karşılaştırılması	76
Tablo 10: Çalışmada “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” , “Beck Anksiyete Ölçeği” ve “Beck Depresyon Ölçeği” Ölçek Puanlarının Hastaların Eğitim Durumları ile Karşılaştırılması	78

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Beck'in Bilişsel Üçlüsü (Gross, 2015).....	35
---	----



Tezin Başlığı: Dental Anksiyetesi Olan Bireylerde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi'nin Etkinliğinin İncelenmesi

Tezin Yazarı: Salise CABBAR TOP **Danışman:** Prof. Dr. Devran TAN

Kabul Tarihi: 01.03.2023

Sayfa Sayısı: iii (ön kısım) + 101 (tez) + 12 (ek)

Anabilim Dalı: Psikoloji

Bilim Dalı: Klinik Psikoloji

Bu araştırmanın amacı; bilişsel davranışçı terapi (BDT) ile çalışılan grubun dental anksiyete düzeylerinde değişim ile oluşup oluşmadığı araştırılmasıdır.

Araştırma örneklemini için; İstanbul ilinde özel diş kliniklerine başvuran 18-35 yaş arası yetişkin 125 hastaya dental anksiyete skalası anket olarak uygulanmıştır. Anket sonucuna göre anksiyete seviyesi en yüksek 30 kişi belirlenmiştir. Bunlardan 10 kişiye 8 seans olarak yapılandırılmış bilişsel davranışçı grup terapisi online bir platform olan Zoom üzerinden uygulanmıştır. Diğer 10 kişiye herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Araştırmada veri toplama araçları olarak “Kişisel Bilgi Formu” , “Dental Anksiyete Skalası” , “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” , “Beck Anksiyete Ölçeği” ve “Beck Depresyon Ölçeği” kullanılmıştır. Verilerin analizinde bağımsız t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), korelasyon ve çoklu regresyon kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda; anksiyete ve depresyon düzeyleri her iki gruptaki hastaların 27-30 yaş aralığındaki hastalarda, kadın cinsiyette, çalışmayan hastalarda ve yüksek eğitime sahip hastalarda anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Araştırmada ayrıca çalışma grubundaki hastalara uygulanan bilişsel terapinin hastaların anksiyete ve depresif duygularının iyileşmesini sağladığı tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, Anksiyete, Dental Anksiyete

Title of the Thesis: Investigation of the Efficacy of Cognitive Behavioral Group Therapy in Individuals with Dental Anxiety	
Author: Salise CABBAR TOP Supervisor: Prof. Dr. Devran TAN	
Date: 01.03.2023	Nu. of Page: iii (pre text) +101 (main body)+12 (app)
Department: Psychology	Subfield: Clinical Psychology
The purpose of this research is to investigate whether the group studied with cognitive behavioral group therapy (CBT) occurs with a change in dental anxiety levels. The research sample; between the ages of 18-35 applying to private dental clinics in Istanbul. Dental anxiety scale was applied as a questionnaire to 125 adult patients. According to the results of the survey, 30 people with the highest anxiety level were determined. Cognitive behavioral group therapy structured as 8 sessions was applied to 10 people via Zoom, an online platform. No application was made to the other 10 people. “Personal Information Form” , “Dental Anxiety Scale” , “Health Anxiety Inventory” , “Beck Anxiety Inventory” and “Beck Depression Inventory” were used as data collection tools in the study. Independent t-test, one-way analysis of variance (ANOVA), correlation and multiple regression were used in the analysis of the data. As a result of the research; Anxiety and depression levels of patients in both groups differ significantly in patients aged between 27-30, in female gender, in unemployed patients and in patients with higher education. In the study, it was also determined that the cognitive therapy applied to the patients in the study group improved the anxiety and depressive feelings of the patients. .	
Key Words: Depression, Anxiety, Dental Anxiety	

GİRİŞ

Ruhsal bozuklukların yaşam boyu yaygınlığının %12.0-47.4 olduğu tahmin edilmektedir (Hosak ve ark. 2023). Madde bağımlılıkları, şizofreni, bipolar bozukluk, tekrarlayan majör depresyon ve obsesif-kompulsif bozukluk dahil olmak üzere ruhsal bozuklukların önemli bir kısmı kronik veya yaşam boyu sürer. Tam olarak yaşam boyu remisyon hedefliyorsak, terapötik sonuçlar tatmin edici olmaktan uzaktır. Hemen hemen tüm ruhsal bozukluklarda, klinik semptomları tetiklemek için hem genetik hem de çevresel etiyolojik faktörlere ihtiyaç vardır (Zwicker ve ark. 2018). Ruhsal bozuklukları bireysel teşhis birimleri olarak değil, kümülatif gruplar olarak incelemek de yararlıdır. Bunun nedeni, etiyolojik faktörlerin bozukluklar arasında örtüşmesidir; bu daha yüksek seviyeli, geniş kategorik yapıların, spesifik teşhislerden ziyade etiyolojik araştırma için daha uygun hedefler olabileceği anlamına gelmektedir.

Anksiyete, gelecekte hoş olmayan bir şey olacağını düşündüğünüzde hissettiğiniz duygudur. Anksiyete; bilişsel, somatik, duygusal ve davranışsal bileşenleri olan zihinsel ve fizyolojik bir durumdur. Bu bileşenler genellikle kaygı, huzursuzluk, öfke ve korkuyla bağlantılı hoş olmayan bir duygu üretirler. Çoğunlukla anksiyetenin oluşması için tetikleyici bir faktörün etki etmesi gerekmektedir. Amerikan Psikoloji Derneği (APA) kaygıyı “gerginlik hissi, endişeli düşünceler ve artan kan basıncı gibi fiziksel değişimlerle karakterize bir duygu” olarak açıklamaktadır.

Dental anksiyete her altı yetişkinden biri tarafından bildirilen bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (Sukumaran, 2021). Dental anksiyete genellikle, diş bakımından kaçınma, kötü ağız sağlığı ve psikososyal etkilerin ortak özellikler olduğu ve genellikle zamanla artan bir kısır döngü olarak tanımlanır. Dental anksiyete ile günümüzde oldukça sık karşılaşılmaktadır. Dental anksiyete hastaların yaşam kalitesini ve dolaylı olarak beden sağlıklarını da etkilemektedirler. Tedavisi zamanında yapılamayan dişler ağrıya neden olmakta, kişi yemek yemede ve uyku uyumada ciddi zorluklar ile karşılaşabilmektedir. Ayrıca dişetlerinde oluşan tedavi edilemeyen enfeksiyonlar diş kayıplarına ve vücutta enflamasyona neden olmaktadır. Aynı zamanda hekimler için bu grup hastalar ile çalışmak daha uzun süreler gerektirmekte ve de iş gücü kaybı yaşanmaktadır. Hatta döner alet ile yapılan tedaviler ya da enjeksiyon işlemleri

sırasında yapılacak bir tepkisel hareket hekim veya hastada yaralanmaya sebebiyet verebilir. Tüm bunların sonucunda dental anksiyete toplum ve kamu yararı için önemli bir sorundur. Yetişkinlerin yaklaşık % 6-15'i, çocukların ise yaklaşık %9'u dental anksiyete yaşamaktadırlar (Appukuttan ve ark 2016; Shahnava ve ark. 2016).

Günümüzde hastalar dental anksiyete nedeniyle diş kontrollerine gitmemekte, var olan ağız içi problemleri henüz başlangıç aşamasındayken tedavi ettirememektedir. Hekimler uygulamalar sırasında zorlanmakta ve bunun sonucunda işlem süreleri uzamaktadır. Bireylerin dental tedaviler için bir bilinmezlik içinde olması korku ve anksiyete gibi duygulara temel oluşturabilir. Geliştirilen gerçek dışı düşünceler davranışlar üzerinde etki yaratabilir. Anksiyete bozukluklarının tedavisinde etkili bir terapi modeli olan bilişsel davranışçı terapi ile olumsuz düşüncelere odaklanılır ve danışanlar ile bunlar üzerinde çalışılır. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), depresyon, anksiyete ve fobilerin tedavisi için önerilen, yaygın olarak kullanılan kanıta dayalı bir psikolojik müdahaledir. Düşünce, inanç ve tutumların duygu ve davranışları nasıl etkilediğine odaklanır ve hastaların sorunlarıyla başa çıkma becerilerini geliştirmelerine yardımcı olur. Bilişsel davranışçı terapi, tipik olarak bir BDT terapisti tarafından verilir, ancak kitaplar veya çevrimiçi kaynaklar aracılığıyla da iletilebilir. Yaklaşım uygulamalı ve pratiktir; burada terapist ve hasta, hastanın ruh halinde ve hayatını yaşama biçiminde yararlı bir değişiklik meydana getirmek için düşünce ve davranış kalıplarını değiştirmek amacıyla iş birliği içinde çalışır. Çok çeşitli sorunlara yardımcı olmak için kullanılır ve hastanın karşılaştığı tanı ve sorunlara bağlı olarak uygun tedavi protokolleri uygulanır (Cuijpers ve ark 2019).

Bu çalışmanın amacı, dental anksiyetesi olan gruba uygulanan bilişsel davranışçı terapi sonrası grubun dental anksiyete düzeylerinde değişim ile olup olmayacağının araştırılmasıdır.

BÖLÜM 1: ANKSİYETE VE ANKSİYETE BOZUKLUĞU

1.1. Anksiyete Tanımı

Anksiyete bir tehlikeyi beklemekte olmanın doğurduğu huzursuzluk ve gerginlik hissidir (Kaya, 2007). Anksiyete gerçek ya da kurgusal bir uyaran ihtimaline karşı kişide oluşan psikolojik ve fizyolojik tepkilerden oluşan zorlayıcı bir durumdur. Gerçek bir uyaran olduğunda sağlıklı bir durum iken düşüncede yaratılan kurgusal bir durum olduğunda kişinin yaşam kalitesini düşürmektedir. Anksiyete, gelecekte hoş olmayan bir şey olacağını düşündüğünüzde hissettiğiniz duygudur. "Endişe", "belirsizlik", "gergin" ve "korku" hissetmek gibi diğer kelimeler de anksiyeteyle bağlantılı kelimelerdir. Anksiyete tamamen normaldir ve tüm insanların zaman zaman zor veya tehdit edici durumlarla karşılaştığında deneyimledikleri bir şeydir (Fineberg ve ark, 2013). Diğer bir taraftan anksiyete, performansınızı artırmanın yanı sıra gelecekteki olaylara hazırlanmanıza yardımcı olabileceğinden, yararlı bir duygu olabilir. Bununla birlikte, anksiyete zaman zaman o kadar şiddetli ve yoğun hale gelebilir ki, günlük rutini ve bir bütün olarak yaşamı kısıtlamaya başlar. Ara sıra yaşanan anksiyete, yaşamın normal bir parçasıdır. Ancak kaygı bozuklukları, geçici endişe veya korkudan fazlasını içerir (Hawken ve ark. 2018).

Birçok insan günlük hayatta sağlık, para veya aile sorunları gibi şeyler için endişeler duymaktadır. Ancak anksiyete bozuklukları, geçici endişe veya korkudan fazlasını içermektedir. Anksiyete bozukluğu olan kişilerde anksiyete kaybolmaz ve zamanla daha da kötüleşebilmektedir. Belirtiler, iş performansı, okul çalışmaları ve ilişkiler gibi günlük aktivitelere müdahale edebilmektedir (Hawken ve ark. 2018). Anksiyete bozukluğu olan bireylerde yüksek prevalans, erken başlangıç ve tedaviye direnç sıklığı nedeniyle topluma, ekonomik yüke katkıları büyüktür (Vigo, 2016).

Algılanan tehditlerle ilgili kaygı, çoğu insanın yaşadığı doğal bir insan tepkisi olsa da bu tür düşünceler kişinin günlük yaşamını olumsuz etkilemeye başladığında, kaygı bozukluğunun başladığının bir işareti olabilmektedir. Kaygı genel popülasyonda en yaygın psikiyatrik bozukluklardan biridir, ancak çoğu insan yardım aramadığı veya klinisyenler tanı koyamadığı için gerçek prevalansı bilinmemektedir. Anksiyete bozuklukları, yaklaşık 2:1 oranında kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir (Suma ve ark. 2022; Domhardt ve ark. 2019: 214). Bunun nedenleri arasında, kadınların

hamilelik gibi daha stresli ve travmatik yaşam deneyimlerine maruz kalmasına (Remes ve ark. 2016; Maeng ve Milad, 2015), aile içi değer görmeme, ev içi şiddet görme ve cinsel istismara uğrama riskinin daha yüksek olmasına bağlıdır (Walby ve Towers, 2017).

Korku ve kaygı ile ilişkili psikiyatrik bozuklukların tümü, herhangi bir gerçek tehlikenin yokluğunda, her bir bozukluğa özgü uyaranlara karşı abartılı korku tepkileri ile ilişkilidir. Nüfusun üçte biri kadarı yaşamları boyunca bir kaygı bozukluğundan etkilenmektedirler (Bandelow ve Michaelis, 2015). Semptomlar çocukluk, ergenlik veya erken erişkinlik döneminde ortaya çıkma eğilimindedir (ortalama başlangıç yaşı 11'dir), ancak ortaya çıkmaları orta yaşta zirveye ulaşmaktadır (Bandelow ve Michaelis, 2015). Kaygı yaşayan bir kişiyle ilişki kurma yeteneği, terapötik bir ilişkinin önemli bir parçasıdır. Bunun yanı sıra kaygı bireylerde sadece zihinsel bir durum olmamakla birlikte, aynı zamanda ileri düzeyde fizyolojik tepkilere ve hastalıklara neden olabilen bir hastalık olduğunu da kabul etmek çok önemlidir (Fan ve diğerleri, 2015). Ayrıca bireylerin yaşadıkları önemli fiziksel sağlık sorunları da anksiyete bozukluklarına neden olabilmektedir. Örneğin, kanser, diyabet ya da ciddi kalp hastalığı v.b. rahatsızlıkları bulunan hastalarda anksiyete daha yüksek oranda gözlenmekte, tedavi edilmediği takdirde işlevsel bozulmalara yol açabilmektedir (Eisner ve ark. 2010). Yapılan araştırmalarda, anksiyetenin, sosyodemografik, metabolik risk faktörleri ve yaşam tarzı seçimleri dikkate alındıktan sonra, prediyabetli kişilerin tip 2 diyabet geliştirme riskini üç katına çıkardığını bildirmişlerdir (Jiang ve ark, 2020; Lahousen ve ark. 2018). Anksiyete bozuklukları ile ilişkili semptomların şizofreni, depresyon ve bipolar bozukluk kadar kişilerin hayatlarına engelleyici olabileceği ileri sürülmektedir (Bystritsky ve ark. 2013).

1.2. Anksiyete Bozukluğu Tanımı

Anksiyete bozuklukları, ruhsal bozuklukların en yaygın grubunu oluşturur ve genellikle yetişkinlik döneminden önce veya erken yaşta başlar. Temel özellikler, aşırı korku ve ajitasyon veya kalıcı ve zayıflatıcı algılanan tehditlerden kaçınmayı içerir. Anksiyete bozuklukları, tehlikeye tepki veren beyin devrelerinde işlev bozukluğunu içerir. Anksiyete bozuklukları için risk, genetik faktörler, çevresel faktörler ve bunların epigenetik ilişkilerinden etkilenir (Engler 2013).

Anksiyete bozuklukları, şu anda küresel olarak nüfusun %10'unu etkilediği tahmin edilen yaygın akıl sağlığı sorunlarıdır (Bandelow ve Michaelis, 2015; Remes ve ark, 2016).

Anksiyete bozukluğu teşhisi konulurken, kişinin yaşadığı kaygı düzeyi aile ve mesleki yaşantısını etkilemeye başlamışsa, kişilerarası ilişkilerde zorluklar yaşıyorsa, duygulanımını kontrol edemiyor ve başa çıkamıyorsa, en az 6 aydır bu durumu yaşıyorsa kişide anksiyete bozukluğu tanısı konulmaktadır. Anksiyete Bozukluğu teşhisi konan kişilerin genelde çekingen ve bağımlı bir yapıları olup, kendilerine güvenleri azdır. Bu kişiler toplum içinde arka planda durmayı tercih etmekte, aşırı kırılgan, eleştirilere karşı çok duyarlı ve en küçük olumsuzluklarda çabuk yıkılan kişilerdir (Pennix ve ark. 2021).

Anksiyete bozuklukları genellikle birinci basamakta sağlık kuruluşlarında yeterince tanınmamakta ve tedavi edilmemektedir. Birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlar arasında ise her 3 kişiden birinde tedavi gerektirecek düzeyde ruhsal bozukluklara rastlanabilmektedir. Anksiyete bozukluklarının ayırıcı tanısı, kişilik bozuklukları ve madde kötüye kullanımı bozuklukları ile majör depresyon ve somatik semptom bozuklukları gibi yaygın zihinsel bozuklukların yanı sıra koroner kalp veya akciğer hastalıkları, hipertiroidizm ve diğerleri gibi fiziksel hastalıkları içermektedir. Anksiyete bozuklukları ile depresif bozukluklar arasında yüksek bir komorbidite bulunmaktadır. Otonom belirtiler eşlik eder. Anksiyete esnasında var olan belirtiler kişilere göre değişiklik göstermekte ve farklı olabilmektedir.

Anksiyete Bozukluğunun Karakteristik Belirtileri: Anksiyete teşhisi konmadan önce, aşırı aktif tiroid bezi (hipertiroidizm) ve anemi (demir veya B12 vitamini eksikliği) dahil olmak üzere semptomlara neden olabilecek herhangi bir fiziksel durumu dışlamak için bir fizik muayene yapılmalıdır. Ayrıca, kişinin yaşamı üzerindeki sosyal, finansal, çevresel, duygusal ve fiziksel etkilerin tartışılması da dahil olmak üzere, bozukluğun gelişimini, seyrini ve ciddiyetini belirlemek için tam bir bütünsel değerlendirme yapılması önemlidir. Anksiyete teşhisi için, bireylerin göstermesi gereken belirli sayıda semptom yoktur; bunun yerine teşhis, bunların sıklığına, yoğunluğuna ve düşüncelerin bireyin günlük yaşamını nasıl etkilediğine odaklanmalıdır.

Bilişsel belirtiler: Kontrolü kaybetme korkusu, fiziksel yaralanma veya ölüm korkusu, "çıldırma" korkusu, başkaları tarafından olumsuz değerlendirilme korkusu, korkutucu düşünceler, zihinsel görüntüler veya anılar, gerçek dışılık veya kopukluk algısı, zayıf konsantrasyon, kafa karışıklığı, dikkat dağınıklığı, dikkatin daralması, tehdit için aşırı teyakkuz, zayıf hafıza ve konuşma zorluğu.

Fizyolojik semptomlar: Artan kalp hızı, çarpıntı, nefes darlığı, hızlı nefes alma, göğüs ağrısı veya basıncı, boğulma hissi, baş dönmesi, hafif terleme, sıcak basması, titreme, mide bulantısı, mide rahatsızlığı, ishal, titreme, kollarda ve bacaklarda karıncalanma veya uyuşma, zayıflık, kararsızlık, baygınlık, gergin kaslar ve ağız kuruluğu.

Davranışsal belirtiler: Tehdit ipuçlarından veya durumlardan kaçınma, kaçış, güvenlik arayışı, huzursuzluk, ajitasyon, pacing, hiperventilasyon, donma, hareketsizlik ve konuşma zorluğu.

Afektif semptomlar: Gergin, korkmuş, sinirli, ürkek ve sabırsız davranışlar (Durazzo ve ark. 2018; Jaffarany ve ark. 2018).

Akut anksiyete bozuklukları, benzodiazepin ile tedavi gerektirebilir. Kronik anksiyete tedavisi psikoterapi, farmakoterapi veya her ikisinin kombinasyonundan oluşur. Psikoterapinin en etkili biçimlerinden biri bilişsel-davranışçı terapidir. Bireylerin semptomları tetikleyen ve sürdüren karakteristik uyumsuz düşünce kalıplarını ve inançlarını tanımlamalarına ve değiştirmelerine yardımcı olmaya odaklanan yapılandırılmış, hedef odaklı ve didaktik bir terapi şeklidir. Bu terapi biçimi, hastaların kaygı yaratan durumlara daha uyumlu davranabilmeleri ve tepki verebilmeleri için davranışsal beceriler geliştirmeye odaklanır (Cossi ve ark. 2015).

1.3. Anksiyete Türleri ve Nedenleri

Freud egoya yönelik gerçek bir tehditten kaynaklanan gerçeklik kaygısı, id, ego ve süperegö arasındaki çatışmalardan kaynaklanan nevrotik kaygı (Budak, 2003) ve süper egonun egoya baskısıyla oluşan törel kaygı (Keable, 1989) olmak üzere üç kaygı türünden bahsetmiştir.

DSM-5; Amerikan Psikiyatri Birliği'nin yayınladığı Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabında tanımlandığı şekliyle Anksiyete Bozuklukları (Chand ve ark. 2022);

a) Ayrılık Kaygısı Bozukluğu: Ayrılık kaygısı bozukluğu, çocukluk çağında en sık görülen kaygı bozukluklarından biridir. SAB, aşırı endişe, endişe ve hatta bir bağlanma figüründen gerçek veya beklenen ayrılma korkusuyla kendini gösteren, gelişimsel olarak normal olan kaygının abartılması anlamına gelir. Ayrılık kaygısı gelişimsel olarak uygun bir fenomen olsa da bozukluk uygunsuz yoğunlukta veya yaş ve

bağlamın uygunsuzluğuyla kendini gösterir. Ayrılık kaygısı bozukluğu 'nın yaşam kalitesi ve iş, sosyal etkileşimler ve yakın ilişkiler dahil olmak üzere yaşamın çeşitli alanlarında işlevsellik üzerinde ciddi etkileri vardır. Ayrılık kaygısı bozukluğu, aşırı endişe, uyku sorunları, sosyal ortamlarda aşırı sıkıntı, düşük akademik performans ve somatik şikayetler dahil olmak üzere çeşitli kötü zihinsel ve fiziksel sağlık sonuçlarına yol açabilen bir geçit kaygı bozukluğu olarak tanımlanmıştır. Yaygınlığına rağmen, SAB genellikle yetersiz teşhis edilir ve yetersiz tedavi edilir. Ayrılma kaygısı teşhisi konulan çocuklarda yetişkinlere göre belirgin farklılıklardan biri, ilgili bağlanma figürlerinin türüdür. Çocuklar söz konusu olduğunda, bağlanma figürleri genellikle ebeveynler gibi yetişkinlerdir. Yetişkinler ise tersine, çocuklardan, eşlerden veya romantik partnerlerden gerçek veya beklenen bir ayrılık yaşadıklarında kaygı yaşarlar. Gelişimsel olarak uygun ayrılık kaygısı, genellikle anne olmak üzere bakıcıyla güvenli bir bağ oluştuktan sonra 6-12 aylıkken kendini gösterir. Çocuklarda bağlanma figürü normalde bir ebeveynidir. Aynı şekilde, Ayrılık kaygısı bozukluğu teşhisi konan bir yetişkin, çocuğuna veya partnerine büyük olasılıkla bağlanma figürleri olarak davranacaktır. Çocuklar çok sayıda kişiye bağlanma geliştirebilirken, çoğu çocuk birkaç kişiye (genellikle ebeveynleri veya bakıcıları) daha uygun bir şekilde bağlanır. Normatif ayrılık kaygısı 3 yaşında zirveye ulaşır ve çocuk daha büyük bir özerklik duygusu, bilişsel yetenek ve ayrılan bağlanma figürünün geri döneceğine dair bir anlayış geliştirdikçe sonunda söner (Battaglia ve ark. 2015).

b) Seçici Mutizm: Bu bozukluk, tipik olarak erken çocukluk döneminde başlayan bir ruhsal bozukluktur. Mental Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı'nın (DSM-5) beşinci baskısına göre, konuşma davranışı beklentisini içeren belirli sosyal durumlarda sürekli konuşmama belirtileri içerir. Bu durumlar sınırlı ve öngörülebilir olmalıdır. SM'li çocuklar için çok karakteristik olan seçici konuşmama davranışının kökenine bakıldığında, artık genel olarak sosyal kaygının önemli bir rol oynadığı varsayılmaktadır. Aynı zamanda, SM'li çocuklar diğer durumlarda bozulmamış konuşma davranışı gösterirler. Epidemiyolojik çalışmalar, yaklaşık yüzde birlik bir ortalama yaygınlık oranı göstermektedir. Bu nedenle, bozukluk en az otizm spektrum bozukluğu kadar sık görüldüğü için nadir olarak tanımlanamaz. Bununla birlikte, çocukluk ve ergenlikteki diğer zihinsel bozukluklarla karşılaştırıldığında, SM oldukça yetersiz teşhis edilir ve yeterince çalışılmaz. İki/çok dilli çocuklarda daha yüksek yaygınlık oranları

bulunmuştur. Bu bozukluğun neden olduğu ciddi bozukluklarla birlikte, bozukluğa ilişkin içgörü sağlayan ve uygun tedavi yaklaşımlarının türetilebileceği bilimsel bulgulara olan ihtiyaç belirgin hale gelir. Etiyolojik olarak, davranışsal ketlemenin genel olarak anksiyete bozuklukları ve özel olarak SM için önemli bir rol oynadığı bulunmuştur. SM için tartışılan diğer etiyolojik faktörler, klasik ve edimsel koşullanma ve SM'li çocukların daha küçük bir alt grubunda azalmış işitsel işlemedir

c) Özgül Fobi: Özgül Spesifik fobisi olan hastalar, fobik bir uyarana maruz kalma, fobik bir uyarana maruz kalma beklentisi ve hatta korkulan uyaran hakkında konuşma nedeniyle aşırı ve mantıksız korku ile yüksek düzeyde kaygı yaşarlar. Sonuç olarak, bu hastalar kaygı uyandıran uyarandan mümkün olduğunca kaçınmaya çalışacaklardır. Birçok hastanın ailesinde güçlü bir özgül fobi öyküsü vardır. Bununla birlikte, belirli fobilerin genetik olmayan aktarımını dışlamak için daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir. Spesifik fobilerin kesin etiyojisi bilinmemektedir. Bununla birlikte, bazı teoriler, belirli bir nesnenin veya durumun korku ve panik gibi duygularla ilişkilendirilmesine bağlı olarak da özgül fobinin gelişebileceğini öne sürmektedir. Bu eşleşmeyi göstermek için iki teori öne sürülmüştür. En yaygın teori- klasik koşullanma modeli - bir fobinin, korku veya endişe uyandıran bir olay nötr bir olayla eşleştirildiğinde ortaya çıktığını varsayar. Buna bir örnek, araba kullanmak gibi belirli bir olayın kaza gibi duygusal bir deneyimle eşleştirilmesi olabilir. Sonuç olarak, kişi, araba kullanma ve kaygı arasında kronik bir duygusal ilişkiye duyarlıdır. Bir kişi panik atak yaşamayabilir veya panik bozukluk kriterlerini karşılamayabilir, ancak belirli bir fobiye sahip olmak olarak ifade edilen bir korku geliştirebilir (Samra 2022).

d) Sosyal Anksiyete Bozukluğu: Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB), sosyal fobi olarak da bilinmektedir. Aile ve ikiz çalışmaları, genetik faktörün sosyal anksiyete bozukluğunda etiyolojik bir faktör olarak rolünün büyük ölçüde çevresel faktörlere bağlı olduğuna inanıldığını göstermektedir. Aşırı kontrolcü veya müdahaleci ebeveynlik, çocuklarda ketlenmiş mizaçla sonuçlanabilir ve SAB riskini artırır. Olumsuz ve stresli yaşam olayları da riski artırabilir. SAB ile ilişkili nörobiyolojik faktörlerin araştırılması büyük ölçüde spesifik değildir. Nörogörüntüleme teknolojisindeki gelişmeler, gelecekte bu bozukluğa ilişkin içgörüyü artırabilir. Epidemiyolojik araştırmalar, sosyal anksiyete bozukluğunun dünya çapında yaygınlığının %5 ila %10 ve yaşam boyu yaygınlığının %8.4 ila %15 olduğunu göstermiştir. Geçmişte yapılan araştırmalar, performans tipi

sosyal anksiyete bozukluğu olan kişilerin, yüksek kalp hızı da dahil olmak üzere, otonom sinir sistemine daha fazla tepki gösterebileceğini bulmuştur. Sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerin çoğu, öykü alırken semptomların başlangıcını 20 yaşından önce bildirmektedirler. Sosyal anksiyete, tipik olarak 6 ay veya daha uzun süren kronik bir bozukluktur. SAB'li bireylerin daha az eğitilmiş, evli olmayan ve daha düşük sosyoekonomik statüye sahip olmaları daha olasıdır.

e) Panik Bozukluğu: Panik bozukluğu genel popülasyonda oldukça yaygındır. Panik bozukluğu, tekrarlayan, beklenmedik panik ataklarla karakterizedir. Panik atağa dört veya daha fazla belirli bir dizi fiziksel semptom eşlik eder. Bu belirtiler; çarpıntı, kalp çarpıntısı veya hızlanmış kalp atış hızı, terleme, titreme veya titreme, nefes darlığı veya boğulma hissi, boğulma hissi, göğüs ağrısı veya rahatsızlığı, mide bulantısı veya karın ağrısı, baş dönmesi, dengesizlik, sersemlik veya bayılma hissi, titreme veya sıcaklık hissi, parestezidir. Panik ataklar, günde birkaç kez veya yılda sadece birkaç atak kadar seyrek olarak ortaya çıkar. Panik bozukluğunun ayırt edici bir özelliği, atakların uyarı vermeden gerçekleşmesidir. Panik atak için genellikle belirli bir tetikleyici yoktur. Bu ataklardan muzdarip hastalar, kontrol eksikliğini kendi kendilerine algırlar. Panik ataklar, madde kullanımı, ilaçlar veya hipertiroidizm veya vestibüler disfonksiyon gibi genel bir tıbbi durumun doğrudan etkilerinden kaynaklanabilmektedir. Panik bozukluğunun doğru tanısını koymak için iki antiteyi birbirinden ayırmak önemlidir. DSM 5'e göre, panik bozukluğu tanısı, bir ay veya daha uzun süre devam eden, daha fazla atak geçirme endişesi ile bir ay veya daha uzun süre devam eden beklenmedik panik ataklarının tekrarlanması ve bireyin bu duruma atfettikleri bir durumdan kaçınma davranışında bir değişiklik olması durumunda teşhis edilebilir (Cackovic ve ark. 2022).

f) Agorafobi: Agorafobi, potansiyel bir kaçışın zor olduğu veya yardımın kolayca bulunamayacağı, halka açık veya kalabalık bir yerdeyken ortaya çıkan kaygıdır. Bu durumlarda panik atak veya panik benzeri semptomların ortaya çıkabileceği korkusu ile karakterizedir. Bu nedenle agorafobi olan bireyler, bu tür durumlardan veya yerlerden kaçınmaya çalışırlar. DSM-5, agorafobi, yaygın anksiyete bozukluğu veya panik bozukluğu gibi diğer tanılardan bağımsız olarak ortaya çıkabilen ayrı bir tanı olarak kabul edilir. DSM-5'te bu durum, "Kamusal alanların fiilen veya tahmin edilen maruziyetiyle ilgili belirgin korku veya kaygı, korku veya kaygı semptomlarının çoğu zaman beş yaygın, farklı durumdan en az ikisinde ortaya çıkması" olarak tanımlanır. Tanı kriterlerini

karşlamak için, bir birey hem halka açık yerlere maruz kalmaktan korkmalı hem de davranışsal veya bilişsel değişiklikler yoluyla bu tür durumlardan kaçınmak için aktif girişimlerde bulunmalıdır. Bu korku veya kaygı, sosyokültürel bağlamla açıklanan gerçekçi bir tehdit bağlamında olmamalı veya madde kullanımı veya bırakma bağlamında ortaya çıkmamalıdır. Agorafobili bir hastayı resmi olarak teşhis etmek için, teşhis kriterleri altı aydan uzun süredir mevcut olmalıdır. Agorafobi genellikle ilk olarak genç erişkinlerde tanımlanır ve ortalama tanı yaşı yirmili yaşların ortalarından sonlarına kadar başlar. Agorafobi tanısına yol açan çocukluk deneyimleri, kişilik özellikleri veya psikososyal risk faktörleri konusunda fikir birliği yoktur. Bununla birlikte, öneriler, yaygın olarak ortaya çıkan birkaç etiyolojik faktöre işaret etmektedir. Bunlar, ebeveyn aşırı korumacılığını, çocukluk korkularının veya gece terörlerinin varlığını, yaşamın erken dönemlerinde keder veya yas deneyimini, mutsuz veya travmatik çocuklukları veya genetik yatkınlığı içerir. Komorbid kişilik tipleri arasında bağımlı, obsesif-kompulsif veya başka bir şekilde "yüksek derecede nevrotik" bulunur.

g) Yaygın Anksiyete Bozukluğu: Anksiyete, herhangi bir tehdidin yokluğunda veya bir tehdide orantısız bir ilişkide ortaya çıktığında tedavi gerektiren bir hastalık olarak kabul edilir ve etkilenen bireyin normal bir yaşam sürmesini engeller. Yaygın anksiyete bozukluğu, korku, endişe ve sürekli bunalmışlık hissi yaratan bir zihinsel sağlık bozukluğudur. Her yıl yetişkinlerin %20 kadarı anksiyete bozukluklarından etkilenir. Yaygın anksiyete bozukluğu korku, endişe ve sürekli bunalmışlık hissi yaratır. Yaygın anksiyete bozukluğu, günlük şeyler hakkında kalıcı, aşırı ve gerçekçi olmayan endişe ile karakterizedir. Bu endişe finans, aile, sağlık ve gelecek gibi çok odaklı olabilir. Aşırı endişe, yaygın anksiyete bozukluğunun temel özelliğidir. Somatik semptomlar psikolojik semptomlardan daha yaygın olduğu için anksiyetesi olan hastalar tanısal bir zorluk oluşturabilir. Çoğu hasta, nefes darlığı, çarpıntı, yorgunluk, baş ağrısı, baş dönmesi ve huzursuzluk dahil ancak bunlarla sınırlı olmayan belirsiz veya spesifik olmayan somatik şikayetlerle başvurur. Hastalar ayrıca aşırı, spesifik olmayan kaygı ve endişe, duygusal değişkenlik, konsantrasyon güçlüğü ve uykusuzluk gibi psikolojik belirtiler de tanımlayabilirler. Yaygın anksiyete bozukluğu için iki ana tedavi, bilişsel davranışçı terapi ve ilaçlardır.

h) Madde/İlaça Bağlı Anksiyete Bozukluğu: Madde kullanım bozuklukları genellikle gençlik yıllarında başlar ve önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturur. Bu

bozukluk, madde intoksikasyonuna veya yoksunluğuna veya tıbbi tedaviye bağlı anksiyete semptomlarını içerir.

ı) Diğer Tıbbi Durumlara Bağlı Anksiyete Bozukluğu: Belirli bir anksiyete bozukluğunu teşhis etmeden önce, anksiyete semptomlarının diğer olası nedenlerini dışlamak önemlidir. Anksiyete belirtileri başka bir tıbbi durumun fizyolojik sonucudur. Eşlik eden genel tıbbi ve ruhsal bozukluklar yalnızca bireysel hasta sağlığını etkilemekle kalmaz, aynı zamanda mevcut tıbbi sistemleri de zorlamaktadır. Bazı tıbbi bozukluklar veya hastalıklar psikiyatrik semptomlara neden olabilir. Semptomlara neden olabilecek tıbbi bir durumu dışlamak için kalifiye bir sağlık uzmanı tarafından tıbbi bir değerlendirme yapılmalıdır. Örneğin panik atak yaşayan kişilerde tiroid hastalığı veya mitral kapak kaçak hastalığı olabilir. Korku ve kaygı belirtileri tıbbi bir durumun doğrudan etkisi olduğunda, buna Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu adı verilir. Bu tanı, endişeleri tıbbi bir duruma sahip olma konusundaki gerçekçi endişelerden kaynaklanıyorsa kullanılmaz. Örneğin, kanserli biri ağrı konusunda makul derecede endişelidir. Bu normal ve mantıklı bir endişedir. Bu nedenle, zihinsel bir bozukluk olarak teşhis edilmeyecektir. Örnekler endokrin hastalıklarından hipotiroidizm, hipoglisemi ve hiperkortizolizm; kardiyovasküler bozukluklardan konjestif kalp yetmezliği, aritmi ve pulmoner emboli; solunum yolu hastalıklarından: astım ve pnömoni; metabolik bozukluklardan B12 veya porfiri, nörolojik hastalıklardan neoplazmalar, ensefalit ve nöbet bozukluğu yaşayabilmektedirler (Chapdelaine, 2018).

1.4. Anksiyete Bozukluğu Etiyolojisi

Anksiyete bozuklukları, çeşitli nöroendokrin, nörotransmitter ve nöroanatomik bozulmalarla karakterize edilir. İşlevsel olarak en ilgili farklılıkların belirlenmesi, limbik, beyin sapı ve daha yüksek kortikal beyin bölgelerindeki nörotransmitter ve nöropeptit içeren devreler arasındaki yüksek derecede karşılıklı bağlantı nedeniyle karmaşıktır. Ayrıca, beyin yapısındaki veya işlevindeki veya nörotransmitter sinyallerindeki birincil değişiklik, çevresel deneyimlerden ve altta yatan genetik yatkınlıktan kaynaklanabilir; bu tür değişiklikler psikopatoloji riskini artırabilir. Duygudurum ve anksiyete bozukluklarının semptomlarının, kısmen, yüksek bilişsel merkezler yerine beynin duygusal merkezlerindeki aktivite dengesinin bozulmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Beynin daha yüksek bilişsel merkezleri, filogenetik olarak en yeni beyin bölgesi olan frontal lobda bulunur. Duyguları işleyen beyin

yapılarına tarihsel olarak "limbik sistem" denir. Limbik korteks filogenetik olarak eski korteksin bir parçasıdır. İnsular korteksi ve singulat korteksi içerir. Limbik korteks, ağrının duyusal, duygusal ve bilişsel bileşenlerini bütünleştirir ve içsel bedensel durumla ilgili bilgileri işler. Hipokampus başka bir limbik sistem yapısıdır; hipotalamik stres tepki sistemi üzerinde tonik inhibitör kontrole sahiptir ve hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) eksenini için negatif geri bildirimde rol oynar. Bu yapıdaki hipokampal hacim ve nörojenesis (yeni hücrelerin büyümesi), duygudurum ve anksiyete bozuklukları ile ilişkide stres duyarlılığı ve dayanıklılığı ile ilişkilendirilmiştir. Evrimsel olarak eski bir limbik sistem yapısı olan amigdala, duygusal olarak göze çarpan dış uyaranları işler ve uygun davranışsal tepkiyi başlatır. Amigdala, türe özgü savunma davranışının yanı sıra korku ve saldırganlığın ifadesinden de sorumludur ve duygusal ve korkuyla ilgili anıların oluşumunda ve geri çağırılmasında rol oynar (Martin ve ark. 2009).

Merkezi sinir sistemindeki önemli anksiyete aracılarının norepinefrin, serotonin, dopamin ve gama-aminobütirik asit (GABA) olduğu düşünülmektedir. Otonom sinir sistemi, özellikle sempatik sinir sistemi semptomların çoğuna aracılık eder. Amigdala, korku ve kaygıyı yatıştırmada önemli bir rol oynar. Anksiyete bozukluğu olan hastaların, anksiyete ipuçlarına artmış amigdala tepkisi gösterdiği bulunmuştur. Amigdala ve limbik sistem yapıları prefrontal korteks bölgelerine bağlıdır ve prefrontal-limbik aktivasyon anormallikleri psikolojik veya farmakolojik müdahalelerle tersine çevrilebilir. (Albano ve ark., 2003; De Bellis ve ark. 2000).

SAB'li çocukların da beyin farklılıkları sergiledikleri gösterilmiştir (Kim ve Gorman. 2005) SAB'li çocuklar beynin sağ yarımküresinde anatomik değişiklikler göstermektedir (Pini ve ark. 2005), SAB 'lı hastaların periferik GABA reseptörlerinin belirgin olarak daha düşük yoğunluk gösterdiklerini, bu inhibitör devrelerinin bu bireylerde yetersiz olabileceğini düşündürmektedir. Ek olarak, kişilik bozukluğu olan hastalar, orbitofrontal kortekste, gri cevherde artış ve beyaz cevherde azalma ve aynı zamanda bölgede kan akışının artması gibi değişiklikleri ortaya koymaktadır. Örneğin (Menzi ve diğ. 2008) kişilik bozukluğu olan hastaların sağ inferior parietal bölgede geniş bir bölgede beyaz cevherde artış ve sağ medial frontal bölgede azalma olduğunu göstermişlerdir. Bu bulgular özellikle heyecan vericidir, çünkü klinik olmayan birinci derece akrabalar da aynı değişiklikleri ortaya çıkarmış, muhtemelen hastalık için var olan savunmasızlığın bir parçası olabilecek genetik beyin değişikliklerine işaret etmektedir

Uyuşturucu bağımlılığı, ilaçlar, kronik stresin yanı sıra travmatik anılar, beyin etkileşimini ortamla değiştiren ve işlevsel olmayan davranışlara yol açan persistan epigenetik yeniden programlamayı kodlamaktadır. Anksiyete ve afektif semptomlar oluşturan madde veya çevre koşullarına maruz kalmak, nörotrofik faktörler aracılığıyla sinaptik plastisitenin epigenetik düzensizliğini tetikleyebilir. Nörotrofik faktörler, büyüme, nöronların farklılaşması ve merkezi sinir sistemi (MSS) gelişimi için gerekli olan küçük peptitler veya proteinlerdir. Yetişkin MSS'de, beyin hasarlanmasından sonra ve uzun süreli bellek oluşumunda beyin onarımında, nöron sağkalımında rol oynarlar. Beyin kaynaklı sinir büyüme faktörü (BDNF) gibi birçok nörotrofik faktör, nöronlara ve diğer hücrelere "trofik etkiler" getirerek, tirozin kinaz reseptörlerinin sinyal vermesini sağlar. Nörotrofik faktör epigenetik düzenlemeleri, anksiyete ve afektif bozuklukların farklı yönlerini açıklayabilen diğer çeşitli epigenetik değişikliklerle birlikte görülmelidir. Örneğin, SAB'nin, anti-sosyal etkilere (sosyal olmaya karşı etkiye yol açabilen) oksitosin reseptör geninde DNA hipometilasyonu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Hastalar bir fobi belirtisi gösterdiğinde, amigdala ve lokus coeruleus aktivasyonu belirgindir (Gorman ve ark., 2000; Masi ve ark., 2001).

Anksiyete bozukluklarının etiolojisinde nörosteroidlerin rolüne dair önemli kanıtlar vardır. Allopregnanolon ve THDOC gibi nörosteroidler güçlü anksiyolitik ajanlardır (Bitran ve ark., 1995; Crawley ve ark., 1986; Eser ve ark., 2008; Finn ve ark., 2003; Maguire ve ark., 2005; Reddy ve Kulkarni, 2000; Wieland ve arkadaşları, 1995). Progesteron ayrıca hayvan modellerinde anksiyolitik aktiviteye sahiptir (Reddy ve Kulkarni, 1997). Progesteron uygulaması, erkek ve kadınlarda benzer sedatif-anksiyolitik etkiler üretir (Soderpalm ve ark., 2004). Allopregnanolon ve progesteronun indüklediği anksiyolitik etkiler, GABA-A reseptörlerinin nörosteroidlerin anksiyolitik özelliklerine aracılık ettiğini düşündüren, piktotoksin ile bloke edilebilir (Reddy ve Kulkarni, 1997). Spesifik serotonin alım inhibitörü olan fluoksetin ile tedavi, doza bağımlı olarak beyin allopregnanolon seviyelerini artırır (Uzunov ve ark., 1996), yüksek nörosteroid sentezinin fluoksetinin anksiyolitik ve antidisforik etkilerine dahil olabileceğini düşündürmektedir.

Sülfatlı nörosteroidler PS ve DHEAS'ın anksiyojenik etki yarattığı gösterilmiştir (Reddy ve Kulkarni, 1997). DHEAS, yaşlanma ile azalan bir adrenal steroid olan DHEA'dan beyinde sentezlenir. PS, artı-labirent üzerinde iki fazlı bir yanıtı sahiptir; daha yüksek

dozlarda anksiyojenik bir tepkiye neden olurken daha düşük dozlarda bir anksiolitik yanıt verir (Melchior ve Ritzmann, 1994). PS, beyinde, diğer birçok nörosteroidlerle karşılaştırıldığında nispeten yüksek bir konsantrasyonda bulunur ve muhtemelen, lokal steroid sülfotransferazlar tarafından üretilir, çünkü yüklü steroid sülfatların kan-beyin bariyerini geçme olasılığı düşüktür. Anksiyete bozuklukları ve belirtileri, genç ve kadın hastalarda daha sık görülür. (Weihs ve ark. 2000).

1.5. Anksiyete Bozukluğu Epidemiyolojisi

Anksiyete bozuklukları, ruhsal bozuklukların en yaygın grubunu oluşturur ve genellikle yetişkinlik öncesinde veya erken erişkinlik döneminde başlar. Temel özellikler, aşırı korku ve endişeyi veya kalıcı ve zarar verici algılanan tehditlerden kaçınmayı içerir. Anksiyete bozuklukları, tehlikeye tepki veren beyin devrelerindeki işlev bozukluğunu içerir. Anksiyete bozuklukları riski, genetik faktörlerden, çevresel faktörlerden ve bunların epigenetik ilişkilerinden etkilenir. Anksiyete bozuklukları sıklıkla birbirleriyle ve diğer ruhsal bozukluklarla, özellikle depresyonla ve somatik bozukluklarla birlikte görülür. Bu tür bir komorbidite genellikle daha şiddetli semptomlar, daha fazla klinik yük ve daha fazla tedavi güçlüğü anlamına gelir. Anksiyete bozukluklarından kaynaklanan büyük hastalık yükünün bireylerde ve dünya çapında azaltılması en iyi şekilde zamanında, doğru hastalık tespiti ve yeterli tedavi uygulaması, gerektiğinde tedavilerin ölçeklendirilmesidir.

Anksiyete, yaygın bir psikiyatri bozukluğudur. Genellikle korku, sinirlilik, endişe ve panik ile ilişkilidir, ancak kardiyovasküler, solunumsal, gastrointestinal veya sinir sistemlerini tek tek veya kombinasyon halinde de içerebilir. Epidemiyolojik çalışmalar kaygı bozukluklarının oldukça yaygın olduğunu ve fonksiyonel bozukluğun önemli bir nedenini göstermektedir. Toplumdaki en sık görülen mental bozuklukları oluşturmaktadırlar. Anksiyete yüzyıllar boyunca bir semptom olarak kabul edilmiştir. Anksiyete bozukluklarının araştırılmasına yönelik epidemiyolojik yaklaşım, belirli güçlü ve zayıf yönler ile ilişkilidir. Epidemiyolojik çalışmalarda, anksiyete bozuklukları ile ilgili belirli soruları cevaplama kapasiteleri sınırlıdır. Semptomlar genellikle bireysel anksiyete bozuklukları için patognomonik değildir ve anksiyete bozukluğu komorbiditesi önemlidir: Bir anksiyete bozukluğu olan yetişkinlerin %48-68'i, eşzamanlı başka bir anksiyete bozukluğunun kriterlerini karşılamaktadır. 10 ila 25 yaş arasındaki bireyler, kaygı bozukluğu geliştirmede en yüksek risk altındadır. Diğer risk faktörleri kadın

cinsiyetini, davranışsal inhibisyonu ve olumsuz yaşam olaylarını içerir. Çoğu anksiyete bozukluğu, işsizlik, düşük eğitim, düşük gelir ve evlenmeyle ilişkilidir. Eşanlılık, klinik ortamlarda topluluk ortamlarına göre daha yüksektir, çünkü eşlik eden bozuklukları olan bireylerin tedavi arama olasılığı daha yüksektir. Ayrıca, anksiyete bozukluklarında boylamsal tanısal istikrarsızlık yüksektir, olası ortak nedenlerin yanı sıra sıklıkla sıralı komorbidite gösterir.

Çocuklarda en sık görülen ruhsal bozukluk türü olan kaygı bozuklukları, tüm ruhsal hastalık biçimlerinin en eskisini temsil eder. Çoğunlukla ayrılık kaygısı, belirli bir fobi veya sosyal kaygı bozukluğu nedeniyle, herhangi bir kaygı bozukluğunun başlangıcı genellikle çocukluktadır ve bu nedenle, örneğin depresif veya madde kullanım bozukluklarından çok daha erkendir. Genelleştirilmiş anksiyete bozukluğu, agorafobi ve panik bozukluğu, başlangıç yaşında daha fazla heterojenlik sergiler ve bazen yaşamın ilerleyen dönemlerinde ortaya çıkar.

Anksiyete ile ilişkili bilişlerin ve davranışların açıklığa kavuşturulması, geçerli tanıları gösterebilir. Sosyal etkileşimden kaçınma, ayrılma kaygısını akla getirebilir, sosyal kaygı bozukluğu veya agorafobi (korku tuzağa düşmek içinse). Birden fazla anksiyete bozukluğu teşhisinin yerine getirilmesi, kısmen sınıflandırma sistemlerinin artefaktlarını yansıtabilir, ancak aynı zamanda prognostik öneme sahiptir çünkü birden fazla bozukluğu olan kişiler, tek bir anksiyete bozukluğu olan kişilere kıyasla daha yüksek şiddete, sakatlığa ve daha kötü bir hastalık seyrine sahiptir. Tedavi seçimini yönlendirdiği için tam bir klinik değerlendirme çok önemlidir.

Kaygı bozuklukları en yaygın ruhsal bozukluklardandır (%25). Bu oran yine yaygın görülen depresyondan (%17) fazladır. Amerikan Ulusal Eşanı Çalışması verilerine göre yaşam boyu sıklık oranları kadınlarda %30,5, erkeklerde %19,2'dir. Tüm kaygı bozuklukları için bir yıllık sıklık %12,6 iken yaşam boyu sıklık %14,6'dır (Ohman, 2000). Anksiyete bozukluklarının nedenleri şu anda bilinmemektedir, ancak muhtemelen gelişimsel, psikolojik, çevresel ve genetik faktörlerin bir kombinasyonunu içermektedir. Anksiyete bozuklukları ailelerde ortaya çıkabilir, bu da genlerin önemli bir risk faktörü olabileceğini düşündürür. Çevresel stres etkenleri açısından, uzun süreli hastalık, şiddet, sevilen birinin ölümü veya taciz gibi stresli veya travmatik bir olay genellikle bir anksiyete bozukluğunun gelişimiyle ilişkilendirilir.

Patolojik kaygı, kaygı bozukluklarıyla birlikte birçok ruhsal ve somatik bozuklukta ortaya çıkar. Artmış patolojik anksiyete ile başvuran herhangi bir hasta için, semptomların diğer sağlık durumlarını veya madde veya ilaç kullanımının etkilerini yansıtmayı yansıtmadığı kapsamlı bir psikiyatrik ve somatik değerlendirme ile değerlendirilmelidir. En yaygın psikiyatrik komorbidite majör depresif bozukluktur. Anksiyete ve depresyon, genetik pleiotropiye bağlı klinik semptomları ve nedenleri paylaşır. Anksiyete ve depresyon komorbiditesi, bireysel bozukluklarla karşılaştırıldığında daha yüksek hastalık şiddeti, yükü ve kronikliği ifade eder. Sonuç olarak, genellikle ayırıcı tanı belirlemekten çok, çoklu tanı atamak ve komorbiditeleri olan hasta için daha yoğun tedaviye öncelik vermek meselesidir. Anksiyete bozukluğu aynı zamanda bipolar bozukluk veya madde bağımlılığı bozukluğu ve obsesif-kompulsif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu birlikte görülür. Kardiyovasküler, solunum veya kas-iskelet hastalığı dahil olmak üzere çeşitli somatik hastalıkları olan hastalarda, eşlik eden anksiyete riski artar. Anksiyete ve somatik teşhis arasında belirli semptomlar örtüştüğü için, teşhis karışıklığı riski ve eksik veya fazla teşhis ve yanlış yönetim potansiyeli vardır.

1.6. Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanı Ölçütleri

A. En az 6 ay süreyle, hemen her gün, birçok olay ya da etkinlik hakkında (iş başarısı, okul başarısı vs.) aşırı kaygılanma ve kuruntulara kapılma

B. Kişi kendini kuruntulara kapılmaktan alıkoyamaz

C. Kaygı ve kuruntu, aşağıdaki 6 semptomdan üçüne (ya da daha fazlasına) eşlik eder (son 6 ay boyunca hemen her zaman en azından bazı semptomlar bulunur)

1. Huzursuzluk, aşırı heyecan duyma ya da endişe

2. Kolay yorulma

3. Düşüncelerini odaklayamama ya da zihnin durmuş gibi olması

4. İrritabilite

5. Kas gerginliği

6. Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ve sürdürmekte güçlük çekme, huzursuz ya da dinlendirmeyen uyku)

D. Kaygı ve kuruntunun odağı bir eksen I bozukluğunun özellikleri ile sınırlı değildir.

E. Kaygı, kuruntu ve fiziksel yakınmalar klinik açıdan belirgin bir strese ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

F. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir ve sadece bir duygudurum bozukluğu, psikotik bir bozukluk ya da yaygın gelişimsel bozukluk sırasında ortaya çıkmamaktadır.

1.7. Anksiyete Bozukluğunda Tedavi Yöntemleri

Kronik anksiyete bozukluğunun tedavisinde, psikoterapi, farmakoterapi veya her ikisinin bir kombinasyonundan oluşmaktadır.

Farmakoterapik yöntem olarak; seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'lar), serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI'ler), benzodiazepinler, trisiklik antidepresanlar, hafif sakinleştiriciler ve beta blokerler tüm anksiyete bozuklukları için etkili bir tedavidir ve birinci basamak tedavi olarak kabul edilir (Chand ve ark. 2022).

- SSRI'lar (fluoksetin, sertralin, paroksetin, essitalopram ve sitalopram) tüm anksiyete bozuklukları için etkili bir tedavidir ve birinci basamak tedavi olarak kabul edilir.

- SNRI'ler (venlafaksin ve duloksetin), SSRI'lar kadar etkili kabul edilir ve ayrıca, özellikle yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) için birinci basamak tedavi olarak kabul edilir.

- Trisiklik antidepresanlar (amitriptilin, imipramin ve nortriptilin) anksiyete bozukluklarının tedavisinde faydalıdır ancak önemli yan etkilere neden olurlar.

- Benzodiazepinler (alprazolam, klonazepam, diazepam ve lorazepam) kısa süreli kaygı yönetimi için kullanılır.

- Buspirone, benzodiazepinlere kıyasla yavaş hareket eden ve etkisini göstermesi yaklaşık 2 hafta süren hafif bir sakinleştiricidir. Daha az yatıştırıcı olma ve minimum geri çekilme etkisi ile bağımlılık yapmama avantajına sahiptir.

- Beta-blokerler (propranolol ve atenolol), hızlı kalp atışı, titreyen ses, terleme, baş dönmesi ve titreyen eller gibi anksiyetenin fiziksel semptomlarını kontrol eder. Özellikle sosyal fobi olmak üzere fobiler için çok faydalıdır.

- Antihistaminikler: Hidroksizin, anksiyete için en çok çalışılan antihistaminiktir ve anksiyetede kullanımı FDA onaylı tek antihistaminiktir. Hidroksizin gibi antihistaminikler, histamin-1 reseptör (H1)blokerleridir ve hem yatarak hem de ayakta tedavi ortamlarında anksiyete, panik ataklar ve uykusuzluk için benzodiazepinlere alternatif olarak yaygın olarak kullanılırlar. Hidroksizin ve difenhidramin gibi diğer antihistaminikler de çocuklarda, ergenlerde ve hamile kadınlarda kullanmak için daha güvenli olabilmektedirler. Bununla birlikte, yaşlılarda veya nörobilişsel bozukluğu olan hastalarda antikolinerjik toksisite veya deliryum riski bulunmaktadır (Garanaki ve ark. 2020).

Psikoterapi: Psikoterapinin en etkili biçimlerinden biri bilişsel-davranışçı terapidir. Bireylerin semptomları tetikleyen ve sürdüren karakteristik uyumsuz düşünce kalıplarını ve inançlarını tanımlamasına ve değiştirmesine yardımcı olmaya odaklanan yapılandırılmış, hedef odaklı ve didaktik bir terapi şeklidir. Bu terapi şekli, hastaların kaygı üreten durumlara daha uyumlu davranabilmeleri ve tepki verebilmeleri için davranışsal beceriler geliştirmeye odaklanır.

1.8. Anksiyete Bozukluğuna Yönelik Kuramsal Yaklaşımlar

1.8.1. Psikanalitik Yaklaşım

Anksiyete, *psikanalitik duygulanımlar* (duygular) teorisinin özünde yer alır ve psikanalitik düşüncenin başlangıcından beri, zihinsel çatışmayı anlamının merkezi olarak kabul edilmiştir. Freud, bir bireyin tam olarak oluşturulmuş bir ego ve süperegö ile psikolojik olarak sağlıklı bir yetişkin olabilmesi için her aşamayı başarıyla tamamlaması gerektiğini varsaymıştır. Aksi takdirde, bireyler belirli bir aşamada takılıp kalabilir veya “sabitlenebilir”, bu da yetişkinlikte duygusal ve davranışsal sorunlara neden olabileceğini belirtmiştir (McLeod, 2014).

Freud, insanlar için en büyük dürtünün gerginliğin azaltılması olduğunu ve gerginliğin baş nedeninin kaygı olduğunu belirtmiştir. Üç tür kaygı tanımlamıştır (Freud, 1999). Bunlar, gerçeklik kaygısı, nevrotik kaygı ve ahlaki kaygı olarak sınıflandırılmaktadır. Gerçeklik kaygısı, kaygının en temel biçimidir ve ego temellidir. Tipik olarak, örneğin bir köpek tarafından ısırılma veya bir çatıdan düşme gibi gerçek ve olası olaylardan duyulan korkuya dayanır. Nevrotik kaygı, kimliğin temel dürtülerinin kişinin kontrolünü ele geçireceği ve kimliğin arzularını ifade etmekten nihai olarak cezalandırılacağına dair

bilinçsiz bir korkudan kaynaklanmaktadır. Ahlaki kaygı süperegoda gelmektedir. Değerleri veya ahlaki kuralları ihlal etme korkusu şeklinde ortaya çıkmakta ve suçluluk veya utanç gibi duygular olarak oluşmaktadır.

Anksiyete oluştuğunda, zihnin ilk tepkisi, problem çözme çabalarını artırarak durumdan kaçmanın rasyonel yollarını aramaktır ve bir dizi savunma mekanizması tetiklenebilir. Bunlar, id ve süperegoda ile başa çıkmak için egonun geliştirdiği yöntemlerdir. Savunma mekanizmaları genellikle bilinçsizce ortaya çıkar ve gerçekliği çarpıtma veya tahrif etme eğilimindedir. Gerçekliğin çarpıtılması meydana geldiğinde, algıda bir değişiklik olur ve bu da kişinin yaşadığı gerginliğin azalmasıyla sonuçlanan kaygının azalmasına izin verir. Savunma mekanizmaları şu şekildedir:

- 1) Reddetme, doğru olanın aslında yanlış olduğuna inanmaktır.
- 2) Yer değiştirme, dürtüleri daha az tehdit edici bir hedefe yönlendirmek
- 3) Entelektüelleştirme, entelektüel yönleri odaklanarak kabul edilemez duygulardan kaçınmaktır
- 4) Yansıtmaya, başkalarına rahatsız edici duygular atfetmektir
- 5) Akılcılaştırma, yanlış ama inandırıcı gerekçeler yaratmaktır
- 6) Tepki Oluşturma, karşıt inançta davranış sergiler çünkü gerçek inanç kaygıya neden olur
- 7) Gerileme, gelişimin önceki bir aşamasına geri dönmektir
- 8) Bastırma, rahatsız edici düşünceleri bilinçli farkındalığın dışına itmektir
- 9) Mizah, kaygı uyandıran durumlarda kaygıyı azaltma amaçlı olayı espriye döndürmek.
- 10) Yüceltme, yanlış dürtülerin sosyal olarak kabul edilebilir eylemlere yönlendirilmesi. Bu savunmalar bilinçli kontrolümüz altında değildir ve bilinçaltımız stresli durumlardan korunmak için bir veya daha fazlasını kullanır. Bunlar doğal ve normaldir ve bunlar olmadan kaygı durumları, fobiler, saplantılar veya histeri gibi nevrozlar gelişir.

1.8.2. Davranışsal Yaklaşım

1917'de Watson ve Morgan, Pavlov'un (1927) koşullandırma paradigmasının insanlarda birçok duygusal davranışı açıklayabileceğini teorileştirmişlerdir. Davranış teorisinin ve

tedavisinin amacı, tedaviyi kullanarak belirli davranışları artırarak veya azaltarak bir kişinin davranışını değiştirmektir.

1.8.3. Bilişsel Yaklaşım

Anksiyete bozuklukları, insanların durumları algılama şekliyle bağlantılı olduğundan, bilişsel terapiler özellikle anksiyete bozuklukları hakkında düşünme ve tedavi etmede etkilidir. Fobiler gibi bazı kaygı bozuklukları da travmatik olaylar gibi öğrenilmiş deneyimlerden kaynaklanır. Bilişsel teoriler, kaygı bozukluklarının güvenliğe yönelik tehditleri abartan düşünce kalıpları yoluyla geliştiğini, bu nedenle kaygının bilişsel yanlış yorumlamalardan kaynaklandığını ve bu düşüncelerle mücadele etmek için stratejiler geliştirilerek tedavi edilebileceğini öne sürer. Terapiler arasında bilişsel davranışçı terapi, kabul ve kararlılık terapisi ve belirsizliğe tahammülsüzlük terapisi yer alır.

Bilişsel açıdan korku ve kaygı motivasyonunun üç nedeni vardır; kontrol kaybı, başa çıkma tepkisi verememe ve sürekli kaygıya karşı durumluk kaygı. Kontrol kaybı, kişinin hayatında kaygı ve/veya depresyona yol açan öngörülemezlik veya kontrol edilemeyen olayların olduğu bir durumu ifade eder. Sonuç olarak, çaresizlik duyguları gelişir. Bir görevle ilişkilendirilebilecek öngörülemezlik kaygıya neden olabilir (Seligman, 1975). Tehdit edici bir olaya uyarlanabilir bir tepki verememe veya yetersizlik algısı veya böyle bir tepkinin mevcut olmadığı gerçeği veya algısı, kaygı duygularına yol açacaktır. Kaygı çok belirsiz olduğu için, durumu etkili bir şekilde ele almak için açık eylem kalıplarının detaylandırılmasını engelleyen anahtardır (Lazarus, 1991). Bilişsel bakış açısına göre kaygıyla baş etmenin en etkili yolu kaygıyı korkuya dönüştürmektir. O zaman kişi onları neyin rahatsız ettiğini tam olarak bilecektir. Sonra korkulan şeyle başa çıkmak için bir plan yapılmalıdır. Başa çıkma tepkilerine ilişkin bir diğer kavram, kişinin kendinden emin olup olmadığıdır (Baumgardner, 1990, aktaran Franken, 1994). Kendi zayıflıklarını bilmedikleri için de bilgi eksikliği vardır, dolayısıyla etkili bir başa çıkma tepkisi oluşturamazlar. Bunlar güvensiz olma eğilimindedir, oysa kendinden emin insanlar daha iyi öz saygıya sahip olma eğilimindedir. Kendinden emin insanlar, zayıflıklarıyla başa çıkmak için planlar yapma eğilimindedir. Bilişsel bakış açısına göre kişi, kaygıyı korkuya dönüştürerek başa çıkma tepkileri oluşturur ve bununla başa çıkmak için bir güvenlik duygusu yaratacak bir plan geliştirir.

Durumluk ve sürekli kaygı, bireyin kişilik özelliklerini ifade eder. Durumluk kaygı, gerginlik ve endişe duygularını içeren geçici bir duygusal tepkidir ve sürekli kaygı, bir kişinin davranışsal tutarlılıklarını açıklamak için kullanılabilecek kalıcı bir özelliği ifade eder ve bir kişinin stresli durumlarda kaygı yaşama olasılığını belirler. Örneğin, bazı insanlar, kapının kilitli olup olmadığını sürekli kontrol etmek gibi belirli bir eylem veya davranış için önemli ölçüde zaman harcarlar.

Bilişsel davranışçı terapi anksiyete bozukluğu olan insanlara yardımcı olabilecek bir tür psikoterapi örneğidir. BDT'nin üç aşaması vardır: eğitim, uygulama ve nüksetmeyi önleme. Eğitim aşamasında birey, kaygının fiziksel ve daha da önemlisi zihinsel olarak farklı etkileri olabileceği konusunda bilgilendirilir. Tepkilerini anlamak ve tanıyabilmek, kişinin genel tepkilerini yönetmesine ve nihayetinde azaltmasına yardımcı olacaktır. BDT ayrıca insanların sosyal kaygı bozukluğunu tedavi etmek için hayati önem taşıyan sosyal becerileri öğrenmelerine ve uygulamalarına yardımcı olabilir. BDT bireysel olarak veya benzer zorluklar yaşayan bir grup insanla yapılabilir. Katılımcılara genellikle oturumlar arasında tamamlamaları için “ev ödevi” verilir (McLeod, 2014).

1.8.4. Varoluşçu Yaklaşım

Varoluşçu terapi, zorlukları felsefi bir bakış açısıyla keşfetmeye çalışan benzersiz bir psikoterapi biçimidir. İnsan durumuna bir bütün olarak odaklanan varoluşçu terapi, kapasitemizi vurgular ve başarılarımız için sorumluluk almamızı teşvik eder. Duygusal ve psikolojik zorluklar, bireyin varoluşun verilileriyle yüzleşmesinden kaynaklanan içsel bir çatışma olarak görülür. Geçmişe dalmak yerine, varoluşçu yaklaşım burada ve şimdiye bakar, bir bütün olarak insanlık durumunu ve bunun bir birey için ne anlama geldiğini keşfeder (İlgar ve ark,2019). Özünde, varoluşçu terapi, yaşamın doğal bir parçası olan çatışmayla yüzleştiğinizde ortaya çıkan kaygıya odaklanır. Bir terapist, karar verme konusunda kişisel sorumluluğa odaklanmanıza yardımcı olabilir ve hümanist yaklaşımları ve teknikleri entegre edebilir. Varoluşçu psikoterapinin kökleri 1800'lerin felsefesinde ve daha da önemlisi çalışmaları insan varoluşuyla ilgilenen filozoflarda yatmaktadır. Varoluşçu terapi ile en çok ilişkilendirilen filozoflar Søren Kierkegaard ve Friedrich Nietzsche'dir. İki etkili düşünür, zamanlarının ideolojileri konusunda çatışma halindeyken, kendilerini gerçekliğin ve onun nasıl deneyimlendiğinin keşfine adanmışlardır. Kierkegaard, insan hoşnutsuzluğunun ancak içsel bilgelik yoluyla üstesinden gelinebileceğini teorileştirirken, Nietzsche özgür irade ve kişisel sorumluluk

fikrini ortaya attı. 1900'lerde Sartre ve Heidegger gibi filozoflar, yorumlama ve araştırmanın iyileşme sürecindeki rolünü keşfetmeye başladılar (Topses, 2012). Varoluşçuluk felsefesinin insan felsefesi, insanı özgür ve sorumlu bir varlık olarak görür. İnsan, seçimler yapabilen ve karar verebilen bir varlıktır da. Yani her insan kendine özgü nitelikleri olan bir bireydir ya da birey olabilme sürecini yaşamakta olan bir varlıktır. Böylece, insan, aynı zamanda kendi özünü kendi yapabilen de bir varlık olma niteliğini de kazanmaktadır. Evrende kendi varlığını yaratan tek varlık insandır. Varoluşçular, varlığımıza karşı üzerimize düşen tüm sorumlulukları yerine getirmeye çalışabileceğimizi ancak bunun mümkün olmadığını belirtirler.

Varoluşçu yaklaşıma göre, insanın içinde bulunduğu koşulların temel boyutları:

- Kendi farkındalığına varma kapasitesi
- Özgürlük ve sorumluluk
- Bireyin kendi kimliğini oluşturması ve diğerleriyle anlamlı ilişkiler kurması
- Anlam, amaç, değerler ve hedeflerin araştırılması
- Yaşamın bir koşulu olarak kaygı
- Ölümün ve yok olmanın farkına varılmasıdır.

1.8.5. Sullivan ve İlişkiler Yaklaşımı

Anksiyete yetişkinler üzerinde de zararlı bir etkiye sahiptir. Sağlıklı kişilerarası ilişkilerin gelişimini engelleyen başlıca yıkıcı güçtür. Sullivan (1953) , şiddetli kaygıyı kafaya alınan bir darbeye benzetmiştir. Kişiyi öğrenemez hale getirir, hafızayı bozar, algıyı daraltır ve tam amnezi ile sonuçlanabilir. İnsanların genel zararına bile olsa statükoyu korumasıyla gerilimler arasında benzersizdir. Diğer gerilimler, özellikle onları rahatlatmaya yönelik eylemlerle sonuçlanırken, kaygı (1) insanların hatalarından ders almasını engelleyen, (2) insanları çocukça bir güvenlik arzusu peşinde koşturmak ve (3) genellikle insanların öğrenmemesini sağlayan davranışlar üretir. Sullivan, kaygı ve yalnızlığın, tamamen istenmeyen ve arzu edilmeyen tüm deneyimler arasında benzersiz olduğu konusunda ısrar etmiştir. Anksiyete acı verici olduğu için, insanlar doğal olarak ondan kaçınma eğilimine sahiptir, doğaları gereği öfori durumunu veya tamamen gerginlik eksikliğini tercih ederler. Sullivan (1954), bu kavramı basitçe "anksiyetenin varlığı, yokluğundan çok daha kötüdür" şeklinde özetlemiştir (s. 100). Sullivan kaygıyı korkudan birkaç önemli yolla ayırmıştır. Birincisi, kaygı genellikle karmaşık kişilerarası

durumlardan kaynaklanır ve farkındalıkta yalnızca belli belirsiz temsil edilir; korku daha net bir şekilde ayırt edilir ve kökenleri daha kolay belirlenir. İkincisi, kaygının olumlu bir değeri yoktur. Ancak başka bir gerilime (örneğin öfke veya korku) dönüştürüldüğünde, karlı eylemlere yol açabilir. Üçüncüsü, kaygı ihtiyaçların karşılanmasını engellerken, korku bazen insanların belirli ihtiyaçları karşılamalarına yardımcı olur. İhtiyaçların karşılanmasına yönelik bu karşıtlık, Sullivan'ın kaygı tanımı olarak kabul edilebilecek sözlerle ifade edilir: "Kaygı, ihtiyaçların gerilimine ve bunların giderilmesine uygun eyleme karşıt bir gerilimdir" (Sullivan, 1953).

1.8.6. Biyolojik Yaklaşım

Biyolojik bakış açısına göre, kaygıyı ortaya çıkaran üç temel koşul vardır: aşırı uyarılma, bilişsel uyumsuzluk ve tepki yokluğu. Aşırı uyarılma, bir kişinin bilgiyle dolup taşıdığı anlamına gelir. Bilişsel uyumsuzluk, bir kişinin, örneğin sevilen birinin kaybı gibi bir olayla uzlaşmakta güçlük çekmesidir. Tepki yokluğu, bir kişinin zor bir durumla nasıl başa çıkacağını bilmediği zaman anlamına gelir.

Biyolojik teoriye göre, GABA sistemi korku ve kaygı motivasyonundan sorumludur. GABA, Gamma-Amino Butirik Asit olarak bilinir, doğal olarak oluşan bir verici inhibitörüdür. Vücutta, optimal bir uyarım veya bilgi akışını sürdürmemize yardımcı olan ve böylece nöral iletim akışını azaltan bir maddedir. GABA'nın bağlanacağı ve daha önce bahsedilen etkileri üreteceği GABA reseptör bölgeleri vardır. Bağlanma yeteneği sabit değildir ve benzodiyapinlerin varlığına bağlıdır (Tallman ve diğerleri, 1980).

Benzodiyapinler kaygıyı azaltmanın yanı sıra uykuyu tetikler, kasları gevşetir ve kasılma olasılığını azaltır. . Barbitüratlar, kaygıyı azaltmada etkili olan ancak iki dezavantajı olan bir sakinleştirici sınıfıdır. Alkol ile birleştirilirse, kombinasyon ölüme neden olabilir.

BÖLÜM 2: DENTAL ANKSİYETE

2.1. Dental Anksiyete kavramı

Ağız sağlığı, bir kişinin yaşam kalitesi, görünümü ve benlik saygısı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Diş hekimine ve diş tedavisine yönelik korku ve kaygı, diş bakımından kaçınmaya katkıda bulunan önemli özelliklerdir. Dentophobia, diş hekimi korkusudur (Pohjola ve ark. 2007). Koruyucu bakım ve dental işlemler için diş hekimine gitme düşüncesiyle ilişkili anksiyete, dental anksiyete olarak adlandırılır. Diğer bir ifadeyle dental anksiyete /fobisi genellikle, diş bakımından kaçınma, kötü ağız sağlığı ve psikososyal etkilerin ortak özellikler olduğu ve genellikle zamanla artan bir kısır döngü olarak tanımlanır. Dental anksiyete ile günümüzde oldukça sık karşılaşılmaktadır. Dental anksiyete hastaların yaşam kalitesini ve dolaylı olarak beden sağlıklarını da etkilemektedirler. Tedavisi zamanında yapılamayan dişler ağrıya neden olmakta, kişi yemek yemede ve uyku uyumada ciddi zorluklar ile karşılaşabilmektedir. Ayrıca dişetlerinde oluşan tedavi edilemeyen enfeksiyonlar diş kayıplarına ve vücutta enflamasyona neden olmaktadır. Aynı zamanda hekimler için bu grup hastalar ile çalışmak daha uzun süreler gerektirmekte iş gücü kaybı yaşanmaktadır. Hatta döner alet ile yapılan tedaviler ya da enjeksiyon işlemleri sırasında yapılacak bir tepkisel hareket hekim veya hastada yaralanmaya sebebiyet verebilir. Tüm bunların sonucunda dental anksiyete toplum ve kamu yararı için önemli bir sorundur. Yetişkinlerin yaklaşık % 6-15'i çocukların ise yaklaşık %9'u dental anksiyete yaşamaktadırlar (Appukuttan ve ark 2016; Shahnava ve ark. 2016). Mental Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabının (DSM-IV-TR) dördüncü baskı metin revizyonu, dental anksiyeteyi belirli bir fobi biçimi olarak sınıflandırmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği [APA] 2000).

Hem dental anksiyete hem de korku, bir bireyde fiziksel, bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkiler uyandırır. Bu, diş muayenelerinde sıklıkla karşılaşılan bir sorundur. Dental anksiyete genellikle ağrılı uyaran ve artan ağrı algısı ile yakından bağlantılıdır. Yaygın anksiyete bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) veya daha önce baş ve boyun travması öyküsü gibi bazı zihinsel sağlık durumları, bir kişinin dental anksiyete yaşama riskini artırabilir. Depresyon, bipolar bozukluk veya şizofreni gibi diğer durumlar da dental anksiyete yaşama riskini artırabilir. Bu tür endişeli hastaları tedavi etmek, iş birliğinin azalması, daha fazla tedavi süresi ve sonuçta hem hasta hem de diş hekimi için

hoş olmayan bir deneyime yol açması nedeniyle diş hekimi için stresli bir durumdur. Bu tür davranışlar sonuçta daha fazla eksik diş, çürük diş ve zayıf periodontal durum ile kötü ağız sağlığı ile sonuçlanır (Saatchi, 2015).

Cohen ve arkadaşları, dental anksiyetenin bir bireyin hayatını birçok şekilde etkilediğini bildirmiştir. Fizyolojik etkiler, diş hekimi randevusundan sonra korku tepkisinin belirti ve semptomları birlikte bitkinlik duygularını içerirken, bilişsel etkiler bir dizi olumsuz düşünce, inanç ve korkuyu içermektedir. Davranışsal etkiler sadece kaçınmayı değil, aynı zamanda yeme, ağız hijyeni, kendi kendine ilaç alma, ağlama ve saldırganlıkla ilgili diğer davranışları da içermektedir. Hem kurulan hem de yeni kişisel ilişkileri etkileyen uyku bozukluğuna bağlı olarak genel sağlık üzerinde önemli bir etki de bildirilmiştir. Ayrıca, düşük benlik saygısı ve özgüven duyguları nedeniyle işteki sosyal etkileşimler ve performansında etkilendiğini bildirmişlerdir (Cohen ve ark 2000).

2.2. Dental Anksiyete Etiyolojisi

Dental Anksiyete'nin etiyolojisi tam olarak anlaşılamamıştır. Dental Anksiyete'nin başlangıcının çocukluktan kaynaklandığı, erken yetişkinlikte pik yaptığı ve yaşla birlikte azaldığı düşünülmektedir (Mohammed ve ark. 2014). Etiyolojik bir bakış açısından, dental anksiyete ve fobinin gelişimi en iyi şekilde sosyal, psikolojik ve biyolojik faktörlerin zaman içindeki etkileşiminin biyopsikososyal modeli kullanılarak gösterilebilir. Çok faktörlü etiyolojik bileşenler için yaygın olarak uygulanan bir kavramsal model, Rothman tarafından açıklanan nedensel pasta modelidir (Rothman 2012; Carlsson ve ark 2013). Modelin ilk bileşenleri dental anksiyetenin gelişimine katkıda bulunan bireysel, dental ve dış faktörleri belirlemektir. Bireysel faktörler, genel kaygı, depresif belirtiler ve travma sonrası stres bozukluğu gibi diğer psikolojik bozuklukları içermektedir. Dış faktörler, diş bakımına yönelik tutumlar, sosyal konum ve kültürel koşullar ile ilgili olarak kişinin yaşadığı sosyal çevre ile ilgilidir. Dental faktörler genellikle klasik şartlandırmaya ve doğrudan öğrenmeye dayanır. Diş hekimliği ortamındaki olumsuz ve travmatik deneyimler, diş hekimliği personelinin zayıf iletişim ve davranışları ve ayrıca diş tedavisiyle ilgili güçlü bir olumsuz ağrı deneyimi dahil olmak üzere ana nedenlerdir (Klingberg ve ark 2009; Rothman 2012).

Dental anksiyete, genellikle çocukluk döneminde kendini gösterir ve tedavi edilmemiş çürükler, eksik dişler veya periodontal problemler gibi kötü ağız sağlığı ile ilişkilendirilir

(Crego ve ark. 2014). Bu olumsuz sonuçlar aynı zamanda kötü ağız sağlığı, azalmış özgüven ve artan işe devamsızlıkla ilgili utanç duygusunu da içermektedir (Wide Boman ve ark. 2013). Dental anksiyete, özellikle çocuklukta önceki olumsuz veya travmatik deneyimler (koşullanma deneyimleri), endişeli aile üyelerinden veya akranlardan dolayı öğrenme, nevrotiklik ve özbilinç gibi bireysel kişilik özellikleri, anlayış eksikliği, maruz kalma gibi birçok faktöre bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Dental anksiyete aynı zamanda iğnelerin ve hava türbinli matkapların görüntüsü, delme ve çıgılık sesleri, öjenol ve kesilmiş dentin kokusu gibi duyuusal tetikleyiciler ve ayrıca diş hekimliği ortamındaki yüksek frekanslı titreşimler tarafından da tetiklenebilmektedir (Wide ve ark. 2021).

Dental kaygıya yol açan bazı yaygın korkular şunlardır: ağrı korkusu, kan-yaralanma korkusu, güven eksikliği, alay konusu olma korkusu, bilinmeyen korkusu, diş hekimi tarafından yanlış tedavi korkusu veya duyarsızlaşma duygusu, cıva zehirlenmesi korkusu, radyasyona maruz kalma korkusu, boğulma ve/veya öğürme korkusu, diş hekimi koltuğunda çaresizlik hissi ve diş tedavisi sırasında kontrol eksikliği gibi korku çeşitleri en sık gözlenen ve anksiyeteye yol açan korkular olmaktadır (Armfield ve ark. 2013). Milgrom ve ark. (1995), kökenlerine veya korku kaynaklarına (Washington Üniversitesi'nde geliştirilen “Seattle sistemi”) dayalı olarak dört farklı endişeli hasta grubu tanımlamışlardır. Bunlar;

- 1) belirli dental uyaranlardan endişeli,
- 2) diş hekimi personeline güvensizlik,
- 3) genel diş hekimliği kaygısı
- 4) felaket yaşamaktan korkan obsesif hastalar

Pohjola ve ark. (2021) yılında yapılan araştırmada genel anksiyete/korku ile ağız sağlığı arasındaki ilişkiyi incelemişler ve araştırma sonunda yüksek genel anksiyete/korkusu olan çocukların diş çürüğü ve ayrıca önemli ölçüde azalmış diş fırçalama sıklığının daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar Costa ve ark. (2018) yılındaki çalışmanın sonuçlarıyla uyumludur.

2.3. Dental Anksiyete Epidemiyolojisi

Diş hekimliğindeki daha az ağırlı ve daha az rahatsız edici hale getiren teknolojik gelişmelere rağmen, dental anksiyete, endişesi ve fobisi sürekli olarak devam eden yaygın sorunlar arasındadır. Günümüzde dental anksiyete, nüfusun yaklaşık %6-15'inde

gözlennmekte ve yaygın korku durumları arasında 5. Sırada yer almaktadır (Appukuttan ve ark 2016; Shahnavaaz ve ark. 2016). Amerikalıların %80'inin diş tedavisi ile ilgili bazı kaygıları olduğu ve %5-14'ünün yoğun dental anksiyetesi yaşadığı değerlendirilmektedir. Dental anksiyete, kadınlarda daha sık görüldüğü birçok çalışma tarafından tespit edilmiştir (Arslan ve ark. 2011; Humphris ve ark. 2009; Erten 2006). Ayrıca kaygının yaşla birlikte azaldığı bildirilmiştir (Do Nascimento, 2011). Bazı araştırmalar, yüksek eğitilmiş hastaların diş işlemleri sırasında daha az kaygı yaşadıklarını iddia etmektedir (Humphris ve ark. 2009; Do Nascimento ve ark. 2011) Bir çalışma, önceki travmatik deneyimlerin diş kaygısı ve korkusunu başlatan önemli bir faktör olduğunu göstermiştir (Do Nascimento ve ark. 2011). Ülkemizde 7-11 yaş grubunda 275 çocukta yapılan bir çalışmada çocukların %14.5 kadarında dental anksiyete tespit edilmiştir (Akbağ ve ark. 2009). Yine Türkiye'de yapılan bir çalışmada çocukların %11.4'ünde, ergenlerin %13.3'ünde, yetişkinlerin %7.8'inde, toplam nüfusun ise %10.8'inde yüksek dental anksiyete saptanmıştır (Tonguç ve ark 2019).

2.4. Dental Anksiyete Etkileri

Dental korku, dental tedavi ile ilişkili belirli tehdit edici uyaranlara verilen olumsuz bir tepki olarak tanımlanırken, dental anksiyete, dental hastaların yaşadığı aşırı veya bozucu olumsuz bir duygusal durumdur. Dental anksiyete, diş tedavilerinin yapılması sırasında birtakım sorunlar teşkil etmektedir. Yapılan çalışmalarda (Doebbing 2000; Kumar ve ark. 2009) günlük hayatta dental anksiyetenin 5 önemli etkisinin bulunduğu bildirilmiştir. Bunlar; psikolojik, bilişsel, davranışsal, sağlık ve sosyal etkileri içermektedir. Dental anksiyete, hastaların diş tedavileri için randevularını ertelemelerine, kontrollere gitmemelerine ya da düzensiz gitmelerine sebep olabilmektedir (Akarslan 2009). Bu da dental hastalıkların görülme insidansını artırmaktadır (Doebbing 2000; Kumar ve ark. 2009; Cohen ve ark 2000). Dental anksiyetenin ağız sağlığı üzerine etkilerini araştıran araştırmalarda (Schuller ve ark. 2003; Akarslan 2009) anksiyete düzeyi yüksek bireylerde, restorasyonu düzgün diş sayısının az olduğu, çürük, eksik diş sayısı ve dental patolojinin daha gözlendiği bildirilmiştir. Bu kişilerin periodontal sağlıklarının da daha kötü olduğunu gözlemlemişlerdir. Bunun yanı sıra, bu kişilerin gittikçe büyüyen diş problemleri diş hekimlerinin bu hastalara tedavi için daha fazla zaman ayırmalarına ve tedavide zorluklarla karşılaşılmasına sebep olmaktadır (Stabholz, 1999). Yüksek Dental anksiyetesi olan hastalar diş tedavilerinden kaçındıkları için kötü oral hijyene sahip

olmaktadırlar. Kötü ağız hijyeni de bireylerde suçluluk, utanç ve aşağılık kompleksi gibi duygu durumları yaratmaktadır. Bu da hem diş hekimine gitmekten kaçınmaya hem de dental anksiyetenin artmasına neden olur ve bu durum kısır döngü olarak devam eder (Moore ve ark. 2004).

2.5. Dental Anksiyetenin Belirlenmesi

Diş hekimine başvuran bireylerin anksiyete ve korkusunun olup olmadığının tedavi öncesi belirlenmesi, hekimin tedavi sırasında karşılaşılabileceği tepkilere hazırlıklı olmasına ve hastanın anksiyete ve korku düzeyinin azaltılmasına ilişkin birtakım önlemlerin alınmasına olanak sağlamaktadır. Diş hekimi anksiyetesi ve korkusunun tüm boyutlarının ortaya çıkartılarak doğru bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle diş hekimi korkusunun değerlendirilmesi için birçok yöntem geliştirilmektedir.

2.5.1. Dental Anksiyete Skalası (DAS)

Dental anksiyeteyi ölçmek için en sık kullanılan ölçek DAS olmuştur. Corah's Dental Anksiyete Skalası, 1969 yılında Dr. Norman L. Corah tarafından geliştirilmiştir. DAS bireylerin diş hekimine gitme, diş hekimi muayenehanesinde bekleme, dolgu için ve diş yüzeyi temizliği için bekleme şeklindeki dört durum karşısında duydukları anksiyete düzeyini değerlendiren beş seçenekli dört sorudan oluşur ve toplam skorlarını 4 ve 20 arasında yer alır. Corah, 13 ve 14 değeri hastanın anksiyete sorunu olduğunu, 15 veya üzerindeki değerlerin ise yüksek anksiyete düzeyini yansıttığını bildirmiştir.

2.5.2. Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS)

Dental anksiyete düzeyini belirlemek için Modifiye Dental Anksiyete Skala (MDAS) formu kullanılmaktadır. Toplam 5 sorudan oluşan bu form, “Dental Anksiyete Skalası” na enjeksiyon ile ilgili kaygı düzeyinin de belirlenmesini sağlayan bir soru eklemesi ile Humphris ve ark. tarafından geliştirilmiştir (Humphris, 2000). MDAS formunda yer alan sorular sırası ile şu şekildedir: “Yarın diş hekimine gidiyor olsanız, kendinizi nasıl hissederdiniz?”, “Tedavi için bekleme odasında oturuyor olsanız, kendinizi nasıl hissedersiniz?”, “Eğer bir dişinize dolgu yapılacak olsa, kendinizi nasıl hissedersiniz?”, “Eğer dişleriniz temizlenecek ve parlatılacak olsa, kendinizi nasıl hissedersiniz?”, “Üst arka dişinizin üstünde diş etinize lokal anestezi enjeksiyonu yapılacak olsa, kendinizi nasıl hissedersiniz?”. Bu skaladaki sorulara verilen cevaplar ise “Endişesiz”, “Çok az endişeli”, “Az endişeli”, “Çok endişeli”, “Aşırı endişeli” olmak üzere beş seçenekten

oluşmaktadır. Cevap seçeneklerinin her biri için, 1 ile 5 puan arasında bir puanlama yöntemi esas alınmaktadır. Tüm anket üzerinde alınacak toplam en düşük puan 5, en yüksek puan 25'dir. Hastaların anksiyete seviyeleri tedavi öncesinde bekleme sırasında değerlendirilmiştir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda skalanın geçerli ve güvenilir olduğu bildirilmiştir (Tunc ve ark 2005; Ilguy ve ark 2005). MDAS için dental anksiyete sınır değeri, Tunç ve ark. 'nın çalışmasında (Tunç ve ark.2005) açıklandığı gibi ≥ 15 olarak kabul edilmiştir.

2.5.3. Frankl Davranış Skalası (Frankl Behavioural Scale, FBS)

Frankl ve diğ. dental tedavi sırasındaki çocuk davranışlarını çocuğun tutumuna ve işbirliği seviyesine göre 4 kategoride sınıflandırmışlardır (Yıldırım ve ark. 21017). Böylece diş hekimliğinde yaygınca kullanılan skalalardan Frankl Davranış Skalası (FBS) oluşmuştur. Öğrenme ve kullanım kolaylığından dolayı popülerdir. Çocuk hastanın dört kategoriden birinde hızlıca sınıflandırılmasını sağlar: Kesinlikle pozitif, pozitif, negatif, kesinlikle negatif (Mathur ve ark. 2017).

2.6. Dental Tedavilerde Anksiyetenin Azaltılmasında Kullanılan Teknikler

İnsanların dental aksiyetesini veya fobisini yönetmesine yardımcı olmanın birçok yolu vardır. Bunlar farmakolojik ve davranışsal stratejiler olarak iki bölüme ayrılmaktadır.

2.6.1. Farmakolojik Stratejiler

Diş tedavilerinin farmakolojik uygulamalar kullanılarak yapılması sık tercih edilen bir yöntemdir (Osborn ve ark. 2004). Diş tedavisinden uzun dönem kaçınan hastalarda genellikle ağız içinde yapılacak işlem sayısı artmaktadır. Bu nedenle genel anestezi veya sedasyonla diş tedavilerini yapmak hastayı rahatlatır, hekimin tüm tedavileri etkin ve kolayca yapmasını sağlar (Şimşek ve İspir 2019).

Nitröz Oksit: Nitröz oksit ve oksijen sedasyonu, farmakolojik ajanlar kullanılarak en yaygın olarak uygulanan anksiyete azaltma şeklidir. Genellikle %50 oksijen %50 Nitröz oksit karışımı şeklinde hastaya koklatılmaktadır (Collado ve ark. 2008) Ayakta tedavi ortamlarında nitröz oksidin güvenliğine ilişkin endişeler, diş hekimliği personelinin güvenliği ile ilgili olarak Hollanda'da dile getirilmiştir (Maakes, Jonker ve Turk 2006). ABD ve diğer birkaç ülkede, çocuk diş hekimleri arasında genel anesteziden sonra en sık kullanılan sedasyon şekli olduğu belirtilmektedir (Wilson ve Alcaino 2011).

Oral Premedikasyon: Birçok hastada dental anksiyetenin geçirilmesinde, diazepam gibi oral anksiyolitikler kullanılmaktadır. Gerçekten de birçoğu eş zamanlı duygudurum veya anksiyete bozukluklarına sahip olan korkan hastalara etkinliği fazladır. Diş hekimleri alprazolam veya triazolam gibi daha yeni ajanları kullanmaktadırlar. Özellikle bu ilaçların uygulanması kolaydır ve doğru kullanıldıklarında nispeten güvenlidir. Genellikle tabletler halinde bulunurlar, ancak bazı durumlarda, özellikle midazolam için şurup olarak da bulunabilirler. Bazı ajanlar, beklenti kaygısı olan bir hastanın diş ziyaretinden önce iyi bir gece rahat uyku uyumasını sağlayabilmektedir. Beta blokerler ayrıca performans kaygısını tedavi etmek için uzun süredir kullanılmaktadır ve rahatsızlığı temelde fizyolojik olan hastalarda bazı uygulamalara sahiptir (Heaton, McNeil ve Milgrom 2010). Bu ajanlar, hafif derecede endişeli hastalarda tek ajan IV sedasyona eşdeğer bir sedasyon seviyesi sağlayarak nitroz oksit ve oksijen ile kullanılabilir (Kaufman, Hargreaves ve Dionne 1993). Oral ajanların kullanımı dikkatli bir ameliyat öncesi değerlendirme, güvenlik izlemesi ve ameliyat sonrası refakatçi gerektirir (Dionne ve ark. 2006).

İntravenöz Sedasyon: İntravenöz (IV) sedasyon, dental fobisi olan erişkin diş hastalarında yaygın olarak kullanılan bilinçli bir sedasyon tekniğidir (Craig ve Wildsmith 2007). Teknikler tipik olarak kısa etkili benzodiazepinleri tek başına veya narkotiklerle kombinasyon halinde kullanır. IV, birkaç ülkede, özellikle bir hastanede güvenlik yedeğinin bulunmadığı ayaktan veya özel muayenehane ortamlarında, genel anestezi yerine bunu öneren raporların yayınlanmasından bu yana önemli ölçüde artmıştır.

Sikloserin. Geçtiğimiz on yılda, diş fobisinin azaltılmasını kolaylaştırmak için d-sikloserinin (DCS; Cycloserine, King Pharmaceuticals Ltd., Hertfordshire) potansiyel kullanımına artan bir ilgi olmuştur. Bu ilaç hastalarda amnezi yaratabilmektedir. Aslında DCS, Birleşik Krallık'ta ilaca dirençli tüberküloz tedavisinde kullanılan bir antibiyotiktir (Jastak, Yagiela ve Donaldson 1995) ve şu anda anksiyete tedavisi için formüllerde yer almamaktadır. Glisin bağlama bölgesinde DCS, özellikle amigdala olmak üzere korkuyla ilgili beyin süreçlerini etkileyen glutamaterjik N-metil-D-aspartat (NMDA) reseptörünün kısmi bir agonistidir (British National Formulary 2009). Panik bozukluğu ve agorafobi için BDT ile DCS'nin kullanıldığı küçük bir randomize klinik çalışmada, en ağır hastalarda semptomların daha hızlı azaldığı bulunmuştur (Sigmund ve ark. 2011),

2.6.2. Davranışsal Stratejiler

Bilişsel davranışçı terapinin (BDT), psikoeğitim, maruz bırakma ve ev ödevi egzersizlerinin birleşimine dayanan yapılandırılmış ve kısa süreli bir psikolojik tedavidir (Öst ve Clark 2013). Niteliksel araştırmalarda, çocuklar ve ebeveynler BDT ile olumlu deneyimler yaşadıklarını ve BDT'nin dış kaygısı ve diğer belirli fobilerle başa çıkma becerilerini geliştirdiğini bulmuşlardır (Svensson ve ark. 2002; Shahnavaz ve ark. 2015).



BÖLÜM 3: BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ

3.1. Bilişsel Davranışçı Terapi tanımı

Bir kişinin düşünceleri ve duyguları ayrı değildir; daha ziyade birbirleriyle örtüşürler ve davranışları düşüncelerine bağlıdır. Düşünceler ve beklentiler, farklı duyguları ve fizyolojik reaksiyonları tetikler. Kaygılı hastalar çoğunlukla dış tedavisi hakkında uygunsuz beklentilere ve inançlara sahiptir. Bu tür olumsuz bilişlerin değiştirilmesi kaygıyı azaltmanın bir yoludur. Bilişsel tedavi stratejileri, olumsuz bilişlerin içeriğini değiştirmeyi ve yeniden yapılandırmayı ve olumsuz düşünceler üzerindeki kontrolü artırmayı amaçlar. Cesaretlendirme, beklentileri değiştirme, dikkat dağıtma, güdümlü imgeleme, dikkati odaklama ve düşünceyi durdurma gibi farklı bilişsel teknikler kullanılarak hastanın odağı korkulan durumla ilgili endişelerinden uzaklaştırılır (Appukuttan, 2016).

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), günümüzde belirli durumlarla ve belirli fobilerle ilgili kaygı için en çok kabul gören psikolojik tedavi yöntemidir. Negatif olarak çarpıtılmış düşünceleri (bilişleri) ve eylemleri (davranışları) değiştirmeyi öğrenmeyi içerir. Temel olarak, kaygı semptomlarını yönetmek için terapistle birden fazla seansta yeni beceriler öğrenilir. Yapılandırılmış, problem odaklı, hedef odaklıdır, kanıtlanmış stratejiler ve beceriler öğretir ve son olarak terapist ile hasta arasında iyi, işbirlikçi bir terapötik ilişkinin önemini vurgular.

Bubrick'e (2019) göre, BDT, 20 yılı aşkın bir süredir en etkili kaygı tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir. 1960'larda Aaron Beck tarafından bilişsel davranışçı terapi (BDT) veya bilişsel terapi geliştirilmiştir. Bilişsel davranışçı terapi (BDT), insanların davranışları ve duyguları üzerinde olumsuz etkisi olan yıkıcı veya rahatsız edici düşünce kalıplarını nasıl belirleyeceklerini ve değiştireceklerini öğrenmelerine yardımcı olan bir tür psikoterapötik tedavi türüdür. Bilişsel davranışçı terapi (BDT), bir konuşma terapisisidir. En yaygın olarak anksiyete ve depresyonu tedavi etmek için kullanılır, ancak diğer zihinsel ve fiziksel sağlık sorunları için yararlı olmaktadır (Hoffman ve ark. 2012).

Bilişsel davranışçı terapinin amacı, insanlara çevrelerindeki dünyanın her yönünü kontrol edemeseler de çevrelerindeki şeyleri nasıl yorumlayacaklarını ve bunlarla nasıl başa çıkacaklarını kontrol edebileceklerini öğretmektir. Bilişsel davranışçı terapinin en büyük

faydalarından biri, danışanların hem şimdi hem de gelecekte yararlı olabilecek başa çıkma becerileri geliştirmelerine yardımcı olmasıdır (Rnic ve ark. 2016).

BDT tedavisi kendinden emin olma eğitimi, korkan hastaların diş tedavisi sırasında kişisel görüşler, duygular ve ihtiyaçlarla ilgili iletişim becerilerini geliştirmeyi amaçlar. Vaka raporları, sistematik incelemeler ve meta-analizler, BDT'nin dental kaygı ve fobiyi azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Diş hekimlerinin bu tedaviyi uygulamaya entegre etmek için özel eğitime ihtiyaçları vardır (Berggren ve ark. 2001).

Bilişsel davranışçı terapi (BDT), depresyon, anksiyete bozuklukları, alkol ve uyuşturucu kullanım sorunları, evlilik sorunları, yeme bozuklukları ve ciddi akıl hastalıkları gibi bir dizi sorun için etkili olduğu kanıtlanmış bir psikolojik tedavi şeklidir (Lazarus ve ark. 2004). Çok sayıda araştırma çalışması, BDT'nin işlevsellikte ve yaşam kalitesinde önemli gelişmelere yol açtığını göstermektedir. Birçok çalışmada, BDT'nin diğer psikolojik terapi veya psikiyatrik ilaçlar kadar veya onlardan daha etkili olduğu gösterilmiştir (Webb ve ark. 2019).

Bilişsel davranış terapisi, yapılandırılmış, didaktik ve hedefe yönelik bir terapi şeklidir. Yaklaşım uygulamalı ve pratiktir; burada terapist ve hasta, hastanın ruh halinde ve hayatını yaşama biçiminde yararlı bir değişiklik meydana getirmek için düşünce ve davranış kalıplarını değiştirmek amacıyla iş birliği içinde çalışır. Çok çeşitli sorunlara yardımcı olmak için kullanılır ve hastanın karşılaştığı tanı ve sorunlara bağlı olarak uygun tedavi protokolleri uygulanır (Cuijpers ve ark 2019).

Bilişsel terapiler, insanların inançlarını, düşüncelerini ve yorumlarını analiz etmeye dayanır (Newton, Asimakopoulou ve diğerleri, 2012). Hastanın davranışları düşüncelerine bağlıdır ve bu nedenle akılcı olmayan inançları değiştirmek kaygıyı azaltmanın bir yoludur (Appukuttan, 2016). Ana fikir, insanların bir olayı yorumlama biçimlerinin duygularında (örneğin kaygı) önemli bir rol oynadığı ve fizyolojik tepkinin (örneğin aşırı terleme) davranışların sürdürülmesine yardımcı olduğudur (Newton, Asimakopoulou ve diğerleri, 2012). Hastaların çoğunluğu diş tedavileri hakkında akılcı olmayan bilişlere ve uygunsuz beklentilere sahiptir (Appukuttan, 2016).

BDT uygulayan çoğu psikoterapist, terapiyi her hastanın özel ihtiyaçlarına göre kişiselleştirir ve özelleştirir. İlk adım, hastanın değerlendirilmesi ve onun bireyselleştirilmiş kavramsallaştırmasının geliştirilmesinin başlatılmasıdır. BDT

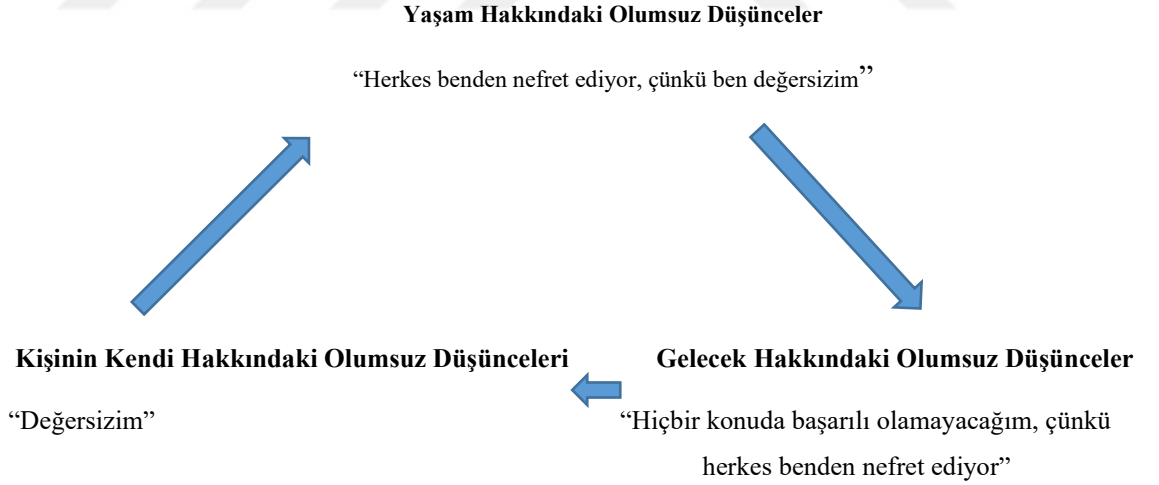
modeline dayalı kavramsallaştırma, seanstan seansa oluşturulur ve daha sonra terapide uygun bir zamanda hastayla paylaşılır. Terapiye yaklaşım, terapinin başlangıcında çok erken açıklanır. Hastanın terapide üzerinde çalışmak istediği sorunlar ve terapi hedefleri birinci veya ikinci seansta ortaklaşa kararlaştırılır. Öncelikli sorunlar üzerinde çalışılır (O'Cleirigh ve ark. 2019).

Her oturumun yapısı: Oturum her zaman kısa bir güncelleme ve ruh halini kontrol etme ile başlar. Bunu, süreklilik sağlamak için önceki oturumdan köprü kurma takip eder. Oturumda konuşulacak konuların gündemi ortaklaşa belirlenir ve herhangi bir sorun hakkında konuşmaya dalmadan önce hastanın oturumlar arasında yapması gereken ödevler gözden geçirilir. Gündemdeki konular, geri bildirim ve özetlerle noktalanarak konuşulur. Oturum, daha fazla ev ödevi hazırlamak ve son bir özet ile sona erer (Sahranavard ve ark 2019).

Davranış teknikleri korkuyu azaltmanın ana tedavisi, in vivo veya hayali maruz kalmadır. Bu tür bir tedavi davranışsal bir müdahaledir ve örümcek, kan, diş hekimi korkusu, yükseklik, hayvan, karanlık vb. isteyerek maruz kalmaya dayandığı ve böylece kaygının olumsuz sonuçlarından biri olan kaçınma davranışını azalttığı için tercih edilir. İn vivo maruz kalma, bir hastanın fobik uyarana doğrudan etkileşimini ifade eder (Leahy, Holland & McGrinn, 2017). Hayali maruz bırakma, hastayı görüntüler, hikayeler, filmler veya hatırlama anıları yoluyla fobik bir uyarana maruz bırakarak elde edilebilir. Çoğu zaman, bu tür maruz kalma, diğer yaklaşımın (in vivo) bir uzman muayenehanesinde yapılamaması nedeniyle yapılır. Genellikle hasta fobik uyarana kaygısı azalana kadar temas halinde tutulur ve daha sonra hasta fobik uyarana ilişkin kaygısı azalana kadar bu egzersiz tekrarlanır. Bu maruz kalma türlerinin yanı sıra, hastanın en büyük korkusuna doğrudan maruz kaldığı taşma türü de vardır. Bununla birlikte, çoğu hasta, başa çıkması daha kolay olduğu için kademeli olanı tercih eder. Ayrıca, yoğun ve hızlandırılmış bir maruz bırakma ile hastanın korkuya uyum sağlamasına yardımcı olmanın amaçlandığı kompakt maruz kalma da vardır. Fobik bir uyarana maruz kalmaktan kaçınma şansı yüksektir ve bu kaçınma davranışı uyarının tehlikeli olduğu inancını artırır, alışkanlığı azaltır ve o uyarana karşı kaygıyı artırır (Leahy, Holland & McGrinn, 2017). Kvale, Berggren & Milgrom (2004), diş hekimi kaygısının davranışsal terapi yoluyla azaltılabileceği hipotezini doğrulamış ve katılımcıların bu duygulanımda herhangi bir şiddetlenme bildirmediğini doğrulamıştır. Pediatrik diş hekimliğinde kullanılan yaygın

bir dental kaygı yönetimi stratejisi, açıklamadır: Söyle – Göster – Yap, yani diş hekimleri tüm diş prosedürünü çocuğun anlayabileceği kelimeler kullanarak tarif eder (Roberts ve diğerleri, 2010). Bu strateji genellikle hastanın daha önce hiç diş tedavisi görmediği durumlarda kullanılır. Diş hekimi hastaya her aletin nasıl çalıştığını gösterir ve onu tedavi aşamalarıyla tanıştırır. Bu teknik belirsizliği azaltır ve hastaya kontrol hissi verir (Armfield & Heaton, 2013).

Bilişsel Davranışçı Terapi (Cognitive-Behavioural Therapy) yöntemi; kısa süreli, "şimdi ve burada" ilkesine dayalı, maladaptif düşünce ve davranışları değiştirmeye yönelik bir psikoterapi yaklaşımıdır (Beck, 1970: 184). Bilişsel yaklaşımlarda, işlevsel olmayan düşünceler işlevsel olmayan duygu ile davranışlara neden olabilir. Bilişsel davranışçı terapi de işlevsel olmayan söz konusu şemaları tanımlar ve bunların değiştirilmesini amaçlamaktadır (Leahy ve Holland, 2000). Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), danışanın sorunlarına neden olan bozulmuş algıların tanımlanması ile başlar. Danışanın kendi inançlarını ve davranış biçimlerini temel alarak, söz konusu inanç ve davranış biçimlerini bilişsel olarak değiştirmek için çeşitli yollar arar (Beck, 2011).



Şekil 1: Beck'in Bilişsel Üçlüsü (Gross, 2015)

Bilişsel-davranışçı değerlendirmede kullanılan araçlar;

- Davranışsal görüşme
- Kayıt tutma
- Envanterler, derecelendirme ölçekleri

- Hasta yakınlarından alınan bilgiler
- Dolaysız gözlem (özellikle klinik ortamda)
- Rol oynama
- Davranış testleri
- Fizyolojik ölçümler

Temelinde bireyselleştirilmiş duyguların bilişsel ve davranışçı teknikler ile değiştirilebilir olduğu inancı yatmaktadır. 3 aşamalıdır. Bunlar;

İlk aşamada (1-2 hafta) terapistler, psikolojik eğitim yoluyla hasta ile iyi bir ilişki kurar ve hastalar hakkında bir fikir, bakış açısı geliştirir. Hastaların başa çıkma yeteneklerini, beklentilerini, hedeflerini ve başa çıkma tarzlarını, mantıksız bilişsel kavramlarını ve atıf tarzlarını keşfeder.

İkinci aşamada (2-3 hafta), terapist hastaların mantıksız bilişsel kavramlarını ve atıf stillerini düzeltmek için olaylara bakar, makul düşünce ve olumlu bir atıf stilini yeniden yapılandırmaya gider.

Üçüncü aşamada (3-4 hafta), terapistler pekiştirici ve bir davranış güçlendirilmesi yaklaşımını kullanabilir. Böylece rol oynama, kendine yön verme yoluyla atıf tarzı hastaların daha iyi bir anlayışa sahip olmasını sağlar, tedavi etkisini ve olumlu atıf stilini güçlendirir.

Bilişsel Davranışçı Terapi'nin temel faydaları şunlardır;

- Bireylerin duyguları ve ruh halini bozan olumsuz ve genellikle gerçekçi olmayan düşüncelerin farkına vararak daha sağlıklı düşünce kalıpları geliştirmelerine yardımcı olur.
- İyileşmeler genellikle 5 ila 20 seansta görülebildiğinden etkili bir kısa süreli tedavi seçeneğidir.
- Çok çeşitli uyumsuz davranışlar için etkilidir.
- Genellikle diğer bazı terapi türlerinden daha ekonomiktir.
- Terapinin çevrimiçi veya yüz yüze gerçekleşmesi etkilidir.
- Psikotrop ilaca ihtiyaç duymayanlarda kullanılabilir.

Bilişsel Davranışçı Terapi'nin ilkeleri;

- Psikolojik problemler kısmen hatalı veya yararsız düşünme biçimlerine dayanır.
- Psikolojik problemler, kısmen öğrenilmiş yararsız davranış kalıplarına dayanır.

- Psikolojik sorunları olan kişiler, bu sorunlarla baş etmenin daha iyi yollarını öğrenebilir, böylece semptomlarını hafifletebilir ve yaşamlarında daha etkili hale gelebilirler.

Bilişsel Davranışçı Terapi Türleri;

Bilişsel davranışçı terapi (BDT), düşüncelerimizi, duygularımızı ve davranışlarımızı ele alan bir dizi teknik ve yaklaşımı kapsar. Bunlar, yapılandırılmış psikoterapilerden kendi kendine yardım uygulamalarına kadar değişebilir (Carpenter ve ark 2018). Bilişsel davranışçı terapiyi içeren belirli terapötik yaklaşım türlerinden bazıları şunlardır:

- *Bilişsel terapi*, yanlış veya çarpıtılmış düşünce kalıplarını, duygusal tepkileri ve davranışları belirlemeye ve değiştirmeye odaklanır.

- *Diyalektik davranış terapisi (DBT)*, duygusal düzenleme ve farkındalık gibi tedavi stratejilerini dahil ederken, yıkıcı veya rahatsız edici düşünce ve davranışları ele alır.

- *Multimodal terapi*, psikolojik sorunların yedi farklı ancak birbiriyle bağlantılı modaliteyi ele alarak tedavi edilmesi gerektiğini öne sürer: davranış, duygulanım, duyum, imgeleme, biliş, kişilerarası faktörler ve ilaç/biyolojik hususlar.

- *Rasyonel duygusal davranış terapisi (REBT)*, irrasyonel inançları tanımlamayı, bu inançlara aktif olarak meydan okumayı ve son olarak bu düşünce kalıplarını tanımayı ve değiştirmeyi öğrenmeyi içerir (Ağras ve ark. 2017).

Bilişsel Davranışçı Terapi’de karşılaşılan zorluklar;

Değişimin Zor Olması: Başlangıçta bazı hastalar, bazı düşüncelerin rasyonel veya sağlıklı olmadığını fark etmelerine rağmen, bu düşüncelerin farkına varmanın onları değiştirmeyi kolaylaştırmadığını ileri sürerler.

Bilişsel Davranışçı Terapi Çok Yapılıdır: Bilişsel davranışçı terapi, psikanalitik psikoterapi gibi diğer yaklaşımlar kadar altta yatan, değişime karşı bilinçsiz direnişe odaklanmaz. Bunun yerine, daha yapılandırılmış olma eğilimindedir, bu nedenle yapıyı zor bulan insanlar için uygun olmayabilir.

Değişmeye İstekli Olmak: Bilişsel davranışçı terapinin etkili olabilmesi için, bireylerin düşüncelerini ve duygularını analiz etmek için zaman ve çaba harcamaya hazır ve istekli olmaları gerekmektedir. Bu kendi kendine analiz zor olabilir, ancak içsel

durumların dışı dönük davranışları nasıl etkilediği hakkında daha fazla şey öğrenmenin harika bir yoludur.

İlerlemenin Genellikle Kademeli Olması: Çoğu durumda, BDT, davranış değişikliğine yönelik aşamalı adımlar atılmasına yardımcı olan aşamalı bir süreçtir. Örneğin, sosyal kaygısı olan biri, yalnızca kaygı uyandıran sosyal durumları hayal ederek başlayabilir. Daha sonra arkadaşlar, aile ve tanıdıklarla konuşma pratiği yapabilirler. Aşamalı olarak daha büyük bir hedefe doğru çalışarak, süreç daha az göz korkutucu görünür ve hedeflere ulaşılması daha kolay olur (Sahranavard ve ark 2019).

3.2. Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), en yaygın terapi türlerinden biridir. Grup BDT'de belirli müdahaleleri kolaylaştırmak için bir topluluk ortamını kullanan bir tedavi yaklaşımıdır. Bilişsel-Davranışçı Grup Terapisi (BDGT), katılımcıların başa çıkma becerilerini geliştirmek ve hastaların yaşayabileceği ilişkisel ve içsel sorunları iyileştirmek için davranışsal, bilişsel, ilişkisel ve grup prosedürlerinden yararlanan bir grup yaklaşımına atıfta bulunmaktadır (Wolgensinger, 2015).

Grup BDT Programının Yapısı ve İçeriği;

Bilişsel Yeniden Yapılandırma (Uyumsuz düşünceleri ve mantıksız ana inançları belirlemek, bu uyumsuz algıları değiştirmeyi öğrenmek); bu süreçte hasta herhangi bir sıkıntı belirtisi gösterdiği zaman bu şekilde hissetmesine neden olan düşünceler üzerinde konuşulur.

Davranışsal Stratejiler. (Etkili iletişim, başa çıkma stratejileri, hedef belirleme, sosyal temasların kullanımı ve meditasyon); Hastaya karşı empati kurmak ve içtenlik göstermek bütün terapiler için terapistlerde olması gereken önemli özelliklerdendir. Bu süreç terapist ve hasta arasındaki güveni inşa etmeye yardımcı olur.

Kendini İfade Etme (Katılımcılar grup içinde endişelerini ve kendi sorunlarını ifade edecek böylece aile üyeleri ve yakın arkadaşları ile etkili iletişim kurmak için daha istekli olacaktır).

3.3. Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi Teknikleri

Bilişsel davranışçı terapi (BDT), pratik ve yapılandırılmış bir psikoterapi şeklidir. Anksiyetenin bilişsel, davranışsal ve fizyolojik bileşenlerini anlamak ve yönetmek için birkaç farklı strateji ve teknik kullanılır. Bilişsel davranışçı terapi (CBT), düşünce

kalıplarını belirlemekten daha fazlasıdır. İnsanların bu kalıpların üstesinden gelmelerine yardımcı olmak için çok çeşitli stratejiler kullanır. Bu tekniklerden bazıları şunlardır;

A. BDT’de Temel Görüşme Teknikleri

Yönlendirilmiş Keşif: Bir dizi soru ile danışanın farkında olmadığı bilginin farkına varması amaçlanır.

Sokratik Sorgulama: Sokratik yöntem Beck ve Ellis tarafından terapinin bir parçası olarak görülür. Sokratik yöntemin temel bileşenleri sistematik sorgulama, tüme varım ve evrensel tanımlamalardır.

B. BDT’de Yeniden Yapılandırma Teknikleri

Olumsuz Düşünceleri Tanımlamak: Hangi düşüncelerin, duyguların ve durumların uyumsuz davranışlara katkıda bulunduğunu öğrenmek önemlidir. Ancak bu süreç, özellikle iç gözlemle mücadele eden insanlar için zor olabilir. Ancak bu düşünceleri belirlemek için zaman ayırmak, kendini keşfetmeye de yol açabilir ve tedavi süreci için gerekli olan içgörülerini sağlayabilir.

Yeni Beceriler Uygulamak: Bilişsel davranışçı terapide, insanlara genellikle gerçek dünya durumlarında kullanılabilecek yeni beceriler öğretilir. Örneğin, madde kullanım bozukluğu olan biri, yeni başa çıkma becerileri uygulayabilir ve bir nüksetmeyi potansiyel olarak tetikleyebilecek sosyal durumlardan kaçınmanın veya bunlarla baş etmenin yollarını prova edebilir.

Hedef Belirleme: Hedef belirleme, akıl hastalığından kurtulmada önemli bir adım olabilir ve sağlığını ve yaşamını iyileştirmek için değişiklikler yapmanıza yardımcı olabilir. Bilişsel davranışçı terapi sırasında, bir terapist hedef belirleme becerilerinizi geliştirmenize ve güçlendirmenize yardımcı olabilir.

Problem çözme: Bilişsel davranışçı terapi sırasında problem çözme becerilerini öğrenmek hem büyük hem de küçük yaşam streslerinden kaynaklanabilecek sorunları nasıl belirleyeceğinizi ve çözeceğinizi öğrenmenize yardımcı olabilir. Ayrıca psikolojik ve fiziksel hastalıkların olumsuz etkilerini azaltmaya yardımcı olabilir.

Bilişsel davranışçı terapide problem çözme genellikle beş adımı içerir:

- Sorunu tanımlayın

- Potansiyel çözümlerin bir listesini oluşturun
- Her potansiyel çözümün güçlü ve zayıf yönlerini değerlendirin
- Uygulanacak bir çözüm seçin
- Çözümü uygulayın

Kendi Kendini İzleme: Günlük çalışması olarak da bilinen kendini izleme, önemli bir bilişsel davranışçı terapi tekniğidir. Davranışları, semptomları veya deneyimleri zaman içinde takip etmeyi ve bunları terapistinizle paylaşmayı içerir. Kendini izleme, terapistinize en iyi tedaviyi sağlamak için ihtiyaç duyduğu bilgileri sağlayabilir. Örneğin, yeme bozukluğu olan kişiler için kendi kendini izleme, yeme alışkanlıklarının yanı sıra bir yemek veya atıştırma tüketmeyle birlikte ortaya çıkan düşünce ve duyguların kaydını tutmayı içerebilir (Carpenter ve ark 2018).

C. BDT’de Açığa Çıkarma Teknikleri

Odağı Değiştirme: Danışanın sürekli yakındığı konular yerine yaşamının diğer alanları ve o alanlardaki sorunları gündeme getirme.

Dikine Ok Tekniği: Eğer danışanın olumsuz düşüncesi doğruysa bunun onun için anlamı ne? sorusuyla olumsuz düşünce ortaya çıkarılmaya çalışılır.

Diyelim ki Öyle Tekniği: Olabilecek en kötü şey ne? Bunun olma olasılığı ne? Eğer olursa buna dayanabilir mi?

D. BDT’de Rol Playing (Oynama) Teknikleri

Seslerin Dışlaştırılması: Danışan ve terapistin sırasıyla olumsuz ve olumlu düşünceleri seslendirmesidir.

Korkulan Fantezi Tekniği: Danışanın kötü hissetmesine neden olan en olumsuz sonuçları terapist seslendirir. Danışan bunları yanıtlar ((Sahranavard ve ark 2019).

3.4. Bilişsel Davranışçı Modeller

3.4.1. Clark ve Wells’in Sosyal Anksiyete Modeli (1995)

Sosyal kaygı bozukluğundan muzdarip kişiler, sosyal durum veya performans durumlarıyla ilgili, durum veya bağlamın oluşturduğu gerçek tehditle orantısız olan sürekli korku veya endişe yaşarlar. Grup halinde konuşmak, insanlarla tanışmak, okula ya da işe gitmek, alışverişe gitmek, toplum içinde yemek yemek ya da içmek ya da topluluk önünde konuşma yapmak gibi topluluk önünde performanslar kaygıyı

tetikleyebilecek durumlardır. Sosyal kaygısı olan kişiler, sosyal durumların tehlike oluşturduğuna inanırlar. Clark & Wells'in 1995'te yayınlanan sosyal fobi modeli, sosyal kaygının bilişsel davranışsal bir formülasyonunu sağlar. Clark ve Wells (1995), sosyal kaygı bozukluğunda korku tepkisini uyandıran ve kaçınılan uyaranlara ve ortamlara maruz kalmanın sosyal kaygı bozukluğunun tedavisinde yeterli olmadığını gözlemledikten sonra sosyal kaygı bozukluğu için bilişsel bir model geliştirmiştir. Clark (2001), modelin, korkulan sosyal durumlara düzenli olarak maruz kalmasına rağmen sosyal kaygının neden devam ettiğine dair 'bulmacayı' nasıl çözmeye çalıştığını açıklar. Model, korkulan bir duruma girmenin, kişinin daha önceki deneyimleriyle şekillenen bir dizi inanç ve varsayımı harekete geçirdiğini önermektedir. Bu inançlar ve varsayımlar hem bireyi hem de sosyal durumlarda nasıl davranmaları gerektiğini düşündüklerini ilgilendirir. Bu varsayımlara sahip olmak, sosyal açıdan endişeli bireyleri belirli sosyal durumları tehlikeli olarak değerlendirmeye ve kendi (genellikle yüksek) performans standartlarını karşılamayacaklarına dair tahminlerde bulunmaya yatkın hale getirir. Modelin önemli bir içgörüsü, sosyal kaygısı olan kişilerin korkulan durumlara girdiklerinde dikkat odaklarının değişmesidir. Kendilerini son derece detaylı bir şekilde gözlemlemekle meşgul olurlar ve “kendi kendini izleme yoluyla erişilebilen içsel bilgileri, diğer insanlara nasıl göründüklerini ve diğer insanların onlar hakkında ne düşündüklerini anlamak için kullanırlar” (Clark, 2001). Clark, bunun "korkularına yönelik kanıtların çoğunun kendi kendine üretildiği ve (diğer insanların yanıtları gibi) doğrulayıcı olmayan kanıtların erişilemez hale geldiği veya göz ardı edildiği" bir kısır döngü ile sonuçlandığını savunuyor (Warnock –Parkers ve ark. 2020).

Modelin bileşenleri şunlardır;

İşlevsiz inançlar ve varsayımlar. Erken ve/veya önemli deneyimler, inançlarımızı ve varsayımlarımızı şekillendirir. Clark & Wells, sosyal kaygıdaki varsayımların iki kategorisini ayırt etmenin mümkün olduğunu önermektedir:

(i) sosyal performans için aşırı yüksek standartlar (örn. “Eğer bir hata yaparsam diğer insanlar beni küçük düşürür”),

(ii) benliğe ilişkin koşulsuz inançlar (örn. “Ben tuhafım”, “Diğer insanlar kadar iyi değilim”).

Bu inançlar ve varsayımlar kendi kendini idame ettirir çünkü hatalı/eksik geri bildirim ve şema bakımına yol açan 'kaygı programını' aktive eder.

Algılanan sosyal tehlike. Altta yatan inanç ve varsayımlardan etkilenen sosyal kaygılı insanlar, sosyal durumları tehlikeli olarak değerlendirmeye, kötü bir şekilde karşılaşacaklarına veya istenen performans standardını karşılayamayacaklarına dair tahminlerde bulunmaya eğilimlidirler. Bilişsel modele göre bu değerlendirmeler duygusal ve davranışsal tepkilere yol açar.

Somatik ve bilişsel belirtiler. Endişeli uyarılma, terleme, kızarma, titreme veya titrek bir ses gibi çok çeşitli bedensel duyumlara neden olur. Bütün bunlar, sosyal kaygılı bireyin başkaları tarafından olumsuz değerlendirilmesinden korkabileceği alanlardır. Sosyal kaygısı olan kişiler, öznel yoğunluklarını artırabilen bu semptomlara karşı aşırı derecede tetiktedirler. Bu duyumlar fark edildiğinde muhtemelen olumsuz olarak yorumlanırlar (örneğin, "Diğer insanlar kontrolsüz bir şekilde titreyen ellerimi fark edecek ve benim hakkımda kötü düşünecekler"), bu da artan bir korku döngüsüne ve somatik semptomların şiddetlenmesine yol açar (Clark 2001).

Davranış belirtileri. Güvenlik davranışları, olumsuz değerlendirme riskini azaltmayı amaçlayan eylemlerdir (Clark & Wells, 1995). Korkulan felaketin gerçekleşmemesi, sosyal kaygılı kişinin durumun daha önce inandıklarından daha az tehlikeli olduğu sonucuna varmasından çok, güvenlik davranışına atfedilir. Sosyal kaygıyı etkilediği düşünülen diğer davranışsal stratejiler şunları içerir:

Endişeye yol açan beklenti kaygısı. Clark & Wells, neler olabileceğini ayrıntılı bir şekilde gözden geçirerek, bireyin düşüncelerinin nasıl geçmiş başarısızlıkların anılarına, durumla ilgili olumsuz imajlarına ve nasıl performans göstereceklerine ilişkin olumsuz düşüncelere, tahminlere ve beklentilere nasıl odaklanabileceğini anlatıyor.

Olay sonrası işleme. Bazen 'ölüm sonrası' olarak tanımlanan bu durum, sosyal kaygısı olan kişilerin bir sosyal etkileşimi ayrıntılı olarak gözden geçirme sürecini tanımlar. Clark & Wells, postmortemin, bireyin duygularına ve olumsuz kendilik algılarına (kolayca erişilebilir buldukları) aşırı odaklanma ve karşılaşmanın tarafsız bir görüşüne görece odaklanma eksikliği nedeniyle önyargılı olabileceğini öne sürüyor. Bu önyargılı algı, yardımcı olmayan inanç ve varsayımları sürdürmeye hizmet edebilir.

Benliğin sosyal bir nesne olarak işlenmesi. Clark & Wells, sosyal kaygılı insanların kendileri hakkında olumsuz bir izlenim oluşturduklarını ve bunun, diğer

insanların onlar hakkında fark ettikleri ve düşündüklerinin doğru bir temsili olduğunu varsaydıklarını öne sürüyor. Bu kişisel izlenimi “zorlayıcı bir duygu” olarak tanımlıyorlar, ancak bu duyguya bazen fobilerin kendilerini sanki diğer insanların bakış açısından görebildikleri imgeler de eşlik ediyor. Sosyal kaygılı insanlar tetikleyici bir duruma maruz kaldıklarında, dikkat odakları içe doğru kayar ve performanslarını, duygularını, olumsuz düşüncelerini ve imgelerini ayrıntılı olarak izlemeye başlarlar (Clark 1997).

3.4.2. Rapee ve Heimberg’in Sosyal Anksiyete Modeli (1997)

Modelde sosyal anksiyete dereceli bir kavram olarak değerlendirilmektedir ve sosyal anksiyetenin düzeyi (SAB) belirtileri deneyimleyen bireylerin karşılaştıkları sosyal uyaranları ne derece tehlikeli ya da tehdit içeren bir uyaran olarak algıladıklarına göre değişmektedir (Rapee ve Heimberg, 1997). Bu algının oluşmasında ve bireylerin dikkatlerini tehlike yarattığı düşünülen uyaranlara yönlitmelerinde genetik faktörlerin, çevresel faktörlerin, ebeveyn tutumlarının vb. rolü olabileceği öne sürülmektedir. Bu algı bireylerin diğerleri tarafından olumsuz olarak değerlendirilecekleri algısını da beraberinde getirmektedir. Ayrıca SAB belirtileri deneyimleyen bireylerin bu “tehlikeli” dünyada başkaları tarafından kabul görmeyi oldukça ön planda tuttıkları varsayılmaktadır.

Rapee ve Heimberg’in (1997) sosyal anksiyeteyi açıklamaya yönelik olarak geliştirmiş oldukları bilişsel davranışçı model, Heimberg, Brozovitch ve Rapee (2010) tarafından güncellenmiş ve sosyal anksiyeteye ilişkin güncel bulgular modele entegre edilmiştir. Modele entegre edilen bileşenlerin ilkinin SAB belirtileri deneyimleyen bireylerin benliklerine yönelik geliştirmiş oldukları zihinsel temsillere ek olumsuz zihinsel imajların bu süreçlerde anlamlı yer tutuyor olması oluşturmaktadır (Hackman, Surawy ve Clark, 1998). Bu olumsuz zihinsel imajlar ise izleyicilerin bireylere ve performanslarına yönelik bakış açısını yansıtan imajlar olmaktadır (Hackman ve ark., 1998). Ayrıca modelin eski versiyonunda SAB belirtileri deneyimleyen bireylerin başkaları tarafından olumsuz değerlendirmeye ilişkin bir korku deneyimledikleri vurgulanırken, modelin güncellenmiş halinde SAB belirtileri deneyimleyen bireylerin sadece olumsuz değerlendirmeye değil aynı zamanda olumlu değerlendirmeye ilişkin de korku yaşanabildiğine işaret edilmektedir (Weeks, Heimberg, Rodebaugh ve Norton, 2008).

3.5.Dental Anksiyete Bozukluklarının Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin Uygulanışı

Gevşeme teknikleri: Artan kalp atış hızı, nefes darlığı, kas gerginliği ve terleme gibi dental kaygının fizyolojik bileşenleri, genellikle BDT protokolünün bir parçası olarak kullanılan gevşeme teknikleriyle etkili bir şekilde yönetilebilir. Örneğin, birçok insan endişeliyken hızlı nefes almaya başlar ve bu da başlarının dönmesine neden olabilir. Bu baş dönmesi hissi onları daha endişeli hale getirebilir ve daha hızlı nefes alabilir, bu da kaygı duygularını daha da artırabilir. BDT'de tipik olarak hasta hızlı nefes alırken tamamlayıcı bir teknik olarak kullanılan "kontrollü nefes alma", hastalardan sabit bir ritimle (örneğin nefes alıp verişlerini sayarak) yavaş ve derin nefes almalarının istendiği bir gevşeme tekniğidir. Diyaframlarını kullanarak (göğüs ve omuzların üstündeki kaslar yerine). Bu, nefes almayı düzenleyebilir ve dolayısıyla kaygıyı azaltabilir. BDT'ye yaygın olarak dahil edilen bir başka gevşeme tekniği, ilerleyici kas gevşemesidir. Bu gevşeme egzersizi, tüm vücut gevşeyip hasta kendini rahat hissedene kadar bir sonraki kas grubuna geçmeden önce önce birkaç saniye gerilen ve sonra gevşeyen kas gruplarına odaklanmayı içerir. Gevşeme, öğrenilmesi gereken ve bir hastanın yetkin hale gelmesi için zaman ve pratik gerektiren, diğerleri gibi bir beceridir. Hastaları bu beceriler konusunda eğitmek dişhekimleri muayenehanesinde nispeten basit ve verimli olsa da hastaların diş hekimliği prosedürleri sırasında bu becerileri etkili bir şekilde kullanabilmeleri için evde düzenli uygulama çok önemlidir. Sağlayıcıların, özellikle tedaviye ilk başlarken, hastalara bu becerilerin kullanımı konusunda koçluk yapmaları gerekebilir.

Dikkati başka yöne çekme: Bir hastanın dikkatini rahatsız edici bir prosedürden veya durumdan uzaklaştırmak, dikkati dağıtmanın amacıdır. Hastaya vücudunun ağzından başka bir yerine odaklanması (örneğin hastadan bacağını havaya kaldırmasını istemek) veya kendileriyle veya durumla ilgisi olmayan bir şeye odaklanması talimatı verilebilir. Örneğin, dikkat dağıtma teknikleri arasında müzik dinlemek, video oyunları oynamak veya TV ekranı izlemek veya zihinsel bir egzersiz yapmak (örneğin 100'den geriye doğru saymak, matematik problemleri çözmek, listeler yapmak, mutlu olayların ayrıntılarını hatırlamak) yer alabilir. Dikkat dağıtma, kısa prosedürler için yararlı bir tekniktir. Bununla birlikte, dikkat dağıtıcıya konsantre olmaya devam etmek zor olacağından, daha uzun durumlar için kullanımı sınırlıdır. Yetişkinlerde ve çocuklarda dental kaygıyı azaltmada hem dikkat dağıtma hem de gevşemenin etkili teknikler olduğuna dair kanıtlar

vardır. Oldukça yeni bir çalışma (Lahmann ve diğerleri 2008), kısa bir gevşeme tekniğini, dikkati dağıtmayı (müzik dinlemek) ve bir kontrol grubunu (gevşemeyi veya müzik dinlemeyi öğrenmeyenler) karşılaştırmak için randomize kontrollü bir deneme içermektedir. Lahmann ve arkadaşları (2008), gevşeme ve dikkat dağıtmayı kontrol grubuna kıyasla kaygıyı azalttığını bulmuşlardır. Gevşeme, oldukça endişeli olan bireylerde diş kaygısını azaltmada daha etkili görünmektedir. Dikkat dağıtma, orta derecede endişeli olan yetişkinler için etkili görünmektedir.

Artan kontrol ve öngörülebilirlik: Bir hasta kendini kontrolden çıkmış hissettiğinde ve bir diş prosedürünü durduramadığında, ne olabileceğinden emin olmadığında, en kötüsünün olacağından korktuğunda veya beklenmedik bir olay yaşadığında (örn. ağrı, sesler, görüntüler), diş kaygısı sonuç olması muhtemeldir. Tersine, diş hekimi, hastanın kontrol algısını artırarak ve belirsizliği en aza indirmek için bilgi sağlayarak ve diş prosedürleri için hazırlığa izin vererek bu kaygıyı azaltabilir. Diş hekimleri, hastaların kontrol algısını artırmak için, hastanın diş hekimine diş hekiminin yaptığı şeyi durdurması için işaret verebileceği (örneğin kolunu kaldırarak veya bir düğmeye basarak) dur sinyallerini kullanmaya teşvik edebilir. Dur sinyallerinin kullanımının dental kaygıyı azalttığı gösterilmiştir (Corah 1973). Ayrıca, sadece dur sinyallerinin mevcut olduğunu öğrenmek kaygıyı azaltmak için yeterlidir. Jackson ve Lindsay (1995) hastalara dur sinyallerinin kullanımını özetleyen bir broşür verdi. Bu kullanma talimatını okuyan hastaların (bazı kişilerin diş hekimini ziyaret etme konusunda endişeli olduklarını fark eden bir broşürün aksine) daha düşük kaygı düzeylerine sahip olduklarını bulmuşlardır. Bir hastanın kontrol algısı, ne kadar küçük görünürlerse görünsünler hastalara seçenekler sunularak da geliştirilebilir.

Söyle-göster-yap: Belirsizliği azaltmanın ve öngörülebilirliği artırmanın bir yolu, 'söyle-göster-yap' tekniğini kullanmaktır. Bu, ne olmak üzere olduğunun, hangi araçların kullanılacağı ve bunun nedenlerinin ('söyle' aşaması) bir açıklamasını ve ardından prosedürün bir gösterimini ('göster' aşaması) içerir. Daha sonra prosedürün yürütüldüğü 'yap' aşaması başlatılır. Bu genellikle çocuklarda kullanılır, ancak yetişkinler için de yararlı olabilir. Diş hekimleri arasındaki popülaritesine rağmen 'söyle-göster-yap' tekniğinin etkinliği konusunda çok fazla araştırma yapılmamıştır (Kent ve Croucher 1998).

Bilgi: Bilgi, dental kaygıya katkıda bulunabilecek yanlış kanıları ortadan kaldıracak ve bir dental randevu sırasındaki olayların öngörülebilirliğini artırabilir. Diş randevusunda ne olacağını açıklamak gibi hazırlık bilgilerinin etkileri üzerine yapılan araştırmalar karışık sonuçlar vermiştir. Folayan ve Idehen (2004), hazırlık bilgilerinin çocuklarda diş kaygısı üzerinde hiçbir etkisi olmadığını bulmuşlardır. Benzer şekilde, Olumide ve diğerleri tarafından yazılan bir makale (2009), hazırlık bilgilerinin diş kaygısı üzerinde hiçbir etkisi olmadığını bulmuştur. Bu çalışmalarda bulunan bilgilerin etkisinin olmaması, hazırlık bilgilerinin farklı türlerinin olmasından kaynaklanmış olabilir. Bilgi sağlamanın karışık etkileri, bilgi sağlama zamanlamasındaki (çok erken veya çok geç), bilgi miktarındaki (yani çok fazla veya çok az) veya kişilik faktörlerindeki farklılıklar nedeniyle de ortaya çıkmış olabilir. (Kent ve Croucher 1998).

Modelleme: Modelleme, bir bireyin başka bir bireyi gözlemleyerek nasıl davranacağını veya hareket edeceğini öğrendiği ve BDT'nin bir parçası olduğu öğrenme biçimini tanımlamak için kullanılan terimdir. Dental kaygı gözlem yoluyla öğrenilebildiği gibi, dental kaygı da kaygısız bir hastayı gözlemleyerek azaltılabilir. Bu nedenle, bir kişinin diş tedavisini ağrısız, sıkıntısız ve kaygısız bir şekilde başarılı bir şekilde gerçekleştirdiğini gözlemlemek, gözlemcide diş kaygısını azaltmaya yardımcı olabilir. Weinstein ve meslektaşları (2003), bir diş hekiminin diş enjeksiyonunun nasıl bir his olduğunu açıkladığı ve prosedürü durdurmak için bir el işareti önerdiği iki dakikalık bir videoyu izleyen 7 yaşlarındaki çocuklarda korkunun azalmasına yol açtığını bulmuşlardır. Modelin filme alınması yerine canlı olması (bazen in vivo olarak adlandırılır) modellemenin daha iyi çalıştığı gösterilmiştir. Modelin dental kaygılı hastaya benzerliği (yani benzer yaş ve cinsiyet) de önemlidir, çünkü muhtemelen hastanın modelle ilişki kurması daha kolaydır. Bununla birlikte, son araştırmalar aile üyelerinin de etkili modeller olabileceğini göstermiştir. Farhat-McHayleh, Harfouche ve Souaid (2009), annelerin canlı modellemesinin, babaların canlı modellemesinin ve dişhekimliği muayenehanesine ilk kez giren çocuklar için "söyle-göster-yap"ın etkilerini karşılaştırmışlardır. Anneler tarafından canlı modellemenin diş kaygısını azaltmada en etkili olduğunu bulmuşlardır (nabız monitörleri ile ölçüldüğü gibi).

Bellek gözden geçirme yaklaşımları: Diş hekimini ziyaret etme deneyimi, çevre ve sağlık profesyonelleri ile bireyin duruma karşı bilişsel ve duygusal tepkilerini belirlemede güçlü bir rol oynayan etkileşimler açısından görülebilir. Pickrell ve arkadaşları (2007),

dental kaygının yönetiminde hafızayı yeniden yapılandırma müdahalesinin etkili bir şekilde kullanıldığını göstermiştir. Müdahale dört bileşenden oluşuyordu. İlk olarak, diş tedavisi sırasında gülümseyen çocukların daha önce çekilmiş fotoğrafları, diş hekimliği deneyiminin olumlu yönleri hakkında görsel bir hatırlatma olarak her çocuğa geri gösterildi. İkinci olarak, çocuklara diş randevusunu ne kadar iyi hallettiklerini ebeveynlerine nasıl açıklayacakları soruldu. Üçüncü olarak, çocuklardan davranışlarının iyi bir örneğini hatırlamaları istendi (örneğin, 'Ağzımı açık tutarak diş hekimine yardım ettim'). Bu, nihai bileşen olan bir başarı duygusuyla sonuçlandı. Bu müdahalenin ayırt edici özelliği, diş işleminden sonra uygulanmasıdır. Bu, özellikle diş randevusu sırasında olumsuz olayların meydana geldiği klinik durumlarda yardımcı olacaktır (Pickrell ve ark. 2007).

Önleme: Yukarıdaki teknikler, halihazırda dental açıdan endişeli olan hastalara nasıl yardımcı olunacağına odaklanmıştır. Bununla birlikte, mümkün olduğunda, bir hastanın en başta kaygılı hale gelme olasılığını en aza indirmek elbette idealdir. İnvaziv tedavilere (örneğin, restoratif, çekimler) olan ihtiyacı azaltarak, bir kişinin diş ziyareti sırasında hoş olmayan bir olay yaşama ve dolayısıyla gelecekteki ziyaretler hakkında endişelenme olasılığı da azalır. Yeterli ağız hijyeni, su florlama ve iyi bir diyet önerilir. Dental ortam, hasta ve diş hekimi arasında güvene dayalı bir ilişki ve iyi bir iletişim ile güvenli olarak görülmelidir.

Dental anksiyete bozukluklarının tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisinin uygulanışı aşağıdaki aşamaları içermektedir;

Birinci grup seansı grubun sürekliliği için en kritik seanstır. Aralarında belki de yeni insanlarla tanışmaktan korkan danışanların ilk defa kendilerini tanıtacakları ve konuşacakları seans birinci seanstır. Danışanlar ilk seans sırasında ve sonrasında anksiyete yaşayabilir veya sonrasında günlerce seans hakkında düşünebilir. Terapistin ilk seansta en çok dikkat etmesi gereken konu, ilk seanstaki her durumun danışanlar için sosyal anksiyeteyi tetikleyebileceği ve danışanların gruba katılım sağlamada güçlükler yaşayabilecek olmalarıdır. Terapist bu durumlar karşısında anlayışlı bir tutum sergilemelidir (Heimberg ve Becker, 2002: 150). Birinci seans tanışma ile başlar. Terapist önce kendini tanıtır. Bu tanışma grubun bağlılığını kuvvetlendirmek için kişisel bilgi de içerebilir. Ardından danışanlar kendileri hakkında az ya da çok bilgi verirler. Eğer

danışanlardan biri veya birkaçı kendileri hakkında bilgi veremiyorsa terapist danışanı diğer danışanlara tanıtır ve bilinmesi gereken bazı bilgileri diğer danışanlara aktarır (Türkçapar, 2015: 106). Tanışma bölümünden sonra grubun kuralları tartışılır ve grup kuralları belirlenir. Bu kurallar gerekirse yazılı olarak da verilebilir. Devamlılık, dakiklik, ödev yapımı, gruba katılım ve gizlilik her grupta önceden belirlenen grup kurallarıdır. Bu kurallar zorunluluktan ziyade tedavi gerekliliği olarak grup üyelerine aktarılmalıdır (Sank ve Shaffer, 2012: 35-36). Danışanların kendilerini tanıtır kurallar konuşulduktan sonra her bir danışandan tekrar grupta bulunma nedenleri, yaşanan soruların duygulanımı nasıl etkilendiği ve tedaviden beklentileri yani sorun ve amaçları öğrenilir. Danışanların anksiyetelerini tetiklememek için bu paylaşım kendilerini tanıttıkları sıradan farklı bir sıra ile yapılır. Bu süreçte terapist yeterli bilgi alamadığı durumlarda danışanlara anksiyeteleri ile ilgili sorular sorar ve bilgi almaya çalışır (Heimberg ve Becker, 2002:154). Sonrasında, danışanlara sosyal anksiyetenin bilişsel davranışçı modeli hakkında bilgi verilir. Bilgi verilirken özellikle danışanın otomatik düşünceleri, inançları ve bunların davranışsal, fizyolojik ve duygusal sonuçları üzerinde durulur. Bilişsel davranışçı model anlatılırken terapist, grup üyelerinde anksiyete yaratan durumları kullanır. Ardından terapist grup üyelerini bilişsel yeniden yapılandırma, seans içi maruz bırakma ve ev ödevlerini (yerinde maruz bırakma ve otomatik düşünce bulma gibi) kapsayan tedavi teknikleri hakkında bilgilendirir. Birinci seansın sonunda terapist grup üyelerine seans dışı uygulama için ev ödevi verir. Bilişsel yeniden yapılandırmanın uygulanabilmesi için ödev genellikle otomatik düşünceleri gözlemleme ve kaydetme formunun doldurulmasıdır. Ayrıca, grup terapisi için kaynak kitap kullanılacaksa üyelerden kitabı edinmeleri ve sorunları hakkında detaylı bilgi alabilecekleri bölümlerin okunması istenir (Heimberg ve Becker, 2002: 173).

İkinci seansın başında danışanlara önceki hafta verilen otomatik düşünceleri gözlemleme ve kaydetme formlarına bakılarak ödev kontrolü yapılır. Ödev yapılırken varsa karşılaşılan zorluklar tartışılır ve danışanlara geri bildirim verilir. Ödev kontrolü tamamlandıktan sonra üyelere otomatik düşüncelerindeki bilişsel çarpıtmaları bulmaları öğretilir. Bu süreçte danışanlara bilişsel çarpıtmaların yazılı olduğu bir kağıt verilerek yardımcı olunabilir (Gümüş, 2010: 50-51). Bu seansın amacı danışan deneyimlerinden yararlanarak bilişsel yeniden yapılandırma becerilerinin kazandırılmasıdır. Bu yüzden, otomatik düşünceler belirlendikten sonra danışanlardan durum hakkında ne hissettikleri

ve sonrasında ne yaptıkları konusunda bilgi alınır, otomatik düşüncelerine alternatif düşünce oluşturmaları istenir. İkinci seans danışanlara onların seans içi maruz bırakmaya hazırlanması ve ödev verilmesi ile sonlanır. Seans içi maruz bırakma çalışması üçüncü seansta başlar ve çoğu danışan için zorlu bir süreçtir. Bu yüzden, ikinci seansın sonunda danışanlara sonraki seansın genel hatları hakkında bilgi verilir. Ödev ise, anksiyete yaratan durumları ve otomatik düşünceleri kaydetme ile bilişsel çarpıtmalarını bulmayı içeren bilişsel yeniden yapılandırma uygulamasıdır (Heimberg ve Becker, 2002: 199-200). Üçüncü seansın temel hedefi önceki bölümde bahsedildiği gibi seans içi maruz bırakma çalışmalarını uygulamaktır. Ancak, bundan önce yapılması gereken üç görev vardır: a) danışanlara, varsa seans öncesi formların doldurulması, b) ikinci seans sonunda verilen ödevler hakkında geri bildirim alınması ve c) maruz bırakma ile ilgili formların sunulması.

Üçüncü seans ve sonrasındaki sekiz seans (11. seansa kadar) boyunca uygulanacak ana şablon aşağıdaki gibidir:

- Ev ödevlerinin kontrolü,
- Seans içi maruz bırakma,
- Bilişsel hazırlık,
- Maruz bırakma uygulaması,
- Bilişsel sorgulama,
- Takip eden hafta için ödevlendirme.

On ikinci seans son seans olması bakımından önemlidir. Bu seans içinde de birkaç tane maruz bırakma çalışması yapılabilir ancak, diğerlerinden farklı olarak danışanları gerçek yaşam koşullarına hazırlayacak şekilde olmalıdır.

BÖLÜM 4: GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın modeli, evren ve örneklem, veri toplama araçları, verilerin toplanması ve verilerin analizi üzerinde durulmuştur.

4.1. Araştırmanın Modeli

Bilişsel davranışçı terapi (BDT) ile çalışılan grubun dental anksiyete düzeylerinde değişim oluşup oluşmadığının araştırıldığı bu çalışmada, nicel araştırma desenlerinden gerçek deneysel model kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmada belirlenen çalışma ve kontrol grubuna ön-test ve son-test yapıldıktan sonra sonuçlar karşılaştırılmıştır.

Deneysel işlem olarak deney grubuna 8 seans süren bilişsel davranışçı grup terapisi içerikli grupla psikolojik danışma programı uygulanmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkeni bilişsel davranışçı grup terapisi programıdır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri ise dental anksiyete, sağlık anksiyetesi ve depresyondur. Bağımlı değişkenleri ölçmeye yönelik ölçme araçları ise işlem öncesinde ve sonrasındaki testlerde her iki gruba da uygulanmıştır. Bu sayede deneysel işlemin (bilişsel davranışçı grup terapisi) yukarıda belirtilen değişkenler üzerindeki etkililiği tespit edilmeye çalışılmıştır.

Çalışmaya dahil edilen hastalar çalışmaya gönüllülük esasıyla dahil edilmişlerdir. Çalışma öncesinde katılımcılara aydınlatılmış onam formu verilmiştir. Araştırma sırasında hastalardan edilen kişisel bilgiler gizli tutulacaktır. Çalışmadaki hastaların sosyal değerleri dikkate alınmıştır.

4.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini; İstanbul ilinde özel diş kliniklerine başvuran 18-35 yaş arası yetişkin 125 hasta oluşturmaktadır. Araştırma 10.08.2022-01.01.2023 tarihleri arasında yürütülmüş ve araştırmada yer alan hastalara Corah Dental Anksiyete Skalası (C-DAS) anket olarak uygulanmıştır. Anket sonucuna göre anksiyete seviyesi en yüksek 30 kişi belirlenmiştir. Bunlardan 10 kişiye 8 seans olarak yapılandırılmış bilişsel davranışçı grup terapisi online bir platform olan Zoom üzerinden uygulanmıştır. Diğer 10 kişiye herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Araştırmada veri toplama araçları olarak “Kişisel Bilgi Formu” , “Dental Anksiyete Skalası” , “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” , “Beck Anksiyete Ölçeği” ve “Beck Depresyon Ölçeği” kullanılmıştır.

Tablo 1
Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri (n=120)

		n	%
Yaş (yıl)	18-22	11	8,8
	23-26	28	22,4
	27-30	28	22,4
	31-35	58	46,4
Cinsiyet	Kadın	88	29,6
	Erkek	37	70,4
Eğitim Durumu	İlkokul mezunu	1	0,8
	Lise mezunu	14	11,2
	Üniversite	76	60,8
	Yüksek lisans	34	27,2
	Diğer	0	0,0
Birlikte yaşanan kişi	Ebeveynleri ile	38	30,4
	Yakınlar(ev arkadaşı, partner vs ..)	11	8,8
	Eş ve çocuklarıyla	51	40,8
	Yalnız	25	20,0
	Diğer	0	0,0
Kardeş sayısı	Kardeşi yok	0	0,0
	Bir kardeşi var	11	8,8
	İki kardeşi var	65	52,0
	Üç kardeşi var	28	22,4
	Dört ve üzeri kardeşi var	21	16,8
Çalışma Durumu	Çalışıyor	103	82,4
	Çalışmıyor	22	17,6
Medeni Durum	Bekâr	74	59,2
	Evli	51	40,8
Hanehalkı aylık toplam gelir durumu	0-5000 tl	12	9,6
	5000-10000	43	34,4
	10000-25000	39	31,2
	20000-30000	17	13,6
	30000 ve üzeri	14	11,2
Doktor kontrolünde veya düzenli ilaç kullanılan bir kronik hastalık varlığı	Evet	25	20,0
	Hayır	100	80,0
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	Evet	35	28,0
	Hayır	90	72,0
Psikolojik tanı varlığı	Evet	23	18,4
	Hayır	102	81,6
Diş hekimine gitme sıklığı	Altı ayda bir düzenli olarak kontrole giderim	19	15,2
	Senede bir düzenli olarak kontrole giderim	12	9,6
	Şikâyetim olursa kontrole giderim	83	66,4
	Daha önce hiç gitmedim	0	0,0
	Dayanamayacağım kadar ağrım olursa kontrole giderim	13	10,4
Daha önce psikoterapi alma durumu	Evet	50	40,0
	Hayır	75	60,0
Diş hekimi tedavisinde veya sonrasında olumsuz bir deneyim yaşama durumu	Evet	43	34,4
	Hayır	82	65,6
Tedavi sonrası yaşanan deneyim (n:58)	Ağrı	48	38,4
	Kanama	12	9,6
	Şişlik	20	16,0
	His Kaybı	4	3,2
	Diğer	4	3,2

Diş tedavisinde yapılan işlemler,	Çekim	96	76,8
	Dolgu	103	82,4
	Kanal Dolgusu	62	49,6
	Diş taşı temizliği	68	54,4
	Protez	13	10,4
	Diğer (implant, diş teli, ortodonti v.b.)	15	12,0
Diş fırçalama sıklığı	Fırçalamam	0	0,0
	Düzensiz	9	7,2
	Günde 1 kez	33	26,4
	Günde 2 kez	74	59,2
	Gün içinde 3 ve üzeri	9	7,2
Diş fırçası dışında hijyen için kullanılan yöntemler,	Diş ipi	58	46,4
	Arayüz fırçası	17	13,6
	Dil temizleyici	18	14,4
	Diğer	10	8,0
	Kullanmıyorum	45	36,0

Tablo 1'e göre;

Çalışmada yer alan hastaların sosyo-demografik özellikleri gösterilmektedir. Çalışmada yer alan hastaların %8,8'i (n:11) 18-22 yaş aralığında yer alırken, %22,4'ü (n:28) 23-26 yaş aralığında, %22,4'ü (n:28) 27-30 yaş aralığında ve %46,4'ü (n:58) 31-35 yaş aralığında yer aldıkları gözlenmiştir. Hastaların %29,6'u (n:88) kadinken, %70,4'ü (n:37) erkektir.

Çalışmadaki hastaların %0,8'inin (n:1) ilköğretim mezunu, %11,2'sinin (n:14) lise mezunu, %60,8'inin (n:76) üniversite mezunu ve %27,2'sinin (n:34) yüksek lisans mezunu oldukları saptanmıştır.

Çalışmadaki hastaların %30,4'ünün (n:38) ebeveynleri ile yaşadıkları, %8,8'inin (n:11) yakınlarıyla yaşadıkları (ev arkadaşı, partner vb), %40,8'inin (n:51) eş ve çocuklarıyla yaşadıkları ve %20'sinin (n:25) yalnız yaşadıkları tespit edilmiştir.

Çalışmadaki hastaların %8,8'inin (n:11) bir kardeşinin bulunduğu, %52'sinin (n:65) iki kardeşinin bulunduğu, %22,4'ünün (n:28) üç kardeşinin bulunduğu ve %16,8'inin (n:21) dört ve üzerinde kardeşinin bulunduğu saptanmıştır.

Çalışmadaki hastaların %82,4'ünün (n:103) çalıştıkları, %59,2'sinin (n:74) bekar ve %40,8'inin (n:51) evli oldukları, en çok %34,4'ünün (n:43) 5000-10000 arası ve %31,2'sinin (n:39) 10000-25000 gelire sahip oldukları, %20'sinin (n:25) doktor kontrolünde düzenli ilaç kullandığı kronik bir hastalığının bulunduğu gözlenmiştir.

Çalışmadaki hastaların %28'inin (n:35) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunurken, %18,4'ünün (n:23) kendisinin psikiyatrik bir hastalığının bulunduğu belirlenmiştir.

Çalışmadaki hastaların %66,4'ünün (n:83) şikayeti olursa diş hekimine gittikleri, %15,2'sinin (n:19) altı ayda bir düzenli olarak diş hekimine kontrole gittikleri gözlenmiştir.

Çalışmadaki hastaların %40'ı (n:50) daha önce psikoterapi aldıkları, %34,4'ünün (n:43) diş hekimi tedavisinde veya sonrasında olumsuz bir deneyim yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Hastaların tedavi sonrası yaşadıkları olumsuz deneyimler incelendiğinde; %38,4'ünde (n:48) ağrı, %9,6'sında (n:12) kanama, %16'sında (n:20) şişlik, %3,2'sinde (n:4) his kaybı ve %3,2'sinde (n:4) diğer olumsuz deneyimler yaşamışlardır.

Çalışmada yer alan hastaların diş tedavisinde en çok yaptırdıkları işlemler incelendiğinde; %76,8'inin (n:96) çekim, %82,4'ünün (n:103) dolgu, %49,6'sının (n:62) kanal dolgusu, %54,4'ünün (n:68) diş taşı temizliği, %10,4'ünün (n:13) protez ve %12'sinin (n:15) diğer (implant, diş teli, ortodonti v.b.) diş tedavi türlerini yaptırdıkları gözlenmiştir.

Çalışmadaki hastaların diş fırçalama sıklıkları incelendiğinde; %7,2'sinin (n:9) düzensiz fırçaladıkları, %26,4'ünün (n:33) günde 1 kere fırçaladıkları, %59,2'sinin (n:74) günde 2 kere fırçaladıkları, %7,2'sinin (n:9) gün içinde 3 ve üzeri diş fırçaladıkları tespit edilmiştir.

Hastaların diş fırçalama dışında hijyen için kullandıkları yöntemler incelendiğinde; %46,4'ünün (n: 58) diş ipi kullandıkları, %13,6'sının (n:17) arayüz fırçası kullandıkları, %14,4'ünün (n:18) dil temizleyici kullandıkları, %8'inin (n:10) diğer yöntemleri kullandıkları ve %36'sının (n:45) herhangi bir yöntem kullanmadıkları saptanmıştır.

4.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın veri toplama aracı 4 bölümden oluşmaktadır. Bu bölümler “Kişisel Bilgi Formu” , “Dental Anksiyete Skalası” , “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” , “Beck Anksiyete Ölçeği” ve “Beck Depresyon Ölçeği” olup, bölümlere ilişkin bilgiler alt başlıklar halinde sunulmuştur.

4.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan formda 22 madde yer almaktadır. Bu maddeler ile örneklemin, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, birlikte yaşanan kişi, kardeş sayısı, çalışma durumu, medeni durum, hanehalkı aylık toplam gelir durumu, kronik hastalık varlığı,

daha önce psikoterapi alma durumu, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, diş hekimine gitme sıklığı, diş tedavisinde yapılan işlemler, diş hekimi tedavisinde veya sonrasında olumsuz bir deneyim yaşama durumu, tedavi sonrası yaşanan deneyim, diş fırçalama sıklığı, ve diş fırçası dışında hijyen için kullanılan yöntemler, özelliklerine ulaşılmıştır.

4.3.2. Ağız Sağlığı Verileri (Dental Anksiyet Skalas)

Corah Dental Anksiyete Skalas- C-DAS (Corah Dental Anxiety Scale-CDAS); Corah'ın (1978) geliştirmiş olduğu, Dental Anksiyete Skalas, diş ile ilgili girişimlerde kişilerin kendilerini ne kadar endişeli ve kaygılı hissettiklerini ölçmeye yönelik 4 maddeden oluşan, beşli likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 20, en düşük puan ise 4'tür. Puanın yüksek olması kişinin yüksek anksiyeteye sahip olduğunu göstermektedir. Dört soruya verilen puanların toplanması ile elde edilen toplam dental anksiyete puanı, düşük anksiyete (4-11 puan) ve yüksek anksiyete (12-20 puan) olarak iki grupta değerlendirilmiştir. Düşük anksiyete grubu 2 alt gruba (4-7 puan=hiç anksiyetesi olmayanlar, 8-11 puan=çok az anksiyetesi olanlar), yüksek anksiyete grubu ise 3 alt gruba (12-14 puan=anksiyetik, 15-16 puan=çok anksiyetik, ≥ 17 puan=aşırı anksiyetik) ayrılmıştır. Genel olarak çalışmalarda toplam puanı 12 ve üzerinde olanlar anksiyetik, 15 ve üzerinde olanlar ise yüksek anksiyeteli kişiler olarak kabul edilmiştir.

4.3.3. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği-Kısa Form

Salkovskis ve arkadaşları (2002) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından 2013 yılında yapılmıştır. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği 18 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Araştırmada "Sağlık Anksiyetesi" ölçeğinde yer alan ifadeler "Sağlığım ile ilgili endişelenmem, nadiren endişelerim, çok sık endişelenirim, her zaman endişelenirim" gibi dördü derecelendirmeler şeklindedir. Katılımcılardan son bir ay içerisinde kendilerine en yakın buldukları ifadeleri işaretlemeleri istenmiştir. "Ölçeğin puanlaması her bir maddede 0-3 arasındadır ve yüksek puan yüksek düzeyde sağlık anksiyetesini göstermektedir. Ölçekteki dört seçenekli ilk 14 madde kişilerin sağlıklarına ilişkin duygu ve düşüncelerini sorgulayan bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı boyutunu, kalan 4 maddelik kısım ise kişilerin ciddi bir hastalığa sahip olduklarını varsaydıklarında nasıl hissedeceklerini değerlendiren hastalığın olumsuz sonuçları boyutunu oluşturmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı çalışma grubu için 0,81 ve kontrol grubu için 0,78 olarak hesaplanmıştır.

4.3.4. Beck Anksiyete Ölçeği

Ölçek Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen ölçek bireyin yaşadığı kaygı belirtilerinin yaygınlığını ölçmektedir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır. Öz bildirime dayalı olan ölçek, 21 maddeden oluşmakta, her madde 0 ile 3 arasında puanlanmakta ve toplam puan 0 ile 63 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı kaygının şiddetini göstermektedir. Ulusoy ve arkadaşları (1998) ölçeğin iç tutarlılık katsayısını 0,93 olarak hesaplamıştır. Mevcut araştırma kapsamında ölçeğin Cronbach Alfa değeri çalışma grubu için 0,77 ve kontrol grubu için 0,74 olarak hesaplanmıştır

4.3.5. Beck Depresyon Ölçeği

Beck ve arkadaşlarının 1978 yılında geliştirdiği Beck Depresyon Envanteri, depresyon sırasında görülen güdüsel, bilişsel, duygusal ve vejetatif belirtileri ölçer (Savaşır ve Şahin, 1997). Beck Depresyon Envanteri 21 maddeden oluşan bir öz değerlendirme ölçeğidir (Savaşır ve Şahin, 1997). Her maddeye 0 ve 3 arası puan verilmiş, ölçekten elde edilebilecek en yüksek puan 63, en düşük puansa 0 şeklinde hesaplanmıştır. Toplam puanın yüksek oluşu depresif belirti düzeyinin gösterir. Ölçekten alınan 0-9 puan minimal, 10-16 puan hafif, 17-29 puan orta, 30-63 puan şiddetli düzeyde depresyonu göstermektedir (Savaşır ve Şahin, 1997). 1978'de Beck ve arkadaşlarının geliştirdiği Beck Depresyon Envanteri'ni Hisli (1989), Türkçe'ye çevirmiştir. Hisli (1989) tarafından uygulanan ölçeğe ait güvenirlik incelemesi sonucunda, 259 üniversite öğrenciyle yapılan iki yarım testin güvenirlik katsayısı 0,74 şeklinde bulunmuştur. Hisli (1989) yine poliklinik hastaları ile yaptığı güvenirlik geçerlik incelemesi dahilinde Beck Depresyon Envanteri'nin kesme noktalarını irdeleyerek, ölçüm sonrası elde edilen 17 ve üzeri puanın, tedaviye gerek duyulacak depresyonun ayırt edilme derecesini %90 doğrulukla elde edebildiği sonucuna varmıştır. Mevcut araştırma kapsamında ölçeğin Cronbach Alfa değeri çalışma grubu için 0,79 ve kontrol grubu için 0,76 olarak hesaplanmıştır.

4.4. Verilerin Toplanması

4.4.1. Tarama Çalışması

Çalışmaya dahil edilen 18-35 yaşa aralığındaki 125 hastaya öncelikle Corah Dental Anksiyete Skalası (C-DAS) anket olarak uygulanmıştır. Anket sonucuna göre anksiyete seviyesi en yüksek 30 kişi belirlenmiştir. İlk taramadan Dental anksiyete skoru 12-20 arası olanlar yüksek kabul edilmiştir. Tarama sonucunda dental anksiyetesi yüksek 30

kişiden sadece 20'si çalışmaya katılmayı kabul etmişlerdir. Bunlardan 10 kişiye 8 seans olarak yapılandırılmış bilişsel davranışçı grup terapisi online bir platform olan Zoom üzerinden uygulanmıştır. Diğer 10 kişiye herhangi bir uygulama yapılmamıştır.

4.4.2. Online Grup Çalışması

Araştırmacı tarafından BDT temelli yarı-yapılandırılmış formda hazırlanmış olup katılımcılar ile yapılmıştır.

Grup çalışmasında, Corah Dental Anksiyete Skalası (C-DAS)'dan ortalamanın üstünde puan alanlar yer almıştır. Grup çalışmasına, bilişsel davranışçı grup terapisi online bir platform olan Zoom üzerinden araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Çalışma için seçilen 30 kişiden 10'u grup çalışmasına alınmıştır. Diğer 10 kişi kontrol grubuna seçilmiştir ve araştırma sırasında kontrol grubuna herhangi bir uygulama yapılmamıştır.

Bilişsel davranışçı tekniklerle hazırlanan grup terapisi 8 seans sürmüştür. Seans süreleri 90 dakika ile yapılandırılmıştır. Katılım için en uygun zaman olduğu katılımcıya sorularak öğrenilmiştir. Çalışmanın bitiminde çalışma ve kontrol grubundaki hastalara bireysel seansta verilen ölçekler tekrar uygulanarak son test ölçümleri alınmıştır.

Her grup oturumunun ortak noktası, oturumlardan sonra grup üyelerinin o günkü oturum ile ilgili izlenimlerinin alınması ile oturumlar sırasında elde ettikleri kazanımların günlük yaşama nasıl uyarlanabileceğinin tartışılması biçiminde gerçekleşmiştir. Ayrıca, tüm hastaların bir sonraki grup oturumuna o hafta diş hekimi kontrole gidecekmiş gibi düşünüp bunun ile ilgili verilecek otomatik düşünceleri yazmaları istenmiş ve her oturumun başında bu yaşantıların paylaşılmasına çalışılmıştır.

Seansların içeriği

Yapılacak seansların ana hedefleri ve bu hedeflere yönelik uygulamalar özetlenmiştir.

Grup çalışma öncesi bireysel tanışma seansı;

Hedefleri

- Danışanla tanışma ve değerlendirme
- Danışanı Dental Anksiyete Grup Çalışmasıyla ilgili bilgilendirme

- Terapist; danışanı tanımak, danışanın şu andaki problemini, geçmiş öyküsünü, işlevselliğini ve beklentilerini değerlendirerek grup terapisine uygun olup olmadığına karar verebilmek için danışanla bireysel ön görüşme yapılmıştır.

1.Grup seansı

Hedefleri: Bu seansın genel amacı programının amacını tanıtmak, grubun içeriği ve yapısı hakkında bilgi vermektir.

1. Tanışma: İlk seansın başında, grup üyelerinin birbirleriyle tanışmalarını sağlamak ve grup bağlılığını oluşturmak için tanışma ile başlangıç yapılmıştır.

2. Danışanları programın amacı, süresi ve içeriği hakkında bilgilendirme: Terapiyi yapan araştırmacı grup çalışmasının amacının, dental anksiyete düzeyini daha az ve kontrol ederek yaşamalarını sağlamak olduğunu anlatır. Grubun, haftada 1 kez 90 dakikalık süreyle 8 hafta boyunca toplanacağı bilgisini verir.

3. Grup kurallarının tartışılması ve belirlenmesi: Terapist, grupta uyulması gereken kuralları belirtir. Grupta konuşulanların grup içinde kalmasının gizlilik ilkesine, üyelerin birbirini eleştirmemesi gereğinin saygı ilkesine, verilen ödevlerin yapılmasının, seanslara zamanında ve düzenli gelinmesinin sorumluluk ilkesine uyulması anlamına geldiği anlatır. Terapist, grup üyelerinin önerdikleri başka kurallar olup olmadığını sorar. Grup kurallarının yazılı olduğu bir e-form hazırlanır, üyelerin okuyarak onaylaması sağlanır.

4. Hedef belirleme: Terapist, grup üyelerinin kişisel hedeflerini anlatmalarını teşvik eder. Bu sayede üyelerin, hedeflerini anlatarak birbirlerini kişisel hedeflerine ulaşmaları konusunda cesaretlendirmeleri amaçlanır.

5. Üyeleri bilişsel davranışçı terapi ile tanıştırma, psikoeğitim verme: Terapist, danışanlara bilişsel davranışçı terapi hakkında bilgi verir, sürecin nasıl ilerleyeceğinin özetini yapar. Katılımcıların verdiği örneklerle bilişsel davranışçı terapi açıklanır. Terapi sürecinde ‘biliş’ , ‘davranış’ , ‘düşünce’ , ‘otomatik düşünce’ , ‘temel inançlar’ , ‘irrasyonel ve rasyonel düşünceler’ nelerdir ? Bunlar hakkında bilgi verilir.

Arada ne anladıklarını görmek amacı ile kendi sözcükleriyle öğrendiklerini ifade etmeleri istenir. Terapist bu sayede danışanların otomatik düşüncelerinin farklı duyuşal formları olabileceği konusunda bilgilendirerek, bunları fark edebilmesine yardımcı olur.

6. Özetleme, geribildirim: Seansta öğrenilenler özetlenir. Öğrendikleri konularda önemli noktalara değinmeleri istenir. Danışanlardan geribildirim alarak seans bitirilir.

2.Grup seansı

1. Geçen haftanın kısaca değerlendirilmesi
2. Dental anksiyetenin ne olduğunun anlatılması
3. Dental anksiyete ilgili yaşanan kaygı durumlarının ifade edilmesi
4. Gevşeme eğitimi: Kaygı anlarında, kaygıyı hafifletme amaçlı doğru nefes alma ve gevşeme egzersizleri öğretilir.
5. Ev çalışmalarını belirleme: Farkındalığı arttırma, düşüncelerinin farkına varma ve düşünceleri test etme amaçlı olarak ev ödevlerinden ve ev ödevlerinin gerekliliğinden bahsedilir. Danışanların o hafta diş hekimi kontrole gidecekmiş gibi düşünüp bunun ile ilgili verilecek otomatik düşünceleri inceleme formunu doldurmaları istenir.
6. Özetleme, geri bildirimler:

3.Grup seansı

1. Ev çalışmalarının gözden geçirilmesi:
2. Düşünce kayıt formunun anlaşılması: Düşünce, duygu ve davranış arasındaki bağlantılar örneklerle açıklanır. Durum, duygu ve düşünceleri ayırt ederek, düşüncelerin duygu ve davranışları nasıl etkilediğine bakılır. Bu doğrultuda danışanlardan kayıt formundan örnekler paylaşmaları istenerek, düşünce kayıt formunu incelemeyi öğrenmeleri sağlanır. Böylece yaşadıkları kaygı durumlarını kaydetmelerine yardımcı olunur.
3. Otomatik düşüncelerin belirlenmesi ve tanımlanması: Otomatik düşüncelerin nasıl belirleneceği anlatılır. Otomatik düşüncelerin belirlenmesinin, dental kaygı duygusunu anlamaya yardımcı olacağı anlatılır
4. Ev çalışmalarının belirlenmesi: Danışanlardan bir sonraki haftaya kadar diş hekimlerine gidip muayene olmadan, bekleme salonunda 30 dk kadar beklemeleri istenir. Düşünce kayıt formlarını öncesi, bekleme anı ve sonrası olmak üzere doldurmaları istenir.
5. Özetleme, geri bildirimlerin alınması ve geri bildirimlerin verilmesi.

4.Grup seansı

1. Ev çalışmalarının gözden geçirilmesi
2. Otomatik düşüncelerin ve en etkin düşüncelerin belirlenmesi
3. En etkin düşüncelere karşı kanıt toplamanın açıklanması ve uygulanması: Böylece grubun, dental kaygı ilgili problemleri düşünceleri değerlendirmeye başlamaları

hedeflenir. Grubun, belirlenen otomatik düşüncelerin en etkin düşünce olup olmadığını, yaşanan duyguyu en iyi şekilde açıklayıp açıklamadığını tartışarak birbirlerine yardımcı olmaları sağlanır. En etkin düşünceyi bulduktan sonra, bu düşünceyi destekleyen ve desteklemeyen kanıtların bulunmasına yönelik beceri geliştirilir. İnançların tamamen doğru olmadığını gösteren kanıtlar bulunarak, dental anksiyetenin yoğunluğunu azaltmaya yardımcı olması hedeflenir.

4. Ev çalışmalarının belirlenmesi: Danışanlardan bir sonraki haftaya kadar diş hekimlerinden muayene randevusu almaları, sadece muayene olmaları eğer varsa gerekli işlemlerin belirlenmesi istenir. Dental işlem yaptırması gerekenlerden, hekimleri ile planlama yaparak, yapılması gereken işlem ya da işlemler ile ilgili bilgi almaları istenir. Düşünce kayıt formlarını öncesi, bekleme anı ve sonrası olmak üzere doldurmaları istenir.

5. Özetleme, geri bildirimlerin alınması ve geri bildirimlerin verilmesi

5. Grup seansı

1. Ev çalışmalarının gözden geçirilmesi

2. Kanıt toplamanın açıklanması ve netleştirilmesi: Bir önceki hafta muayene sonucu dental işlem yaptırması gerekenlerden gönüllü olanlar ile yapılması gereken işlem ya da işlemler ile ilgili düşünsel-duygusal rol oynama tekniği uygulanır. Bu teknik ile dental tedavi hakkında işlevsiz olan düşünceler tekrardan gözden geçirilir ve karşı kanıtlar bulunarak danışanların becerilerinin artırılması hedeflenir.

3. Ev çalışmasının belirlenmesi: Ağızda işlem yapılması gerekenlerden bir sonraki haftaya kadar işlemi yaptırmak ile ilgili düşünce kayıt formunu doldurmaları istenir.

4. Özetleme, geribildirim alınması ve geribildirim verilmesi

6. Grup seansı

1. Ev çalışmalarının gözden geçirilmesi

2. Alternatif düşünce belirleme: Bu seansta alternatif ve gerçekçi düşüncelerin açıklanarak anlaşılmasının sağlanmasına çalışılır.

3. Gerçekçi düşünce belirleme: Danışanların alternatif ya da gerçekçi düşüncelerini, grup desteği ile pratik etme fırsatı bulabilmesi için danışanların örneklerinin tamamlanması sağlanır. Alternatif ya da gerçekçi düşünceler yazıldığında danışanlar bireysel olarak bu ifadeler ne kadar inandıklarını ölçerler. Amaç, grubun alternatif ya da

gerçekçi düşüncelerinin kısmen ya da tamamen inanılır olduğunu düşündüklerinde dental anksiyete duygularında değişiklik yaşayacak olmalarıdır.

4. Ev çalışmasının belirlenmesi: Ağızda işlem yapılması gerekenlerden bir sonraki haftaya kadar kendilerini hazır hissediyorlar ise diş hekimlerinden randevu almaları ve düşünce kayıt formlarını öncesi, tedavi günü ve sonrası olacak şekilde doldurmaları istenir. Randevu almak istemeyenlerden de bununla ilgili düşünce kayıt formlarını doldurmaları istenir.

5. Özetleme, geribildirim alınması ve geribildirim verilmesi

7. Grup seansı

1. Düşünce Kayıt Formları gözden geçirilir.

2. Eğer varsa işlem yaptıranların işlem ile ilgili öncesi ve sonrası duygu ve düşüncelerinin değerlendirilmesi.

3. Ev çalışmalarının belirlenmesi: Eğer varsa işlem yaptırmamışlardan gelecek haftaya kadar randevu almayı ve işlem yaptırmayı düşünmeleri. Düşünce kayıt formlarını doldurmaları istenir.

4. Özetleme, geribildirim alınması ve geribildirim verilmesi

8. Grup seansı

1. Geçen haftanın değerlendirilmesi.

2. Yeni temel inançların güçlendirilmesi: Bu seansın hedefi, danışanların terapi sona erdikten sonra da alternatif temel inançları test etmeye ve güçlendirmeye devam etmeleri için, bireysel planlar oluşturmaya teşvik etmektir. Nüksü önlemenin ele alınması

3. Grup üyelerinin bütün grup sürecini değerlendirmesi, grupta en faydalı olduğunu ve/veya faydalı olmadığını düşündükleri teknikleri paylaşması.

4. Veda

4.5. Verilerin Analizi

Araştırma kapsamında verileri analiz etmede IBM SPSS 24 programından yararlanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken, nicel değişkenler ortalama, standart sapma, medyan, min ve max değerleriyle, nitel değişkenler frekans ve yüzde gibi tanımlayıcı istatistiksel metodlar ile gösterildi. Verilerin normal dağılıma uygunluklarının değerlendirilmesinde Shapiro Wilks testi kullanılmıştır. Araştırmada veriler normal dağılım göstermediğinden dolayı parametrik olmayan testler

uygulanmıştır. Deney ve çalışma gruplarının ilgilenilen değişken bakımından benzer dağılıma sahip olup olmadıkları hakkında bilgi edinmek için Mann Whitney U testinden, grupların ön-test ve son-test sonuçlarını karşılaştırmak için Friedman testinden yararlanılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı değişimlerin etki büyüklükleri, Wilcoxon işaretli sıralar testleri kullanılarak Bonferroni düzeltmesi ile hesaplanmıştır. Ölçeklerin birbirleriyle ilişkisinin belirlenmesinde pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

4.5.1. Ölçeklerin Güvenilirlik Analizleri

Araştırmada kullanılan “Dental Anksiyete Skalası”, “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği”, “Beck Anksiyete Ölçeği” ve “Beck Depresyon Ölçeği” ölçeklerinin güvenilirlik analizi sonuçlarına ait Cronbach’s Alpha sayıları Tablo 2’de gösterilmektedir.

Tablo 2
Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenilirlik İstatistikleri

Ölçekler	Alt Boyutlar	Madde sayısı	Cronbach’s Alpha	
			Çalışma Grubu	Kontrol Grubu
“Dental Anksiyete Skalası” (n:125)	Ölçek toplam	4	0,88	0,85
“Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” (n:10)	Bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı boyutu	14	0,83	0,82
	Hastalığın olumsuz sonuçları boyutu	4	0,77	0,74
	Ölçek toplam	18	0,81	0,78
“Beck Anksiyete Ölçeği” (n:10)	Ölçek toplam	21	0,77	0,74
“Beck Depresyon Ölçeği” (n:10)	Ölçek toplam	21	0,79	0,76

Tablo 2’ye göre; çalışmada “Dental Anksiyete Skalası” çalışma grubunda Cronbach’s Alpha katsayısı 0,88 olurken kontrol grubunun Cronbach’s Alpha katsayısı 0,85 olduğu gözlenmiştir. Çalışmada çalışma ve kontrol gruplarına uygulanan diğer ölçeklerin Cronbach’s Alpha katsayıları incelendiğinde Sağlık Anksiyetesi Ölçeği’nin çalışma grubunda Cronbach’s Alpha katsayısı 0,83 olurken kontrol grubunun Cronbach’s Alpha katsayısı 0,78 olarak belirlenmiştir. Beck Anksiyete Ölçeği’nin çalışma grubunda Cronbach’s Alpha katsayısı 0,77 olurken kontrol grubunun Cronbach’s Alpha katsayısı 0,74 olarak belirlenmiştir. Beck Depresyon Ölçeği’nin çalışma grubunda Cronbach’s

Alpha katsayısı 0,79 olurken kontrol grubunun Cronbach's Alpha katsayısı 0,76 olarak tespit edilmiştir (Tablo 2).

4.5.2. Ölçeklerin Normallik Test Sonuçları

Araştırmada kullanılan “Dental anksiyete Ölçeği”, “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği”, “Beck Anksiyete Ölçeği” ve “Beck Depresyon Ölçeği” ölçeklerinin ön test ve son test göre normallik analizleri Tablo 3’te gösterilmektedir.

Tablo 3
Ölçeklerin Normallik Test Sonuçları

Ölçekler		Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
		Skewness (Çarpıklık)	Kurtosis (Basıklık)	Skewness (Çarpıklık)	Kurtosis (Basıklık)
ÖNTEST	“Dental anksiyete Ölçeği”	0,768	1,203	0,921	1,324
	“Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” (n:10)	1,406	1,245	1,062	1,334
	“Beck Anksiyete Ölçeği” (n:10)	0,722	-0,542	0,477	-0,430
	“Beck Depresyon Ölçeği” (n:10)	0,379	-1,337	0,168	-1,085
SONTEST	“Dental anksiyete Ölçeği”	-0,848	-0,401	0,611	0,962
	“Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” (n:10)	1,655	1,559	0,795	1,003
	“Beck Anksiyete Ölçeği” (n:10)	0,687	-0,578	0,963	-0,746
	“Beck Depresyon Ölçeği” (n:10)	0,896	1,351	1,148	1,442

İstatistiksel testler parametrik ve parametrik olmayan testler olmak üzere ikiye ayrılır. Parametrik testlerin kullanılmasını sağlayan gerekli koşullardan biride verilerin normal dağılıma sahip olmasıdır (Toy ve Tosunoğlu, 2017: 13, Karagöz, 2016: 91). Bu çalışmada, araştırma verilerinin normal dağılım gösterip göstermediğinin testi, standart sapma, basıklık ve çarpıklık katsayılarına bakılarak tespit edilmiştir. Normal dağılım gösteren bir verinin standart sapması 1’e yakın bir değer alırken, çarpıklık ve basıklık değerleri -2 ile +2 arasında değer alıyor olması gerekmektedir (Bayram, 2013: 109). Yapılan analiz sonucunda ölçekte yer alan ifadelerin standart sapmalarının sınır kabul edilen değerde olduğu çarpıklık ve basıklıklarının ise -2 ile +2 arasında yer aldığı görülmektedir. Yapılan analiz sonucunda, verilerin normal dağılım sergilediği Tablo 3’te görülmektedir.

4.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için araştırmaya başlamadan önce İstanbul Nişantaşı Üniversitesi Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (Karar no:22, Tarih:02.06.2022) (Ek-1) alınmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalara aydınlatılmış onam formu verilmiş ve kendilerinden araştırmaya gönüllü katıldıklarına dair onamları alınmıştır (Ek-2).

4.7. Araştırmanın Kısıtlılığı

Araştırmanın verileri 10.08.2022-06.01.2023 tarihleri arasında Türkiye’de yaşayan 18-35 yaş arası, diş anksiyetesi en yüksek olan 20 hastayla sınırlıdır. Bu nedenle araştırma sonuçları bilişsel davranışçı grup terapisi online terapi alan diş anksiyetesi olan hastaları temsil etmektedir.

BÖLÜM 5: BULGULAR

5.1. Tanımlayıcı İstatistikler

Araştırmada yer alan çalışma ve kontrol grubundaki hastalara ait demografik veriler Tablo 4’de gösterilmektedir.

Tablo 4
Çalışma ve Kontrol Grubundaki Hastalara Ait Demografik Veriler

		Çalışma Grubu		Kontrol Grubu		p
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	6	60,0	7	70,0	0,021*
	Erkek	4	40,0	3	30,0	
Yaş	18-22	1	10,0	2	20,0	0,258
	23-26	0	0,0		0,0	
	27-30	2	20,0	2	20,0	
	31-35	7	70,0	6	60,0	
Çalışma durumu	Çalışıyor	8	80,0	9	90,0	0,312
	Çalışmıyor	2	20,0	1	10,0	
Eğitim durumu	Lise mezunu	3	30,0	2	20,0	0,011*
	Üniversite	5	50,0	6	60,0	
	Yüksek lisans	2	20,0	2	20,0	
Diş hekimine gitme sıklığı	Altı ayda bir düzenli olarak kontrole giderim	0	0,0	1	10,0	0,002*
	Senede bir düzenli olarak kontrole giderim	0	0,0	0	0,0	
	Şikayetim olursa kontrole giderim	8	80,0	7	70,0	
	Daha önce hiç gitmedim	0	0,0	0	0,0	
	Dayanamayacağım kadar ağrım olursa	2	20,0	2	20,0	
Diş hekimi tedavide veya sonrasında olumsuz deneyim	Evet	5	50,0	3	30,0	0,003*
	Hayır	5	50,0	7	70,0	
Tedavi sonrası yaşanan deneyim	Ağrı	5	50,0	3	30,0	0,259
	Kanama	1	10,0	1	10,0	
	Şişlik	2	20,0	3	30,0	
	His Kaybı	2	20,0	1	10,0	
	Diğer	0	0,0	0	0,0	
Diş tedavisinde yapılan işlemler,	Çekim	9	90,0	8	80,0	0,332
	Dolgu	7	70,0	7	70,0	
	Kanal Dolgusu	5	50,0	6	60,0	
	Diş taşı temizliği	6	60,0	4	40,0	
	Protez	3	30,0	1	10,0	
	Diğer (implant, diş teli, ortodonti v.b.)	2	20,0	3	30,0	
Diş fırçalama sıklığı	Fırçalamam	0	0,0	0	0,0	0,042*
	Düzensiz	1	10,0	2	20,0	
	Günde 1 kez	2	20,0	3	30,0	
	Günde 2 kez	7	70,0	4	40,0	
	Gün içinde 3 ve üzeri	0	0,0	1	10,0	

Diş fırçası dışında hijyen için kullanılan yöntemler,	Diş ipi	4	40,0	2	20,0
	Arayüz fırçası	2	20,0	1	10,0
	Dil temizleyici	1	10,0	1	10,0
	Diğer	0	0,0	0	0,0
	Kullanmıyorum	3	30,0	5	50,0

Tablo 4'e göre;

Araştırmada çalışma grubunda yer alan hastaların %60'ı kontrol grubunda yer alan hastaların %70'inin kadın hasta olduğu gözlenmiştir. Her iki grup arasındaki cinsiyet açısından dağılımın istatistiksel anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Araştırmada çalışma grubunda yer alan hastaların en çok %70'inin ve kontrol grubundaki hastaların %60'ının 31-35 aralığında bulunduğu ve bu farkların anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Araştırmada çalışma grubunda yer alan hastaların %80'inin ve kontrol grubundaki hastaların %90'ının bir işte çalıştıkları ve bu farkların anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Araştırmada çalışma grubunda yer alan hastaların en çok %50'sinin ve kontrol grubundaki hastaların %60'ının üniversite mezunu oldukları ve her iki grup arasındaki bu farkların istatistiksel anlamlı oldukları tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Araştırmada çalışma grubunda yer alan hastaların en çok %80'sinin ve kontrol grubundaki hastaların %70'inin şikayeti olduklarında kontrole gittiklerini belirtmişler ve her iki grup arasındaki bu farkların istatistiksel anlamlı oldukları tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Araştırmada çalışma grubunda yer alan hastaların %50'sinin ve kontrol grubundaki hastaların %30'unun diş hekimi tedavide veya sonrasında olumsuz bir deneyim yaşadıklarını belirtmişler ve her iki grup arasındaki bu farkların istatistiksel anlamlı oldukları tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Araştırmada çalışma grubunda yer alan hastaların %50'si ve kontrol grubundaki hastaların %30'u diş tedavisi sonrasında en çok ağrı yaşadıklarını belirtmişler ve her iki grup arasındaki bu farkların istatistiksel anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Araştırmada çalışma grubunda yer alan hastaların %90'ının ve kontrol grubundaki hastaların %80'inin diş hekimi tedavisinde en çok çekim işlemi yaptırdıklarını belirtmişler ve her iki grup arasındaki bu farkların istatistiksel anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Araştırmada çalışma grubunda yer alan hastaların en çok %70'inin ve kontrol grubundaki hastaların %40'ının en çok günde iki kere diş fırçaladıklarını belirtmişler ve her iki grup arasındaki bu farkların istatistiksel anlamlı oldukları tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Araştırmada çalışma grubunda yer alan hastaların en çok %40'ının ve kontrol grubundaki hastaların %20'nin en çok diş fırçası dışında hijyen için diş ipi belirtmişler ve her iki grup arasındaki bu farkların istatistiksel anlamlı oldukları tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Araştırmada yer alan çalışma ve kontrol grubundaki dental anksiyetesi bulunan hastalara uygulanan ölçeklerden hastaların öntest ve sontest sonuçlarına ilişkin minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir.

Tablo 5
Katılımcıların Ön Test ve Son Test Ölçümlerinde Aldıkları Puan Ortalama Değerleri

ÖLÇEKLER		Çalışma Grubu		Kontrol Grubu		p
		$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	
ÖNTEST	Dental Anksiyete Ölçeği	14,4±2,3	12-19	13,1±1,2	12-15	^a 0,312
	Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	15,2±9,1	6-36	23,2±9,4	14-41	^a 0,002*
	- Bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı boyutu	12,6±6,1	6-27	17,4±7,8	7-32	^a 0,011*
	- Hastalığın olumsuz sonuçları boyutu	3,6±3,7	0-10	5,8±2,3	3-9	^a 0,036*
	Beck Anksiyete Ölçeği	14,6±12,2	3-38	18,1±12,3	2-40	^a 0,009*
	Beck Depresyon Ölçeği	6,9±5,5	0-16	12,0±10,5	1-25	^a 0,001**
SONTEST	Dental Anksiyete Ölçeği	7,5±1,5	5-9	12,0±2,9	8-18	^a 0,012*
	Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	10,5±5,7	4-23	24,8±10,6	13-43	^a 0,001**
	- Bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı boyutu	8,5±4,2	4-19	19,1±9,5	9-36	^a 0,001**
	- Hastalığın olumsuz sonuçları boyutu	2,4±2,3	0-7	5,7±1,6	3-7	^a 0,001**
	Beck Anksiyete Ölçeği	8,1±5,9	0-20	20,3±14,5	0-41	^a 0,001**
	Beck Depresyon Ölçeği	3,0±2,5	1-9	21,2±12,6	0-44	^a 0,001**

^aOne Way Anova Test ** $p<0,01$ * $p<0,05$

Çalışmada yer alan çalışma ve kontrol grubundaki hastaların ölçeklerden aldıkları ortalama puanlar Tablo 5'te gösterilmektedir. Buna göre;

Çalışmada öntest ölçümlerinde “Dental Anksiyete Ölçeği” ortalama puanı çalışma grubunda 14,4±2,3 olurken kontrol grubunun ölçek toplam puanı 13,1±1,2 olarak tespit edilmiştir. Her iki grup arasındaki bu farkların istatistiksel anlamlı oldukları tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Çalışmada öntest ölçümlerinde “Sağlık Anksiyetesi Skalası” ölçeğinden çalışma grubunda yer alan hastaların aldığı ortalama puan $15,2 \pm 9,1$ olurken kontrol grubundaki hastaların aldıkları ortalama puan $23,2 \pm 9,4$ olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar her iki grubun yüksek anksiyeteye sahip olduklarını göstermektedir. Her iki grup arasındaki bu farkların istatistiksel anlamlı oldukları tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Çalışmada öntest ölçümlerinde “Sağlık Anksiyetesi Skalası” ölçeğinin “Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı Boyutu” alt boyutundan çalışma grubunda yer alan hastaların aldığı ortalama puan $12,6 \pm 6,1$ olurken kontrol grubundaki hastaların aldıkları ortalama puan $17,4 \pm 7,8$ olarak bulunmuştur. “Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı Boyutu” alt boyutundan elde edilen bu sonuçlar her iki grubun yüksek kaygı ve aşırı duyarlılığa sahip olduklarını göstermektedir. Her iki grup arasındaki bu farkların istatistiksel anlamlı oldukları tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Çalışmada öntest ölçümlerinde “Sağlık Anksiyetesi Skalası” ölçeğinin “Hastalığın Olumsuz Sonuçları Boyutu” alt boyutundan çalışma grubunda yer alan hastaların aldığı ortalama puan $3,6 \pm 3,7$ olurken kontrol grubundaki hastaların aldıkları ortalama puan $5,8 \pm 2,3$ olarak saptanmıştır. “Hastalığın Olumsuz Sonuçları Boyutu” alt boyutundan elde edilen bu sonuçlar her iki grubun hastalık varlığının yüksek düzeyde olumsuz sonuçlar yaratacağını düşündüklerini göstermektedir. Her iki grup arasındaki bu farkların istatistiksel anlamlı oldukları tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Çalışmada öntest ölçümlerinde “Beck Anksiyete Ölçeği” ölçeğinden çalışma grubunda yer alan hastaların aldığı ortalama puan $14,6 \pm 12,2$ olurken kontrol grubundaki hastaların aldıkları ortalama puan $18,1 \pm 12,3$ olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlar her iki grubun orta düzeyde kaygı yaşadıklarını göstermektedir. Her iki grup arasındaki bu farkların istatistiksel anlamlı oldukları tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Çalışmada öntest ölçümlerinde “Beck Depresyon Ölçeği” ölçeğinden çalışma grubunda yer alan hastaların aldığı ortalama puan $6,9 \pm 5,5$ olurken kontrol grubundaki hastaların aldıkları ortalama puan $12,0 \pm 10,53$ olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlar çalışma grubunun minimal kontrol grubunun orta düzeyde depresif ruh haline sahip olduklarını göstermektedir. Her iki grup arasındaki bu farkların istatistiksel anlamlı oldukları tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Çalışmada sontest ölçümlerinde “Dental Anksiyete Ölçeği” ortalama puanı çalışma grubunda $7,5 \pm 1,5$ olurken kontrol grubunun ölçek toplam puanı $12,0 \pm 2,9$ olarak tespit

edilmiştir. Her iki grup arasındaki bu farkların istatistiksel anlamlı oldukları tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Çalışmada son test ölçümlerinde “Sağlık Anksiyetesi Skalası” ölçeğinden çalışma grubunda yer alan hastaların aldığı ortalama puan $10,5\pm5,7$ olurken kontrol grubundaki hastaların aldıkları ortalama puan $24,8\pm10,6$ olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar kontrol grubunun yüksek anksiyeteye çalışma grubunun ise orta düzey anksiyeteye sahip olduklarını göstermektedir. Çalışma grubundaki hastalara uygulanan bilişsel terapinin hastaların anksiyete düzeylerini azalttığına bir göstergesi olmaktadır. Her iki grup arasındaki bu farkların istatistiksel anlamlı oldukları tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Çalışmada son test ölçümlerinde “Sağlık Anksiyetesi Skalası” ölçeğinin “Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı Boyutu” alt boyutundan çalışma grubunda yer alan hastaların aldığı ortalama puan $8,5\pm4,2$ olurken kontrol grubundaki hastaların aldıkları ortalama puan $19,1\pm9,5$ olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar kontrol grubunun yüksek anksiyeteye çalışma grubunun ise orta düzey anksiyeteye sahip olduklarını göstermektedir. Her iki grup arasındaki bu farkların istatistiksel anlamlı oldukları tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Çalışmada son test ölçümlerinde “Sağlık Anksiyetesi Skalası” ölçeğinin “Hastalığın Olumsuz Sonuçları Boyutu” alt boyutundan çalışma grubunda yer alan hastaların aldığı ortalama puan $2,4\pm2,3$ olurken kontrol grubundaki hastaların aldıkları ortalama puan $5,7\pm1,6$ olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar kontrol grubunun yüksek anksiyeteye çalışma grubunun ise orta düzey anksiyeteye sahip olduklarını göstermektedir. Her iki grup arasındaki bu farkların istatistiksel anlamlı oldukları tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Çalışmada son test ölçümlerinde “Beck Anksiyete Ölçeği” ölçeğinden çalışma grubunda yer alan hastaların aldığı ortalama puan $8,1\pm5,9$ olurken kontrol grubundaki hastaların aldıkları ortalama puan $20,3\pm14,5$ olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlar çalışma grubunun minimal kontrol grubunun yüksek düzeyde kaygı yaşadıklarını göstermektedir. Çalışma grubundaki hastalara uygulanan bilişsel terapinin hastaların anksiyete düzeylerini azalttığına bir göstergesi olmaktadır. Her iki grup arasındaki bu farkların istatistiksel anlamlı oldukları tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Çalışmada son test ölçümlerinde “Beck Depresyon Ölçeği” ölçeğinden çalışma grubunda yer alan hastaların aldığı ortalama puan $3,0\pm2,5$ olurken kontrol grubundaki hastaların aldıkları ortalama puan $21,2\pm12,6$ olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlar çalışma grubunun

minimal kontrol grubunun yüksek düzeyde depresif ruh haline sahip olduklarını göstermektedir. Çalışma grubundaki hastalara uygulanan bilişsel terapinin hastaların depresif duygularının iyileşmesini sağladığını göstermektedir. Her iki grup arasındaki bu farkların istatistiksel anlamlı oldukları tespit edilmiştir ($p<0,05$).



Tablo 6
Çalışmadaki Grupların Yapılan Öntest ve Sontest Anketlerinde “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” , “Beck Anksiyete Ölçeği” ve “Beck Depresyon Ölçeği” Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
SAĞLIK ANKSİYETE ÇALIŞMA GRUBU ÖNTEST (1)	r _p	1	0,002	0,14	-0,573	,862**	-0,618	0,012	-0,544	0,614	-0,358	-0,167	-0,186	0,422	-,649*	0,018	-0,569
	P		0,995	0,701	0,084	0,001	0,057	0,973	0,104	0,059	0,309	0,645	0,607	0,225	0,042	0,961	0,086
SAĞLIK ANKSİYETE KONTROL GRUBU ÖNTEST (2)	r _p	0,002	1	-0,593	-0,549	0,079	,643*	-0,191	-0,58	0,248	0,457	-0,166	-0,532	0,055	-0,411	-0,507	-0,446
	P	0,995		0,071	0,101	0,828	0,045	0,596	0,079	0,49	0,185	0,647	0,113	0,88	0,238	0,135	0,197
SAĞLIK ANKSİYETE ÇALIŞMA GRUBU SONTTEST (3)	r _p	0,14	-0,593	1	0,046	0,316	-0,277	,645*	0,109	0,065	-0,056	0,586	0,269	0,097	0,201	,816**	-0,093
	P	0,701	0,071		0,9	0,374	0,439	0,044	0,764	0,858	0,877	0,075	0,452	0,79	0,577	0,004	0,799
SAĞLIK ANKSİYETE KONTROL GRUBU SONTTEST (4)	r _p	-0,573	-0,549	0,046	1	-0,583	-0,082	-0,276	,841**	-0,598	-0,249	0,008	0,623	-0,222	0,625	0,163	,983**
	P	0,084	0,101	0,9		0,077	0,821	0,44	0,002	0,068	0,489	0,982	0,054	0,537	0,054	0,652	,001
BECK ANKSİYETE ÇALIŞMA GRUBU ÖNTEST (5)	r _p	,862**	0,079	0,316	-0,583	1	-0,36	0,115	-0,567	,774**	-0,104	0,026	-0,283	0,317	-,638*	0,059	-0,589
	P	0,001	0,828	0,374	0,077		0,307	0,751	0,087	0,009	0,775	0,944	0,428	0,372	0,047	0,872	0,073
BECK ANKSİYETE KONTROL GRUBU ÖNTEST (6)	r _p	-0,618	,643*	-0,277	-0,082	-0,36	1	0,058	-0,052	-0,141	,778**	0,138	-0,172	0,098	-0,629	-0,424	-0,482
	P	0,057	0,045	0,439	0,821	0,307		0,873	0,886	0,698	0,008	0,703	0,635	0,787	0,052	0,222	0,159
BECK ANKSİYETE ÇALIŞMA GRUBU SONTTEST (7)	r _p	0,012	-0,191	,645*	-0,276	0,115	0,058	1	-0,035	-0,287	0,231	0,504	-0,033	0,096	0,05	0,601	-0,317
	P	0,973	0,596	0,044	0,44	0,751	0,873		0,924	0,421	0,52	0,138	0,928	0,793	0,892	0,066	0,373
BECK ANKSİYETE KONTROL GRUBU SONTTEST (8)	r _p	-0,544	-0,58	0,109	,841**	-0,567	-0,052	-0,035	1	-,655*	-0,238	0,377	,727*	-0,023	0,415	0,274	,652*
	P	0,104	0,079	0,764	0,002	0,087	0,886	0,924		0,04	0,509	0,282	0,017	0,949	0,233	0,444	0,041

BECK DEPRESYON ÇALIŞMA GRUBU ÖNTEST (9)	r _p	0,614	0,248	0,065	-0,598	,774**	-0,141	-0,287	-,655*	1	0,002	-0,088	-0,378	0,301	-,651*	0,113	-0,421
	P	0,059	0,490	0,858	0,068	0,009	0,698	0,421	0,04		0,996	0,808	0,281	0,397	0,041	0,757	0,226
BECK DEPRESYON KONTROL GRUBU ÖNTEST (10)	r _p	-0,358	0,457	-0,056	-0,249	-0,104	,778**	0,231	-0,238	0,002	1	-0,009	-0,513	-0,111	0,141	0,211	-0,554
	P	0,309	0,185	0,877	0,489	0,775	0,008	0,52	0,509	0,996		0,981	0,13	0,759	0,698	0,559	0,096
BECK DEPRESYON ÇALIŞMA GRUBU SONTEST (11)	r _p	-0,167	-0,166	0,586	0,008	0,026	0,138	0,504	0,377	-0,088	-0,009	1	0,391	0,248	0,336	,688*	0,031
	P	0,645	0,647	0,075	0,982	0,944	0,703	0,138	0,282	0,808	0,981		0,264	0,489	0,343	0,028	0,932
BECK DEPRESYON KONTROL GRUBU SONTEST (12)	r _p	-0,186	-0,532	0,269	0,623	-0,283	-0,172	-0,033	,727*	-0,378	-0,513	0,391	1	-0,048	,700*	-0,551	,696*
	P	0,607	0,113	0,452	0,054	0,428	0,635	0,928	0,017	0,281	0,13	0,264		0,895	0,024	0,099	0,025
DENTAL ANKSİYETE ÇALIŞMA GRUBU ÖNTEST (13)	r _p	0,422	0,055	0,097	-0,222	0,317	0,098	0,096	-0,023	0,301	-0,111	0,248	-0,048	1	-,649*	0,053	-0,135
	P	0,225	0,88	0,79	0,537	0,372	0,787	0,793	0,949	0,397	0,759	0,489	0,895		0,042	0,884	0,71
DENTAL ANKSİYETE KONTROL GRUBU ÖNTEST (14)	r _p	-,649*	-0,411	0,201	0,625	-,638*	-0,629	0,05	0,415	-,651*	0,141	0,336	,700*	-,649*	1	-0,432	-0,476
	P	0,042	0,238	0,577	0,054	0,047	0,052	0,892	0,233	0,041	0,698	0,343	0,024	0,042		0,213	0,164
DENTAL ANKSİYETE ÇALIŞMA GRUBU SON TEST (15)	r _p	0,018	-0,507	,816**	0,163	0,059	-0,424	0,601	0,274	0,113	0,211	,688*	-0,551	0,053	-0,432	1	,779**
	P	0,961	0,135	0,004	0,652	0,872	0,222	0,066	0,444	0,757	0,559	0,028	0,099	0,884	0,213		0,008
DENTAL ANKSİYETE KONTROL GRUBU SON TEST (16)	r _p	-0,569	-0,446	-0,093	,983**	-0,589	-0,482	-0,317	,652*	-0,421	-0,554	0,031	,696*	-0,135	-0,476	,779**	1
	P	0,086	0,197	0,799	0,00	0,073	0,159	0,373	0,041	0,226	0,096	0,932	0,025	0,71	0,164	0,008	
** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). * Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).																	
rp:Pearson korelasyon analizi, **p<0,01, *p<0,05 anlamlılık,																	

Çalışmadaki çalışma ve kontrol gruplarının ön test ve son test anketlerinde “Dental Anksiyete Ölçeği” , “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” , “Beck Anksiyete Ölçeği” ve “Beck Depresyon Ölçeği” aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki yapılan pearson korelasyon analizi ile incelenmiş ve Tablo 6’da gösterilmiştir.

5.2. Ölçek Puanları ile Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkiler

Çalışmada “Dental Anksiyete Ölçeği” , “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” , “Beck Anksiyete Ölçeği” ve “Beck Depresyon Ölçeği” ölçek puanlarının hastaların cinsiyet değişkenine göre farklılaşmasına ilişkin bulgular Tablo 7’de gösterilmektedir.

Tablo 7
Çalışmada “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” , “Beck Anksiyete Ölçeği” ve “Beck Depresyon Ölçeği” Ölçek Puanlarının Hastaların Cinsiyet Değişkeni ile Karşılaştırılması

ÖLÇEKLER			Çalışma Grubu		Kontrol Grubu		p
			$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	
ÖN TEST	Dental Anksiyete Ölçeği	Kadın	14,2±2,5	12-19	13,4±1,3	12-15	0,726
		Erkek	14,8±2,5	12-18	12,1±3,2	11-15	
	Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	Kadın	16,8±10,7	6-36	13,1±6,1	6-22	0,044**
		Erkek	12,8±6,4	7-22	20,0±14,4	8-36	
	Bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı boyutu	Kadın	14,5±7,1	6-27	17,6±9,0	7-32	0,126
		Erkek	9,8±2,2	7-12	17,0±5,2	11-20	
	Hastalığın olumsuz sonuçları boyutu	Kadın	4,0±3,3	0-9	6,0±2,4	3-9	0,312
		Erkek	3,0±4,8	0-10	5,3±2,3	4-8	
	Beck Anksiyete Ölçeği	Kadın	16,8±14,5	3-38	20,9±13,0	5-40	0,041**
		Erkek	11,3±8,4	3-19	11,7±8,7	2-19	
SON TEST	Beck Depresyon Ölçeği	Kadın	6,3±4,5	1-13	14,7±10,3	1-25	0,012**
		Erkek	7,8±7,5	0-16	5,7±7,2	1-14	
	Dental Anksiyete Ölçeği	Kadın	8,0±0,9	7-9	12,2±3,0	9-18	0,096
		Erkek	6,8±2,1	5-9	11,6±3,1	8-14	
	Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	Kadın	13,2±5,9	8-23	24,7±12,4	13-43	0,001
		Erkek	6,5±1,9	4-8	25,0±6,6	18-31	
	Bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı boyutu	Kadın	10,2±4,6	6-19	19,6±11,0	9-36	0,016**
		Erkek	6,0±1,8	4-8	18,0±6,6	11-24	
	Hastalığın olumsuz sonuçları boyutu	Kadın	3,0±2,5	0-7	5,1±1,6	3-7	0,123
		Erkek	1,5±0,6	0-3	7,0±1,2	1-7	
	Beck Anksiyete Ölçeği	Kadın	9,3±6,7	3-20	19,4±15,9	0-41	0,002**
		Erkek	6,0±4,5	0-11	22,4±13,3	1-25	
	Beck Depresyon Ölçeği	Kadın	3,3±3,1	1-9	19,7±14,1	18-35	0,001**
		Erkek	2,5±1,3	1-4	24,7±9,1	0-44	

Bağımsız t testi, **p<0,01, *p<0,05 anlamlılık,

Çalışmada yer alan her iki gruba uygulanan ön test anketlerinde; dental anksiyete ölçeği toplam puanı çalışma grubunda yer alan kadın ve erkek hastalarda kontrol grubundaki

kadın ve erkek hastalardan daha yüksek ortalamaoya sahip olduğu, fakat bu farkların istatistiksel anlamlı olmadığı gözlandı ($p>0,05$).

Çalışmada her iki gruba uygulanan ön test anketlerinde; sağlık anksiyetesi ölçeği toplam puanı çalışma grubunda yer alan kadın hastalarda kontrol grubundaki kadın hastalardan daha yüksek ortalamaoya sahip olduğu, fakat erkek hastalarda anlamlı olarak daha düşük ortalamaoya sahip oldukları gözlandı ($p<0,05$). Bunun yanı sıra depresyon ve anksiyete düzeyinde, kontrol grubunun ortalomalaraının çalışma grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Çalışmada yer alan her iki gruba uygulanan son test anketlerinde; dental anksiyete ölçeği toplam puanı çalışma grubunda yer alan kadın ve erkek hastalarda kontrol grubundaki kadın ve erkek hastalardan daha düşük ortalamaoya sahip olduğu, fakat bu farkların istatistiksel anlamlı olmadığı gözlandı ($p>0,05$).

Çalışmada yer alan her iki gruba uygulanan son test anketlerinde; sağlık anksiyetesi ölçeği, beck anksiyete ve beck depresyon ölçeği toplam puanlarının çalışma grubunda yer alan kadın hastalarda kontrol grubundaki hastalardan daha düşük ortalamaoya sahip olduğu, fakat bu farkların üç ölçekte de anlamlı olduğu gözlandı ($p<0,05$). Bunun yanı sıra depresyon ve anksiyete düzeyi, kadın katılımcıların ortalamasında, erkek katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 7).

Tablo 8
Çalışmada “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” , “Beck Anksiyete Ölçeği” ve “Beck
Depresyon Ölçeği” Ölçek Puanlarının Hastaların Yaş Grupları ile
Karşılaştırılması

ÖLÇEKLER			Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	p
			$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
ÖN TEST	Dental Anksiyete Ölçeği	18-22	15,0	14,0	0,583
		23-26	0,0	0,0	
		27-30	16,1±2,8	12,3±2,1	
		31-35	14,5±2,5	13,0±1,3	
	Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	18-22	11,0	14,0	0,407
		23-26	-	-	
		27-30	23,5±17,7	16,0	
		31-35	13,4±6,5	25,3±9,6	
	Bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı boyutu	18-22	11,0	7,0	0,714
		23-26	-	-	
		27-30	18,1±12,7	13,0	
		31-35	11,3±3,8	19,5±7,5	
	Hastalığın olumsuz sonuçları boyutu	18-22	2,0	7,0	0,145
		23-26	-	-	
		27-30	5,5±4,9	3,0	
		31-35	3,6±3,4	6,1±2,7	
	Beck Anksiyete Ölçeği	18-22	5,0	6,0	0,201
		23-26	-	-	
		27-30	28,0±14,1	19,0	
		31-35	12,1±10,4	19,5±12,9	
	Beck Depresyon Ölçeği	18-22	4,0	5,0	0,067
		23-26	-	-	
		27-30	1,2±0,6	22,0	
		31-35	3,4±2,8	20,9±13,9	
SON TEST	Dental Anksiyete Ölçeği	18-22	9,0	13,0	0,153
		23-26	-	0,0	
		27-30	7,1±2,8	18,0	
		31-35	7,5±1,3	11,3±2,2	
	Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	18-22	4,0	31,0	0,165
		23-26	-	-	
		27-30	7,1±1,4	38,0	
		31-35	12,4±5,8	22,4±10,4	
	Bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı boyutu	18-22	4,0	25,0	0,460
		23-26	-	-	
		27-30	5,5±4,3	31,0	
		31-35	10,0±4,2	16,9±9,3	
	Hastalığın olumsuz sonuçları boyutu	18-22	9,0	6,0	0,232
		23-26	-	-	
		27-30	1,5±0,7	7,0	
		31-35	2,4±2,6	5,5±1,7	
	Beck Anksiyete Ölçeği	18-22	11,0	19,0	0,172
		23-26	-	-	
		27-30	1,5±2,1	41,0	
		31-35	9,4±5,8	17,9±14,3	
	Beck Depresyon Ölçeği	18-22	4,0	28,0	0,638
		23-26	-	-	
		27-30	3,4±2,8	17,0	
		31-35	3,6±2,5	20,8±13,9	

One Way Anova Testi, ** $p<0,01$, * $p<0,05$ anlamlılık,

Çalışmada yer alan her iki gruba uygulanan ön test anketlerinde; dental anksiyete ölçeği toplam puanı çalışma grubunda yer alan 27-30 yaş aralığında hastalarda kontrol grubundaki 27-30 yaş grubundaki hastalardan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu gözlemlendi. Bunun yanı sıra çalışma grubunda yer alan 31-35 yaş aralığında hastalarda kontrol grubundaki 31-35 yaş grubundaki hastalardan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu saptandı. Fakat her iki grup arasındaki bu farkların istatistiksel anlamlı olmadığı gözlemlendi ($p>0,05$).

Çalışmada yer alan her iki gruba uygulanan ön test anketlerinde; sağlık anksiyetesi ölçeği toplam puanı çalışma grubunda yer alan 27-30 yaş aralığında hastalarda kontrol grubundaki 27-30 yaş grubundaki hastalardan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu gözlemlendi. Fakat kontrol grubundaki diğer yaş gruplarındaki hastaların ölçeklerden aldıkları ortalama puanların daha yüksek ortalamaya sahip oldukları gözlemlendi ($p<0,05$). Bunun yanı sıra depresyon ve anksiyete düzeyinde, bütün yaş gruplarında kontrol grubunun ortalamalarının çalışma grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak bu farklar istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0,05$).

Çalışmada yer alan her iki gruba uygulanan son test anketlerinde; dental anksiyete ölçeği toplam puanı çalışma grubunda yer alan 27-30 yaş aralığında hastalarda kontrol grubundaki 27-30 yaş grubundaki hastalardan daha düşük ortalamaya sahip olduğu gözlemlendi. Bunun yanı sıra çalışma grubunda yer alan 31-35 yaş aralığında hastalarda kontrol grubundaki 31-35 yaş grubundaki hastalardan daha düşük ortalamaya sahip olduğu saptandı. Fakat her iki grup arasındaki bu farkların istatistiksel anlamlı olmadığı gözlemlendi ($p>0,05$).

Çalışmada yer alan her iki gruba uygulanan son test anketlerinde; sağlık anksiyetesi ölçeği, beck anksiyete ve beck depresyon ölçeği toplam puanlarının çalışma grubunda yer alan bütün yaş gruplarındaki hastalarda kontrol grubundaki hastalardan daha düşük ortalamaya sahip olduğu, fakat bu farkların üç ölçekte de anlamlı olmadığı gözlemlendi ($p>0,05$). Bunun yanı sıra depresyon ve anksiyete düzeyinin, 31-35 yaş aralığındaki katılımcıların ortalaması, diğer yaş aralıklarındaki katılımcıların ortalamasından yüksek olduğu fakat bu farkın anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 8).

Tablo 9
Çalışmada “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” , “Beck Anksiyete Ölçeği” ve “Beck
Depresyon Ölçeği” Ölçek Puanlarının Hastaların Çalışma Durumları ile
Karşılaştırılması

ÖLÇEKLER			Çalışma Grubu		Kontrol Grubu		p
			$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	
ÖN TEST	Dental Anksiyete Ölçeği	Evet	14,5±2,6	12-19	13,0±1,3	12-15	0,723
		Hayır	14,0±1,4	13-15	13,2±1,4	11-15	
	Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	Evet	15,6±10,2	6-36	24,2±9,4	6-22	0,042*
		Hayır	13,5±3,5	11-16	25,4±10,2	8-36	
	Bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı boyutu	Evet	12,9±6,7	6-27	18,6±7,3	6-27	0,049*
		Hayır	11,5±1,7	11-12	17,4±7,8	11-20	
	Hastalığın olumsuz sonuçları boyutu	Evet	4,0±3,3	0-10	5,7±2,3	3-9	0,098
		Hayır	2,1±2,8	0-4	5,8±2,4	4-8	
	Beck Anksiyete Ölçeği	Evet	15,3±10,7	0-20	19,4±12,2	2-40	0,033*
		Hayır	29,5±14,8	11-14	18,1±10,7	2-19	
	Beck Depresyon Ölçeği	Evet	7,0±6,0	0-16	12,8±10,3	1-25	0,028*
		Hayır	6,5±4,9	3-10	12,0±10,0	1-14	
SON TEST	Dental Anksiyete Ölçeği	Evet	7,3±1,6	5-9	11,8±3,1	12-15	0,023*
		Hayır	8,5±0,7	8-9	13,1±2,9	11-15	
	Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	Evet	9,8±3,6	6-17	24,1±11,0	13-43	0,001**
		Hayır	13,5±13,4	4-23	24,8±10,6	18-31	
	Bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı boyutu	Evet	7,8±1,8	5-10	18,4±9,8	9-36	0,013*
		Hayır	11,5±10,6	4-19	19,1±9,5	11-24	
	Hastalığın olumsuz sonuçları boyutu	Evet	2,0±2,4	0-7	5,7±1,7	3-7	0,004*
		Hayır	2,0±2,8	0-4	6,0±1,6	1-7	
	Beck Anksiyete Ölçeği	Evet	6,9±6,1	2-33	20,4±15,4	0-41	0,012*
		Hayır	12,5±2,1	19-40	20,3±14,5	1-25	
	Beck Depresyon Ölçeği	Evet	2,1±1,4	1-5	20,4±13,1	18-35	0,015*
		Hayır	6,5,5±3,5	4-9	21,2±12,5	0-44	

Bağımsız t testi, **p<0,01, *p<0,05 anlamlılık,

Çalışmada yer alan her iki gruba uygulanan ön test anketlerinde; dental anksiyete ölçeği toplam puanı çalışma grubunda yer alan çalışan hastaların kontrol grubundaki çalışan hastalardan daha yüksek ortalamaya sahip oldukları gözlemlendi. Ancak bu farklar istatistiksel olarak anlamsızdır (p>0,05).

Çalışmada yer alan her iki gruba uygulanan ön test anketlerinde; sağlık anksiyetesi ölçeği toplam puanı çalışma grubunda yer alan çalışan hastaların kontrol grubundaki çalışan hastalardan anlamlı olarak daha düşük ortalamaya sahip oldukları gözlemlendi ($p<0,05$). Bunun yanı sıra depresyon ve anksiyete düzeyinde, kontrol grubunun ortalamalarının çalışma grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Çalışmada yer alan her iki gruba uygulanan son test anketlerinde; dental anksiyetesi ölçeği toplam puanı çalışma grubunda yer alan çalışan hastaların kontrol grubundaki çalışan hastalardan anlamlı olarak daha düşük ortalamaya sahip oldukları gözlemlendi ($p<0,05$).

Çalışmada yer alan her iki gruba uygulanan son test anketlerinde; sağlık anksiyetesi ölçeği, beck anksiyete ve beck depresyon ölçeği toplam puanlarının çalışma grubunda yer alan çalışan hastalarda kontrol grubundaki hastalardan daha düşük ortalamaya sahip olduğu, fakat bu farkların üç ölçekte de anlamlı olduğu gözlemlendi ($p<0,05$). Bunun yanı sıra depresyon ve anksiyete düzeyinin, çalışmayan katılımcıların ortalaması, çalışan katılımcıların ortalamasından anlamlı şekilde yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 9).

Çalışmada çalışmayan hastaların bütün ölçeklerden aldığı ortalama puanların çalışan hastalardan daha yüksek olduğu gözlemlendi. Bu durum çalışmama durumunun bireylerde anksiyete ve depresyon düzeyini artırdığı söylenebilir.

Tablo 10
Çalışmada “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği” , “Beck Anksiyete Ölçeği” ve “Beck
Depresyon Ölçeği” Ölçek Puanlarının Hastaların Eğitim Durumları ile
Karşılaştırılması

ÖLÇEKLER			Çalışma Grubu		Kontrol Grubu		p
			$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	
ÖN TEST	Dental Anksiyete Ölçeği	Lise mezunu	14,3±4,0	12-19	13,0±1,4	12-15	0,741
		Üniversite	15,1±1,8	13-18	12,4±1,5	12-18	
		Yüksek lisans	15,0±1,8	12-15	14,0±1,7	15-19	
	Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	Lise mezunu	13,1±4,4	8-16	17,7±5,5	14-24	0,974
		Üniversite	15,2±11,3	6-27	17,8±6,7	16-41	
		Yüksek lisans	14,6±10,3	6-25	15,2±6,4	14-25	
	Bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı boyutu	Lise mezunu	13,3±3,2	11-17	12,7±6,7	7-20	0,295
		Üniversite	12,3±7,7	6-27	18,7±7,7	13-32	
		Yüksek lisans	12,0±2,2	12-13	12,0±6,2	12-15	
	Hastalığın olumsuz sonuçları boyutu	Lise mezunu	3,0±1,7	1-4	5,0±1,7	4-7	0,203
		Üniversite	2,8±3,8	1-9	6,3±2,7	3-9	
		Yüksek lisans	4,1,0±2,1	1-9	5,0±1,7	5-9	
	Beck Anksiyete Ölçeği	Lise mezunu	10,7±11,6	3-24	13,0±6,6	6-19	0,709
		Üniversite	13,8±14,1	3-38	15,8±8,6	2-22	
		Yüksek lisans	14,0±10,2	3-25	14,1±5,3	5-20	
	Beck Depresyon Ölçeği	Lise mezunu	5,0±4,6	0-16	13,8±9,9	1-14	0,818
		Üniversite	7,0±6,3	3-25	15,0±12,3	2-25	
		Yüksek lisans	8,0±4,1	3-10	16,3±7,6	1-13	
SON TEST	Dental Anksiyete Ölçeği	Lise mezunu	7,3±0,6	7-9	11,0±2,8	9-13	0,152
		Üniversite	7,5±1,9	5-9	12,0±3,9	8-18	
		Yüksek lisans	8,1±1,6	5-9	12,7±1,2	12-14	
	Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	Lise mezunu	10,5±3,5	8-13	23,5±10,6	16-31	0,535
		Üniversite	10,8±7,0	6-23	28,6±11,5	18-43	
		Yüksek lisans	10,3±6,5	4-17	19,3±10,2	13-31	
	Bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı boyutu	Lise mezunu	8,5±0,7	8-9	18,5±9,2	4-6	0,606
		Üniversite	8,8±5,8	5-19	22,2±10,8	4-7	
		Yüksek lisans	8,0±3,5	4-10	14,3±8,4	3-7	
	Hastalığın olumsuz sonuçları boyutu	Lise mezunu	2,0±2,3	0-4	5,0±2,0	0-4	0,213
		Üniversite	1,8±1,3	0-4	5,8±1,6	0-4	
		Yüksek lisans	2,3±4,0	1-7	5,3±1,2	1-7	
	Beck Anksiyete Ölçeği	Lise mezunu	6,0±0,3	1-6	19,5±1,7	19-20	0,836
		Üniversite	5,4±5,1	1-14	23,6±18,9	0-41	
		Yüksek lisans	8,0±5,9	10-20	15,3±13,1	3-29	
	Beck Depresyon Ölçeği	Lise mezunu	2,0±1,4	1-3	25,0±4,2	22-28	0,728
		Üniversite	3,0±3,4	1-9	22,8±17,1	0-44	
		Yüksek lisans	3,7±1,5	2-5	16,0±7,0	8-21	

Çalışmada yer alan her iki gruba uygulanan ön test anketlerinde; dental anksiyete ölçeği toplam puanı çalışma grubunda yer alan üniversite mezunu hastaların kontrol grubundaki üniversite mezunu hastalardan daha yüksek ortalamaya sahip oldukları gözlemlendi fakat bu farklar anlamlı değildi ($p>0,05$).

Çalışmada yer alan her iki gruba uygulanan ön test anketlerinde; sağlık anksiyetesi ölçeği toplam puanı çalışma grubunda yer alan üniversite mezunu hastaların kontrol grubundaki

üniversite mezunu hastalardan daha düşük ortalamaya sahip oldukları gözlemlendi fakat bu farklar anlamlı değildi ($p>0,05$). Bunun yanı sıra depresyon ve anksiyete düzeyinde, yüksek lisans mezunu hastaların kontrol grubunun ortalamalarının çalışma grubuna göre daha yüksek olduğu saptandı fakat bu farklar anlamlı değildi ($p>0,05$).

Çalışmada yer alan her iki gruba uygulanan son test anketlerinde; dental anksiyete ölçeği toplam puanı çalışma grubunda yer alan yüksek lisans mezunu hastaların kontrol grubundaki yüksek lisans mezunu hastalardan daha düşük ortalamaya sahip oldukları gözlemlendi fakat bu farklar anlamlı değildi ($p>0,05$).

Çalışmada yer alan her iki gruba uygulanan son test anketlerinde; sağlık anksiyetesi ölçeği, beck anksiyete ve beck depresyon ölçeği toplam puanlarının çalışma grubunda yer alan üniversite mezunu hastaların kontrol grubundaki hastalardan daha düşük ortalamaya sahip olduğu, fakat bu farkların üç ölçekte de anlamlı olmadığı gözlemlendi ($p>0,05$). Bunun yanı sıra depresyon ve anksiyete düzeyi, üniversite mezunu hastaların diğer yüksek lisans ve lise mezunu katılımcıların ortalamasından yüksektir ($p>0,05$) (Tablo 10).

Çalışmada üniversite mezunu ve yüksek lisans mezunu hastaların bütün ölçeklerden aldığı ortalama puanların lise mezunu hastalardan daha yüksek olduğu gözlemlendi. Bu durum eğitim durumu yükseldikçe bireylerde anksiyete ve depresyon düzeyini artırdığı söylenebilir.

BÖLÜM 6: TARTIŞMA

Bu araştırmanın amacı; bilişsel davranışçı terapi (BDT) ile çalışılan grubun dental anksiyete düzeylerinde değişim ile oluşup oluşmadığı araştırılmasıdır.

Yetişkin popülasyonun yaklaşık %10-12'si dental kaygıdan muzdariptir (Sohn ve ark. 2005). Dental anksiyete için çeşitli gevşeme, dikkat dağıtma, bilişsel yeniden yapılandırma, sistematik duyarsızlaştırma ve maruz bırakma teknikleriyle BDT'lerin etkinliği doğrulanmıştır (Kvale 2004; Wide Boman 2013). Bilişsel davranışçı terapi (BDT), depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik hastalıklar ve ağrı gibi fiziksel belirtiler dahil olmak üzere çeşitli sorunlar için uygulanmaktadır (Hoffman, 2012). Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), dental anksiyete için kanıta dayalı bir tedavidir; ancak tedaviye erişim sınırlıdır. Dental anksiyete hastalarını BDT ile tedavi ederken çeşitli teknikler kombinasyon halinde kullanılmaktadır. Dental anksiyetenin şiddetine göre BDT yöntemi seçilmektedir. Diş hekimleri tarafından yürütülen BDT'lerin etkinliği göz önüne alındığında, bunu kullanan diş hekimi sayısının az olmasının nedeni eğitim eksikliğidir. Bu nedenle, diş hekimlerinin BDT'nin nasıl yürütüleceği konusunda daha fazla eğitim almaları tavsiye edilmektedir (Wide Boman 2013).

Heimberg (2002) BDT'nin genellikle 6-8 kişiyle, 12 seans olarak uygulanabileceğini belirtmiştir (Heimberg ve Becker, 2002). Bu çalışmada, 125 hastaya uygulanan dental anksiyete skalası sonucuna göre dental anksiyetesi en yüksek olan 30 hasta belirlenmiş, bu hastalardan sadece 20 hasta çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Araştırmada gruplar oluşturulurken üye sayıları onar kişi olarak belirlenmiştir.

Ruhsal bozuklukları bireysel teşhis birimleri olarak değil, kümülatif gruplar olarak incelemek de yararlıdır. Bunun nedeni, etiyolojik faktörlerin bozukluklar arasında örtüşmesidir; bu, daha yüksek seviyeli, geniş kategorik yapıların, spesifik teşhislerden ziyade etiyolojik araştırma için daha uygun hedefler olabileceği anlamına gelir. Ayrıca hem çevresel risk faktörleri hem de koruyucu olanlar değerlendirilmelidir (Hosak ve ark. 2023).

Araştırmamızda yer alan bulgulardan biri de kadınların sağlık anksiyetesi, anksiyete ve depresyon düzeylerinin de erkeklerinkine kıyasla daha yüksek olduğudur. Bunun yanı sıra araştırmamızda sağlık anksiyetesi ölçeği, beck anksiyete ve beck depresyon ölçeği

toplam puanlarının öntest ve sontestlerde çalışma grubunda yer alan kadın hastalarda kontrol grubundaki hastalardan daha düşük ortalamaoya sahip olduğu, fakat bu farkların üç ölçekte de anlamlı olduğu gözlemlendi ($p<0,05$). Bu bulgu kadınların kaygı ve risk algısı düzeylerinin daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalarla tutarlıdır (Wang ve diğ., 2020; Bandelow ve Michaelis, 2015; Çırakoğlu, 2011; Leung ve diğ., 2004; Leung ve diğ., 2005).

Dental anksiyete, toplumda yaygındır ve genel popülasyonun yarısından fazlasını etkileyebilmektedir. Dental anksiyete, çocukların ve ergenlerin %43'ünü ve yetişkinlerin %10- 20'sini etkilemektedir (Oosterink ve ark. 2008; Bradt ve ark. 2018). Çalışmamızda yer alan hastaların %22,4'ü 27-30 yaş aralığında ve %46,4'ü 31-35 yaş aralığında yer almaktalardı. Çalışmamızda uygulanan ön test anketlerinde çalışma grubunda yer alan 27-30 yaş aralığında hastalarda kontrol grubundaki hastalardan daha yüksek ortalamaoya sahip olduğu gözlemlendi. Bunun yanı sıra son testlerde beç anksiyete ve beç depresyon ölçeği toplam puanlarının çalışma grubunda yer alan bütün yaş gruplarındaki hastalarda kontrol grubundaki hastalardan daha düşük ortalamaoya sahipti ($p>0,05$). Ayrıca son testlerde depresyon ve anksiyete düzeyinin, 31-35 yaş aralığındaki katılımcıların ortalaması, diğ er yaş aralıklarındaki katılımcıların ortalamasından yüksek olduğu gözlenmiştir ($p>0,05$). Literatür incelendiğinde çalışmamız sonuçlarına benzer olarak Binandeh ve ark (2020) çalışmasında dental anksiyetesi bulunan 48 hastaya Kabul ve Kararlılık Terapisi ile Bilişsel Davranışçı Terapi uygulamış ve çalışmalarında yer alan hastaların büyük bölümünün 20-30 yaş aralığında olduğunu bildirmişlerdir (Binandeh ve ark 2020). Sonuçlardan erişkinlerde 25-30 yaş civarındaki hastalarda dental anksiyetenin diğ er yaş gruplarına göre daha çok gözlemlendiğı tespit edilmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre genel anksiyete düzeyi, eğitim durumuna göre anlamlı olarak farklılaşmamaktadır. Literatürde bu sonuçla tutarlılık gösteren araştırmalar vardır. Çalışmamızda üniversite mezunu ve yüksek lisans mezunu hastaların ön test ve son testlerde bütün ölçeklerden aldığı ortalama puanların lise mezunu hastalardan daha yüksek olduğu gözlemlendi. Literatür incelendiğinde Gatchel (1989) çalışmasında diş hekimi korkusu ile eğitim arasında anlamlı bir fark yoktur. Ay vd., (2005) çalışmasında anksiyete/ korku ve eğitim durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Binandeh ve ark (2020) çalışmasında dental anksiyetesi bulunan 48 hastadan üniversite mezunu olanların dental anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (Binandeh

ve ark 2020). Bu durumda eğitim durumu yükseldikçe bireylerde anksiyete ve depresyon düzeyinin arttığı söylenebilir. Bizim çalışmamızın sonuçlarından farklı olarak Doerr ve ark. (1998), yaptıkları çalışmalarında, dental kaygı durumunun; sıklıkla 20 yaş altı çocuk ve gençlerde, eğitim seviyesi düşük, kırsalda yaşayan ve daha önce dişine herhangi müdahale uygulatmamış olan kişilerde daha fazla görüldüğünü gözlemlemiştir. Canbaz ve Peşken (2005) ve Şahin, Biçer, Yılmaz ve Çal (2013). Ragnarsson (1998)'un çalışmasında dental anksiyete eğitim düzeyi düşük gruplarda daha yaygındır.

Çalışmadaki hastaların %66,4'ünün (n:83) şikayeti olursa diş hekimine gittikleri, %15,2'sinin (n:19) altı ayda bir düzenli olarak diş hekimine kontrole gittikleri gözlenmiştir. Maggiriias ve Locker (2002) ile Moore, Brodsgaard, Mao vd., (1996) çalışmalarında dental korkunun fazla olduğu bireyler hekime şikâyet oldukça gidenlerdir. Ergüven, Işık ve Kılınç (2013) çalışmasında dental kaygı/korku ile diş hekimine gitme sıklığı arasında fark bulunmuştur.

Hem diş kaygısı hem de korku, bir bireyde fiziksel, bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkiler uyandırır. Bu, diş hekimliği muayenelerinde sıklıkla karşılaşılan bir sorundur. Anksiyete genellikle ağrılı uyaran ve artan ağrı algısı ile yakından bağlantılıdır ve bu nedenle bu hastalar daha uzun süren daha fazla ağrı yaşarlar; dahası, acı anılarını da abartırlar (Al Absi ve ark. 1991; Berggren ve ark. 2001). Çalışmamızda yer alan hastaların tedavi sonrası yaşadıkları olumsuz deneyimler olarak %38,4'ünde (n:48) ağrı, %9,6'sında (n:12) kanama, %16'sında (n:20) şişlik, %3,2'sinde (n:4) his kaybı ve %3,2'sinde (n:4) diğer olumsuz deneyimler yaşamışlardır.

CDAS yaygın olarak kullanılan bir araçtır; kısadır ve iyi psikometrik özelliklere sahiptir. Bu ölçeğin en büyük kısıtlılığı, lokal anestezi enjeksiyonu ile ilgili kaygı ile ilgili bir soru içermemesi ve ayrıca ölçekteki soruların seçimlerinde tekdüzelik olmaması, yanıtların karşılaştırılmasını zorlaştırmasıdır (Corah, 1969; Appukuttan 2016). Çalışmamızda yer alan çalışma grubunda yer alan hastaların “Dental Anksiyete Ölçeği” ortalama puanı $14,8 \pm 2,3$ olurken kontrol grubunun ölçek toplam puanı $13,1 \pm 1,2$ olarak tespit edilmiştir.

Bireylerde amaç dental kaygıyı kalıcı olarak azaltmak olduğunda, psikolojik müdahaleler iyi belgelenmiş bir tedavi yaklaşımını temsil etmektedir. BDT psikoeğitim, maruz bırakma ve ev ödevi egzersizlerinin birleşimine dayanan yapılandırılmış ve kısa süreli bir

psikolojik tedavidir (Öst ve Clark 2013). BDT ile cesaretlendirme, beklentileri değiştirme, dikkat dağıtma, güdümlü imgeleme, dikkati odaklama ve düşünceyi durdurma gibi farklı bilişsel teknikler kullanılarak hastanın odağı korkulan durumla ilgili endişelerinden uzaklaştırılır (Dumitrache, 2014). Kvale ve arkadaşları (2004) tarafından yürütülen meta-analiz çalışmasında 38 randomize kontrollü klinik çalışmasını incelemişler ve çalışma sonucunda, davranışsal müdahalelerin dental anksiyete tedavisinde etkili olduğu kanıtlanmıştır (Kvale ve ark. 2004). Wide Boman ve ark. (2013) çalışmalarında 7 randomize kontrollü klinik deneye dayalı olarak yaptıkları araştırmada BDT'nin dental anksiyeteyi azalttığı sonucuna varmışlardır (Boman ve ark. 2014). Benzer şekilde Haukebø ve ark. (2008), BDT yaklaşımının dental kaygıyı azaltmada etkili olduğunu buldu. Niteliksel araştırmalarda, çocuklar ve ebeveynler BDT ile olumlu deneyimler yaşadıklarını ve BDT'nin diş kaygısı ve diğer belirli fobilerle başa çıkma becerilerini geliştirdiğini bulmuşlardır (Svensson ve ark. 2002; Shahnavaz ve ark. 2015). Bu çalışmanın temel amacı, erişkinlerde dental kaygıyı azaltmak için bir bilişsel davranışçı grup terapisi hazırlamak ve bu programın etkinliğini değerlendirmektir. Bu genel amaç doğrultusunda öncelikle dental anksiyeteyi azaltmak ve kontrol altına almak için bir grup terapi programı hazırlanıp gruplar oluşturulmuştur. Bunun yanı sıra terapötik koşullar dikkate alınarak hazırlanan terapi seansları sürecinde bilişsel teknikler temel alınmıştır. BDT'nin dental anksiyete yönetimini öğreterek, kaçınmayı azaltarak, dental müdahale korkusunu tespit etme yeteneğini uyararak dental anksiyeteyi azaltabileceği görülmüştür. Aslında BDT tedavisi, bireyin diş müdahalesi korkusuyla başa çıkma motivasyonunu artırması nedeniyle etkili olmuştur. Ayrıca farkındalık, hastaların şimdiki anla olan ilişkisini güçlendirmiştir ve bu dental kaygıyla ilgili işlevsiz düşüncelere katılımı azaltmıştır. Bilişsel difüzyon aktivitelerinin gerçekleştirilmesi de hastaları dental kaygı ile ilgili düşüncelerden uzaklaştırmıştır. Dental anksiyetesi olan hastaların semptomlarının şiddetlenmesinde işlevsiz düşüncelerin önemli rolü göz önüne alındığında, bu terapi hastaların dental müdahalelerin neden olduğu anksiyeteden kurtulmalarına ve bundan kaynaklanan düşünce ve duyguların azalmasına yardımcı olmuştur

Araştırma için oluşturulan bilişsel davranışçı terapi grubunun yapısını incelediğimizde belli bir süre ile sınırlı bir grup süreci oluşmuştur. Grup süreci bir terapist eşliğinde yürütülmüştür. Grup katılımcıları, dental anksiyete yaşayan bireylerden oluşmaktadır.

Katılımcıların cinsiyeti eğitim ve çalışma durumu açısından tanısalsal olarak homojen bir gruptur. Greenberger ve Padesky'ye (2013) göre, grubun homojen olduğu tek bir tedavi protokolü tüm grup üyeleri için faydalı olabilir. Bazen danışanlar, çok fazla benzerliği olan grupları sosyal olarak eğlenceli bulurlar veya grup oturumlarında kendilerini daha rahat hissederler. Öte yandan, farklı demografik özelliklerin varlığı, grup üyelerinin, yaş, cinsiyet, ekonomik durum, eğitim geçmişi ve etnik sınırlar söz konusu olduğunda, insanların sorunlarının değişken olmaktan çok benzer olduğunu öğrenmelerine yardımcı olur. Diğer bir taraftan katılımcıların homojen bir yapıda olması cinsiyet ve diğer değişkenler açısından farklı bireylerin benzer bilişsel süreçleri fark etmelerini görmeleri bakımından bir eksiklik olarak değerlendirilebilir. Yalom'a (2012) göre, bütün terapi grupları üyelerin sosyal beceriler geliştirmelerine yardımcı olur. Bazı gruplar rol yapma gibi işlemleri kullanarak bunu açıkça yaparlar. Çalışmamızda yer alan hastaların başlangıçta çekingen yapıda oldukları görülmüştür. Fakat grup içinde sonraki seanslarda grubun oluşturduğu sosyal ortamda bu durumla baş etmeyi öğrenmişlerdir. Duygularını ifade edebilmenin sosyal açıdan zor olmadığını fark etmişlerdir. Grup terapisi sırasında üyelerin seanslara katılımında herhangi bir sorun yaşanmamıştır. Çalışma tamamlanana kadar tüm grup üyeleri oturumlara eksiksiz olarak katılmıştır. Bunun sebebinin üyelerin motivasyonları kadar kendilerinde fark ettikleri davranış değişiklikleri ve az da olsa gruba bağlılıkları ile ilgili olduğu düşünülmüştür. Bunun yanı sıra çalışmanın yürütüleceği zaman dilimi, katılımcı için en uygun zaman dilimi olarak seçilmiştir. Kendileri için en uygun zamanı seçmeleri de katılımlarının devamını sağlamasında en büyük etkenlerden biri olmuştur.

Gumport ve ark., (2015) göre dental anksiyete hakkındaki düşüncelerin öneminin ve heyecan yaratmadaki rolünün ifade edilmesi, olumsuz spontan düşüncelerin belirlenmesi, dental anksiyetenin ortaya çıkması sırasında yaygın bilişsel çarpıtmaların analiz edilmesi ve düşünceler ile gerçeklik arasındaki farkın tespit edilmesi, hastaların olumsuz duygusal ve davranışsal sonuçlarını değiştirmelerine yardımcı olmuştur (Gumport ve ark., 2015).

Çocukluk ve ergenlik dönemindeki deneyimler, bir yetişkinin davranışı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Olumsuz bir olayın deneyiminin, özellikle fiziksel tepki, yeniden deneyim, görme, ses, koku ve fiziksel çevreyi hatırlama gibi yeniden yaşama faktörleriyle ve dış korkusuyla güçlü bir şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur (Rajeev ve ark. 2020). Dış hekiminin hastayı tedavi etmenin en iyi yolunu seçebilmesi için tedaviye başlamadan

önce hastanın olası duygularını bilmesi gerekir (Meng ve ark. 2010). Psikolojik ve farmakolojik müdahaleler, dental kaygı ve fobiyi azaltmada eşit derecede etkilidir. Davranışsal ve bilişsel terapiye yanıt hemen olmamakta genellikle birden fazla seans gerektirmektedir (Berggren, 2001; Jaafer ve ark 2007). Çalışmamızdaki hastaların %40'ı (n:50) daha önce psikoterapi aldıkları, %34,4'ünün (n:43) diş hekimi tedavisinde veya sonrasında olumsuz bir deneyim yaşadıklarını belirtmişlerdir. Literatürde çalışmamıza benzerlik gösteren Locker ve ark. (1996) araştırmalarına dahil ettikleri hastaların %22,4'ünün dental kaygı yaşadıklarını, bu hastaların %71'i acı verici, %23'ü korkutucu ve %9'u utanç verici deneyimler yaşadıklarını bildirmişlerdir.



BÖLÜM 7: SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda; anksiyete ve depresyon düzeyi her iki gruptaki kadın cinsiyette, çalışmayan hastalarda ve yüksek eğitime sahip hastalarda anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Araştırmada ayrıca çalışma grubundaki hastalara uygulanan bilişsel terapisinin hastaların anksiyete ve depresif duygularının iyileşmesini sağladığı tespit edilmiştir.

Diş kaygısı ve fobisi, bir kişinin yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilere sahip olabilir ve bu nedenle, daha iyi ağız sağlığı ve bireyin genel refahının önünü açmak için bu önemli engellerin tanımlanması ve hafifletilmesi gereklidir. Özel ihtiyaçları olan bu hastalarda mükemmel diş bakımı sağlamak diş hekiminin görev ve sorumluluğudur. Nüfusun önemli bir kısmı kaygı ve korkudan muzdarip olduğundan, bu hastaların yönetimi klinik uygulamanın ayrılmaz bir parçası olmalıdır. Tedavi, uygun değerlendirmenin ardından her bireye göre özelleştirilmeli ve diş hekiminin deneyimine, uzmanlığına, kaygı derecesine, hastanın zekasına, yaşına, iş birliğine ve klinik durumuna dayanmalıdır. Diş hekimi hasta ile iletişim kurmalı, korku ve kaygının kaynağını belirlemelidir. Hafif, orta veya aşırı kaygı veya diş fobisi olarak sınıflandırmayı sağlamak için dental anksiyete, sağlık anksiyetesi ve Beck anksiyete ölçeklerinden yararlanılabilir. Dental kaygı ve korkunun duygusal, bilişsel, davranışsal ve fizyolojik boyutlarını yatıştırmak için çeşitli psikolojik terapiler kullanılır. Bu tedaviler, hastalar üzerinde olumlu etkilerle uzun vadeli olarak etkilidir ve onların gelecekte diş hekimliği ekibinin birincil odak noktası olması gereken diş bakımına başvurmalarını sağlar. Hafif ve orta derecede endişeli hastalar sıklıkla psikolojik müdahaleler kullanılarak yönetilebilir ve bazen anksiyolitik ilaçlar veya bilinçli sedasyon gerekli olabilir. Son derece endişeli veya fobik hastalar sıklıkla kombine yönetim yaklaşımları gerektirir. Farmakolojik müdahalelerdeki yüksek risk nedeniyle, Farmakolojik müdahaleler dahil edilmeden önce diş hekimi ve diş ekibinin uygun yönergeleri izlemesi ve yeterince eğitilmiş olması ve uygun altyapı ile yeterli donanıma sahip olması zorunludur. Tüm başarılı tedaviler, diş hekimi-hasta iş birliğine dayanmalıdır. Bunun sonucunda rahat bir hasta, diş tedavi personeli için daha az stresli bir atmosfer ve daha iyi tedavi ile sonuçlanacaktır.

Araştırmada kullanılan değişkenler ile dental anksiyete düzeyi arasında çok büyük farklılıklar bulunmamıştır. Bunun nedeni, benzer sosya kültürel özelliklere sahip olunmasıdır. Nitel çalışmalar yapılarak hem başka sebeplerin etkili olup olmadığı hem de meydana gelecek farklılaşmaların nelerden kaynaklı olduğu konusu araştırılmalıdır. Çünkü; diş hekiminin bir nevi anksiyeteyi idare edebilme kabiliyeti vardır. Diş hekiminin özellikle korkusu olan hastaları rahatlatıcı konuşmalar yapması, ilgilenmesi, empati kurması vb. davranışlarda bulunması hastanın korkusunu bir nebze de olsa azaltacaktır. Böylece hastanın düzenli olarak kontrole gelmesi sağlanarak, randevuları iptal etmesi önlenebilir. Ayrıca hasta ve hekim için tedavinin daha rahat biçimde yapılmasını sağlayabilir. Bu şekilde hastanın ağız sağlığı bozulmayacak ve günlük yaşamında daha rahat, mutlu hareket edecektir. Aksi halde yaşadığı olumsuz davranışlar nedeniyle daha da korkacak ve zor durumda kalmadığı sürece diş hekimine gitmeyecektir.

Bu çalışmanın, sonuçlara varılırken ve bulguları genellerken göz önünde bulundurulması gereken bazı sınırlamaları vardır. Tıbbi tedavi kontrolü olasılığının olmadığı çalışmanın multidisipliner bir yapıda olması çalışmamızın en önemli kısıtlılığının birisidir. Ayrıca BDT tedavisi sonrası uzun süreli takip yapılamamıştır. Ayrıca diğer insan çalışmalarında olduğu gibi bu çalışmada da bireylerin aile ortamı ve sosyoekonomik durumları sonuçları etkilemiştir. Bu nedenle bulguların tüm topluma genellenmesi dikkatli ve yeterli bilgi birikimi ile yapılmalıdır.

KAYNAKÇA

- Agras, W.S., E.E. Fitzsimmons-Craft ve D.E. Wilfley. (2017). Evolution of Cognitive-Behavioral Therapy for Eating Disorders. *Behav Res Ther.* 88, 26-36.
- Akarslan, Z.Z. ve H. Erten. (2009). Diş Hekimliği Korkusu ve Kaygısı, *Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 33(3), 62-68.
- Akbay Oba, A., Ç.T. Dülgergil ve I.S. Sönmez. (2009), Prevalence of Dental Anxiety in 7- to 11-Year-Old Children and Its Relationship to Dental Caries, *Med Princ Pract*, 18(6), 453-457.
- Al Absi, M. U. ve P.D. Rokke. (1991). Can Anxiety Help Us Tolerate Pain? *Pain.* 46(1), 43–51.
- Appukuttan, D., S. Subramanian, A. Tadeipalli ve L.K. Damodaran. (2015). Dental Anxiety Among Adults: An Epidemiological Study in South India. *N Am J Med Sci.*, 7, 13–18.
- Appukuttan, D.P., (2016). Strategies to Manage Patients With Dental Anxiety and Dental Phobia: Literature Review, *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*, 10 (8), 35–50.
- Armfield, J. M., ve L. J. Heaton. (2013). Management of Fear and Anxiety in the Dental Clinic, *Australian Dental Journal*, 58(4), 390-407.
- Arslan, S., E. Erta ve M Ülker. (2011). The Relationship Between Dental Fear and Sociodemographic Variables. *Erciyes Med J*, 33, 295-300.
- Aydemir, Ö., İ. Kırpınar, T. Satı, B Uykur ve C. Cengisiz. (2013). Reliability and Validity of the Turkish Version of the Health Anxiety Inventory. *Arch Neuropsychiat*, 50, 325-331.
- Bandelow, B. ve S. Michaelis. (2015). Epidemiology of Anxiety Disorders in the 21st Century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3) , 327-335.

Battaglia, M. (2015). Separation Anxiety: At the Neurobiological Crossroads of Adaptation and Illness. *Dialogues Clin Neurosci*, 17(3):277-85.

Bayram, N. (2013) *Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş Amos Uygulamaları*. Bursa: Ezgi Kitabevi.

Beck, J.S. (2011). *Bilişsel Davranışçı Terapi Temelleri ve Ötesi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Berggren, U., M. Hakeberg ve S.G. Carlsson. (2001). No Differences Could Be Demonstrated Between Relaxation Therapy and Cognitive Therapy for Dental Fear. *J Evid Based Dent Pract*, 1(2),117–118.

Berggren, U. (2001). Long-Term Management of the Fearful Adult Patient Using Behavior Modification and Other Modalities. *J Dent Educ*, 65(12), 1357–1368.

Binandeh, E.S., N. Saraj-Khorami, P. Asgari, G. Feizi ve B. Tahani. (2020). Comparing the Effect of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Dental Anxiety. *International Journal of Body, Mind and Culture*, 7(3), 151-162.

Bradt, J. Ve A Teague. (2011). Music Interventions for Dental Anxiety. *Oral Dis*. 24, 300-306.

Carlsson, S.G., B.U. Wide, J. Lundgren ve M. Hakeberg. (2013). Dental Anxiety-A Common Interest of Dentists and Psychologists. *Euro. J. Oral Science*, 121, 221–224.

Clark, D. M. (1997). Panic Disorder and Social Phobia. In D. M. Clark ve C. G. Fairburn, *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. Oxford: Oxford University Press.

Clark, D. M. (2001). A Cognitive Perspective on Social Phobia. In W. R. Crozier, L. E. Alden. *International Handbook Of Social Anxiety: Concepts,*

Research and Interventions Relating To the Self and Shyness. Chichester: John Wiley & Sons.

Clark, D. M. ve A. Wells. (1995). A Cognitive Model of Social Phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier, *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment*. New York: Guilford Press.

Cohen, S., J. Fiske ve J. Newton. (2000). Behavioural Dentistry: The Impact of Dental Anxiety on Daily Living. *Br Dent J*, 189(7), 385-390.

Collado, V., E. Nicolas, D. Faulks, C. Tardieu, M.C. Manière, D. Droz, P. Onody ve M. Hennequin. (2008). Evaluation of Safe and Effective Administration of Nitrous Oxide After a Postgraduate Training Course. *BMC Clinical Pharmacology*, 8(3), 1-7.

Costa, F.S., M.G. Cademartori, M.F. Silva, G. Nascimento, A.Q. Shqair, R.T. Pinheiro, F.F Demarco ve M.L Goettems. (2018). Anxiety Symptoms Have a Direct Effect on Oral Health Perception in Young Women. *Qual. Life Res.* 2018; 27, 1583–1588.

Craig, D.C. ve J.A.W. Wildsmith. (2007). Conscious Sedation for Dentistry: An Update. *British Dental Journal*, 8, 629–631.

Crego, A., D.M. Carrillo, J.M. Armfield, M. Romero. (2014). From Public Mental Health to Community Oral Health: The Impact of Dental Anxiety and Fear on Dental Status. *Front Public Health*. 2(16), 1-4..

Cuijpers, P., H. Noma, E. Karyotaki, A. Cipriani ve T.A. Furukawa. (2019). Effectiveness and Acceptability of Cognitive Behavior Therapy Delivery Formats in Adults With Depression: A Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76(7), 700-707.

Çırakoğlu, O.C. (2011). Domuz Gribi (H1N1) Salgınıyla İlişkili Algıların, Kaygı ve Kaçınma Düzeyi Değişkenleri Bağlamında İncelenmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 26 (67), 49-64.

Dionne, R.A., J.A. Yagiela, C.J. Coté, M. Donaldson, M. Edwards, D.J. Greenblatt, D.H.S. Malviya, P. Milgrom, P.A. Moore, A. Shampaine, M. Silverman, R.L. Williams ve S. Wilson. (2006). Balancing Efficacy and Safety in the Use of Oral Sedation in Dental Outpatients. *Journal of the American Dental Association*, 137, 502–513.

Do Nascimento, DL., A.C. Da Silva Araújo, E. Santos Gusmão ve R. Cimdões, (2011). Anxiety and Fear of Dental Treatment Among Users of Public Health Services. *Oral Health Prev Dent*, 9, 329-337.

Doebbling, S. ve M.M. Rowe. (2000). Negative Perceptions of Dental Stimuli and Their Effects on Dental Fear. *J Dent Hyg*, 74(2), 110-116.

Doerr, P. A., W.P. Lang, L.V. Nyquist ve D.L. Ronis. (1998). Factors Associated with Dental Anxiety. *The Journal of The American Dental Association*, 129(8), 1111-1119.

Domhardt, M., Geßlein, H., Von Rezori, R.E. ve Baumeister, H. (2019). Internet- and Mobile-Based Interventions for Anxiety Disorders: A Meta-Analytic Review of Intervention Components. *Depress Anxiety*, 36(3), 213-224.

Dumitrache, M.A., V. Neacsu ve I.R. Sfeatu. (2014). Efficiency of Cognitive Technique in Reducing Dental Anxiety. *Procedia Soc Behav Sci*, 149, 302–306.

Eisner, M.D., P.D. Blanc, E.H. Yelin, P.P. Katz, G. Sanchez, C. Iribarren ve T.A. O'mach. (2010). Influence of Anxiety on Health Outcomes in COPD. *Thorax*. 65(3), 229-234.

Engler, B. (2013). *Personality Theories: An Introduction*. Boston: Cengage Learning.

Erten, H., Z.Z. Akarslan ve E. Bodrumlu. (2006). Dental Fear and Anxiety Levels of Patients Attending a Dental Clinic. *Quintessence Int*, 37, 304-310.

Fan, Q. ve W. Chang. (2015). Social Anxiety Among Chinese People, *Hindawi Publishing Corporation Scientific World Journal Article*, Special Issue, 1-12.

Franken, R. E. (1994). *Human Motivation*. CA: Brooks/Cole Publishing Company.

Freud, S. (1999). *Psikanalize Giriş Dersleri*. Ankara: Öteki Yayınevi

Garakani, A., J.W. Murrough, R.C. Freire, R.P. Thom, K. Larkin, F.D. Buono ve D.V. Iosifescu. (2020). Pharmacotherapy of Anxiety Disorders: Current and Emerging Treatment Options. *Front Psychiatry*. 23, 1-21.

Gottschalk, M.G. ve K. Domschke. (2017). Genetics of Generalized Anxiety Disorder and Related Traits. *Dialogues Clin Neurosci*, 19(2), 159-168.

Gumport, N.B., J.J. Williams ve A.G. Harvey. (2015). Learning Cognitive Behavior Therapy. *J Behav Ther Exp. Psychiatry*, 48, 164-169.

Haukebo, K., E. Skaret, L.G. Öst, M. Raadal, E. Berg, H. Sundberg ve G Kvale. (2008). One-vs. Five-Session Treatment of Dental Phobia: A Randomized Controlled Study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(3), 381-390.

Hawken, T., J. Turner-Cobb ve J. Barnett. (2018). Coping and Adjustment in Caregivers: A Systematic Review, *Health Psychol Open*. 5(2), 1-10.

Heaton, L.J., D.W. McNeil ve P. Milgrom. (2010). Propranolol and D-Cycloserine as Adjunctive Medications in Reducing Dental Fear in Sedation Practice. *SAAD Digest*, 26: 27–35.

Heimberg, R.G. ve R.E. Becker. (2002). *Treatment Manuals For Practitioners. Cognitivebehavioral Group Therapy For Social Phobia: Basic Mechanisms and Clinical Strategies*. New York: Guilford Press.

Hmud, R. Ve L.J. Walsh. (2009). Dental Anxiety: Causes, Complications and Management Approaches. *J Minim Interv Dent*, 2(1), 67–78.

Hofmann, S.G., A. Asnaani, I.J. Vonk, A.T. Sawyer ve A. Fang. (2012). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-Analyses. *Cognitive Resolution*, 36(5), 427-440.

Hosak, L., K. Hosakova, M. Malekirad, D. Kamaradova Koncelikova, J. Zapletalova ve K. Latalova. (2023). Environmental Factors in the Etiology of Mental Disorders in the Czech Republic. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 19, 349-359

Humphris, G.M., T.A. Dyer ve P.G. Robinson (2009). The Modified Dental Anxiety Scale: UK General Public Population Norms in 2008 With Further Psychometrics and Effects of Age. *BMC Oral Health*, 9(1), 1-8.

Humphris, G.M., R. Freeman, J. Campbell, H. Tuutti ve V. D'Souza. (2000). Further Evidence for The Reliability and Validity of the Modified Dental Anxiety Scale. *International Dental Journal*, 50, 367-370.

İlgar, M.Z. ve S.C. İlgar. (2019) Varoluşçu Psikolojik Danışma ve Psikoterapi: Teori ve Pratiği, *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 23(1), 193-220

İlguy, D., M. İlguy, S. Dincer ve G. Bayırlı. (2005). Reliability and Validity of the Modified Dental Anxiety Scale in Turkish patients. *The Journal of International Medical Research*, 33, 252-259.

Jaafer, N.A., M. Izadi, B. Daly ve J.T. Newton (2007). The Social Validation of Pharmacological Approaches to the Management of Dental Anxiety in Adults: Impact of Treatment Urgency, Method of Intervention and Treatment Outcome. *Soc Behav Pers*, 35(3), 375–386.

Jastak, J.T., J.A. Yagiela ve D. Donaldson. (1995). Pharmacology of Vasoconstrictors. In J. Theodore Jastak, John A. Yagiela and David Donaldson. *Local Anesthesia of the Oral Cavity*. Philadelphia: W.B. Saunders.

Jiang, L., M.E Broome ve C. Ning. (2020) .The Performance and Professionalism of Nurses in the Fight Against the New Outbreak of Covid-19 Epidemic of Chinese Nurses is Laudable. *International Journal of Nursing Studies*, 107.

Jiang, F., L. Deng, L. Zhang, Y. Cai, C.W. Cheung ve Z. Xia. (2020). Review of the Clinical Characteristics of Coronavirus. *Journal of General Internal Medicine*, 35, 1545–1549.

Kandola, A., D. Vancampfort, M. Herring, A. Rebar, M. Hallgren, J. Firth ve B. Stubbs. (2018). Moving to Beat Anxiety: Epidemiology and Therapeutic Issues with Physical Activity for Anxiety. *Current Psychiatry Reports*, 20(8), 1-9.

Karagöz, Y. (2016). *SPSS ve Amos 23 Uygulamalı İstatiksel Analizler*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Kaufman, E., K.M. Hargreaves ve R.A. Dionne. (1993). Comparison of Oral Triazolam and Nitrous Oxide with Placebo and Intravenous Diazepam for Outpatient Premedication. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, 75(2), 156–164.

Kaya, H., R. Acaroğlu, M. Şendir ve S. Gültaş. (2007). Nöroşirurji Hastalarında İyimser Yaşam Eğiliminin Ameliyat Öncesi Anksiyete Başetme Durumuna Etkisi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 15 (59), 75-81.

Khan, S. ve R.A. Khan. (2017). Chronic Stress Leads to Anxiety and Depression. *Annals of Psychiatry and Mental Health*, 5(1), 1-4.

Klingberg G., M. Raadal, K. Anrup (2009). Dental Fear and Behaviour Management Problems. In: Koch G., Poulsen S. *Pediatric Dentistry: A Clinical Approach*. Oxford: John Wiley & Sons.

Kumar, S., P. Bhargav, A. Patel, M. Bhati, G. Balasubramanyam, P. Duraiswamy ve S. Kulkarni. (2009). Does Dental Anxiety Influence Oral Health-Related Quality of Life? Observations From a Cross-Sectional Study Among Adults in Udaipur District, India. *Journal of Medical Internet Research*, 51(2), 245-254.

Kvale, G., U. Berggren ve P. Milgrom. (2004). Dental Fear in Adults: A Meta-Analysis of Behavioral Interventions. *Community Dent Oral Epidemiol*, 32, 250–264.

Lahousen, T. ve H.P. Kapfhammer. (2018). Anxiety Disorders-Clinical and Neurobiological Aspects. *Psychiatr Danub*, 30(4), 479-490.

Lazarus, A.A., ve A. Abramovitz. (2004). A Multimodal Behavioral Approach to Performance Anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 60(8), 831-840.

Lazarus, R. S. (1991). Cognition and Motivation İn Emotion. *American Psychologist*, 46, 352-367.

Leahy, L.R. ve H. Stephen. (2009). *Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarında Tedavi Plânları ve Girişimleri*. Bursa: HYB Basın Yayın.

Leahy, R.L., S.J.F. Holland ve L.K. Mcgrinn. (2017). *Planuri De Tratament Si Interventii Pentru Depresie Si Anxietate*. Romanian: Print Book,

Leung, G.M., S. Quah, L.M. Ho, S.Y. Ho, A.J. Hedley, H.P. Lee ve T.H. Lam. (2004). A tale of Two Cities: Community Psychobehavioral Surveillance and Related Impact on Outbreak Control in Hong Kong and Singapore during the Severe Acute Respiratory Syndrome epidemic. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 25(12), 1033-1041.

Leung, G. M., L. M. Ho, S.K. Chan, S.Y. Ho, J. Bacon-Shone, R.Y. Choy, A.J. Hedley, T.H. Lam ve R. Fielding. (2005) Longitudinal Assessment of Community Psychobehavioral Responses During and After the 2003 Outbreak of Severe Acute Respiratory Syndrome in Hong Kong. *Clinical Infectious Diseases*, 40(12), 1713-1720.

Locker, D., D. Shapiro ve A. Liddell. (1996). Negative Dental Experiences and Their Relationship Tyrica to Dental Anxiety. *Community Dent Health*, 13(2), 86-92.

Maakes, P.C., M.J. Jonker ve T. Turk. (2006). Nitrous-Oxide Sedation Indispensable in The Care of Anxious People and the Mentally Impaired. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 150(19),1055–1058.

Martin, E.I., K.J. Ressler, E. Binder ve C.B. Nemeroff. (2009). The Neurobiology of Anxiety Disorders: Brain Imaging, Genetics, and Psychoneuroendocrinology. *Psychiatr Clin North Am*, 32(3), 549-575.

Mathur, J., A. Diwanji, B. Sarvaiya, D. ve Sharma. (2017). Identifying Dental Anxiety in Children's Drawings and correlating It with Frankl's Behavior Rating Scale, *Int J Clin Pediatr Dent*, 10(1), 24-28.

McLeod, S. (2014). *Psychodynamic approach*. 19 Nisan 2022 tarihinde Simply Psychology: <https://www.simplypsychology.org/psychodynamic.html> adresinden alındı.

Meng, X., M.W. Heft, M.M. Bradley ve P.J. Lang. (2010). Effect of Fear on Dental Utilization Behaviors and Oral Health Outcome. *Community Dent Oral Epidemiol*, 35(4), 292-301.

Michopoulos, V., A. Powers, C.F. Gillespie, K.J. Ressler ve T. Jovanovic. (2017). Inflammation in Fear- and Anxiety-Based Disorders: PTSD, GAD, and Beyond. *Neuropsychopharmacology*, 42(1), 254-270.

Mohammed, R.B., T. Lalithamma, D.M. Varma, K.N. Sudhakar, B. Srinivas, P.V. Krishnamraju ve A.B. Shaik. (2014). Prevalence of Dental Anxiety and its Relation to Age and Gender in Coastal Andhra (Visakhapatnam) Population, India. *J Nat Sci Biol Med*, 5(2), 409-414.

Moore, R., I. Brødsgaard ve N. Rosenberg. (2004). The Contribution of Embarrassment to Phobic Dental Anxiety: A Qualitative Research Study. *BMC Psychiatry*, 4(1), 1-11.

O'Cleirigh, C., S.A. Safren, S.W. Taylor, B.M. Goshe, C.A. Bedoya, S.M. Marquez, M.S. Boroughs ve J.C. Shipherd. (2019). Cognitive Behavioral Therapy for Trauma and Self-Care (CBT-TSC) in Men Who have Sex with Men

with a History of Childhood Sexual Abuse: A Randomized Controlled Trial. *AIDS Behav*, 23(9), 2421-2431.

Oosterink, F.M., A. De Jongh ve I.H. Aartman. (2008). What are People Afraid of During Dental Treatment? Anxiety- Provoking Capacity of 67 Stimuli Characteristic of The Dental Setting. *Eur J Oral Sci*, 116, 44-51.

Osborn, T.M. ve N.A. Sandler. (2004). The Effects of Preoperative Anxiety on Intravenous Sedation. *Anesth Prog*, 51(2), 46-51.

Öst, L. ve D.M. Clark. (2013). Cognitive Behavior Therapy: Principles, Procedures and Evidence Base. In: Öst L, Skaret E. *Cognitive Behaviour Therapy For Dental Phobia and Anxiety*. Chichester: John Wiley.

Penninx, B.W., D.S. Pine, E.A. Holmes ve A. Reif. (2021). Anxiety disorders. *Lancet*, 6(397), 914-927.

Pohjola, V., S. Lahti, M.M. Vehkalahti, M. Tolvanen ve H. Hausen. (2007). Finlandiya'daki Yetişkinler Arasında Dişhekimliği Korkusu İle Dişhekimliği Devamı Arasındaki İlişki. *Açta Odontol Scan*, 65(4), 224–230.

Pohjola, V., M. Nurkkala ve J.I. Virtanen. (2021). Psychological Distress, Oral Health Behaviour and Related Factors Among Adolescents: Finnish School Health Promotion Study. *BMC Oral Health*, 21, 1-9.

Rajeev, A., B. Patthi, C. Janakiram, A. Singla, R. Malhi ve M. Kumari. (2020). Influence of The Previous Dental Visit Experience in Seeking Dental Care Among Young Adults. *J Family Med Prim Care*, 9(2), 609-613.

Remes O., C. Brayne, R.V.D. Linde ve L. Lafortune. (2016). A Systematic Review of Reviews on the Prevalence of Anxiety Disorders in Adult Populations, *Brain and Behavior*, 6(7), 1-33.

Rnic, K., D.J. Dozois ve R.A. Martin. (2016). Cognitive Distortions, Humor Styles, and Depression. *Eur J Psychol*, 12(3), 348-362.

Roberts, J.F., M.E.J. Curzon, G. Koch ve L.C. Martens. (2010). Behaviour Management Techniques in Paediatric Dentistry, *European Archives of Paediatric Dentistry*, 11(4), 166–174.

Rothman K.J. (2012). *Epidemiology*. New York: Oxford University Press.

Saatchi, M., M. Abtahi, G. Mohammadi, M. Mirdamadi ve E.S. Binandeh. (2015). The Prevalence of Dental Anxiety and Fear in Patients Referred to Isfahan Dental School, Iran. *Dent Res J (Isfahan)*, 12(3), 248-253.

Sahranavard, S., A. Esmaeili, H. Salehiniya ve S. Behdani. (2019). The Effectiveness of Group Training of Cognitive Behavioral Therapy-Based Stress Management on Anxiety, Hardiness and Self-Efficacy in Female Medical Students. *Journal of Education and Health Promotion*, 8(49), 1-7.

Salkovskis, P.M., K.A Rimes, H.M. Warwick ve D.M. Clark. (2002). The Health Anxiety Inventory: Development and Validation of Scales for the Measurement of Health Anxiety and Hypochondriasis. *Psychol Med*, 32, 843-853.

Samra, C.K. ve S. Abdijadid. (2022). *Specific Phobia*. 8 Mayıs 2022 tarihinde National Center for Biotechnology Information: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499923/> adresinden alındı.

Schuller, A.A., T. Willumsen ve D. Holst. (2003). Are There Differences in Oral Health and Oral Health Behavior Between Individuals with High and Low Dental Fear? *Community Dent Oral Epidemiol*, 31(2), 116-121.

Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. CA: W.H. Freeman.

Shahnavaz, S., S. Rutley, K. Larsson ve G. Dahllöf. (2015). Children and Parents' Experiences of Cognitive Behavioral Therapy for Dental Anxiety-A Qualitative Study. *Int J Paediatr Dent*, 25(5), 317–326.

Shahnavaz, S., E. Hedman, M. Grindefjord, L. Reuterskiöld ve G. Dahllof. (2016). Cognitive Behavioral Therapy for Children with Dental Anxiety: A Randomized Controlled Trial. *JDR. Clin Trans Res*, 1(3), 234-243.

Siegmund, A., F. Golfelleri, C. Finck, A. Halisch, D. R  th, J. Plag ve A. Str  hle. (2011). D-Cycloserine Does Not Improve But Might Slightly Speed Up the Outcome of In-Vivo Exposure Therapy in Patients with Severe Agoraphobia and Panic Disorder in a Randomized Double Blind Clinical Trial. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1042–1047.

Smoller, J.W. (2016). The Genetics of Stress-Related Disorders: PTSD, Depression, and Anxiety Disorders. *Neuropsychopharmacology*, 41(1), 297-319.

Stabholz, A. ve B. Peretz. (1999). Dental Anxiety Among Patients Prior to Different Dental Treatments. *Int Dent J*, 49(2), 90-94.

Sukumaran, I., S. Taylor ve W. Thomson. (2021). The Prevalence and Impact of Dental Anxiety Among Adult New Zealanders. *Int Dent J.*, 71(2), 122–126.

Sullivan, H. S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: W.W. Norton & Company Inc.

Sullivan, H. S. (1954). *The Psychiatric Interview*. New York: W. W. Norton & Company Inc.

Suma, P.C. ve M. Raman. (2022). *Anxiety*, Treasure Island (FL): StatPearls Yayıncılık

Svensson, L., A. Larsson ve L. Lars-Goran   st. (2002). How Children Experience Brief-Exposure Treatment of Specific Phobias. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 31(1), 80–89.

  im  sek, N. ve S.   spir. (2019) Di   Hekimli  inde Anksiyete, *Akd Med J*, 1, 15-20.

Tallman, J. F., S.M. Paul, P. Skolnick ve D.W. Gallager. (1980). Receptors for the Age of Anxiety: Pharmacology of the Benzodiazepines. *Science*, 207(4428), 274-281.

Tonguç Altın, K., Ş.G. Onur, B.S. Yurtseven, Ç. Altunok ve N. Sandallı. (2019). Ebeveyn Dental Kaygısının Çocukların Dental Kaygısı Üzerine Etkileri, *7tepeklirik*, 15(2), 146-151.

Topses, G. (2012). Davranışçı ve Varoluşçu-Hümanistik Psikolojik Danışma Kuramlarının Ayırtedici ve Örtüşen Nitelikleri. *International Journal of New Trends in Arts, Sports and Science Education*, 1(3), 67-75.

Toy, B. Y. ve N.G. Tosunoğlu. (2007). Sosyal Bilimler Alanındaki Araştırmalarda Bilimsel Araştırma Süreci, İstatistiksel Teknikler ve Süreci, İstatistiksel Teknikler ve Yapılan Hatalar. *Journal Of Commerce*, (1), 1-20.

Tunç, E.P., D. Fırat, Ö.D Onur ve V. Sar. (2005). Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) in a Turkish population. *Community dentistry and oral epidemiology*, 33(5), 357-362.

Vigo D, G. Thornicroft ve R. Atun. (2016). Estimating the True Global Burden of Mental Illness, *Lancet Psychiatry*, 3(2), 171-178.

Wang, C., R. Pan, X. Wan, Y Tan, L Xu, C.S. Ho ve R.C. Ho. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors During the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic Among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1-25.

Warnock-Parkes, E., J. Wild, G.R. Thew, A. Kerr, N. Grey, R. Stott, A. Ehlers, ve D.M. Clark. (2020). Treating Social Anxiety Disorder Remotely with Cognitive Therapy. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 13(30), 1-20.

Webb, C.A., C.H. Stanton, E. Bondy, P. Singleton, D.A. Pizzagalli ve R.P. Auerbach. (2019). Cognitive Versus Behavioral Skills in CBT for Depressed

Adolescents: Disaggregating Within-Patient Versus Between-Patient Effects on Symptom Change. *J Consult Clin Psycho.* 87(5), 484-490.

Wide Boman, U., V. Carlsson, M. Westin ve M. Hakeberg. (2013). Psychological Treatment of Dental Anxiety Among Adults: A Systematic Review. *European Journal of Oral Sciences*, 121, 225–234.

Wide, U. ve M. Hakeberg. (2021). Treatment of Dental Anxiety and Phobia-Diagnostic Criteria and Conceptual Model of Behavioural Treatment. *Dent J (Basel)*, 9(12), 1-11.

Wilson, S. and E.A. Alcaino. (2011). Survey on Sedation in Pediatric Dentistry: A Global Perspective. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 21(5), 321–332.

Wolgensinger, L. (2015). Cognitive Behavioral Group Therapy for Anxiety: Recent Developments. *Dialogues Clin Neurosci*, 17(3), 347-351.

Yıldırım, C., Ö.M. Akgün, G.G Polat, M.A. Ok, C. Altun ve F. Başak. (2017). Assessment of Dental Fear in Turkish Children with the Frankl Behavior Rating Scale (FS) and the Sound-Eye-Motor (SEM) Scale, *Gülhane Tıp Dergisi*, 58, 272-276.

Zwicker, A., E.M. Denovan-Wright ve R. Uher. (2018). Gene-Environment Interplay in the Etiology of Psychosis. *Psychol Med*, 48(12), 1925–1936.

EKLER

EK 1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Araştırmayı destekleyen kurum: İstanbul Nişantaşı Üniversitesi

Araştırmanın konusu: Dental Anksiyetesi Olan Bireylerde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi'nin Etkinliğinin İncelenmesi

Danışman: Prof. Dr. Devran Tan

Araştırmacı: Salise Cabbar Top

Diş tedavisine başvuran hastalarda görülen ve hastanın tedavi almasını zorlaştıran dental anksiyete (diş tedavisi ile ilgili işlemler karşı duyulan güçlü olumsuz duygulardır) ile ilgili bir çalışma planladık. Zaman zaman kişide en başta çözülebilecek basit bir şikâyetin dental anksiyete sonucu tedaviden kaçınılarak diş veya dişlerin kaybına kadar ilerleyebilen sonuçlara yol açtığı görülmektedir.

Bu çalışmanın amacı ulaşılabilirliği daha kolay olan online görüşme platformunda dental anksiyetesi en yüksek çıkan 15 katılımcı ile 8 ila 10 seans arası Bilişsel Davranışçı Grup Terapi yaparak dental anksiyete seviyesinde değişim olup olmadığının gözlenmesidir. Katılımcıların sonuçları değerlendirildikten sonra geri dönüş yapılarak gönüllü olan kişiler ile çalışmaya başlanacaktır. Paylaştığınız kişisel bilgiler anonim olarak değerlendirilecek ve araştırmanın hiçbir aşamasında isimler ve kişisel bilgileriniz kullanılmayacaktır. Gönüllülük esastır.

Çalışmanın bu basamağına katkı sağlamak ve size geri dönüş yapabilmek için lütfen telefon ve e-posta adresinizi doğru yazdığınızdan emin olunuz.

Anketimiz 18-35 yaş arası katılımcılar içindir. Katılımınız için teşekkür ederim.

“Dental Anksiyetesi Olan Bireylerde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi'nin Etkinliğinin İncelenmesi ” isimli çalışmasına gönüllü katılmayı kabul ediyormusunuz.

Evet () Hayır ()

EK 2: Etik Kurul Onayı

T.C.
NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU KARAR SURETİ

Toplantı Tarihi: 02.06.2022

Toplantının Yeri: İstanbul Nişantaşı Üniversitesi Toplantı Odası

Toplantı Sayısı: 2022/22

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Uğur YOZGAT (Başkan)

Doç. Dr. Umut BAŞOĞLU (Başkan Yardımcısı)

Prof. Dr. Yılmaz GÖBENEZ (Üye)

Prof. Dr. Ömer Cüneyt BİNATLI (Üye)

Prof. Dr. Ahmet İrfan YÜKLER (Üye)

Prof. Dr. Serkan KESKİN (Üye)

Öğr. Gör. Erkul BULUT (Üye)

Demet ÖVELEK (Raportör)

Gündem:

Gündem 1. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Salise Cabbar Top'un "Dental Anksiyetesi olan Bireylerde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi'nin Etkinliğinin İncelenmesi" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Karar 15. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Salise Cabbar Top'un "Dental Anksiyetesi olan Bireylerde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi'nin Etkinliğinin İncelenmesi" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmada elde edilen kişisel verilere ilişkin KVKK kapsamındaki sorumluluk araştırmayıcı ait olmak üzere belirtilen hususlara dikkat etmesi ile uygunluğuna oy birliği ile karar verildi.

Prof.Dr. Uğur YOZGAT

Başkan

EK 3: Demografik Bilgi Formu

Tarih :

1. Yaş :

2. Cinsiyet : K () E ()

3. Medeni durum:

Bekâr () Evli () Boşanmış () Dul ()

4. Eğitim Durumu:

İlkokul mezunu ()

Lise mezunu ()

Üniversite ()

Yüksek lisans ()

Diğer ()

5. Kimlerle yaşadığı:

Ebeveynleri ile ()

Yakınları ile ()

Eş ve çocukları ile ()

Yalnız ()

Diğer ()

6. Kardeş sayısı:

Kardeşi yok ()

Bir kardeşi var ()

İki kardeşi var ()

Üç kardeşi var ()

Dört ve üzeri kardeşi var ()

7. Yaşadığı bölge:

İl:

İlçe:

8. Çalışma Durumu:

Çalışıyor ()

Çalışmıyor ()

9. Meslek:

10. Kronik bir rahatsızlığınız veya düzenli ilaç kullanmanızı gerektiren bir rahatsızlığınız var mı? İlaç kullanıyorsanız isimlerini yazar mısınız?

E () ise

H ()

11. Daha önce herhangi bir sebeple terapi aldınız mı?

E () H ()

12. Ailenizde psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?

E () H ()

13. Genel olarak ruhsal durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Çok iyi () İyi () Orta () Kötü () Çok kötü ()

14. Hane halkı aylık toplam gelir seviyesi?

- 0-5.000 TL ()
5.000-10.000 TL ()
10.000-15.000 TL ()
15.000-20.000 TL ()
20.000 TL ve üzeri ()

15. Diş hekimine gitme sıklığınız?

- Altı ayda bir düzenli olarak kontrole giderim. ()
Senede bir düzenli olarak kontrole giderim. ()
Şikâyetim olursa kontrole giderim. ()
Daha önce hiç gitmedim. ()
Dayanamayacağım kadar ağrım olursa kontrole giderim. ()

16. ve 17. soruyu daha önce diş hekimi tedavisine gittiyseniz cevaplayınız.

16. Tedavide hangi işlemleri yaptırdınız?

- Çekim () Dolgu () Kanal dolgusu () Diş taşı temizliği () Protez ()
Diğer (.....)

17. Diş hekimi tedavinizde veya sonrasında olumsuz bir deneyim yaşadınız mı?

E () H ()

18. Tedavi sonrası yaşadığınız deneyim (Bu soruyu olumsuz bir deneyim yaşadıysanız cevaplayınız)

- Ağrı ()
Kanama ()
Şişlik ()
His Kaybı ()
Diğer (.....)

19. Diş fırçalama sıklığınız:

- Fırçalamam () Düzensiz () Günde 1 kez () Günde 2 kez ()
Gün içinde 3 ve üzeri ()

20. Diş fırçası dışında hijyen için aşağıdakilerden kullandığınız var mı?

- Diş ipi () Arayüz fırçası () Dil temizleyici () Diğer (.....)

21. Diş hekiminizi hangi kritere göre seçersiniz?

- Tanıdık tavsiyesi ()
İnternet ()
Sosyal medya ()
Ekonomik sebepler ()

22. Diş hekiminizin yaşı ve tecrübesi seçiminizi etkiler mi?

E () H ()

EK 4: Sağlık Anksiyete Ölçeği

SAĞLIK ANKSİYETESİ ENVANTERİ (KISA VERSİYON)

Bu bölümdeki her soru dört farklı ifade içerir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve son 6 ay içindeki duygularınızı en iyi ifade edeni seçin. Seçtiğiniz cümleyi yanındaki harfi daire içine alarak işaretleyin, örneğin (a) cümlesinin doğru olduğunu düşünüyorsanız (a) yı işaretleyin; birden fazla ifadenin size uygun olduğunu düşündüğünüzde size uyan ifadelerin hepsini işaretleyin.

1.

- (a) Sağlığım ile ilgili endişelenmem.
- (b) Sağlığım ile ilgili nadiren endişelenirim.
- (c) Sağlığım ile ilgili çok sık endişelenirim.
- (d) Sağlığım ile ilgili hemen her zaman endişelenirim.

2.

- (a) Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/ acı hissedirim
- (b) Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissedirim
- (c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissedirim
- (d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissedirim.

3.

- (a) Genellikle vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında değilimdir.
- (b) Bazen vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında olurum.
- (c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.
- (d) Sürekli vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.

4.

- (a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiç bir zaman sorun olmamıştır.
- (b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.
- (c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam.
- (d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı hiç koymaya çalışmıyorum

5.

- (a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur.
- (b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
- (c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
- (d) Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.

6.

- (a) Kendimi hasta olarak hayal etmem.
- (b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
- (c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
- (d) Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.

7.

- (a) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.
- (b) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.
- (c) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım. (d) Hiçbir şey zihnimden sağlığımla ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.

8.

- (a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylerse tamamen rahatlarım.
- (b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim.
- (c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim.
- (d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.

9.

- (a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem.
- (b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.
- (c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm.
- (d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm.

10.

- (a) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen nadiren ne olduğunu merak ederim.
- (b) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.
- (c) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen her zaman ne olduğunu merak ederim.
- (d) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.

11.

- (a) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm.
- (b) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm.
- (c) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğunu düşünürüm.
- (d) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.

12.

- (a) Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem
- (b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
- (c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
- (d) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

13.

- (a) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanmam.
- (b) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım.
- (c) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek çoğunlukla zorlanırım.
- (d) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek her zaman zorlanırım.

14.

- (a) Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.
- (b) Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğimi söyler. (c) Ailem ve dostlarım sağlığım için fazlaca endişelendiğimi söyler.
- (d) Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler

Aşağıdaki soruları yanıtlarken, sizi özellikle rahatsız eden bir hastalığınız (kalp hastalığı, kanser, Multipl Skleroz gibi) olsaydı nasıl olurdu diye düşünün. Tabii ki tam olarak nasıl olacağını bilemezsiniz ama genelde kendiniz ve ciddi bir hastalık konusundaki bilgilerinize dayanarak nasıl olacağı konusunda en iyi tahmini yapmaya çalışın.

15.

- (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabilirdim.
- (b) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala biraz zevk alabilirdim.
- (c) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk alamazdım.
- (d) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden hiç zevk alamazdım.

16.

- (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu.
- (b) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı orta düzeyde olurdu. (c) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı çok az olurdu.
- (d) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı hiç olmazdı.

17.

- (a) Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı.
- (b) Ciddi bir hastalık yaşamımın bir çok alanını bozardı.
- (c) Ciddi bir hastalık yaşamımın neredeyse her alanını bozardı.
- (d) Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.

18.

- (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.
- (b) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu biraz zedelenmiş hissederdim.
- (c) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim.
- (d) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.

EK 5: Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama lüt lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

EK 6: Beck Depresyon Ölçeği

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Bugün dahil geçen hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi işaretleyin. Seçiminizi yapmadan önce gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz

- 1.) ☐ Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
☐ Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
☐ Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
☐ O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2.) ☐ Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
☐ Gelecek hakkında karamsarım.
☐ Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
☐ Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3.) ☐ Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
☐ Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
☐ Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
☐ Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.
- 4.) ☐ Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
☐ Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
☐ Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
☐ Her şeyden sıkılıyorum.
- 5.) ☐ Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
☐ Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
☐ Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
☐ Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6.) ☐ Kendimden memnunum.
☐ Kendi kendimden pek memnun değilim.
☐ Kendime çok kızıyorum.
☐ Kendimden nefret ediyorum.

- 7.) ☐ Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
☐ Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
☐ Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
☐ Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
- 8.) ☐ Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
☐ Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor, fakat yapmıyorum.
☐ Kendimi öldürmek isterdim.
☐ Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9.) ☐ Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
☐ Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
☐ Çoğu zaman ağlıyorum.
☐ Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10.) ☐ Şimdi her zaman olduğumdan sinirli değilim.
☐ Eskisine kıyasla daha kolay kızıyorum.
☐ Şimdi hep sinirliyim.
☐ Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 11.) ☐ Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
☐ Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
☐ Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
☐ Hiç kimseyle görüşüp, konuşmak istemiyorum.
- 12.) ☐ Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
☐ Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
☐ Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
☐ Artık hiç karar veremiyorum.
- 13.) ☐ Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.
☐ Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
☐ Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
☐ Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14.) ☐ Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
☐ Bir şeyler yapmak için gayret göstermek gerekiyor.
☐ Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamama gerekiyor.
☐ Hiçbir şey yapamıyorum.

- 15.) ☐ Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
☐ Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
☐ Her zamankinden bir-iki saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
☐ Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
- 16.) ☐ Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
☐ Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
☐ Yaptığım hemen her şey beni yoruyor.
☐ Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 17.) ☐ İştahım her zamanki gibi
☐ İştahım eskisi kadar iyi değil
☐ İştahım çok azaldı.
☐ Artık hiç iştahım yok.
- 18.) ☐ Son zamanlarda kilo vermedim.
☐ İki kilodan fazla kilo verdim.
☐ Dört kilodan fazla kilo verdim.
☐ Altı kilodan fazla kilo verdim.
- 19.) ☐ Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
☐ Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
☐ Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyler düşünmek zorlaşıyor.
☐ Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20.) ☐ Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme farketmedim.
☐ Cinsel konularda eskisinden daha az ilgiliyim.
☐ Cinsel konularda şimdi çok daha az ilgiliyim.
☐ Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.
- 21.) ☐ Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
☐ Cezalandırılabilceğimi seziyorum.
☐ Cezalandırılmayı bekliyorum.
☐ Cezalandırıldığımı hissediyorum.

EK 7: Dental Anksiyete Skalası

DAS anketi:

Soru 1: Diş hekimine gitmeden bir önceki gün kendini nasıl hissedersiniz?

- a) Bu zevkli bir iş olduğundan bir an önce gitmek isterim.
- b) Umursamam
- c) Biraz huzursuz olurum
- d) Acı ve rahatsızlık verici olmasından korkarım.
- e) Diş hekiminin yapacaklarını düşünüp çok korkarım

Soru 2: Diş hekiminde sıranızı beklerken kendinizi nasıl hissedersiniz?

- a) Rahat
- b) Biraz huzursuz
- c) Gergin
- d) Endişeli
- e) O kadar endişe duyarım ki, bazen ter içinde kalır ya da fiziksel olarak hasta gibi hissedirim.

Soru 3: Diş hekimi koltuğunda yatıp, hekiminizin dolgu için diş matkabını hazırlaması beklerken nasıl hissedersiniz?

- a) Rahat
- b) Biraz huzursuz
- c) Gergin
- d) Endişeli
- e) O kadar endişe duyarım ki, bazen ter içinde kalır ya da fiziksel olarak hasta gibi hissedirim.

Soru 4: Diş taşlarınızı temizletmek için diş hekimi koltuğuna yatıyorsunuz. Siz beklerken hekiminiz dişlerinizin etrafındaki diş taşlarını temizleyecek aletleri hazırlıyor. Kendinizi nasıl hissedersiniz?

- a) Rahat
- b) Biraz huzursuz
- c) Gergin
- d) Endişeli
- e) O kadar endişe duyarım ki, bazen ter içinde kalır ya da fiziksel olarak hasta gibi hissedirim.