



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

AĞIZ DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ ANABİLİM DALI

**GÖMÜLÜ 3. MOLAR DİŞLERİN
CERRAHİSİNDE HASTALARDAKİ DENTAL
ANKSİYETE SEVİYESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hüseyin YALÇINKAYA

UZMANLIK TEZİ

Doç. Dr. Yavuz Tolga Korkmaz

TRABZON-2022



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

AĞIZ DİŞ VE ÇENE CERRAHİSİ ANABİLİM DALI

**GÖMÜLÜ 3. MOLAR DİŞLERİN
CERRAHİSİNDE HASTALARDAKİ DENTAL
ANKSİYETE SEVİYESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hüseyin YALÇINKAYA
ORCID: 0000-0003-0755-3129

UZMANLIK TEZİ

Doç. Dr. Yavuz Tolga Korkmaz
ORCID: 0000-0002-3242-3724

TRABZON-2022

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak hazırlanarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

10.03.2022
Hüseyin Yalçınkaya

İthaf

Bu uzmanlık tezini, benim bu günlere gelmem için hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan, ismini aldığım rahmetli dedem Hüseyin YALÇINKAYA'ya ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam süresince hiçbir fedakarlıktan kaçınmayan, bilgi ve birikimlerini bana aktarmasından mutluluk duyduğum sevgili hocam ve tez danışmanım sayın Doç. Dr. Yauvz Tolga KORKMAZ'a,

Asistanlığım süresince üzerimde emeği geçen, bilgi ve tecrübeleriyle bana yardımcı olan kıymetli hocalarım Doç. Dr. Cem ÜNGÖR'e, Doç. Dr. Celal ÇANDIRLI'ya, Doç. Dr. Nuray YILMAZ ALTINTAŞ'a, Dr. Öğr. Üyesi Onur YILMAZ'a, Dr. Öğr. Üyesi Efe Can SİVRİKAYA'ya,,

Hayatımın her döneminde destekçim olan, emeklerinin karşılığını ödeyemeyeceğim sevgili anneme, babama ve kardeşlerime,

Uzmanlık eğitimim boyunca beraber çalışmaktan zevk aldığım sevgili arkadaşlarım Cavid İHTİYAROV, Sezai ÇİFTÇİ, Nejdet KOÇAK, Yüksel ÇAKMAK, Sercan YILMAZ, Sefa Merve ARIKAN, Gültekin ONAT, Gökçe Elif ERDAYANDI, Can ERDAYANDI, Bayram SÜLEYMANLI, Cavad BAHTİYARLI, Ayşenur SAKAL, Halenur VAR, Fatih GİRGİN, Emre ULUBAY, Helin Merve ÖZALP ve Ayşe BAYRAKTAR arkadaşlarıma,

Tez çalışmamda yardımını esirgemeyen Prof.Dr Tamer Tüzüner ve Emil MAHAMMADLI'ya

Sevgisini ve desteğini hiçbir zaman esirgeyemeyen, varlığıyla bana güç katan sevgili eşim ve hayat arkadaşım Kübra DİNDAR YALÇINKAYA'ya

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

Hüseyin YALÇINKAYA

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇ KAPAK SAYFASI

ONAY

BEYAN

İthaf

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

ix

TABLolar DİZİNİ

xi

ŞEKİLLER DİZİNİ

xii

RESİMLER DİZİNİ

xiii

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

xiv

ÖZET

xv

SUMMARY

xvi

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1

2. GENEL BİLGİLER

2

2.1. ANKSİYETE

2

2.2. ANKSİYETENİN BELİRTİLERİ

3

2.2.1. Anksiyetenin fizyolojik belirtileri

3

2.2.1.1. Kalp-Damar sistemi belirtileri

3

2.2.1.2. Solunum sistemi belirtileri

4

2.2.1.3. Kas-İskelet ve Sinir sistemi belirtileri

4

2.2.1.4. Sindirim sistemi belirtileri

4

2.2.1.5. Boşaltım ve Genital sistem belirtileri

4

2.2.1.6. Cilt belirtileri

5

2.2.2. Anksiyetenin Affektif Belirtileri:

5

2.2.3. Anksiyetede Davranışsal Belirtiler:

6

2.3. DENTAL ANKSİYETE

6

2.3.1. Dental Anksiyete Etiyolojisi

7

2.3.2. Dental Anksiyetenin Değerlendirilmesi ve Kullanılan Skalalar

8

2.3.2.1. Dental anksiyete sorusu (DAQ)

8

2.3.2.2. Corah'ın dental anksiyete skalası

9

2.3.2.3. Modifiye dental anksiyete skalası (MDAS)

9

2.3.2.4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası (HADS)

10

2.3.2.5.	Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (Stai-S, Stai-T)	10
2.3.2.6.	Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Ölçeği (APAİS)	11
2.3.2.7.	Görsel analog skala (VAS)	12
2.3.2.8.	Dental korku ölçeği (DFS)	12
2.3.2.9.	Anksiyete ölçümünde kullanılan diğer ölçekler	12
2.4.	HASTALARIN AMELİYAT İLE İLGİLİ BİLGİYE ULAŞMA YÖNTEMLERİ	13
2.5.	GÖMÜLÜ DİŞLER	14
2.5.1.	Gömülü alt 3. molarların sınıflandırılması	15
2.5.1.1.	Pell–Gregory sınıflandırması	15
2.5.1.2.	Winter sınıflandırması	16
2.5.2.	Gömülü diş çekiminin endikasyonları	17
2.5.3.	Gömülü diş çekiminin kontrendike olduğu durumlar	18
2.5.4.	Gömülü diş çekimi ile ilişkili komplikasyonlar	18
2.5.4.1.	Operasyon sırasında görülebilen komplikasyonlar	18
2.5.4.2.	Operasyon sonrasında görülebilen komplikasyonlar	18
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1.	HASTA TANIMI VE SAYISI	19
3.2.	ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ	19
3.3.	ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ:	20
3.4.	METODOLOJİ	20
3.5.	VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ	21
3.6.	UYGULAMA	22
4.	BULGULAR	27
5.	TARTIŞMA	37
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	46
8.	EKLER	58
Ek-1	Etik Kurul Onayı	58
Ek-2	Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	60
Ek-3	Durumluluk Kaygı Ölçeği Anksiyete Skalası	64
Ek-4	Sürekli Kaygı Ölçeği Anksiyete Skalası	65
Ek-5	Modifiye Dental Anksiyete Skalası	66
9.	ÖZGEÇMİŞ	67

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No		Sayfa
Tablo 1.	Gruplara göre kategorik değişkenlerin karşılaştırılması	28
Tablo 2.	Gruplara göre Yaş, İşlem süresi ve Stai-t değerlerinin karşılaştırılması	28
Tablo 3.	Grup içi ve gruplar arası Stai-s ve Mdas değerlerinin karşılaştırılması	29
Tablo 4.	Grup içi ve gruplar arası MAA ve VAS değerlerinin karşılaştırılması	30
Tablo 5.	Grup içi ve gruplar arası ödem miktarı değerlerini karşılaştırılması	32
Tablo 6.	İşlem süresi gruplarına göre karşılaştırma sonuçları	33
Tablo 7.	Cinsiyete göre değişkenlerin karşılaştırılması	34
Tablo 8.	Yaş ve işlem süresi ile değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi	35
Tablo 9.	Preoperatif Stai-s üzerine etki eden bağımsız değişkenlerin lineer regresyon analizi ile incelenmesi	36
Tablo 10.	Preoperatif mdas üzerine etki eden bağımsız değişkenlerin lineer regresyon analizi ile incelenmesi	36

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa
Şekil 1. Pozisyon A	15
Şekil 2. Pozisyon B	15
Şekil 3. Pozisyon C	15
Şekil 4. Class I	16
Şekil 5. Class II	16
Şekil 6. Class III	16
Şekil 7. Horizontal	16
Şekil 8. Mezioanguler	16
Şekil 9. Vertikal	17
Şekil 10. Distoanguler	17
Şekil 11. Bukkoanguler	17
Şekil 12. Linguloanguler	17
Şekil 13. Ters	17
Şekil 14. Gruplara göre cinsiyet dağılımı	27

RESİMLER DİZİNİ

Resim No		Sayfa
Resim 1.	Gonion-Dudak kenarı arası mesafenin ölçülmesi (GDK)	22
Resim 2.	Gonion-Göz kenarı arası mesafenin ölçülmesi (GGK)	23
Resim 3.	Tragus-Dudak kenarı arası mesafenin ölçülmesi (TDK)	23
Resim 4.	İnterinsizal mesafenin ölçülmesi	23
Resim 5.	İnsizyon hattı	24
Resim 6.	Mukoperiosteal flebin kaldırılması	24
Resim 7.	Diş kronunun vertikal olarak iki parçaya ayrılması	25
Resim 8.	Diş çekim soketi	25
Resim 9.	Suturasyon sonrası görüntü	25

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

Stai-s	Durumluluk Kaygı Ölçeği
Mdas	Modifiye Dental Anksiyete Skalası
C-das	Corah'ın Dental Anksiyete Skalası
Stai-t	Sürekli Kaygı Ölçeği
VAS	Görsel analog skalası
MAA	Maksimum Ağız açıklığı
GDK	Gonion-Dudak kenarı arası mesafe
GGK	Gonion-Göz kenarı arası mesafe
TDK	Tragus-Dudak kenarı arası mesafe
48S	Ameliyat sonrası 48.saat
1H	Ameliyat sonrası 7.gün
Dk	Dakika

ÖZET

Gömülü 3. Molar dişlerin cerrahisinde hastalardaki dental anksiyete seviyesinin değerlendirilmesi

Anksiyete; belirsiz bir tehlikeye karşı bilinçaltında oluşan huzursuzluk ve endişe durumudur. Dental anksiyete ise, diş tedavisi prosedürlerinde yer alan zorluklardan, aile ve sosyal çevredeki travmatik diş hekimi deneyimi hakkındaki söylentilerden veya kişinin kendi yaşadığı kötü deneyimden kaynaklanabilir ve durumluluk anksiyetesi olarak tanımlanabilir .

Ağızda gömülü kalma ihtimali en fazla olan diş 3. Molar dişlerdir. Gömülü 3. molar diş cerrahisi çoğunlukla lokal anestezi ile gerçekleştirilen bir operasyon olduğu için hastalarda yüksek seviyede anksiyete oluşturmaktadır. Özellikle günümüzde bilgiye ulaşmak oldukça kolaylaşmıştır. Günümüz şartlarında insanlar güvenilir kaynaklar yerine ulaşımı daha kolay olan fakat kaynağı belli olmayan, doğruluğu kanıtlanmamış subjektif bilgiler içeren kaynaklara başvurmaktadır. Bu yollardan günümüzde en fazla kullanılan şüphesiz sosyal medyadır. Çalışmamızın amacı, kliniğe gömülü diş şikayeti ile başvuran hastaların, kliniğimize başvurdıkları sırada geçmişte edinmiş oldukları gömülü diş çekimi hakkındaki bilgilerin ve bu bilgilerin kaynaklarının, hastaların diş çekimi sürecine olan etkisini saptamaktır.

Gömülü diş şikayeti ile kliniğimize başvuran 60 hasta, kliniğimize başvuru sırasında gömülü diş çekimi hakkındaki bilgilerinin kaynaklarına göre 3 gruba ayrıldı. Bu hastaların ilk randevu sırasında anksiyete değerleri stai-s, stai-t ve mdas ile saptandı. Daha sonra ameliyat günü preop ve postop anksiyete değerleri anketler yardımı ile tespit edildi. Ayrıca hastaların ameliyat sonrası süreçte ağrı seviyesi VAS ile tespit edildi. Hastaların ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 2. ve 7. günlerde ödem miktarları ölçüldü.

Çalışma sonuçları değerlendirildiğinde preoperatif mdas seviyesi sosyal medya üzerinden ameliyat hakkında bilgi edinen hastalarda istatistiksel olarak diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur. Bu hastalar operasyon öncesi değerlendirilip anksiyolitik prosedürler uygulanarak ameliyat sürecini rahat atlatmaları sağlanabilir.

Anahtar Sözcük: Dental anksiyete, Sosyal medya, Gömülü diş

SUMMARY

Evaluation of Dental Anxiety Level in Patients in Surgery of Impacted third molars

Anxiety; It is a state of restlessness and anxiety that occurs in the subconscious against an uncertain danger. Dental anxiety, on the other hand, can result from difficulties involved in dental treatment procedures, rumors about the traumatic dentist experience in the family and social environment, or one's own bad experience and can be defined as state anxiety.

The teeth that are most likely to be impacted in the mouth are the third molars. Because impacted third molar surgery is an operation that is mostly performed with local anesthesia, it creates a high level of anxiety in patients. Especially nowadays, it has become very easy to access information. In today's conditions, instead of reliable sources, people refer to sources that are easier to access, but whose source is not clear and which contain unproven subjective information. Undoubtedly, social media is the most used of these ways today. The aim of our study is to determine the effect of the information about the impacted tooth extraction that the patients who applied to the clinic with the complaint of impacted teeth had obtained in the past when they applied to our clinic, and the effects of the sources of this information on the tooth extraction process of the patients.

60 patients who applied to our clinic with the complaint of impacted teeth were divided into 3 groups according to the sources of their knowledge about impacted tooth extraction at the time of admission to our clinic. Anxiety values of these patients at the first appointment were determined by stai-s, stai-t and mdas. Then, preoperative and postoperative anxiety values on the day of surgery were determined with the help of questionnaires. And the amount of pain of the patients in the postoperative period was determined by Vas. The patients were followed up on the 2nd and 7th days after the surgery.

When the results of the study were evaluated, the preoperative mdas level was found to be statistically higher in patients who obtained information about the surgery through social media compared to other groups. These patients can be evaluated before the operation and anxiolytic procedures can be applied, so that they can easily get through the operation process.

Keywords: Dental anxiety, Social media, Impacted tooth



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Cerrahi işlemler birçok bilimsel çalışmaya göre hasta kaygısını artırmaktadır(1). Hastalar tarafından gömülü diş çekimi operasyonunun nasıl ve hangi şartlarda yapıldığının bilinmemesi hastalar açısından bir kaygı kaynağıdır. Hastalar yapılacak ameliyat öncesinde ameliyat hakkında bilgi sahibi olmak isterler. Bu doğrultuda kişiler araştırma yaparak ameliyat sırasında kendilerine nasıl bir işlem yapılacağını ve sonuçların nasıl olabileceğini kendileri gözlemlerler. Bu konuda günümüzde bilgi edinebilecek çok farklı kaynak bulunmaktadır. Hastaların araştırmaları sırasında dental anksiyetesini etkileyen birçok faktör bulunur. Hastaların dışarıdan edindiği bilgi ve diğer insanların deneyimleri farklı girdiler tarafından hastanın kendisine aktarılır ve hasta daha önce yaşamadığı deneyimi kafasında kurgular. Bu durum ameliyat öncesinde hastanın diş hekimi korkusunu iyi veya kötü yönde etkiler. Bu bilgi edinme yolları günümüzde sosyal medya platformları başta olmak üzere, çeşitli İnternet siteleri, kişisel bloglar, kitaplar olmak üzere görsel ağırlıklı olmak üzere yazılı ve işitsel yollardır. Omezli ve ark.(2) yaptığı çalışmada ameliyat öncesi video izlemenin hasta anksiyete seviyesini arttırdığını gözlemlemişlerdir.

Bu faktörlerden günümüzde en etkililerinden biri kontrol edilemeyen etkisi ile sosyal medyadır ve diş hekimleri, poliklinik sahipleri hastaları bilgilendirmek için bu yolu resim, video gibi görsel ve işitsel aynı zamanda yazılı olarak kullanmaktadırlar. Bu kontrol edilemeyen durumun hastaların anksiyete seviyesini genel olarak artırdığını düşünmekteyiz. Yapılacak bu çalışmanın amacı hastanın kendi inisiyatifiyle edindiği bilgileri ve bilgilerin kaynaklarını sınıflandırarak dental anksiyeteyi etkileyen faktörleri karşılaştırmak, sosyal medya platformlarındaki doğruluğu kesin olmayan bilgilerin ameliyat sürecine olan etkisini gözlemlemektir .

Bunların haricinde lokal anestetik miktarını azaltmak, işlemin tolere edilebilirliğini arttırmak, hastanın dikkat etmesi gereken unsurları ve oluşabilecek komplikasyonları daha iyi algılamasını sağlamak gibi ek kazanımlara ulaşılabileceği düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Anksiyete

Anksiyete hemen her insan tarafından zaman zaman yaşanan bir duygudur. Türkçede iç sıkıntısı, kaygı, bunaltı gibi sözcüklerle anlatılmaya çalışılan anksiyete, tehlike durumunda aktif hale geçer ve bu özellikleri nedeniyle insan yaşamının sürdürülebilmesi için var olması gereklidir. Anksiyete ayırt edilebilir bir uyararla ilişkili ya da ilişkisiz olabilen korku ve endişe ile karakterize bir duygudur. Bireyi çevresinde olan değişikliklere hazırlayan veya yanıt vermesini sağlayan bir tepkidir. Hemen her psikiyatrik bozukluğa eşlik eden bir semptomdur (3).

Normal anksiyete potansiyel bir tehlike algılandığında ortaya çıkarak kişinin tehlikeli durumdan kendini sakınarak yaşamını devam ettirmesini sağlar. Eğer anksiyete objektif bir tehlike durumu olmaksızın sanki varmış gibi algılanarak abartılı ve kişinin günlük yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen dehşet, endişe veya bir felaketin yaklaştığı duygusu ile karakterize ise “anormal anksiyete” den söz edilir (4)(5).

"Korku", "anksiyete" ve "fobi" terimleri literatürde birbirlerinin yerine kullanılsa da, aralarındaki farktan dolayı ayrı ayrı tanımlanmaları daha pratik olacaktır .

Korku, yaşamı veya güvenliği tehdit eden mevcut veya olası bir tehlike karşısında ortaya çıkan emosyonel bir tepkidir. Korku sayesinde tehdit edici uyarana karşı gerekli acil önlemler alınır ve yaşam güven içinde sürdürülür. Anksiyete, korkuya benzer bir duygu olmakla birlikte, anksiyeteyi ortaya çıkaran uyarana, korkuyu ortaya çıkaran etmen gibi net olarak belirlenmemiştir (6).

Fobi, uyararla orantılı olmayan şiddette ortaya çıkan anksiyete ve bu abartılı anksiyete tepkisinin mantıksız olduğunu bilmesine karşın bireyin kaçınma davranışlarını engelleyemediği ya da belirgin bir sıkıntı ile bu duruma katlandığı bir özgül fobi tipidir.

Değişik anksiyete bozukluklarını anlamakta kullanılan bilişsel modeller, bir dizi ortak özellikler taşırlar:

- Anksiyete bozukluklarında, belirli uyarılara anksiyete tepkisi ile yanıt veren kişiler, bu uyarıları gerçekte olduğundan daha tehlikeli/tehdit edici olarak algırlar.

- Anksiyete hastaları korktukları olumsuz sonuçların oluşma olasılığını da gerçekte olduğundan daha abartılı olarak algırlar
- Anksiyete hastaları korktukları sonuç oluştuğunda, bunun bir felaket olacağını düşünürler.

Anksiyete hastaları korktukları sonuç olmaması için bir dizi bilişsel ve davranışçı stratejiler (kaçma, kaçınma, ilgiyi dağıtma, düşünmemeye çalışma, yanında ilaç taşıma, tehlikeli gibi algıladığı yerlere yalnız gitmeme gibi) kullanırlar. Pek çok anksiyete bozukluğunda, anksiyetenin bedensel belirtileri tehlike/tehdit algısının gerçek olduğunu gösteren bir başka kanıt gibi algılanır. Anksiyete arttıkça bedensel belirtiler artar, bedensel belirtiler arttıkça tehlike-tehdit algısı artar ve böylelikle kısır bir döngü oluşarak anksiyetenin devamı sağlanır (7).

2.2. Anksiyetenin belirtileri

2.2.1. Anksiyetenin fizyolojik belirtileri

Bunlar genellikle organizmanın kendini korumaya yönelik bir savunma durumu içine girdiğini gösterir. Hormonal, sempatik ya da parasempatik sinir sisteminin çalışmasındaki değişiklikler sonucu ortaya çıkarlar (8).

2.2.1.1. Kalp-Damar sistemi belirtileri

- Çarpıntı
- Kalp hızında artma
- Arteriel kan basıncı değişiklikleri
- Bayılma hissi
- Gerçek bayılma
- Yüz kızarması
- Aritmi

2.2.1.2. Solunum sistemi belirtileri

- Solunum sayısında artma ve derin soluma
- Göğüste ağrı, yanma, basınç ve sıkışma hissi
- Nefes darlığı
- Hava açlığı
- Kesik soluma
- Bronşial spazm

2.2.1.3. Kas-İskelet ve Sinir sistemi belirtileri

- Kaslarda gerginlik, spazm
- Reflekslerde artma
- Yorgunluk hissi ve çabuk yorulma
- Ağrılar ve yalancı romatizmal ağrılar
- Titreme
- Yüzde ve göz kapaklarında daha fazla olmak üzere seyirme
- Uykuya dalma güçlüğü, uykusuzluk, kabuslar, huzursuz uyku

2.2.1.4. Sindirim sistemi belirtileri

- Karın ağrısı, karında huzursuzluk, spazm
- İştahsızlık
- Bulantı-kusma, ishal
- Yutma güçlüğü
- Ağızda kuruma ya da sulanma

2.2.1.5. Boşaltım ve Genital sistem belirtileri

- Sık idrara çıkma

- İdrar miktarında artma
- Cinsel güçsüzlük
- Erken boşalma

2.2.1.6. Cilt belirtileri

- Yaygın terleme
- Lokal terleme
- Soğuk ve nemli eller
- Kaşınma krizleri
- Sıcak ve soğuk basma krizleri
- Ateş basması

2.2.2. Anksiyetenin Affektif Belirtileri:

Kişiyi rahatsız eden çeşitli duygulardır (8).

- Korku ve endişe
- Sinirlilik
- Agresif davranışlar
- Dehşet duygusu
- Tedirginlik
- Alarm durumuna geçme
- Gerginlik
- Çaresizlik hissi
- Sabırsızlık

2.2.3. Anksiyetede Davranışsal Belirtiler:

Olağan davranışların aşırılışması veya tam tersi baskılanması şeklinde izlenmektedir. Birey bu davranışlarını ne kadar anksiyetesini azaltmayı amaçlayarak gerçekleştirse de sonuç olarak anksiyetesini arttırıcı özellik göstermeye başlar. Bu davranışlar kişinin karakterine, daha önceki deneyimlerine ve olgunluk seviyesine göre değişkenlik gösterebilir ve aşağıdaki şekilde sıralanabilir (8, 9) ;

- Kaçma ve kaçınma
- Huzursuzluk
- Donakalma
- Konuşma akışında bozukluk
- Koordinasyon bozukluğu
- Hızlı göz hareketleri
- Tırnak yeme
- Dil ısırma

2.3. Dental Anksiyete

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanan Ruhsal Bozukluklar için Tanı ve İstatistik El Kitabının dördüncü basımının yeniden gözden geçirilmiş metninde (DSM- IV-TR) dental anksiyete özgül fobiler başlığı altında incelenmektedir (5).

Şiddetli dental korku ve dental fobi arasındaki başlıca fark kişinin işlevselliği üzerindeki etkisiyle ilişkilidir. Fobi olarak sınıflandırılabilmesi için korku duyulan durumlardaki kaçınma, kaygılı beklenti ya da sıkıntının kişinin normal rutin, mesleki (ya da akademik) işlevselliğini ya da sosyal etkinliklerini ve ilişkilerini anlamlı derecede bozması gerekir.

Epidemiyolojik çalışmalar genel popülasyonun %3 ile %20'sinde diş tedavisi konusunda sorun olarak kabul edilebilecek düzeyde korku ve anksiyete olduğunu göstermektedir (10).

Oranlardaki bu çeşitlilik bazı çalışmaların dental fobiye bazılarının ise ilişkili olsa da farklı yapıya sahip olabilen dental anksiyeteyi ölçmesinden kaynaklanıyor olabilir .

Dental anksiyetesi olan ve olmayan kişilerde psikolojik özellikler karşılaştırılmış ve anksiyetesi olanlarda ağrı, bedensel yaralanma ve kan korkusu gibi başka korku, agorafobik semptomların, dental anksiyetesi olmayanlara göre daha fazla olduğu gösterilmiştir (10).

Moore ve ark. (11) tarafından yayınlanan bir rapora göre, dental korku vakaları; %19'u basit koşullanmış bir fobi sonucunda, %7'si somatik tepkilerin korkusu olarak, %28'i yaygın anksiyetede, %46'sı ise diş hekimine güvensizlik olarak sınıflandırılmıştır.

Dental anksiyete dental tedaviden kaçınma ve oral hijyenin bozulması ile, uzun vadede de olumsuz sosyal ve duygusal sonuçlarla ilişkili olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (12, 13).

Dental anksiyete kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülür ve yaş arttıkça azalma eğilimindedir (14).

2.3.1. Dental Anksiyete Etiyolojisi

Anksiyetenin etiolojisini bulmak her zaman kolay olmamaktadır. Çünkü anksiyetenin kompleks bir kavram olmasından ötürü tek bir etken her zaman olmayıp birden fazla etken devreye girmektedir. Fakat genelde kişisel faktörler, dışsal/sosyal faktörler ve dental faktörler gibi 3 ana etkenin birleşimi şeklinde karşılaşmaktayız (15).

Dental anksiyete randevu alma zamanında, tedaviden önce bekleme odasında beklerken , dental tedavide kullanılan aletler ve yapılacak işleme göre oluşabilmektedir. En çok dental anksiyete oluşturan etkenler; enjektörün görülmesi, enjeksiyon işlemi ve aerotör kullanımı sırasında oluşan sestir (16). Dental anksiyetenin etiolojisinde aile ve arkadaşların deneyimi, travma ve kalıtım gibi farklı faktörler de etkilidir (13).

Sosyodemografik, davranışsal ve psikososyal faktörler dental anksiyete ile alakalıdır. Birçok çalışmada 50 yaşından sonra görülme sıklığının azaldığı gösterilmiş; yüksek dental anksiyetenin çocukluk ve ergenlik döneminde olduğu ve yetişkinlikte stabil iken ileri yaşlarda azaldığı savunulmuştur. Eğitim seviyesi, sosyoekonomik durum ve dental anksiyete arasında çelişkili bulgular mevcuttur. Dental anksiyete, zayıf oral hijyen ve diş hekimine gitme sıklığında azalma arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır (15). Bu durumda

hasta diş hekimine gitme sıklığını azaltmakta ve hastanın kendisinde oluşan çürük, periodontitis vb. şikayetleri ilerlemektedir. Bu durumda ağız ve diş sağlığının kötüye gitmesi hastanın durumun farkına varmasını sağlamaktadır. Düzenli diş bakımı ve dental tedavi yaptıramayan kişilerde bu durum; ilerleyen zamanlarda aşağılanma, utanma, mahcubiyet duyguları oluşturarak, belirgin sosyal problemlerin meydana gelmesine sebep olabilmektedir. Bu da hastanın anksiyetesine pozitif etki ederek daha da diş hekiminden kaçınmasına yol açmaktadır. Dolayısıyla bir kısır döngü şeklinde bu anksiyete kaçınma öyküsü birbirini izlemektedir (17). Bundan dolayı bu hastalar daha çok diş çektirmekte ve bu hastalarda daha çok çürük izlenmekte ve daha az dolgu bulunmaktadır (18, 19)

2.3.2. Dental Anksiyetenin Değerlendirilmesi ve Kullanılan Skalalar

Dental anksiyeteyi değerlendirmek için iki ana ölçüm tekniği, davranışsal ve fizyolojik değişikliklerin gözlemlenmesine ve kendinden rapor edilen anketlerin ve derecelendirme ölçeklerinin kullanılmasına dayanmaktadır. Günümüzde, en yaygın kullanılan yöntem bildirilen anketler ve derecelendirme ölçekleridir. Bu anketler yeterli düzeyde iç tutarlılık gösterir ve aynı yapıdaki diğer ölçümlerle ilişkilidir. Bununla birlikte, tek bir anket kaygının tüm yönlerini yeterince kapsayamaz. Görsel analog skalası (VAS) ve Likert formatının uygulandığı sözel değerlendirme ölçekleri yoluyla, tek ögeli soruların kullanımı, dünya çapında yaygındır (15).

2.3.2.1. Dental anksiyete sorusu (DAQ)

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

2.3.2.2. Corah'ın dental anksiyete skalası

Dental anksiyeteyi ölçen psikometrik ölçekler sınırlıdır. Bunlar arasında en fazla uygulanan ölçek Corah'ın 1969'da yayınladığı dört sorudan oluşan dental anksiyete ölçeğidir (Dental Anxiety Scale-DAS). Bu test şiddetli dental korkunun başlangıçtaki görünümünü psikometrik olarak değerlendirmektedir. Bu skala çok sayıda dile çevrilip doğrulanmıştır. Uygulaması hızlı ve kolay olduğu için klinik ortamındaki kullanımı yaygındır (15).

Bu testte her sorunun değeri 1 (kaygılı değil) ve 5 (aşırı kaygılı) arasında değiştiğinden puanlandırma 4-20 arasında değişir. Testin 1995 modifiye versiyonu (MDAS) artık daha fazla tercih edilmektedir. Özellikle intravenöz sedasyon, genel anestezi ya da hipnoz kullanan hekimlerin DAS'a daha çok başvurdukları görülmüştür (20). Corah skalası diş hekimi kaygısının değerlendirilmesinde stresin güvenilir, geçerli ve yararlı bir öngördürücüsüdür. Bununla birlikte, dental anksiyetenin tüm yönlerini kapsamadığı için eleştirilmiştir (21).

2.3.2.3. Modifiye dental anksiyete skalası (MDAS)

Corah'ın Dental Anksiyete Ölçeği (CDAS) ve MDAS gibi ölçekler dişhekimleri muayenehanelerine özgüdür ve tedavi seçeneklerinin planlanmasına yardımcı olur (22)(23). MDAS, diş tedavisinin farklı aşamalarında kaygıyı ölçen toplam beş sorudan oluşmaktadır. Her bir sorunun cevabı, 'tedirgin olmamak' ve 'aşırı tedirgin olmak' arasında, artarak değişen beş skordan oluşmaktadır. Dolayısıyla, her bir sorudan elde edilebilecek maksimum skor 5 olup, tüm skalanın maksimum skoru 25, minimum skoru ise 5 olabilmektedir. On dokuz ve üzeri skorlar şiddetli anksiyeteyi göstermektedir (18, 19)

MDAS'ın avantajı, kısalığı nedeniyle popülasyon temelli araştırmalar için uygun maliyetli bir araç olmasıdır. MDAS C-DAS'A göre daha basit bir cevaplama şemasına sahiptir ve lokal anestezi enjeksiyon hakkında ek bir soru içermektedir (24). Dental anksiyete ve fobide iğne korkusu çok önemli bir faktör olduğundan dolayı DAS ile kıyaslandığında MDAS'nin geliştirildiği görülmektedir. Ayrıca MDAS, geleneksel tedaviyle ilgili soruların yanı sıra kolay ve hızlı bir şekilde tamamlanmaktadır (15).

2.3.2.4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası (HADS)

Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu taramak üzere hazırlanmıştır. HAD, Zigmond(1983)(25) tarafından geliştirilmiş, Aydemir ve ark (1997)(26) tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Toplam 14 soru içermekte ve bunların yedisi anksiyeteyi (tek sayılar), diğer yedisi depresyonu (çift sayılar) ölçmektedir.

Yanıtlar dörtlü likert biçiminde değerlendirilmekte ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin amacı tanı koymak değil, bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu kısa sürede tarayarak risk grubunu belirlemektir. Anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) alt ölçekleri vardır. Türkiye’de yapılan çalışma sonucunda anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10, depresyon alt ölçeği için ise 7 bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilirler. HAD bedensel belirtilere ilişkin madde içermemesi nedeniyle tercih edilebilmektedir (26).

2.3.2.5. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (Stai-S, Stai-T)

Preoperatif (Preop) anksiyetenin değerlendirilmesi amacıyla kullanılan ölçüm tekniklerinden biri de, Spielberger’in “State-Trait Anxiety Inventory” (STAI) adlı envanter çalışmasıdır. Preoperatif anksiyete ölçümünde kullanılan testlerden STAI, literatürde altın standart olarak gösterilmekle birlikte nedene bağlı anksiyetenin belirlenmesi için arayışlar devam etmektedir. Bu skala Öner N. ve Le Compte A.(27) tarafından 1983’te Türkçe’ye çevrilerek araştırmalarda kullanılmaktadır. Durumsal (state) ve süreklilik (trait) anksiyetesi iki ayrı form ile (STAI-S; STAI-T) ayrı ayrı ölçülür. STAI-S, belirli bir durumun anlık kaygı veya geçici duyum durumuna atıfta bulunur. STAI-T, daha kararlı olan kaygı özelliğini veya kişilik özelliklerini belirler. Preoperatif anksiyete ölçümü için STAI testinin durumsal anksiyete formu kullanılmaktadır (27).

Bu ölçek STAI-S (20) ve STAI-T (20) 'de 40 soru içermektedir. Her soru için hastaların skorları 1 (neredeyse hiç) ile 4 (neredeyse her zaman) puan arasında değişmektedir. Her bir test 20-80 arasında bir skorlanır ve yüksek puanlar daha yaygın ve kuvvetli anksiyeteyi gösterir.

-20-37 arası; hiç anksiyete olmadığını ya da minimal anksiyeteyi;

-38-44 arası; orta derecede anksiyeteyi;

-45-80 arası; yüksek anksiyeteyi göstermektedir.(18, 28, 29)

Bazı araştırmacılar ise bu ölçekte, 39-40 puanın klinik olarak anksiyetenin varlığına işaret etmede kesim noktası olduğunu belirtmektedirler. Bununla beraber, preoperatif hastalarda bu değer 44-45 olarak kabul edilebilir (30).

Bu anket kişinin o anki kaygı, gerilim, sinirlilik, endişe ve otonom sinir sisteminin aktive olmuş halinin değerlendirilmesine, ayrıca kişinin günlük hayatındaki genel sakinlik halini, kendine güvenme ve güvende hissetme ve göreceli olarak anksiyeteye yatkınlığının da ölçülmesine imkân verdiği için değerlidir (31).

2.3.2.6. Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Ölçeği (APAİS)

1996'da Hollanda'daki Moermann grubu, Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Ölçeği APAİS'i geliştirdi. Preoperatif anksiyetenin değerlendirilmesinde kullanılan testlerden biridir. Anksiyete ile birlikte, bilgi edinme isteğini de ölçen ve daha çok anesteziistlerin kullanımına yönelik oluşturulmuş APAİS testi de fazla olmamakla birlikte bazı çalışmalarda kullanılmaktadır.

Endişe kaynağı bu testte cerrahiden duyulan endişe, anesteziiden duyulan endişe veya bilgi eksikliğinin yarattığı endişe olarak üçe ayrılmıştır. Anksiyeteyi değerlendirmek üzere bu üç kaynağa yönelik 6 ifade skorlanmaktadır. Anketi objektifleştirmek üzere her ifadeye şiddete göre 5'li Likert ölçeği'ne dayanan sayısal değer verilmektedir; 1-5 arası değişen bu değerler; 1=hiç, 2=hafif, 3=orta, 4=şiddetli, 5=aşırı şiddeti ifade etmektedir. Anestezi anksiyetesi 1 ve 2. sorulara, cerrahi anksiyete 4 ve 5. sorulara verilen puanlar ile toplam anksiyete puanı ise her ikisi toplanarak hesaplanır. Anestezi ve cerrahi ile ilgili bilgi edinme isteğini dile getiren ifadeler ise 3 ve 6. sorulardır. En düşük puan 6, en yüksek puan ise 30'dur. > 11 değeri yüksek kaygı düzeyi olarak kabul edilir (32).

2.3.2.7. Görsel analog skala (VAS)

VAS'da ağrıyı ölçmek için 10 cm'lik düz çizgi; anksiyeteyi ölçmek için ise 100 cm'lik düz çizgi kullanılmaktadır. Bu düz çizginin en solu ağrısızlığı-hiç anksiyete olmamasını, en sağı ise dayanılmaz ağrıyı-en şiddetli anksiyeteyi göstermektedir. Hasta bunu kendisi tanımlayacağı için, geçmişteki en şiddetli ağrı-korku deneyimini göz önüne alıp bunu maksimum kabul etmesi ve hastanın ona göre ağrıyı-korkuyu değerlendirmesi istenmektedir (33–36). Görsel analog hasta tatmini skalası her yaş ve kültür düzeyindeki hastalarda ve tüm hastalıklar için uygulanabilir. Anlaşılması ve uygulanması kolaydır (37). Hastanın “tıbbi bakımdan duyduğu genel tatmin derecesini” objektif ve pratik bir şekilde ölçülebilen bir ölçüm aracı olduğu için çalışmalarda sıklıkla kullanılmaktadır (35, 36).

2.3.2.8. Dental korku ölçeği (DFS)

Kleinknecht ve Bernstein(38) tarafından hazırlanan DFS, dental anksiyetede ikinci en çok kullanılan öz bildirim ölçeğidir (15). Bu ölçek dental korku ve anksiyetenin birçok semptomunu yansıtan 20 öğeye sahiptir (12, 15). İki öge kaçınma üzerine odaklanırken, 5 öge fizyolojik uyarılmaya, 12 öge özel dental uyarana karşı oluşan korkuyu değerlendirmeye ve son öge ise genel korkuyu gözlemeye yöneliktir. Beş puanlı Likert skalasına göre oranlandığında toplamdaki puan 20'den 100'e kadar değişmektedir. Altmış üç ve üzeri puanlar yüksek anksiyeteyi göstermektedir (18, 39).

2.3.2.9. Anksiyete ölçümünde kullanılan diğer ölçekler

Bunlar sırasıyla;

Dental anksiyete envanteri (DAI) , Dental anksiyete ve korku indeksi , Dental güven skalası (DBS) , Dental Bilişler Ölçeği , Revize Edilmiş Dental Anksiyete Skalası , Dental Başa Çıkma Stilleri Ölçeği , Medical Fear Survey, Dental Visit Satisfaction Scale, Level of Exposure-Dental Experience Questionnaire vb. (15)

Dental anksiyeteyi niteliksel ya da niceliksel olarak ölçebilmek için birçok farklı ölçek kullanılmıştır. Çalışma popülasyonunun dental anksiyetesini doğru bir şekilde incelemek için uygulanacak en iyi yol çoklu skalalar kullanmak (40, 41) olsa da, çok sayıda

birbirinden farklı skalaların hastaların anksiyetesinin değerlendirilmesinde ve çalışmanın yönetilmesinde kullanılması çok karmaşık bir durum oluşturmaktadır (40).

2.4. Hastaların ameliyat ile ilgili bilgiye ulaşma yöntemleri

Tedaviden önce hastaları ameliyat hakkında bilgilendirmenin anksiyete düzeylerini azaltmaya yardımcı olabileceği çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Hastalar bazı yollarla ameliyat hakkında bilgi edinebilmektedirler. Bu edindikleri bilgiler kısaca aşağıdaki şekilde sıralanabilir;

- Sözel anlatım (İnteraktif olarak)
- Yazılı anlatım
- Multimedya ortamında resimlerle görsel olarak
- Multimedya ortamında videolar ile
- Bunların kombinasyonu şeklinde

Hasta memnuniyetini ve olası riskleri konusunda farkındalığı artırmanın, anksiyete ve komplikasyon insidansını, hastanede kalış süresini ve ağrı kesici kullanımını azaltmanın; genellikle hastanın bilgilenebilmesi ile ilgili olduğu düşünülmektedir (42).

Yapılan bir çalışmada hazırlayıcı bilgilendirmenin dental bir işlem sırasındaki durumluluk anksiyetesini azalttığı ve kişinin uyumunu arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (43). Başka bir çalışmada, bu tür bilgiler hastanın istediği formla eşleştiğinde durumluk kaygısının azaldığı bulunmuştur (44).

Rutin uygulamada hasta bilgilendirmesi için sözel ya da yazılı yöntemler kullanılmaktadır. Görsel, sözlü veya yazılı bilgilerin birbirine üstünlüğü açısından bilgi yöntemlerinin araştırma sonuçları birbiriyle çelişmektedir (1).

Görsel-işitsel formatı kullanmanın avantajlarından biri, eğitim ve okuryazarlık seviyelerine bakılmaksızın tüm hastalara cerrahi müdahaleler ve olası komplikasyonlar hakkında aynı bilgileri vermeyi amaçlamasıdır. Böylelikle okumanın neden olduğu bilgi sorunları en aza indirilebilir (45).

Yapılan bir çalışmada, ameliyat olacak hastaların yaklaşık üçte birinin, internet aracılığıyla uygulanacak işlem hakkında bilgiler aradığı gözlemlendi. Bu hastaların

yaklaşık üçte birinde anksiyete artışı izlendi. İnternette bulunan cerrahi içerikli bilgiler genellikle düşük kalitededir ve hastalarda bıraktığı etkiler zamanla düzeltilemez (46).

Bilgiyi sunmanın en ideal yöntemi heünüz netleşmemiştir. Yazılı bilgi, hastalara bilgi sağlamanın en etkili yolu olsa da, tüm hastalar ameliyat hakkındaki metinleri okumak ve anlamak için uygun değildir. Bazı hastalar değişen miktarlarda bilgiyi saklayabilir. Bununla birlikte multimedya (video formatı) kaynakları ile bilgilendirme her zaman randomize kontrollü çalışmaların konusu olmuştur. Bu bilgilendirme formunu bazı çalışmalar desteklemese de, ameliyat öncesi hasta kaygısını azaltmadaki değeri kanıtlanmıştır. Hastalara ameliyat öncesi verilen bilgilerin, ameliyat kaygısı üzerine olan etkisine ilişkin sonuçlar çelişkilidir (28, 42). Bu durum çalışmanın yöntemi, multimedya formatlarının, ölçüm araçlarının ve çalışma popülasyonlarının değişkenliğinden kaynaklanıyor olabilir (28).

Gao ve ark.(47) yaptığı çalışma, çocuklarda ve ergenlerde dental anksiyete ve korkunun çok yönlü tezahürleri, etkileri ve kökenleri olduğunu ve bunların bazılarının yalnızca İnternet sosyal medyası kullanıldığında belirginleştiğini göstermektedir.

Günümüzde iletişim olanaklarının da gelişmesi ile birlikte insanlar hem birbirleriyle hem de çevre ile eskiye göre daha fazla iç içe yaşamaktadır. Bu nedenle doğru bilgi gibi doğru olmayan bilgi de hızlı bir şekilde yayılım göstermektedir. Eskiden kitap ve ansiklopediler araştırma için tercih edilirken günümüzde, internet ve sosyal medya ana bilgi edinme kaynaklarından olmuştur. Buradaki hem görsel hem işitsel öğeler kişilerin ilgisini çekmekte ve yönlendirmektedir. Bu durum hastaların tedavileri öncesinde bir önyargıya neden olmaktadır. Dolayısı ile tedavi öncesinde hastaların iyi şekilde hekim tarafından tanınması ve doğru bilgilendirilmesi tedavide önemli bir rol oynamaktadır.

2.5. Gömülü Dişler

Gömülü diş; sürme yaşı tamamlandığı halde normal okluzyonda yerini almamış, yumuşak doku ya da kemik içinde tamamıyla veya kısmen kalmış dişlere denir.

Dental arkta 3. molar dişlerin gömülü kalmalarında; ark darlığı (yetersiz mandibular büyüme, fasiyal büyümede gerilik vb.), mekanik engeller (kist, tümör, doku hiperplazileri, lokal enfeksiyonlar, persiste süt dişi, kemik yapısındaki yoğunluk, süt dişlerinin erken kaybı vb.), travma gibi lokal faktörlerin yanında; heredite, vitamin eksiklikleri (raşitizm vb.), malnütrüsyon, endokrin bozuklukları, anemi, konjenital sifiliz ve bazı sendromlar

(cleidocranial diysostosis, akondroplazi, hidrocefali vb.) gibi sistemik etkenler de rol oynayabilir (48). Türk toplumunda 3. molar dişlerin gömülü ya da yarı gömülü kalma oranı %67 olarak rapor edilmiştir (49).

Gömülü üçüncü molar dişler herhangi bir semptom olmaksızın kemik içinde kalabilmesine rağmen, lokal veya sistemik değişiklikler meydana getirme potansiyeline de sahiptirler. Temporomandibular eklem şikayetleri, atipik fasiyal ağrı şikayetleri gibi bölgesel veya komşu dişlerde kök rezorpsiyonu yapma, kistik lezyon ve neoplazm benzeri patoloji oluşumu gibi lokal sorunlar gömülü dişlerle ilişkili olabilir. Tüm bu sorunlardan da yaygın gözlenen problem, hastaların genelde kliniğe başvurma sebebi olan perikoronitistir (50).

Tüm dişler içerisinde mandibular 3. molarlar gömülü kalma oranı en yüksek olan dişlerdir. Bunu sırasıyla maksiller 3. molar dişler, maksiller kaninler, mandibular premolarlar izlemektedir (48).

2.5.1. Gömülü alt 3. molarların sınıflandırılması

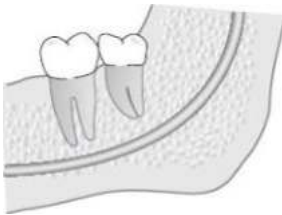
2.5.1.1. Pell–Gregory sınıflandırması (51)

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

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

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

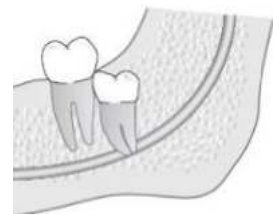
Pozisyon C. Gömülü diş, 2. moların servikal çizgisinin altındadır.



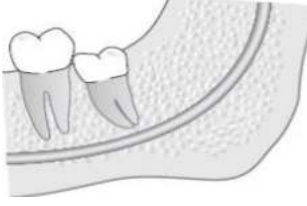
Şekil 1. Pozisyon A



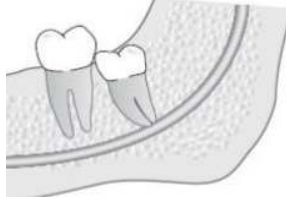
Şekil 2. Pozisyon B



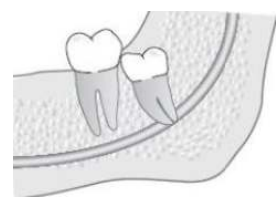
Şekil 3. Pozisyon C



Şekil 4. Class I



Şekil 5. Class II



Şekil 6. Class III

Class I- Mandibular ramus ile 2. moların distal kısmı arasındaki mesafede, gömülü üçüncü moların meziodistal çapının sığması için yeterli yer mevcuttur.

Class II- Mandibular ramus ile 2. moların distal kısmı arasındaki alan, üçüncü moların meziodistal çapından daha azdır.

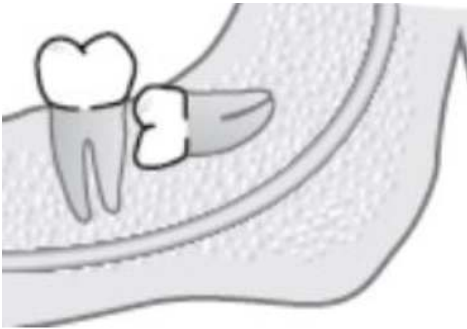
Class III- Üçüncü moların büyük bir kısmı ya da tamamı mandibular ramusun içerisinde yer alır (50, 52).

2.5.1.2. Winter sınıflandırması (53)

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

1. Horizontal; 0° ila 30° arasında açığa sahip 3. molarlar,

2. Mezioangular; 31° ila 60° arasında açığa sahip 3. molarlar,



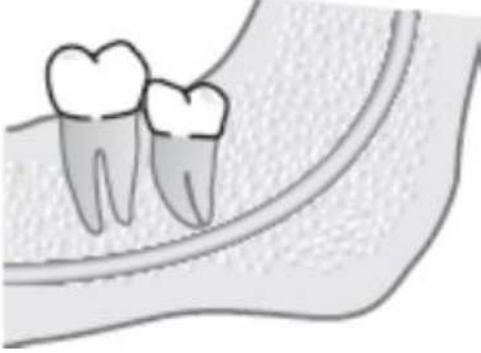
Şekil 7. Horizontal



Şekil 8. Mezioangular

3. Vertikal; 61° ila 90° arasında açığa sahip 3. molarlar,

4. Distoangular, $>90^\circ$ açığına sahip 3. Molarlar,



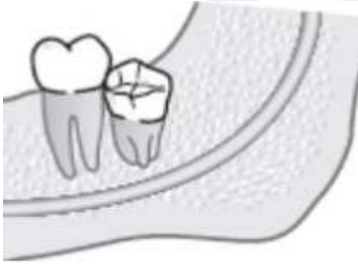
Şekil 9. Vertikal



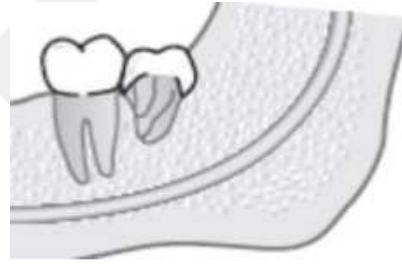
Şekil 10. Distoangular

5. Bukko-lingual .

6. İverted; negatif açığına sahip 3. molarlar ($<0^\circ$) ,(48, 50, 54)



Şekil 11. Bukkoanguler



Şekil 12. Linguloanguler



Şekil 13. Ters

2.5.2. Gömülü diş çekiminin endikasyonları

1. Perikoronitisten korunma ve tedavisinde;
2. Molar dişte çürük meydana gelme ihtimali varsa ;

3. Ortodontik sebeplerden dolayı;
4. Odontojenik kist ve tümörlerden korunmak için;
5. Periodontal bir sorundan korunmak amacıyla;
6. Komşu dişte kök rezorpsiyonuna yol açıyorsa;
7. Açıklanamayan ağrıların tedavisinde;
8. Çene kırığı oluşumunun önlenmesinde;

2.5.3. Gömülü diş çekiminin kontrendike olduğu durumlar

1. Çok ileri yaştaki hastalarda;
2. Komşu yapılarda cerrahi zarar meydana geleceği düşünülüyorsa;
3. Tıbbi açıdan risk taşıyan hastalarda;
4. Hastanın sosyoekonomik durumundan dolayı(48) ;

2.5.4. Gömülü diş çekimi ile ilişkili komplikasyonlar

2.5.4.1. Operasyon sırasında görülebilen komplikasyonlar

- Hemoraji
- Fraktür
- Sinir hasarı (alveolaris inferior ve lingual sinir)
- Gömülü dişin anatomik boşluklara kaçırılması

2.5.4.2. Operasyon sonrasında görülebilen komplikasyonlar

- Ağrı
- Ödem
- Trismus
- Enfeksiyon
- Alveolar osteitis

- Hematom
- Amfizem
- Temporomandibuler eklem hasarı
- Gecikmiş iyileşme ve dokuda dehisens (55)

Öte yandan artan yaş, sigara kullanımı, hastanın medikal hikayesi, oral kontraseptif kullanımı, kötü ağız hijyeni varlığı, perikoronit varlığı, dişin inferior alveoler sinir ile ilişkide olması, dişin gömülülük derecesinin fazla olması, cerrahın tecrübe eksikliği gibi durumlar komplikasyon ihtimalini artırabilir. Uygun anestetik madde kullanımı, uygun cerrahi teknik, antiseptik kullanımı, soket içi medikasyon, işlem öncesi antibiyotik kullanımı komplikasyon görülme ihtimalini azaltmaktadır (56).

3. Gereç Ve Yöntem

3.1. Hasta Tanımı ve Sayısı

Prospektif klinik bir çalışma olarak düzenlenen bu araştırmaya; Karadeniz Teknik Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı'na, Ağustos 2020 – Mayıs 2021 tarihleri arası alt çene gömülü yirmi yaş diş çekimi için başvuran hastalar dahil edilmiştir.

Panoramik radyograflarının incelenmesi sonucunda alt çenesinde Pell-Gregory sınıflamasına göre Class I, II ve III Pozisyon A,B ve C, mezioanguler ve vertikal pozisyonda konumlanmış, klinik olarak çekim endikasyonu konmuş, gömülü 20 yaş dişi bulunan sağlıklı hastalar alınmıştır.

Çalışma öncesinde; Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan, 17.09.2020 tarihli ve 24237859-542 (EK-1) sayılı kararıyla onay alınmıştır.

3.2. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 1) Çalışma başlangıç tarihinden itibaren gömülü 20 yaş dişi çekimi için kliniğimize başvuran 16 yaş ve üzeri hastalar
- 2) Herhangi bir sistemik hastalığı veya düzenli ilaç kullanımı olmayan hastalar (özellikle teşhis konulmuş herhangi bir psikolojik rahatsızlığı olmayan hastalar)
- 3) Çalışmaya kendileri tarafından gönüllü olur veren hastalar

3.3. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri:

- 1) Gönüllü olmayı kabul etmeyen hastalar.
- 2) Kooperasyona engel teşkil edecek mental ve fiziksel rahatsızlığı olan hastalar
- 3) Herhangi bir sistemik hastalığı veya düzenli ilaç kullanımı olan hastalar (özellikle teşhis konulmuş herhangi bir psikolojik rahatsızlığı olan hastalar
- 4) Sigara kullanan hastalar
- 5) Daha önce gömülü diş çektiren hastalar

3.4. Metodoloji

Her hasta araştırmacı tarafından muayene edilmiş, hastalara yapılacak işlem ve çalışma hakkında bilgi verilmiştir. “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” (EK-2) formu okutulmuş ve imzaları alınmıştır.

Hastaların tedavilerinden önceki bilgi ve tecrübelerinin preoperatif ve postoperatif olarak anksiyete ve konforuna olan etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Randevu verilmesi sırasında Durumluluk Kaygı Ölçeği (STAI-S), Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-T) Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS), operasyona başlamadan önce ve operasyon tamamlandıktan sonra ve operasyondan bir hafta sonra tüm hastalara Durumluluk Kaygı Ölçeği (STAI-S), Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS) anketleri uygulanması planlanmıştır. Ayrıca ameliyat sonrası 1.,3.,7. günlerde ağrı miktarının VAS skalasıyla değerlendirilmesi, ameliyat sonrası ödemin takibi planlanmıştır.

Randevu verilmesi aşamasında hastalar 3 gruba ayrılmıştır:

Grup I : Ameliyat hakkında herhangi bir kaynaktan bilgi sahibi olmayan hastalar

Grup II : Ameliyat görsellerini ve videolarını sosyal medya aracılığı ile randevu verilmesi öncesinde araştırarak bilgi sahibi olan hastalar

Grup III : Ameliyat hakkında bilgiye sosyal medya harici kaynaktan ulaşan hastalar

Gömülü diş ile ilgili şikayeti olan ve randevu verilen hastalara randevu verilmesi sırasında Durumluluk Kaygı Ölçeği (STAI-S) (EK-3) ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-T) (EK-4), Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS) (EK-5) kullanılarak başlangıçtaki anksiyete

miktarları tespit edilmiştir. Formda mevcut olan demografik veriler bölümü (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu) ve dişin gömülülük pozisyonu araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

Operasyon günü ameliyat öncesinde STAI-S ve MDAS ölçekleri hasta tarafından doldurulduktan sonra hastaların ameliyat öncesinde şişlik ölçümleri yapılmıştır. Şişlik ölçümü için Gonion, Göz Kenarı (**External canthus**), Tragus, Dudak Kenarı (**Lip commissure**) noktaları kullanıldı. Bu değerler ayrı ayrı tespit edildikten sonra her hasta özelinde bu değerlerin toplamının 3'e bölünmesiyle ödem miktarı tespiti sağlandı. Maksimum ağız açıklığı (MAA), hastanın kendi istemiyle dışarıdan herhangi bir müdahale olmadan ağızını maksimum miktarda açtığı anda, üst ve alt keser dişler arasındaki interinsizal mesafe ölçümü yapılarak kaydedildi.

Ardından hasta operasyona alınmıştır. Operasyon sırasında ilk insizyon öncesi ve son dikiş arasında geçen süre operasyon süresi olarak kaydedilmiştir.

Operasyon tamamlandıktan hastaya reçete verilmiştir. Verilen reçete, Augmentin 1 gr BID (GlaxoSmithKline AŞ, Türkiye) tabletin 7 gün boyunca günde 2 defa, Bi-profenid 100 mg (Sanofi AŞ, Türkiye) tabletin en fazla 7 gün boyunca günde en fazla 2 defa, Kloroben (Drogsan AŞ, Türkiye) gargaranın 7 gün boyunca günde 3 defa kullanımını içeriyordu. Hastaya ameliyat sonrası dikkat etmesi gereken önlemler anlatılmıştır. Daha sonra hastalar koltuktan kalktıktan sonra stai-s ve mdas ölçeklerini doldurmuşlardır. Postoperatif ağrı hastaların ameliyat sonrası 1.,3. Ve 7. Gün doldurdıkları VAS ölçeği ile kontrol edilmiştir. Ve hastalara iki gün sonra şişlik ve postoperatif durumun kontrolü için kontrol randevusu verilmiştir. Ardından hastalara ameliyat sonrası yedinci günde dikiş almak ve stai-s ve mdas ölçeklerini uygulamak için randevu verilmiştir. Ayrıca hastaların VAS ölçeğinde ağrı miktarları kayıt altına alınmıştır.

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Hastalara STAI-S, STAI-T, MDAS ve VAS skalası uygulanmıştır. Ayrıca ölçümler esnek bir cetvel yardımı ile yapılmıştır.

3.6. Uygulama

Hastalar klinik muayene sonucunda randevu verilmesi sırasında alınan anamneze göre bilgi edinme şekilleri doğrultusunda gruplara ayrılmıştır. Daha sonra STAI-S, STAI-T, MDAS ve VAS anketlerinin nasıl doldurulacağı konusunda bilgi verilmiştir. Ve randevu aşamasında yapılması gereken anketler uygulanmıştır. Randevu günü ilk olarak preoperatif anket uygulamasını takiben hastaların şişlik ölçümleri yapılmıştır.

Şişlik ölçümü için belirlenen dört nokta işaretlenerek Gonion-Dudak kenarı (GDK), Tragus-Dudak kenarı (TDK), Gonion-Göz kenarı (GGK) arasındaki mesafe cm cinsinden ölçüldü. İlave olarak maksimum ağız açıklığı (MAA), şişlik ölçümü sonrasında kaydedildi.



Resim 1 : Gonion-Dudak kenarı arası mesafenin ölçülmesi (GDK)



Resim 2 : Gonion-Göz kenarı arası mesafenin ölçülmesi (GGK)



Resim 3 : Tragus-Dudak kenarı arası mesafenin ölçülmesi (TDK)



Resim 4 : İnterinsizal mesafenin ölçülmesi

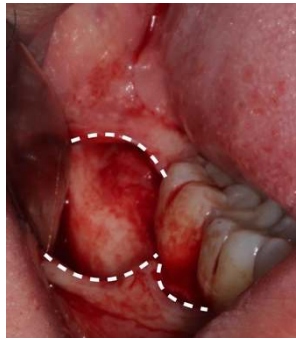
Tüm hastalar çalışmaya katılan tek cerrah tarafından standart cerrahi teknikler kullanılarak opere edilmişlerdir. Dişler lokal anestezi altında uygun cerrahi protokollere uyularak çekilmiştir. 1/100.000 epinefrin içeren lokal anestezi kullanılarak rejyonel mandibuler anestezi ve vestibül infiltratif anestezi sağlanmıştır.

Cerrahi operasyonda konvansiyonel tam kalınlık zarf flep kaldırılmıştır. Bu bölgede insizyon birinci molar dişin mezial dişeti papilinden başlayıp ikinci molar dişin mezyodistali yönünde tüm dişeti yüzeyini sulküler insizyon ile geçerek distal yüzeyine ulaşmış ve mandibulanın anterior sınırında sonlandırılmıştır.



Resim 5 : İnsizyon hattı

Daha sonra mukoperiostal olarak flep kaldırılmış ve standart cerrahi yöntemler kullanılarak gömülü dişler çekilmiştir.



Resim 6 : Mukoperiosteal flebin kaldırılması



Resim 7 : Diş kronunun vertikal olarak iki parçaya ayrılması

Daha sonra 20cc serum fizyolojik ile kavite yıkanmıştır. Mukoperiostal flep 3-0 ipek suturelar ile dikilerek kapatılmıştır.



Resim 8 : Diş çekim soketi



Resim 9 : Sutureasyon sonrası görüntü

İlk insizyon ve son dikiş atılması arasında geçen süre ameliyat süresi olarak kayıt altına alınmıştır. Hastalara ameliyat sonrası anket uygulaması tekrarlanarak, postoperatif öneriler anlatılmış ve reçete verilerek 2 gün sonra kontrole çağırılmıştır.

Ameliyattan 2 gün sonra(48S) hasta klinik takip için kontrole gelmiş ve şişlik ölçümleri tekrarlanmıştır.

Ameliyat sonrası 7. günde(1H) hasta kontrole çağırılarak dikiş alma, anksiyete testleri uygulaması, klinik muayene ve şişlik ölçümleri uygulanmıştır.

İstatistiksel Yöntem

Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edildi. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleriyle incelendi. Gruplara göre kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı. Üç ve üzeri gruplara göre normal dağılan verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü varyans analizi ve normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasından Kruskal Wallis testi kullanıldı. İkili gruplara göre normal dağılan verilerin karşılaştırılmasında Bağımsız iki örnek t testi ve normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasında ise Mann-Whitney U testi kullanıldı. Gruplar içi zamana göre normal dağılan verilerin karşılaştırılmasında Tekrarlı varyans analizi ve normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasından Friedman testi kullanıldı. Normal dağılmayan veriler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Spearman's rho korelasyon katsayısı kullanıldı. Preoperatif stai-s ve preoperatif mdaş değerleri üzerine etki eden bağımsız değişkenlerin incelenmesinde lineer regresyon analizi kullanıldı. Analiz sonuçları nicel veriler için ortalama $\pm$ s. sapma ve ortanca (minimum – maksimum) şeklinde kategorik veriler ise frekans (yüzde) olarak sunuldu. Önem düzeyi $p<0,050$ olarak alındı.

4. BULGULAR

Çalışmaya 40 kadın(%66,7), 20 erkek(%33,3) olmak üzere toplam 60 hasta dahil edilmiştir. Hastaların yaş aralığı 16-48 arasında değişirken ortalama yaş 21.77'dir. Çalışmada her hastadan bir adet olmak üzere toplamda 60 gömülü yirmi yaş dişi opere edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen tüm hastalar çalışmayı tamamlamış ve hiçbir hasta çalışma dışı bırakılmamıştır. Çalışmaya dahil edilen hastalarda tedavi ve takip dönemlerinde herhangi bir komplikasyon görülmemiştir.



Şekil 14. Gruplara göre cinsiyet dağılımı

Tablo 1 de grupların demografik özellikleri gösterilerek gruplara göre kategorik değişkenlerin karşılaştırılması yapılmıştır. Gruplara göre cinsiyetin, öğrenim durumunun, dişlerin, gömülü tiplerin, pozisyonun ve mandibuler ramus ile olan ilişki değişkenlerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 1. Gruplara göre kategorik değişkenlerin karşılaştırılması

	Grup I	Grup II	Grup III	Toplam	Test istatistiği	p
Cinsiyet						
Kadın	14 (63,6)	12 (66,7)	14 (70)	40 (66,7)	$\chi^2=0,191$	0,909
Erkek	8 (36,4)	6 (33,3)	6 (30)	20 (33,3)		
Öğrenim D						
Üniversite dışı	20 (90,9)	11 (61,1)	14 (70)	45 (75)	$\chi^2=5,088$	0,079
Üniversite	2 (9,1)	7 (38,9)	6 (30)	15 (25)		
Diş						
38 (Sol)	13 (59,1)	9 (50)	9 (45)	31 (51,7)	$\chi^2=0,862$	0,650
48 (Sağ)	9 (40,9)	9 (50)	11 (55)	29 (48,3)		
Gömülü Tip						
Vertikal	11 (50)	6 (33,3)	6 (30)	23 (38,3)	$\chi^2=2,045$	0,360
Mesioanguler	11 (50)	12 (66,7)	14 (70)	37 (61,7)		
Pozisyon						
A	1 (4,5)	0 (0)	0 (0)	1 (1,7)	$\chi^2=1,802$	0,772
B	10 (45,5)	8 (44,4)	9 (45)	27 (45)		
C	11 (50)	10 (55,6)	11 (55)	32 (53,3)		
Ramus ilişkisi						
1	15 (68,2)	9 (50)	13 (65)	37 (61,7)	$\chi^2=3,794$	0,435
2	7 (31,8)	8 (44,4)	5 (25)	20 (33,3)		
3	0 (0)	1 (5,6)	2 (10)	3 (5)		
İşlem süresi grup						
6 dk-19 dk	10 (45,5)	9 (50)	13 (65)	32 (53,3)	$\chi^2=1,773$	0,423
20 dk-45 dk	12 (54,5)	9 (50)	7 (35)	28 (46,7)		

χ^2 : Ki-kare test istatistiği Grup I: Bilgisi olmayan hastalar, Grup II: Sosyal medya bilgilendirilmesi yapılan hastalar, Grup III: Sosyal medya dışı bilgilendirme yapılan hastalar

Tablo 2. Gruplara göre Yaş, İşlem süresi ve Stai-t değerlerinin karşılaştırılması

	Grup I	Grup II	Grup III	Toplam	Test istatistiği	p
Yaş	22,36 ± 6,64 21,00 (16,00 - 48,00)	21,39 ± 2,25 22,00 (18,00 - 24,00)	21,45 ± 2,24 21,00 (18,00 - 25,00)	21,77 ± 4,36 21,00 (16,00 - 48,00)	$\chi^2=0,490$	0,783
İşlem Süresi	20,41 ± 8,80 20,00 (6,00 - 45,00)	18,78 ± 7,73 19,00 (9,00 - 40,00)	17,35 ± 6,96 16,50 (10,00 - 30,00)	18,90 ± 7,88 18,00 (6,00 - 45,00)	$\chi^2=1,630$	0,443
Stai-t	43,14 ± 4,28 43,00 (34,00 - 51,00) ^a	45,89 ± 4,65 46,00 (35,00 - 53,00) ^{ab}	47,70 ± 6,15 47,00 (39,00 - 66,00) ^b	45,48 ± 5,36 45,00 (34,00 - 66,00)	$\chi^2=8,062$	0,018

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, ^{a-b}: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur. Grup I: Bilgisi olmayan hastalar, Grup II: Sosyal medya bilgilendirilmesi yapılan hastalar, Grup III: Sosyal medya dışı bilgilendirme yapılan hastalar

Tablo-2 de gruplara göre yaş, işlem süresi ve stai-t değerleri karşılaştırılmıştır. Gruplara göre stai-t değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,018$). Grup I değeri 43,00, grup II değeri 46,00 ve grup III değeri ise 47,00 olarak belirlenmiştir. Bu farklılık grup III stai-t değerinin bilgisi olmayan grubun değerinden yüksek olarak bulunmasından kaynaklanmaktadır. Grup III'teki hastaların stai-t değeri, grup I'dekilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Bunun yanında gruplara göre yaş ve işlem süresi değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). (Tablo 2)

Tablo 3. Grup içi ve gruplar arası Stai-s ve Mdas değerlerinin karşılaştırılması

	Grup I	Grup II	Grup III	Toplam	Test istatistiği	p
İlk(T1) Stai-s	39,91 ± 4,83 39,50 (33,00 - 50,00) ^{AB}	40,72 ± 4,18 42,00 (32,00 - 47,00)	41,00 ± 5,13 39,50 (34,00 - 52,00)	40,52 ± 4,70 40,00 (32,00 - 52,00)	$\chi^2=0,819$	0,664
Preop(T2) Stai-s	37,59 ± 6,04 37,00 (23,00 - 47,00) ^A	39,39 ± 5,69 39,50 (30,00 - 49,00)	38,80 ± 5,33 38,00 (30,00 - 50,00)	38,53 ± 5,66 38,00 (23,00 - 50,00)	$\chi^2=0,882$	0,643
Postop(T3) Stai-s	39,95 ± 7,66 38,50 (31,00 - 65,00) ^{AB}	39,39 ± 4,73 39,00 (33,00 - 48,00)	39,00 ± 4,63 39,00 (32,00 - 47,00)	39,47 ± 5,87 39,00 (31,00 - 65,00)	$\chi^2=0,073$	0,964
7. gün(T4) Stai-s	42,77 ± 5,71 42,00 (34,00 - 51,00) ^B	42,67 ± 3,99 41,50 (37,00 - 50,00)	41,75 ± 5,05 42,50 (33,00 - 50,00)	42,40 ± 4,96 42,00 (33,00 - 51,00)	$\chi^2=0,393$	0,822
Test istatistiği ¹ p	$\chi^2=10,981$ 0,012	$\chi^2=3,185$ 0,364	$\chi^2=6,387$ 0,094			
İlk(T1) Mdas	9,82 ± 4,16 9,00 (5,00 - 23,00) ^A	11,72 ± 4,68 10,00 (6,00 - 23,00) ^{AB}	10,85 ± 3,98 10,00 (6,00 - 20,00) ^C	10,73 ± 4,26 10,00 (5,00 - 23,00)	$\chi^2=2,350$	0,309
Preop(T2) Mdas	8,91 ± 1,77 10,00 (5,00 - 12,00) ^{aAB}	12,22 ± 3,32 12,00 (7,00 - 19,00) ^{bA}	10,35 ± 3,53 10,50 (5,00 - 17,00) ^{abBC}	10,38 ± 3,18 10,00 (5,00 - 19,00)	$\chi^2=9,296$	0,010
Postop(T3) Mdas	7,32 ± 2,01 7,00 (5,00 - 10,00) ^{aB}	9,94 ± 3,69 10,00 (5,00 - 19,00) ^{bAB}	8,50 ± 3,52 8,00 (5,00 - 18,00) ^{abA}	8,50 ± 3,24 8,50 (5,00 - 19,00)	$\chi^2=6,889$	0,032
7. gün(T4) Mdas	8,05 ± 3,44 7,00 (5,00 - 19,00) ^{AB}	8,67 ± 2,97 8,50 (5,00 - 15,00) ^B	8,55 ± 2,87 8,00 (5,00 - 15,00) ^{AB}	8,40 ± 3,08 8,00 (5,00 - 19,00)	$\chi^2=1,155$	0,561
Test istatistiği ¹ p	$\chi^2=15,642$ 0,001	$\chi^2=13,445$ 0,004	$\chi^2=20,966$ <0,001			

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, F: Varyans analizi test istatistiği; χ^2 : Friedman test istatistiği¹, F: Tekrarlı varyans analizi test istatistiği², a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur, A-C: Her bir grup içerisinde aynı harfe sahip zamanlar arasında fark yoktur, ortalama ± s. sapma, ortanca (minimum – maksimum), Grup I: Bilgisi olmayan hastalar, Grup II: Sosyal medya bilgilendirilmesi yapılan hastalar, Grup III: Sosyal medya dışı bilgilendirme yapılan hastalar

Tablo 4. Grup içi ve gruplar arası MAA ve VAS değerlerinin karşılaştırılması

	Grup I	Grup II	Grup III	Toplam	Test istatistiği	p
Preop MAA	3,94 ± 0,69 4,00 (2,80 - 5,50) ^B	3,97 ± 0,71 3,80 (2,90 - 5,30) ^A	4,07 ± 0,57 4,20 (2,50 - 5,00) ^B	3,99 ± 0,65 4,00 (2,50 - 5,50)	$\chi^2=1,072$	0,585
48S MAA	2,88 ± 0,86 2,90 (1,20 - 4,60) ^A	2,79 ± 0,79 2,90 (1,20 - 4,20) ^B	2,85 ± 0,90 2,95 (1,40 - 4,40) ^A	2,84 ± 0,84 2,95 (1,20 - 4,60)	$\chi^2=0,033$	0,984
1H MAA	3,35 ± 0,78 3,20 (2,00 - 5,00) ^B	3,15 ± 1,00 3,15 (1,20 - 5,00) ^B	3,55 ± 0,62 3,75 (2,40 - 4,30) ^B	3,36 ± 0,81 3,40 (1,20 - 5,00)	$\chi^2=2,367$	0,306
Test istatistiği ¹ p	$\chi^2=28,617$ <0,001	$\chi^2=25,420$ <0,001	$\chi^2=26,054$ <0,001			
VAS 1	6,50 ± 2,39 7,00 (1,00 - 10,00) ^A	5,83 ± 2,55 6,00 (1,00 - 10,00) ^B	5,20 ± 1,85 5,50 (1,00 - 7,00) ^B	5,87 ± 2,30 6,00 (1,00 - 10,00)	$\chi^2=4,416$	0,110
VAS 3	3,64 ± 2,30 3,00 (1,00 - 9,00) ^B	4,33 ± 2,63 4,00 (1,00 - 9,00) ^B	3,70 ± 2,03 4,00 (1,00 - 9,00) ^B	3,87 ± 2,30 4,00 (1,00 - 9,00)	$\chi^2=0,785$	0,675
VAS 7	1,23 ± 0,53 1,00 (1,00 - 3,00) ^C	1,39 ± 0,85 1,00 (1,00 - 4,00) ^A	1,20 ± 0,70 1,00 (1,00 - 4,00) ^A	1,27 ± 0,69 1,00 (1,00 - 4,00)	$\chi^2=1,020$	0,601
Test istatistiği ¹ p	$\chi^2=32,659$ <0,001	$\chi^2=27,516$ <0,001	$\chi^2=28,974$ <0,001			

χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, F: Varyans analizi test istatistiği; χ^2 : Friedman test istatistiği¹, F: Tekrarlı varyans analizi test istatistiği², a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur, A-C: Her bir grup içerisinde aynı harfe sahip zamanlar arasında fark yoktur, ortalama ± s. sapma, ortanca (minimum – maksimum)(İlk: İlk muayene sırasındaki test değeri, 48S: Ameliyattan 48 saat sonraki test değeri, 1H: Ameliyattan 1 hafta sonraki test değeri)(MAA: Keserler arası maksimum interinsizal mesafe ,VAS 1: 1. Gündeki VAS , VAS 3: 3. Gündeki VAS , VAS 7: 7. Gündeki VAS) Grup I: Bilgisi olmayan hastalar, Grup II: Sosyal medya bilgilendirilmesi yapılan hastalar, Grup III: Sosyal medya dışı bilgilendirme yapılan hastalar

Grup içi ve gruplar arası stai-s ve mdaş değişkenlerinin karşılaştırılması tablo 3’de gösterilmiştir.

Grup içi karşılaştırma sonuçları incelendiğinde grup 1’de zamana göre stai-s değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,012). En düşük stai-s değeri(37,00) t2(preop) zamanda elde edilmişken, en yüksek değer (42,00) ise t4 (7. gün) zamanında elde edilmiştir.

Grup 1’de zamana göre mdaş değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,001). En düşük mdaş değeri(7,00) t3(postop) ve t4(7.gün) zamanlarında bulunmuşken, en yüksek değer(10,00) t2(preop) zamanda elde edilmiştir.

Grup 2’de zamana göre mdaş değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,004). En düşük mdaş değeri(8,50) t4(7. gün) zamanda bulunmuşken, en yüksek değer(12,50) t2(preop) zamanda elde edilmiştir. Ancak bu grupta stai-s değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. (p=0,364)

Grup 3’te zamana göre mdaş değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,001). En düşük mdaş değerleri(8,00) t3(postop) ve t4(7.gün) zamanlarında bulunmuşken, en yüksek değer(10,50) t2(preop) zamanda elde edilmiştir.

Ancak grup 2’ye benzer şekilde stai-s değerleri arasında zamana bağlı olarak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. (p=0094)

Gruplara göre preoperatif mdaş değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,01$). Grup 1'in mdaş değeri 10,00, grup 2'nin 12,00 ve grup 3'ün ise 10,50 olarak bulunmuştur. Grup 2'deki hastaların preoperatif mdaş skoru grup 1'deki hastalardan istatistiksel olarak anlamlı derece yüksek bulunmuştur. ($p=0,01$) (Tablo 3)

Gruplara göre postoperatif mdaş değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,032$). Grup 1'in mdaş değeri 7,00, grup 2'nin 10,00 ve grup 3'ün 8,00 olarak bulunmuştur. Bu farklılık grup 2'nin değerinin, grup 1'in değerinden yüksek olarak elde edilmesinden kaynaklanmaktadır. Grup 2'deki hastaların postoperatif mdaş skoru grup 1'deki hastalardan istatistiksel olarak anlamlı derece yüksek bulunmuştur. ($p=0,032$) (Tablo 3)

Grup içi ve gruplar arası MAA ve VAS değerlerinin karşılaştırılması tablo 4'te gösterilmiştir.

Grup 1'de zamana bağlı MAA değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Bu farklılık 48. saatteki değer, diğer zamanlardan daha düşük olarak elde edilmesinden kaynaklanmaktadır. MAA en fazla preoperatif zamanda olup ameliyat sonrası 48. saatte anlamlı düzeyde azalmakta(29 mm) ve ameliyat sonrası 7. günde tekrar artmaktadır.(3,2 cm)

Grup 2'de zamana göre MAA değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Bu farklılık preop değerinin, diğer zamanlardan yüksek olarak elde edilmesinden kaynaklanmaktadır. MAA en fazla preoperatif zamanda olup(3,8) ameliyat sonrası 48. saatte anlamlı düzeyde azalmakta(2,9 cm) ve ameliyat sonrası 7. günde bir miktar artmaktadır.(3,15 cm)

Grup 3'te zamana göre MAA değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Bu farklılık 48. saat değerinin diğer zamanlardan daha düşük olarak elde edilmesinden kaynaklanmaktadır. Ağız açıklığı en fazla preoperatif zamanda(4,2 cm) olup ameliyat sonrası 48. Saatte anlamlı düzeyde azalmakta(2,95 cm) ve ameliyat sonrası 7. günde tekrar artmaktadır.(3,75 cm)

Grup 1'de zamana göre VAS değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). En yüksek VAS değeri 1. günde elde edilmişken(7,00) en düşük VAS ortancası 7. günde elde edilmiştir.(1,00)

Grup 2’de zamana göre VAS değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). 1. gün değeri 6,00, 3. gün değeri 4,00 ve 7. gün ise 1,00 olarak elde edilmiştir. Bu farklılık 7. gün değerinin diğer günlerden daha düşük olarak elde edilmesinden kaynaklanmaktadır.

Grup 3’te zamana göre VAS değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). 1. gün değeri 5,50, 3. gün değeri 4,00 ve 7. gün değeri ise 1,00 olarak elde edilmiştir. Bu farklılık 7. gün değerinin diğer günlerden daha düşük olarak elde edilmesinden kaynaklanmaktadır.

Tüm bu verileri ışığında tüm gruplarda 1. gün yüksek olan VAS skorunun ameliyat sonrası 3. ve 7. günlerde anlamlı derecede azaldığı görülmektedir. Bununla birlikte hem MAA hem de VAS açısından gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($p>0,05$)

Tablo 5. Grup içi ve gruplar arası ödem miktarı değerlerinin karşılaştırılması

	Grup I	Grup II	Grup III	Toplam	Test istatistiği ¹	p
Preop	9,92 ± 0,41 ^B 9,94 (9,07 - 10,83)	9,70 ± 0,49 ^A 9,57 (9,07 - 10,50)	9,82 ± 0,55 ^B 9,85 (8,97 - 10,73)	9,82 ± 0,49 9,80 (8,97 - 10,83)	F=1,057	0,354
48S	10,50 ± 0,43 ^A 10,44 (9,80 - 11,50)	10,35 ± 0,56 ^B 10,15 (9,57 - 11,80)	10,23 ± 0,60 ^A 10,22 (9,33 - 11,17)	10,36 ± 0,53 10,27 (9,33 - 11,80)	F=1,406	0,253
1H	10,09 ± 0,41 ^B 10,07 (9,50 - 10,97)	9,97 ± 0,71 ^C 9,90 (9,20 - 11,50)	9,86 ± 0,56 ^B 9,65 (9,07 - 10,87)	9,98 ± 0,56 9,92 (9,07 - 11,50)	F=0,906	0,410
Test istatistiği ²	F=48,637	F=28,409	F=17,585			
p	<0,001	<0,001	<0,001			

F: Varyans analizi test istatistiği¹, F: Tekrarlı varyans analizi test istatistiği², A-C: Her bir grup içerisinde aynı harfe sahip zamanlar arasında fark yoktur, ortalama ± s. sapma, ortanca (minimum – maksimum) Grup I: Bilgisi olmayan hastalar, Grup II: Sosyal medya bilgilendirilmesi yapılan hastalar, Grup III: Sosyal medya dışı bilgilendirme yapılan hastalar 48S: 48.Saat 1H:1.Hafta

Grup içi ve gruplar arası ödem değerlerinin karşılaştırılması tablo 5’te gösterilmiştir.

Grup içi karşılaştırma sonuçları incelendiğinde, grup 1’de zamana göre ödem miktarı skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Bu farklılık operasyon sonrası 48. saatteki skorun diğer zamanların skorlarından daha yüksek olarak elde edilmesinden kaynaklanmaktadır.

Grup 2’de zamana göre ödem miktarı skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). En yüksek skor operasyon sonrası 48. saatte elde edilmişken(10,15) en düşük skor ise preoperatif zamanda(9,57) elde edilmiştir.

Grup 3'te zamana göre ödem miktarı skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Bu farklılık 48. saat skorunun diğer zamanların skorundan daha yüksek olarak elde edilmesinden kaynaklanmaktadır.

Tüm bu bilgiler ışığında tüm gruplarda ödem miktarının operasyon sonrası 48. saatte en yüksek seviyeye ulaştığı ve zamanla azalarak operasyon sonrası 7. günde anlamlı seviyede azaldığı saptanmaktadır. Bununla beraber ödem miktarı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($p>0,05$)

Tablo 6. İşlem süresi gruplarına göre karşılaştırma sonuçları

	6-19 dk		20-45 dk		Test istatistiği	p
	Ort. $\pm$ s. sapma	Ort. (min. - maks.)	Ort. $\pm$ s. sapma	Ort. (min. - maks.)		
İlk Stai-t	46,28 $\pm$ 6,20	45,00 (34,00 - 66,00)	44,57 $\pm$ 4,12	45,00 (35,00 - 51,00)	$t=1,239$	0,22
İlk Stai-s	41,38 $\pm$ 4,59	40,00 (35,00 - 52,00)	39,54 $\pm$ 4,70	40,00 (32,00 - 47,00)	$t=1,531$	0,131
Preop -Stai-s	38,75 $\pm$ 5,96	39,50 (23,00 - 50,00)	38,29 $\pm$ 5,39	37,50 (30,00 - 49,00)	$t=0,314$	0,754
Postop Stai-s	41,19 $\pm$ 6,53	41,00 (31,00 - 65,00)	37,50 $\pm$ 4,33	36,50 (32,00 - 50,00)	$U=284$	0,015
1H Stai-s	42,75 $\pm$ 5,08	43,00 (34,00 - 51,00)	42,00 $\pm$ 4,88	41,00 (33,00 - 50,00)	$t=0,581$	0,564
İlk Mdas	10,31 $\pm$ 3,50	10,00 (6,00 - 19,00)	11,21 $\pm$ 5,02	10,00 (5,00 - 23,00)	$U=425,5$	0,737
Preop Mdas	10,28 $\pm$ 3,21	10,00 (5,00 - 19,00)	10,50 $\pm$ 3,21	10,00 (5,00 - 17,00)	$t=-0,263$	0,793
Postop Mdas	8,06 $\pm$ 2,98	7,50 (5,00 - 17,00)	9,00 $\pm$ 3,50	9,00 (5,00 - 19,00)	$U=377,5$	0,29
1H Mdas	8,03 $\pm$ 2,65	8,00 (5,00 - 14,00)	8,82 $\pm$ 3,52	8,00 (5,00 - 19,00)	$U=404,5$	0,515
Preop Ödem miktarı	9,75 $\pm$ 0,42	9,77 (8,97 - 10,50)	9,91 $\pm$ 0,55	9,97 (9,00 - 10,83)	$t=-1,272$	0,209
48S Ödem miktarı	10,22 $\pm$ 0,41	10,20 (9,47 - 11,00)	10,53 $\pm$ 0,61	10,59 (9,33 - 11,80)	$t=-2,267$	0,028
1H Ödem miktarı	9,78 $\pm$ 0,37	9,75 (9,07 - 10,60)	10,21 $\pm$ 0,65	10,19 (9,07 - 11,50)	$t=-3,088$	0,004
Preop MAA	3,89 $\pm$ 0,56	4,00 (2,80 - 5,00)	4,10 $\pm$ 0,74	4,20 (2,50 - 5,50)	$t=-1,23$	0,224
48S MAA	2,92 $\pm$ 0,83	3,00 (1,20 - 4,40)	2,75 $\pm$ 0,86	2,80 (1,20 - 4,60)	$t=0,771$	0,444
1H MAA	3,28 $\pm$ 0,79	3,40 (1,20 - 4,50)	3,44 $\pm$ 0,83	3,35 (2,00 - 5,00)	$U=423,5$	0,716

t: Bağımsız iki örnek t test istatistiği, U: Mann-Whitney U test istatistiği 48S: 48.Saat 1H:1.Hafta

Ameliyat süresine göre hastalar kategorik olarak 6 dk – 19 dk (Kısa süre) ve 20 dk - 45 dk (Uzun süre) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Tüm gruplarda işlem süresine göre verilerin karşılaştırılması tablo 6'da gösterilmiştir. İşlem süresine göre postoperatif stai-s değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,015$). Ameliyat süresi uzun olan hastaların postoperatif stai-s skoru(36,50) ameliyat süresi kısa olan hastalardan(41,00) istatistiksel olarak daha düşük bulunmuştur.($p=0,015$)

Hastaların hem operasyon sonrası 48. saatte hem de 7. günde işlem süresi uzun olan hastalarda ödem miktarı işlem süresi kısa olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.($p<0,05$)

İşlem süresi arttıkça 48. Saatteki ve 1. Haftadaki şişlik miktarları istatistiksel olarak anlamlı şekilde yükselmektedir.

İşlem süresi açısından diğer verilerin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,050$).

Tablo 7. Cinsiyete göre değişkenlerin karşılaştırılması

	Kadın		Erkek		Test istatistiği	p
	Ort. $\pm$ s. sapma	Ort. (min. - maks.)	Ort. $\pm$ s. sapma	Ort. (min. - maks.)		
İlk Stai-t	46,18 $\pm$ 4,55	45,50 (34,00 - 54,00)	44,10 $\pm$ 6,61	44,00 (35,00 - 66,00)	U=285	0,070
İlk Stai-s	39,95 $\pm$ 4,56	39,00 (32,00 - 50,00)	41,65 $\pm$ 4,87	42,50 (33,00 - 52,00)	U=314,5	0,179
Preop Stai-s	37,10 $\pm$ 5,09	38,00 (23,00 - 46,00)	41,40 $\pm$ 5,78	39,50 (33,00 - 50,00)	U=240	0,012
Postop Stai-s	39,25 $\pm$ 6,46	38,50 (31,00 - 65,00)	39,90 $\pm$ 4,59	40,00 (32,00 - 48,00)	U=341,5	0,357
7. gün Stai-s	42,08 $\pm$ 5,10	42,00 (33,00 - 51,00)	43,05 $\pm$ 4,74	43,50 (34,00 - 50,00)	U=359,5	0,524
İlk Mdas	11,80 $\pm$ 4,61	10,00 (6,00 - 23,00)	8,60 $\pm$ 2,37	8,00 (5,00 - 13,00)	U=227,5	0,007
Preop Mdas	11,20 $\pm$ 3,36	10,50 (5,00 - 19,00)	8,75 $\pm$ 2,02	9,00 (5,00 - 13,00)	U=208	0,002
Postop Mdas	9,08 $\pm$ 3,60	9,00 (5,00 - 19,00)	7,35 $\pm$ 1,98	7,50 (5,00 - 10,00)	U=289	0,078
7. gün Mdas	8,80 $\pm$ 3,48	8,00 (5,00 - 19,00)	7,60 $\pm$ 1,90	7,50 (5,00 - 11,00)	U=339,5	0,338
Preop MAA	3,85 $\pm$ 0,63	4,00 (2,50 - 5,30)	4,27 $\pm$ 0,61	4,20 (3,00 - 5,50)	t=-2,407	0,019
48S MAA	2,71 $\pm$ 0,81	2,80 (1,20 - 4,10)	3,11 $\pm$ 0,85	3,10 (1,40 - 4,60)	t=-1,77	0,082
1H MAA	3,20 $\pm$ 0,81	3,30 (1,20 - 4,50)	3,67 $\pm$ 0,73	3,60 (2,20 - 5,00)	t=-2,195	0,032
VAS 1	5,55 $\pm$ 2,36	6,00 (1,00 - 10,00)	6,50 $\pm$ 2,09	6,00 (2,00 - 10,00)	U=315	0,177
VAS 3	4,05 $\pm$ 2,44	4,00 (1,00 - 9,00)	3,50 $\pm$ 2,01	3,50 (1,00 - 8,00)	U=356,5	0,490
VAS 7	1,20 $\pm$ 0,46	1,00 (1,00 - 3,00)	1,40 $\pm$ 0,99	1,00 (1,00 - 4,00)	U=400	1,000
Preop Ödem miktarı	9,63 $\pm$ 0,39	9,62 (8,97 - 10,50)	10,21 $\pm$ 0,43	10,33 (9,17 - 10,83)	t=-5,288	<0,001
48S Ödem miktarı	10,18 $\pm$ 0,44	10,17 (9,33 - 11,07)	10,73 $\pm$ 0,51	10,75 (9,57 - 11,80)	t=-4,388	<0,001
1H Ödem miktarı	9,80 $\pm$ 0,41	9,79 (9,07 - 11,03)	10,33 $\pm$ 0,65	10,39 (9,23 - 11,50)	t=-3,306	0,003

t: Bağımsız iki örnek t test istatistiği, U: Mann-Whitney U test istatistiği 48S: 48.Saat 1H:1.Hafta

Cinsiyete göre değişkenlerin karşılaştırılması tablo 7’de gösterilmiştir.

Kadın hastaların preoperatif stai-s değerleri erkeklere oranla anlamlı derecede düşük bulunmuştur.($p=0,012$)

Bununla birlikte erkek hastaların hem ilk mdas hem de preoperatif mdas değerleri kadın hastalara göre anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur.($p<0,05$)

İlk muayene sırasında kadınların dental anksiyete düzeyi erkeklere oranla mdas’a göre anlamlı düzeyde yüksek bulunurken, preoperatif zamanda mdas’a göre kadınların erkeklere

oranla , stai-s'e göre ise erkeklerin kadınlara oranla dental anksiyete düzeyleri anlamlı derecede yüksek izlenmiştir.

Erkeklerin MAA miktarı hem preoperatif dönemde hem de ameliyat sonrası 7. günde kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Benzer şekilde hem operasyon öncesi dönemde hem de operasyon sonrası 2. ve 7. günlerde erkeklerdeki ödem miktarı kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.($p<0,05$)

Cinsiyete açısından değişkenlerin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,050$).

Tablo 8. Yaş ve işlem süresi ile değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi

	Yaş		İşlem Süre	
	r	p	r	p
Stai-t	0,016	0,902	-0,159	0,225
İlk Stai-s	-0,039	0,767	-0,202	0,122
Preop Stai-s	0,136	0,300	-0,060	0,647
Postop Stai-s	-0,015	0,911	-0,333	0,009
1H Stai-s	0,025	0,850	0,003	0,985
İlk Mdas	0,263	0,043	-0,077	0,558
Preop Mdas	0,213	0,102	-0,072	0,585
Postop Mdas	0,093	0,479	0,121	0,358
1W Mdas	0,161	0,219	-0,036	0,787
Preop MAA	0,013	0,921	0,001	0,991
48S MAA	-0,163	0,214	-0,146	0,264
1H MAA	-0,110	0,404	-0,066	0,616
1. gün VAS	0,001	0,996	0,145	0,268
3. gün VAS	0,168	0,200	0,051	0,699
7. gün VAS	0,204	0,118	-0,086	0,513
Preop (GDK+TDK+GGK)÷3	0,250	0,054	0,165	0,208
48S (GDK+TDK+GGK)÷3	0,225	0,084	0,299	0,020
1H (GDK+TDK+GGK)÷3	0,344	0,007	0,300	0,020

r: Spearman's rho korelasyon katsayısı. 48S: 48.Saat 1H:1.Hafta

İlk mdas ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0,263$; $p=0,043$). Yaş arttıkça preoperatif mdas artmaktadır. Ama bu ilişki zayıf bulunmuştur.

Postoperatif stai-s ile İşlem Süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,333$; $p=0,009$). İşlem süresi arttıkça postoperatif stai-s skoru azalmaktadır fakat bu ilişki zayıftır.

Yaş ile 7. gündeki ödem miktarı skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf düzey bir ilişki vardır ($r=0,344$; $p=0,007$). Çalışmamıza göre yaş arttıkça işlem sonrası 7. gündeki şişlik düzeyleri artmaktadır.

İşlem süresi ile operasyon sonrası 48.saat ve 7. gün ödem miktarı skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf düzey bir ilişki vardır ($r=0,299$; $p=0,020$, $r=0,300$; $p=0,020$). İşlem süresi uzadıkça kanıt düzeyi zayıf olmakla birlikte 48. saat ve 7. gündeki ödem miktarı anlamlı düzeyde artmaktadır.

Tablo 9. Preoperatif Stai-s üzerine etki eden bağımsız değişkenlerin lineer regresyon analizi ile incelenmesi

	β_0 (%95 CI)	S. hata	β_1	t	p
Sabit	27,078 (15,062 - 39,094)	5,988		4,522	<0,001
Cinsiyet = Erkek	4,309 (1,323 - 7,295)	1,488	0,36	2,896	0,006
Öğrenim D = Üniversite	-3,627 (-7,352 - 0,097)	1,856	-0,27	-1,954	0,056
Yaş	0,517 (-0,059 - 1,092)	0,287	0,249	1,802	0,077

F=4,310 $p=0,009$, $R^2=0,199$, Düzeltilmiş $R^2=0,153$, β_0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β_1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, Bağımsız değişkenlerin modele dahil edilmesinde Backward metodu kullanıldı

Preoperatif stai-s üzerine etki eden bağımsız değişkenlerin incelenmesi için kurulan lineer regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı elde edilmiştir (F=4,310 $p=0,009$). (Tablo 9) Erkeklerin preoperatif stai-s puanı kadınların puanından 4,309 daha fazladır. Preoperatif stai-s üzerine etki eden faktörlerden yalnızca cinsiyet faktörü anlamlı bulunmuştur. Yapılan bu çalışmada preoperatif dönemde erkeklerde stai-s skoru kadınlardan anlamlı derece fazla bulunmuştur. Preoperatif yaş ve öğrenim durumu değişkenlerinin ise preoperatif stai-s değeri üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p>0,050$).

Tablo 10. Preoperatif mdaş üzerine etki eden bağımsız değişkenlerin lineer regresyon analizi ile incelenmesi

	β_0 (%95 CI)	S. hata	β_1	t	p
Sabit	12,459 (6,671 - 18,248)	2,88		4,325	<0,001
Dahil olunan çalışma grubu = Grup II	2,9 (1,636 - 4,163)	0,629	0,426	4,611	<0,001
Dahil olunan çalışma grubu = Grup III	1,299 (0,029 - 2,568)	0,632	0,194	2,056	0,045
Gömülü Tip = Mesioanguler	-1,246 (-2,271 - -0,221)	0,51	-0,193	-2,443	0,018
1-Stai-t	-0,088 (-0,185 - 0,01)	0,048	-0,149	-1,807	0,077
1-Mdaş	0,474 (0,358 - 0,59)	0,058	0,655	8,222	<0,001
2-Stai-s	-0,097 (-0,185 - -0,009)	0,044	-0,176	-2,221	0,031

F=20,077 $p<0,001$, $R^2=0,711$, Düzeltilmiş $R^2=0,675$, β_0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β_1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, Bağımsız değişkenlerin modele dahil edilmesinde Backward metodu kullanıldı

Preoperatif mdaş üzerine ekti eden bağımsız değişkenlerin incelenmesi için kurulan lineer regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı elde edilmiştir $F=20,077$ $p<0,001$). (Tablo 10) Grup I hasta grubuna göre grup II mdaş puanı 2,9, grup III mdaş puanı 1,299 daha fazla olarak elde edilmiştir.

Sonuç olarak çalışmamızda ameliyat öncesi mdaş skorunu hastaların bilgiye ulaşma şekli istatistiksel olarak etkilemektedir ve sosyal medya üzerinden ameliyat hakkında bilgi edinen gruptaki hastalarda sosyal medya dışındaki bilgi kaynakları üzerinden bilgi sahibi olan hastalara göre, sosyal medya dışındaki bilgi kaynakları üzerinden bilgi sahibi olan hastalarda ise ameliyat hakkında ameliyat öncesi hiçbir bilgi kaynağından bilgi sahibi olmayan hastalara göre mdaş skorları yapılan lineer regresyon analizine göre anlamlı derecede fazla bulunmuştur.

İlk randevu sırasındaki mdaş puanı artıkça preoperatif mdaş puanı 0,474 artmaktadır. Yani randevu verilmesi aşamasında mdaş'ı yüksek olan hastalarda preoperatif mdaş skorları da istatistiksel olarak randevu sırasında mdaş'ı düşük hastalara göre daha fazla artmaktadır. Bununla birlikte preoperatif stai-s puanı 1 birim artığında preoperatif mdaş puanı 0,097 azalmaktadır. Çalışmaya katılan hastalarda preoperatif dönemde mdaş puanı arttıkça stai-s puanı azalmakla birlikte kanıt düzeyi zayıf bulunmuştur. Stai-t'nin ise preoperatif mdaş üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunamamıştır ($p>0,050$).

5. Tartışma

Dental tedavilerin hasta üzerinde korku, kaygı, stres ve heyecana neden olduğu bir gerçektir. (57). En yaygın kabul edilen anksiyete kavramı, hastaların tedaviden önce veya diş tedavisi sırasında deneyimleyebilecekleri içsel (bilişsel ve somatik) ve dışsal (çevresel) uyaranlara tepki olarak ortaya çıkan fizyolojik aktivasyonla ilişkili karmaşık bir durumdur (58). Hastaların yapılması gereken dental tedavileri yaptırmalarındaki en büyük engel, diş tedavisi nedeniyle duyulan korkuya bağlı dental korku ve anksiyetedir. Bu nedenle diş tedavisine bağlı korku ve anksiyetik durumlar çok eski yıllardan bu yana araştırma konusu olup, yapılan çok sayıda araştırmanın sonucunda korkunun nedenleri, alınacak önlemler ve tedavisi ile ilgili önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Bununla beraber, anksiyetenin edinilmiş kötü tecrübeye veya yapılacak işlem hakkında bilgi sahibi olmamaktan kaynaklanan belirsizlik duygusuna bağlı olarak artabileceği rapor edilmiştir (59).

Operasyon öncesinde en önemli anksiyete sebeplerinden biri bilinmezlik korkusu olup, hastanın anksiyetesinin azaltılmasının; hastanın ameliyat sonrası yaşam bulgularının kısa sürede normal sınırlara dönmesine, stres sonucu salınacak olan kortikosteroid hormonlarının daha az salınmasına ve hastanın hızlı iyileşmesine yardımcı olduğu bazı araştırmalarda belirtilmiştir (60, 61). Operasyon öncesi süreçte yetersiz psikolojik hazırlık, hastanın cerrahi strese uyum gösterememesi ile sonuçlanabilmektedir. Hastanın cerrahi girişim ile ilgili sorularının yanıtsız kalması; hastada kaygı ve endişenin oluşmasına, hastanın cerrahi girişimi erteleme kararının alınmasına, cerrahi sonrası dönemde iyileşmenin gecikmesi ve komplikasyonların gelişmesine neden olabilmektedir (31, 32).

Yapılan birçok çalışmanın sonucunda; hastaların operasyona hazırlanmasında hastanın ameliyat öncesi eğitimi ve bilgilendirilmesinin önemi vurgulanmaktadır. Bu şekilde kaygı gelişiminin, hastanede yatış süresinin ve operasyon sonrası analjezik gereksiniminin azaldığı bildirilmiştir. Arlı'nın yaptığı çalışmada preoperatif dönemde hastaların bilgilendirilmesinin anksiyete düzeyini, analjezik gereksinimini azalttığı ve hasta memnuniyetini arttırdığı gösterilmiştir. Ayrıca hastaya, her aşamada yapılan işlemin ne olduğu ve niçin yapıldığı konusunda bilgi verildiğinde hastaların anksiyete düzeylerinin azaldığı gözlenmiştir (31).

Elektif cerrahi müdahale geçirecek hastaların çoğu huzursuzluk hisseder, çünkü preoperatif evre hastanın en savunmasız olduğu ve duygusal dengesizliklere eğilimli olduğu dönem olarak kabul edilir (62). Preoperatif anksiyete insidansı cerrahi işlemin türüne göre % 40-76 arasında değişmektedir. Büyük elektif cerrahi işlemlerde ise daha yüksek anksiyete skorları rapor edilmiştir (63).

Sosyal medya günümüzde çok fazla kullanıldığı ve doğru olmayan çok sayıda bilgi barındırdığı için çalışmamızda mercek altına alınmıştır. Yaptığımız bu çalışmanın amacı gömülü diş çekimi yapılacak hastalarda, ameliyat süreci öncesinde hastalar tarafından araştırılan bilginin kaynağının, hastanın ameliyat sürecine olan etkisini klinik parametreler ışığında değerlendirmektir.

Dental korkunun belirlenmesinde kullanılan yöntemlerden birisi, hastadaki davranışsal ve fizyolojik değişikliklerin gözlemlenmesi, diğeri ise hastanın kendi kendine doldurduğu anket formları ve standart ölçeklerin uygulanmasıdır (64). Dental tedavi öncesi bu skalaların doldurulmasının hastaların korku ve kaygı seviyesi üzerine herhangi bir olumsuz etkisi görülmemiştir (65).

Birçok anksiyete skalası mevcuttur. Herbirinin kendine göre öne çıkan bazı yönleri vardır. Schuurs ve ark. (66) yaptıkları bir çalışmada 6 farklı dental anksiyete ve korku ölçeğini karşılaştırdıklarında, bütün formları tam olarak bulguları değerlendirme konusunda yeterli bulmamışlar ve dental anksiyetenin ölçümünde birden fazla skalanın kullanılması gerektiğini belirtmişlerdir. Klinik çalışmalarda da verilerin güvenilirliğini sağlamak için bir veya birden fazla ölçek kullanılarak dental anksiyete sonuçları değerlendirilmeye çalışılmaktadır (67). Daha önceki çalışmalarda STAI ve Dental Anksiyete Skalası(DAS) değerlerinin birbiri ile uyumlu sonuçlar verdiği gösterilmiştir (41). Williams ve arkadaşları(68) VAS ile diğer anksiyete skalalarını karşılaştırmışlar ve sonuçlar bakımından bir fark bulamamışlardır. VAS'nın vertikal yerine horizontal düzlemde olması tercih edilmelidir. Scott ve Huskisson(69) yaptıkları çalışmada vertikal konumlandırılmış VAS ile yapılan ölçümlerde %7'lik bir hata payı hesaplamışlardır. VAS'ın diğer anksiyete ölçekleri ile geçerlilik ve doğruluk çalışmaları yapılmış ve istatiksel olarak benzer anlamlı sonuçlar elde edilmiştir (70–72). Ayrıca araştırmacılar hem katılımcı, hem de araştırmacının kullanım kolaylığı bakımından vizüel analog skalanın anksiyete araştırmalarında kullanılabileceğini rapor etmişlerdir.

Bringuier ve arkadaşları (73) ,Kindler ve arkadaşları (36) yaptıkları çalışmalarda STAI ve VAS'ı karşılaştırmışlar ve anksiyete ölçümünde belirgin bir farklılık saptamamışlardır. Çinde yapılan gömülü diş çekimi ve postoperatif ağrının araştırıldığı başka bir çalışmada sadece mdas tercih edilmiştir (74).

Dereci ve ark. (75) yaptıkları çalışmada dental korku skalası ve mdas'ı kullanmayı tercih etmişleri. Omezli ve ark. (2) ise çalışmalarında Apais, mdas, stai-t, stai-s ve Vas gibi ölçekleri kullanmışlardır.

Kişinin genel durum anksiyete ölçümü için stai-t, durumluluk anksiyetesinin ölçümü için stai-s ve mdas skalaları tercih edilebilir seçeneklerdir. Stai-t ve stai-s literatürde genel olarak kabul görmüş olup şuan anksiyete ölçümünde altın standart olarak kabul edilmekte ve 2 form halinde uygulanmaktadır. Uygulanış biçiminin hasta tarafından tolere edilebilir, kolay ve güvenilir olması sebebiyle de çalışmamızda tercih edilmiştir. Mdas ise kısa olması sebebiyle vakit kazancı sağlaması, basit ve anlaşılabilir olması sebebiyle tercih edilmiştir.

Bu çalışmada anksiyetenin doğru bir şekilde değerlendirilebilmesi amacıyla stai-s, stai-t, mdas anketleri bir arada kullanılmıştır.

Hastalarda ameliyat sonrası ödem ölçümü için çeşitli teknikler vardır. Bunlardan biri doğrudan ultrasonografi ile doku kalınlığı ölçümü, üç boyutlu kamera yardımı ile veya dışarıdan belirlenen bir veya birden fazla nokta arasındaki uzaklığın ölçümü şeklinde olabilir.(76) Bazı yöntemler kesin sonuç vermezken bazıları pahalı veya karmaşıktır(77, 78). Gholami ve ark.(79) çalışmalarında gömülü diş çekimi yaptıkları hastalarda ödem miktarını dışarıdan yüz üzerinde belirledikleri nokta baz alınarak ultrasonografi yardımıyla masseter kalınlığını ölçerek tespit etmişlerdir. Lau ve ark.(80) yaptıkları çalışmada ödem ölçümünde çeşitli açılardan ölçüm yaparak üç boyutlu kameraları kullanmışlardır. Silva ve ark.(81) çalışmasında sadece kulak lobunun alt kısmı ve çene ucu arası mesafeyi baz alarak tek uzaklık üzerinden ödem tespit etmiştir. Yurttutan ve ark.(82) yaptıkları çalışmada ise tragus-dudak kenarı, gonion-göz kenarı, gonion-dudak kenarı arası mesafeleri baz almışlardır. Biz de çalışmamızda benzer şekilde bu dört nokta arası uzaklık ölçümünü kullandık. Ölçtüğümüz uzaklıklar, referans aldığımız noktalar her hasta için kolayca belirlenebildiği için bu lineer ölçüm değerlerinin aritmetik ortalamasını hastanın bulunduğu zaman dilimindeki ödem miktarını belirlemek için kullandık. Daha tutarlı bir ölçüm varyansı sağlamak için ölçümler aynı araştırmacı tarafından yapılmıştır.

Ameliyat sonrası ağrı beklenen bir sonuçtur. Hastalar tarafından belirtilen ağrı sübjektiftir. Bu ağrının ölçümü çalışmalarda Vas skalası üzerinden yapılmıştır. Bazı çalışmalar 100 bazıları 10 üzerinden hastanın hissettiği ağrı miktarını ölçmüştür (83–85). Biz de literatürle uyumlu olarak ağrı tespitinde Vas ölçeğini kullandık.

Yüksek düzeylerde anksiyeteye neden olabilecek olan dental tedavilerde anksiyete seviyelerinin saptanması ve kontrol etmek için önlemler alınması önemlidir. Bu önlemler arasında sakın bir klinik ortamın sağlanması, cerrah ve cerrahi ekibine duyulan güveni sağlamak, gerektiğinde preoperatif anksiyolitik uygulamak, önleyici analjezi sağlamak ve prosedür hakkında bilgi vermek bulunmaktadır (86). Hastaların işlem öncesinde nasıl hissettiklerinin ve tedavinin gidişatından beklentilerinin saptanması, tedavinin gidişatını ve postoperatif hasta memnuniyetini etkiler (59). Reyes-Gilabert ve ark.(87) yaptığı çalışmada 45 hastaya preoperatif ve postoperatif olarak stai-s, stai-t ve mdas anketleri yapılmıştır ve preoperatif anksiyete postoperatif döneme göre daha yüksek bulunmuştur.

Doğaner ve arkadaşları stai-t seviyesi yüksek olan hastaların dental korku seviyelerinin yüksek olduğunu araştırmalarında doğrulamıştır (88). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde stai-t seviyesi yüksek olan sosyal medya dışı kaynak tarafından bilgilendirilen

gruptaki hastaların stai-s ve mdas skorlarında hem ilk randevu seansı hem de preoperatif dönemde yüksektir.

Omezli ve ark.(2) yaptıkları çalışmada gömülü dış cerrahisi öncesi video ile bilgilendirme yapılan hastaların stai-t değerini video ile bilgilendirme yapılmayan hastalardan yüksek bulmuşlardır. Biz çalışmamızda bilgisi olmayan grubun stai-t değerini, benzer şekilde sosyal medya dışı bilgi sahibi olan hasta grubundan anlamlı derecede düşük bulduk.

Omezli ve ark.(2) preoperatif dönemde hem kontrol hem çalışma grubunda, randevu verilmesi sırasında ölçülen stai-s ve mdas anksiyete seviyelerinin ameliyat öncesi dönemde maksimuma ulaştığını, ameliyat sonrası dönemde anlamlı derecede azaldığı, ardından bir hafta sonra yapılan ölçümde ise minimuma indiği sonucunu buldular. Yaptığımız çalışmada ise bilgisi olmayan grupta en düşük stai-s değeri preoperatif dönemde, en yüksek stai-s değeri ameliyat sonrası 7. günde ölçülmüştür. En yüksek mdas değeri preoperatif dönemde tespit edilirken, en düşük değer postop ve 7. günde görülmüştür. Sosyal medya bilgilendirmesi yapılan grupta en düşük mdas değeri 7. günde bulunmuşken, en yüksek değer preop zamanda elde edilmiştir. Sosyal medya dışı bilgilendirme grubunda, en düşük mdas değerleri postop ve 7. gün zamanlarında bulunmuşken, en yüksek değer preop zamanda elde edilmiştir.

Kazancıoğlu ve ark. yaptıkları çalışmada hastaları ameliyat öncesi bilgilendirme şekline göre 3 gruba ayırmışlardır. Görsel olarak bilgilendirilen hastaların hem preoperatif dönemde hem de postoperatif dönemde ölçülen c-das ve stai-s skorları bilgi sahibi olmayan kontrol grubuna göre yüksek düzeyde bulunmuştur. Biz de benzer şekilde, çalışmamızda hem preoperatif hem postoperatif dönemde sosyal medya bilgilendirmesi yapılan hastaların stai-s ve mdas anksiyete düzeylerini bilgisi olmayan hasta grubundan anlamlı derecede yüksek bulduk.

Armond ve ark.(89) yaptıkları çalışmada gömülü dış çekimi sonrasında oluşan ödem ve trismustan ötürü maksimum ağız açıklığı miktarının 24. saate kadar azaldığı ve 48. saatte minimum seviyeye ulaştığını daha sonra ise zamanla ödemin azalması ile beraber 7. günde hastaların eski ağız açıklığına yakın miktarda ağız açıklığına sahip olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızdaki verilerden ortaya çıkan sonuçlar yukarıda bahsedilen çalışmayla benzer olarak maksimum ağız açıklığının ameliyat sonrası 48. saate kadar azalırken, 7. güne doğru tekrar arttığını ortaya koymaktadır.

Omezli ve ark(2) çalışmasında hem çalışma hem kontrol grubunda VAS skorlarının postoperatif dönemden itibaren ödemin de azalması ile paralel olarak 48. Saat ve 7. Güne doğru giderek azaldığını bulmuşlardır. Biz de paralel olarak VAS skorlarının tüm gruplarda postoperatif dönemde zamanla anlamlı ölçüde azaldığını gözlemledik.

Rutin olarak gömülü yirmi yaş cerrahisi sonrası maksimum ödem çekim sonrası 48-72 saat sonra izlenmekle beraber 5-7 gün içerisinde minimuma inmektedir(90). Çalışmamızdaki bilgiler ışığında tüm gruplarda ödem miktarının operasyon sonrası 48. saatte en yüksek seviyeye ulaştığı ve zamanla azalarak operasyon sonrası 7. günde anlamlı seviyede azaldığı saptanmaktadır. Bununla beraber ödem miktarı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($p>0.05$)

Preoperatif anksiyete ; yaş, cinsiyet, ameliyatla ilgili geçmiş deneyimler, eğitim durumu, ameliyatın türü ve riskleri, mevcut sağlık durumu gibi birçok faktöre bağlıdır. Kvaal ve ark.(91)'nın yaptığı çalışmada, en yüksek anksiyete düzeyine sahip olanların, operasyona ilk kez girenler, genç hastalar ve kadınlar olduğu bildirilmiştir. Risk faktörlerini belirlemek hastaya preoperatif psikolojik destek sağlanması adına yardımcı olur, böylece stres azaltılabilir. Literatürde birçok çalışmada kadınların ve eğitim seviyesi düşük hastaların daha yüksek anksiyete skorlarına sahip oldukları bildirilmiştir (92–94). Japonya'da bir yapılan çalışmada, minör ve majör cerrahi işlem geçirecek hastaların preoperatif anksiyete seviyelerine bakılmıştır. Kadınlarda anksiyete skorlarının anlamlı derecede yüksek olduğu ve kadın hastaların işlemle ilgili daha çok bilgi talebinde bulunduklarını raporlamışlardır (95).

Kadınların preoperatif anksiyete düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğu yapılan birçok çalışmada gösterilmiştir (91, 96, 97). Erten ve ark.(98) dental anksiyete ölçümünde DAS kullanmışlar ve kadınların DAS skorlarının erkeklere göre daha yüksek olduğunu, ilkokul mezunu hastaların daha endişeli olduklarını belirlemişlerdir. Benzer şekilde Apukkutan ve ark. (99) kadınların ve eğitim seviyesi düşük hastaların MDAS skorlarının anlamlı derecede yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Ancak literatürde cinsiyetin preoperatif anksiyeteyi etkilemediğine dair çalışmalar da mevcuttur. Khorsihidi ve ark. (100) dental implant yerleştirilecek olan hastaların preoperatif anksiyetelerini değerlendirdikleri çalışmalarında kadın ve erkekler arasında mdas skorları açısından anlamlı fark olmadığını, ayrıca eğitim seviyesinin dental anksiyeteyi etkilemediğini bildirmiştir. Çalışmamızda preoperatif durumluk kaygı ölçeği

skoru üzerine etki eden faktörlerin ortaya çıkarılması için yaptığımız analiz sonucunda hastaların cinsiyetlerinin preoperatif anksiyete üzerine anlamlı bir etkisinin olduğunu gözlemledik. Çalışmaya katılan erkek hastaların preoperatif stai-s skoru kadınlardan istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. Fakat mdaş ölçeği skorlarında ise kadınların preoperatif mdaş seviyesi erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek izlenmiştir. Yaptığımız bu çalışmada preoperatif anksiyete skorları arasında stai-s ve mdaş ölçeği skorları arasında zayıf olmakla birlikte negatif korelasyon içeren bir ilişki gözlemledik. Bu durum çalışmaya katılan hasta sayısının az olmasından ötürü veri yetersizliğinden kaynaklanıyor olabilir.

Genel olarak gömülü diş ve dental anksiyete çalışmalarına katılan hasta grubu genç bireylerden oluşmaktadır. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde ortalama yaş 21,77'dir. Türkiye'de yapılan bir araştırmada; dental anksiyete ile yaş arasında negatif korelasyonun varlığı, yani yaşlı bireylerin daha az anksiyeteye sahip olduğu gösterilmiştir(64). Yapılan başka bir çalışmada gömülü diş çekimi sürecinde yaş ve anksiyete arasında herhangi bir ilişki tespit edilmemiştir (101). Ay ve ark.(102) yaptığı çalışmada ise yaşa göre dental anksiyete düzeyinin 20 yaş altı grupta en yüksek, 50 yaş üstü grupta ise en düşük olduğu gözlenmiştir. Hakeberg ve ark.(103) çalışmasında ise en yüksek anksiyete düzeyinin 18-34 yaş grubu arasında olduğu belirlenmiştir. Pek çok çalışma sonucuna göre ise dental anksiyete düzeyi yaşla birlikte azalmaktadır. Çalışmamızda hastalardaki ilk randevu sırasındaki mdaş anksiyete seviyesi, hastaların yaşları ile zayıf pozitif korelasyon göstermektedir. Yani ilk başvuru sırasındaki hastalar arasında yaş arttıkça hastaların sahip olduğu mdaş anksiyetesi artış göstermektedir fakat bu ilişki zayıf bulunmuştur.

Yaş ve işlem süresi ile değişkenler incelendiğinde ise ameliyattan 1 hafta sonraki ödem miktarı ile hastaların yaşları arasında zayıf pozitif bir ilişki gözlenmektedir. Sonuç olarak hastaların yaşları arttıkça ameliyat sonrası 1. haftadaki şişlik miktarları da artış göstermektedir. Bu durum genç hastaların iyileşme sürecinin yaşlı hastalardan hızlı olması ile açıklanabilir. İşlem süresi arttığı zaman dokulardaki inflamatuvar yanıtı bağlı olarak hastalardaki ödem miktarının arttığı düşünülebilir. Çalışmamızdaki hasta grubunda, işlem süresi arttıkça 48. saatteki ve 1. haftadaki ödem miktarı ortalaması istatistiksel olarak anlamlı şekilde yükselmektedir. Hastaların bilgi edinme kaynakları ve ameliyat sonrası oluşan ödem miktarı arasında ise herhangi bir ilişki tespit edilememiştir.

Hastaların eğitim düzeyi ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki konusunda bazı çalışmalar eğitim düzeyinin anksiyeteyi etkilemediği sonucuna ulaşmışken bazı çalışmalar ise anksiyetenin eğitim düzeyi arttıkça azaldığı sonucuna ulaşmıştır(104, 105). Çalışmamızda eğitim durumu değişkeninin preoperatif durumluk kaygı ölçeği skoru üzerine, gruplar arası karşılaştırmada anlamlı bir etkisinin bulunmadığını gözlemledik. Bu çalışmada hastaların yaşının ve eğitim düzeyinin, anksiyete düzeylerini anlamlı düzeyde etkilemediğini saptadık.

Operasyon süresi ile anksiyete ilişkisinin incelendiği bir çalışmada operasyon süresinin anksiyete ile ilişkili olmadığı görülmüştür (106). Bizim yapmış olduğumuz çalışmada ise ameliyat süresi uzun olan hastaların postoperatif stai-s skoru ameliyatı kısa sürenlerden istatistiksel olarak daha düşük bulunmuştur.

Omezli ve arkadaşları(2) yapmış oldukları çalışmada hastaların gömülü diş çekimi ameliyatı sonrası 1,3,7. günlerde ağrı düzeylerini VAS ile değerlendirmişlerdir. Sonuç olarak ameliyat sonrası VAS'ın gün geçtikçe azaldığını ve VAS değerinin cinsiyet ve hastaların eğitim düzeyi ile bağlantılı olmadığı sonucunu elde etmişlerdir. Bizim çalışmamızda da tüm gruplarda 1. gün yüksek olan VAS skorunun ameliyat sonrası 3. Ve 7. günlerde anlamlı derecede azaldığı görülmektedir. Bununla birlikte hem ağız açıklığı hem de VAS açısından gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.($p>0,05$)

Bizim çalışmamızda sosyal medya dışı bilgilendirme yapılan hastaların sürekli kaygı skoru, bilgisi olmayan hastalarinkinden fazladır. Hastalar kendilerini güvende hissetmek için yazılı, görsel vb. yollarla ameliyatın nasıl yapıldığı, ne kadar sürdüğü, işlem sonrası ağrı miktarı, ve işlem sonrası dikkat edilmesi gereken durumlar gibi kendilerine uygulanacak olan prosedür hakkında yeterli bilgi sahibi olmaya çalışırlar. Bu nedenle dış kaynaklardan bilgi edinme çabası içerisine girerler. Bu kaynaklar yakındaki daha önce ameliyat olan insanlar dışında kitap, dergi, internet gibi yazılı, görsel veya işitsel kaynaklar olabilir. Bu şekilde bilgi sahibi olan hastaların sürekli kaygı skoru ameliyattan önce herhangi bilgi kaynağından bilgi almayan hastalardan fazladır. Ameliyat öncesi bu anksiyete hissi insanları bilgi almaya itmiştir de denilebilir.

Preoperatif mda s miktarını etkileyen etken veya etkenlerin tespiti için yaptığımız regresyon analizinde sosyal medya üzerinden ameliyat hakkında bilgi edinmenin preoperatif anksiyeteyi artırdığı görülmüştür. Preoperatif stai-s seviyesini etkileyen etkenlerin tespiti

için kurulan lineer regresyon analizinde ise, preoperatif stais seviyesini hastaların yaşının etkilemediği bulunmuştur.

Hastaların sosyal medya veya diğer bilgi kaynaklarından elde ettiği, ameliyat öncesi anestezinin yapılış yöntemi, ameliyatın uygulanış şekli, ameliyat sonrası ortaya çıkabilecek komplikasyonlar vb. dış kaynaklardan elde ettiği veriler ameliyat öncesi mda'sı arttırmaktadır. İlk muayene randevusunda hastadan alınan anamnez sırasında hastanın gömülü diş çekimi hakkındaki bilgisi sorgulanabilir, bilgilerinin kaynağı internet ve günümüz dünyasının popüler bilgi edinme yollarından biri olan sosyal medya ise bu hastalar üzerinde anksiyeteyi azaltıcı bazı araçları veya yöntemleri kullanma yoluna gidebiliriz. Bu durumdan kaçınmak için hastalara ameliyat öncesi, ameliyat ile ilgili görsel öğelerden uzak kalmayı tavsiye edebiliriz. Hastanın ameliyat öncesi doğru ve yeterince bilgilendirilmesi, preoperatif anksiyetesinin azalmasına yardımcı olabilir.

Gömülü diş ile ilgili şikayeti olup, çekimini yaptırmak isteyen hastaların bir çoğu kendisine uygulanacak prosedürün bilinmezliği ve halk arasında diş çekiminin zor olduğu ile ilgili düşüncelerden ötürü yüksek dental anksiyeteye sahiptir. Bu hastaların bir kısmı ameliyat öncesi rahatlamak için ameliyat hakkında bilgi sahibi olmak isterler. Ve ulaşabildikleri herhangi bir kaynaktan bilgi edinme yoluna giderler. Sonuçlar göstermektedir ki preoperatif dönemde mda'sı seviyesi ameliyat öncesi sosyal medya üzerinden bilgi edinen hastalarda, bilgisi olmayan hastalara göre yüksektir. Bu hastalar ameliyat sürecini daha fazla anksiyete ile tamamlamaktadır.

Bu çalışmanın limitasyonlarından biri hastaların ameliyat ile ilgili elde ettiği verilerin standartizasyonunun olmamasıdır. Her hasta, kendi istediği kaynaktan zaman ve miktar sınırı olmadan bilgi edinmiştir. Bu durum çalışmanın sonuçlarını etkilemiş olabilir. Hasta sayısının az olması da çalışmanın limitasyonlarından sayılabilir. Çalışmaya katılan hasta sayısının daha fazla olması sonraki çalışmalarda ortaya çıkacak verilerin istatistiğini olumlu olarak etkileyebilir.

Hastalarda perioperatif kaygıyı yönetmek çene cerrahisinde büyük bir sorundur. Cerrahi uygulanacak hastaların anksiyetesinin azaltılması hem hasta hem cerrah açısından önemlidir. Bu nedenle operasyon öncesi dental anksiyetenin ve anksiyete kaynağının çok iyi değerlendirilmesi gereklidir. Bu bağlamda hastaların anksiyete düzeylerini azaltacak uygulamalara önem verilmesi gerekmektedir. Bireylerin dental korku düzeyi hakkında

bilgi sahibi olunmasının, en çok korku uyandıran durumların belirlenerek daha titiz ve hassas çalışılmasının, dental korkunun en aza indirilmesinde yararlı olacağı ve tedavi işlemlerinin daha rahat yapılmasını sağlayacağı akılda tutulmalıdır.

Cerrahi ve anksiyete arasındaki ilişki oldukça karmaşıktır. Literatürde yüksek anksiyete sebebi olarak, oral cerrahi işlemler göze çarpmaktadır. Bu yüzden dental anksiyete çalışmaları yalnızca gömülü diş çekilecek hastalarda değil, implant gibi tedavilerde de yapılabilir. Ayrıca kişinin kanından elde edilen biyokimyasal veriler anksiyete ölçümünde kullanılabilmektedir. Bu doğrultuda, oral cerrahi ve anksiyete arasındaki ilişkiyi gösterebilecek daha fazla sayıda çalışma yapılması gereklidir.

6. Sonuç ve Öneriler

1-Ameliyat öncesi bilgisi olmayan hastaların anksiyeteleri stai-s skalasına göre artmış, mdas skalasına göre azalmıştır.

2-Ameliyat öncesi sosyal medya üzerinden ve sosyal medya dışı kaynaklardan bilgi sahibi olan hastaların anksiyeteleri mdas skalasına göre preoperatif dönemde artarken, ameliyat sonrası 7. günde minimum seviyeye indiği izlenmiştir.

3-Ameliyat öncesi sosyal medyadan bilgi edinen hastaların preoperatif anksiyetesinin, bilgisi olmayan hastalardan fazla olduğu görülmüştür.

4-Tüm hastalarda 48. Saatte şişlik maksimum değerine ulaşırken, ağız açıklığı miktarı minimum seviyededir. Zaman geçtikçe 7. güne doğru şişlik azalmakta, maksimum ağız açıklığı artmıştır.

5-Ameliyat sonrası ağrı 7. güne doğru zamanla azalmıştır.

Oral cerrahi işlemler hastalar açısından tolere edilmesi zor, yüksek anksiyete sebebi olan girişimler arasındadır. Bu yüzden oral cerrahi öncesinde hastaların rahatlatılması gerekmektedir. Hastaların ameliyat öncesi kulaktan doğma bilgiler yerine doğru biçimde sorumlu hekimler tarafından doğru bir şekilde bilgilendirilmesi hasta ve hekim konforu açısından son derece önem arz etmektedir.

7. Kaynaklar:

1. Arabul M, Kandemir A, Çelik M, Alper E, Akpınar Z, Aslan F, Vatansever S, Ünsal B (2012). Impact of an information video before colonoscopy on patient satisfaction and anxiety. *Turkish Journal of Gastroenterology* 23: 523–529.
2. Omezli MM, Torul D, Kahveci K (2020). Does Watching Videos Increase the Perioperative Anxiety in Patients Undergoing Third Molar Surgery? A Randomized Trial. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 78: 216.e1-216.e9.
3. Eşel E (2003). Genelleşmiş anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 13: 78–87.
4. Uzbay İT (2002). Anksiyetenin nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 5: 5–13.
5. Gündüz S (2009). Dental fobisi olan hastalarda diğer anksiyete bozuklukları eştanısı. *Psikiyatri Uzmanlık Tezi*.
6. Sungur MZ (1997). Fobik bozukluklar. *Psikiyatri dünyası* 1: 5–11.
7. Sungur MZ (2000). Bilişsel-Davranışçı Yaklaşımlar ve Sosyal Fobi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 3: 27–32.
8. Işık E, Taner YI (2006). Çocuk, ergen ve erişkinlerde anksiyete bozuklukları. *Golden print 2006 syf:26-28*.
9. Morgan CT (1977). Psikolojiye giriş [A Brief Introduction to Psychology]. (Husnu Arıcı and others, Trans.). *Ankara: HÜ Psikoloji Bölümü Yayınları*.
10. Locker D, Poulton R, Thomson WM (2001). Psychological disorders and dental anxiety in a young adult population. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. doi:10.1034/j.1600-0528.2001.290607.x.
11. Moore R, Brødsgaard I, Birn H (1991). Manifestations, acquisition and diagnostic categories of dental fear in a self-referred population. *Behaviour research and therapy* 29: 51–60.
12. Firat D, Tunc EP, Sar V (2006). Dental anxiety among adults in Turkey. *Journal of Contemporary Dental Practice* 7: 075–082.
13. Firat D, Tunc EP, Sar V (2006). Dental anxiety among adults in Turkey. *Journal of Contemporary Dental Practice* 7: 075–082.

14. Tunc EP, Firat D, Onur OD, Sar V (2005). Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) in a Turkish population. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 33: 357–362.
15. Öst LG, Skaret E (2013). *Cognitive Behaviour Therapy for Dental Phobia and Anxiety*. (L. Öst & E. Skaret, editors) *Cognitive Behaviour Therapy for Dental Phobia and Anxiety* Wiley. doi:10.1002/9781118499825.
16. Akarslan Z. EH (2009). Diş hekimliği korkusu ve kaygısı. *Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 33: 62–68.
17. Beena JP (2013). Dental subscale of children's fear survey schedule and dental caries prevalence. *European Journal of Dentistry* 7: 181–185.
18. López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Sanchez-Siles M (2014). Assessment of general pre and postoperative anxiety in patients undergoing tooth extraction: A prospective study. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 52: 18–23.
19. Hill KB, Chadwick B, Freeman R, O'Sullivan I, Murray JJ (2013). Adult Dental Health Survey 2009: Relationships between dental attendance patterns, oral health behaviour and the current barriers to dental care. *British Dental Journal* 214: 25–32.
20. Daiiey YM, Humphris GM, Lennon MA (2001). The use of dental anxiety c uestionnaires: A survey of a group of UK c ental practitioners. *British Dental Journal* 190: 450–453.
21. Şeydaoğlu G, Doğan MC, Uğuz Ş, İnanç BY, Çelik M (2006). Corah Dental Anksiyete Skalasının Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik-Güvenilirliği ve Dental Anksiyete Görülme Sıklığı 7: 7–14.
22. Newton JT, Buck DJ (2000). Anxiety and pain measures in dentistry: A guide to their quality and application. *Journal of the American Dental Association* 131: 1449–1457.
23. Johansson P, Berggren U (1992). Assessment of dental fear: A comparison of two psychometric instruments. *Acta Odontologica Scandinavica* 50: 43–49.
24. Humphris GM, Freeman R, Campbell J, Tuutti H, D'Souza V (2000). Further evidence for the reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale. *International Dental Journal* 50: 367–370.

25. Zigmond AS, Snaith RP (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica* 67: 361–370.
26. Aydemir O, Güvenir T, Küey L, Kültür S (1997). Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Reliability and Validity of the Turkish version of Hospital Anxiety and Depression Scale. *Türk psikiyatri dergisi = Turkish journal of psychiatry* 8: 280–287.
27. Öner N, le Compte A (1998). Süreksiz durumluk/sürekli kaygı envanteri el kitabı (2. Baskı). *İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi*.
28. Jla HA, French JL, Foxall GL, Hardman JG, Bedford NM (2010). Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia* 104: 369–374.
29. Ruffinengo C, Versino E, Renga G (2009). Effectiveness of an informative video on reducing anxiety levels in patients undergoing elective coronarography: An RCT. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 8: 57–61.
30. Wetsch WA, Pircher I, Lederer W, Kinzl JF, Traweger C, Heinz-Erian P, Benzer A (2009). Preoperative stress and anxiety in day-care patients and inpatients undergoing fast-track surgery. *British Journal of Anaesthesia* 103: 199–205.
31. Arlı ŞK (2018). Ameliyat Öncesi Anksiyetenin APAIS ve STAI-I Ölçekleri İle Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 4: 38–47.
32. Aykent R, Kocamanoğlu İ, Üstün E, Tür a, Şahinoğlu H (2007). “Preoperatif Anksiyete Nedenleri ve Değerlendirilmesi: APAIS ve STAI Skorlarının Karşılaştırılması.” *Türkiye Klinikleri Anesteziyoloji ve Reanimasyon Dergisi* 5: 7–13.
33. Taşdemir A, Erakgün A, Deniz MN, Certuğ A. (2013). Comparison of Preoperative and Postoperative Anxiety Levels with State-Trait Anxiety Inventory Test in Preoperatively Informed Patients. *Türk J Anaesth Reanim* 44–49.
34. Eli I, Schwartz-Arad D, Bartal Y (2008). Anxiety and ability to recognize clinical information in dentistry. *Journal of Dental Research* 87: 65–68.
35. Bringuier S, Dadure C, Raux O, Dubois A, Picot M-C, Capdevila X (2009). The Perioperative Validity of the Visual Analog Anxiety Scale in Children: A

- Discriminant and Useful Instrument in Routine Clinical Practice to Optimize Postoperative Pain Management. *Anesthesia & Analgesia* 109: 737–744.
36. Kindler CH, Harms C, Amsler F, Ihde-Scholl T, Scheidegger D (2000). The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns. *Anesthesia and Analgesia* 90: 706–712.
37. Kılınçer C, Zileli M (2006). Görsel analog hasta tatmini skalası. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 23: 113–118.
38. Kleinknecht RA, Bernstein DA (1978). The assessment of dental fear. *Behavior Therapy* 9: 626–634.
39. Lago-Méndez L, Diniz-Freitas M, Senra-Rivera C, Seoane-Pesqueira G, Gándara-Rey JM, Garcia-Garcia A (2006). Dental Anxiety Before Removal of a Third Molar and Association With General Trait Anxiety. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 64: 1404–1408.
40. Yusa H, Onizawa K, Hori M, Takeda S, Takeda H, Fukushima S, Yoshida H (2004). Anxiety measurements in university students undergoing third molar extraction. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology* 98: 23–27.
41. Baygın Ö, Tüzüner T, Işık B, Arslan İ, Tanrıver M (2012). Preoperatif anksiyetenin süt dişi çekimi yapılan çocuklarda ağrı düzeyi ile korelasyonunun değerlendirilmesi. *Journal of Istanbul University Faculty of Dentistry* 46: 32–42.
42. Obled S, Melki M, Coelho J, Coudeyre E, Arpurt JP, Pouderoux P (2007). Patient information for liver biopsy: Impact of a video movie. *Gastroenterologie Clinique et Biologique* 31: 274–278.
43. Tulgar S, Boga I, Piroglu M, Ates N, Bombaci E, Can T, Selvi O, Tas Z, Kose H (2017). Preoperative Anxiety before Spinal Anesthesia: Does Internet-based Visual Information/Multimedia Research Decrease Anxiety and Information Desire? A Prospective Multicentered Study. *Anesthesia, essays and researches* 11: 390.
44. Vallerand WP, Vallerand AH, Heft M (1994). The effects of postoperative preparatory information on the clinical course following third molar extraction. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 52: 1165–1170.

45. El Azem A, Benington PCM, Khambay BS, Ayoub AF (2014). Evaluation of an interactive multi-media device for delivering information on le Fort i osteotomy. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery* 42: 885–889.
46. Mulsow JJW, Feeley TM, Tierney S (2012, January). Beyond consent-improving understanding in surgical patients. *American Journal of Surgery* 203.
47. Gao X, Hamzah SH, Yiu CKY, McGrath C, King NM (2013). Dental fear and anxiety in children and adolescents: Qualitative study using youtube. *Journal of Medical Internet Research* 15: e2290.
48. Sanghai S, Chatterjee P (2008). *A Concise Textbook of Oral and Maxillofacial Surgery - 1st ed. (2008)* New Delhi: Jaypee Brothers, Medical Publishers.
49. Benlidayı E, Tatlı U, Salimov F (2013). Gömülü üçüncü molar diş operasyonunda piezoelektrik kemik cerrahisi ve geleneksel döner enstrümanların karşılaştırılması. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 23: 50–56.
50. Almendros-Marqués N, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C (2006). Influence of lower third molar position on the incidence of preoperative complications. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology* 102: 725–732.
51. Pell, J. G (1933). Impacted mandibular third molars : classification and modified techniques for removal. *Dent Digest* 39: 330–338.
52. Yuasa H, Kawai T, Sugiura M (2002). Classification of surgical difficulty in extracting impacted third molars. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 40: 26–31.
53. Winter G (1926). *Principles of exodontia as applied to the impacted mandibular third molar : a complete treatise on the operative technic with clinical diagnoses and radiographic interpretations* St. Louis Mo.: American medical Book Company.
54. Almendros-Marqués N, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C (2008). Evaluation of Intraexaminer and Interexaminer Agreement on Classifying Lower Third Molars According to the Systems of Pell and Gregory and of Winter. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 66: 893–899.

55. Kasapolu etin, Brki A, Gurkan-Kseolu B, Koak Berberolu H (2013). Complications Following Surgery of Impacted Teeth and Their Management. *A Textbook of Advanced Oral and Maxillofacial Surgery* InTech. doi:10.5772/53400.
56. Blondeau F, Daniel NG (2007). Extraction of impacted mandibular third molars: Postoperative complications and their risk factors. *Journal of the Canadian Dental Association* 73.
57. Hakeberg M, Berggren U, Gröndahl H (1993). A radiographic study of dental health in adult patients with dental anxiety. *Community dentistry and oral epidemiology* 21: 27–30.
58. López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Sanchez-Siles M (2014). Assessment of general pre and postoperative anxiety in patients undergoing tooth extraction: A prospective study. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 52: 18–23.
59. Muğlalı M, Kömerik N (2005). Ağız cerrahisi ve anksiyete. *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2: 83–88.
60. Klopfenstein C, Forster A, Van Gessel E (2000). Anesthetic assessment in an outpatient consultation clinic reduces preoperative anxiety. *Canadian journal of anaesthesia = Journal canadien d'anesthesie* 47: 511–515.
61. Gürsoy A, Candaş B, Güner Ş, Yılmaz S (2016). Preoperative Stress: An Operating Room Nurse Intervention Assessment. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses* 31: 495–503.
62. McClurkin S, Smith C (2016). The Duration of Self-Selected Music Needed to Reduce Preoperative Anxiety. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses* 31: 196–208.
63. Matthias A, Samarasekera D (2012). Preoperative anxiety in surgical patients - experience of a single unit. *Acta anaesthesiologica Taiwanica : official journal of the Taiwan Society of Anesthesiologists* 50: 3–6.
64. Ilguy D, Ilguy M, Dincer S, Bayirli G (2005). Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale in Turkish patients. *The Journal of international medical research* 33: 252–259.

65. Humphris GM, Clarke HMM, Freeman R (2006). Does completing a dental anxiety questionnaire increase anxiety? A randomised controlled trial with adults in general dental practice. *British Dental Journal* 2006 201:1 201: 33–35.
66. Schuurs A, Hoogstraten J (1993). Appraisal of dental anxiety and fear questionnaires: a review. *Community dentistry and oral epidemiology* 21: 329–339.
67. Hakeberg M, Berggren U (1997). Dimensions of the Dental Fear Survey among patients with dental phobia. *Acta odontologica Scandinavica* 55: 314–318.
68. Williams V, Morlock R, Feltner D (2010). Psychometric evaluation of a visual analog scale for the assessment of anxiety. *Health and quality of life outcomes* 8.
69. Scott J, Huskisson EC (1976). Graphic representation of pain. *Pain* 2: 175–184.
70. Folstein M, Luria R (1973). Reliability, validity, and clinical application of the Visual Analogue Mood Scale. *Psychological medicine* 3: 479–486.
71. Hornblow A, Kidson M (1976). The visual analogue scale for anxiety: a validation study. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry* 10: 339–341.
72. Ahles T, Ruckdeschel J, Blanchard E (1984). Cancer-related pain--II. Assessment with visual analogue scales. *Journal of psychosomatic research* 28: 121–124.
73. Bringuier S, Dadure C, Raux O, Dubois A, Picot M, Capdevila X (2009). The perioperative validity of the visual analog anxiety scale in children: a discriminant and useful instrument in routine clinical practice to optimize postoperative pain management. *Anesthesia and analgesia* 109: 737–744.
74. Xu JL, Xia R (2020). Influence factors of dental anxiety in patients with impacted third molar extractions and its correlation with postoperative pain: a prospective study. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal* 25: e714–e719.
75. Dereci O, Saruhan N, Tekin G (2021). The Comparison of Dental Anxiety between Patients Treated with Impacted Third Molar Surgery and Conventional Dental Extraction. *BioMed research international* 2021.
76. Genc A, Cakarar S, Yalcin BK, Kilic BB, Isler SC, Keskin C (2019). A comparative study of surgical drain placement and the use of kinesiology tape to reduce postoperative morbidity after third molar surgery. *Clinical oral investigations* 23: 345–350.

77. Ristow O, Hohlweg-Majert B, Kehl V, Koerdt S, Hahnefeld L, Pautke C (2013). Does elastic therapeutic tape reduce postoperative swelling, pain, and trismus after open reduction and internal fixation of mandibular fractures? *Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons* 71: 1387–1396.
78. Ristow O, Pautke C, Kehl V, Koerdt S, Schwärzler K, Hahnefeld L, Hohlweg-Majert B (2014). Influence of kinesiology tape on postoperative swelling, pain and trismus after zygomatico-orbital fractures. *Journal of cranio-maxillo-facial surgery : official publication of the European Association for Cranio-Maxillo-Facial Surgery* 42: 469–476.
79. Gholami M, Anbiaee N, Bakhshi Moqaddam Firouz Abad S, Asadi M (2021). What Are the Effects of Methylprednisolone Injection Into the Masseter and Gluteal Muscle on Pain, Edema and Trismus After Impacted Lower Third Molar Surgery? A Randomized Clinical Trial. *Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons* 79: 1829–1836.
80. Lau AAL, de Silva RK, Thomson M, de Silva H, Tong D (2021). Third Molar Surgery Outcomes: A Randomized Clinical Trial Comparing Submucosal and Intravenous Dexamethasone. *Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons* 79: 295–304.
81. Silva L de F, Reis ENR de C, Faverani LP, Bassi APF (2021). The efficacy of etodolac and ibuprofen, regarding gender, on pain, edema and trismus after impacted lower third molar surgery: A randomized prospective clinical split-mouth study. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal* 26: e136.
82. Yurttutan ME, Sancak KT (2020). The effect of kinesio taping with the web strip technique on pain, edema, and trismus after impacted mandibular third molar surgery. *Nigerian journal of clinical practice* 23: 1260–1265.
83. Gupta N, Agarwal S (2021). Advanced-PRF: Clinical evaluation in impacted mandibular third molar sockets. *Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery* 122: 43–49.

84. Çebi AT (2019). Effects of transcutaneous electrical nerve stimulation on pain after impacted third molar surgery. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal* 24: e404–e408.
85. Korkmaz YT, Mollaoglu N, Ozmeriç N (2015). Does laterally rotated flap design influence the short-term periodontal status of second molars and postoperative discomfort after partially impacted third molar surgery? *Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons* 73: 1031–1041.
86. Brasileiro B, de Bragança R, Van Sickels J (2012). An evaluation of patients' knowledge about perioperative information for third molar removal. *Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons* 70: 12–18.
87. Reyes-Gilabert E, Luque-Romero L, Bejarano-Avila G, Garcia-Palma A, Rollon-Mayordomo A, Infante-Cossio P (2017). Assessment of pre and postoperative anxiety in patients undergoing ambulatory oral surgery in primary care. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal* 22: e716–e722.
88. Doganer YC, Aydogan U, Yesil HU, Rohrer JE, Williams MD, Agerter DC (2017). Does the trait anxiety affect the dental fear? *Brazilian oral research* 31: 1–8.
89. Armond ACV, Glória JCR, dos Santos CRR, Galo R, Falci SGM (2019). Acupuncture on anxiety and inflammatory events following surgery of mandibular third molars: a split-mouth, randomized, triple-blind clinical trial. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 48: 274–281.
90. Seymour RA, Meechan JG, Blair GS (1985). An investigation into post-operative pain after third molar surgery under local analgesia. *The British journal of oral & maxillofacial surgery* 23: 410–418.
91. Kvaal K, Ulstein I, Nordhus IH, Engedal K (2005). The Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI): the state scale in detecting mental disorders in geriatric patients. *International journal of geriatric psychiatry* 20: 629–634.
92. Dadalti MT, Cunha AJ, Souza TG, Silva BA, Luiz RR, Risso PA (2021). Anxiety about dental treatment - a gender issue. *Acta odontologica latinoamericana : AOL* 34: 195–200.

93. Yakar B, Kaygusuz TÖ, Pırınçcı E (2019). Evaluation of Dental Anxiety and Fear in Patients who Admitted to the Faculty of Dentistry: Which Patients are More Risky in terms of Dental Anxiety. *Ethiopian journal of health sciences* 29: 719–726.
94. Appukuttan DPM, Subramanian S, Tadeballi A, Damodaran LK (2015). Dental anxiety among adults: an epidemiological study in South India. *North American journal of medical sciences* 7: 13–18.
95. Nishimori M, Moerman N, Fukuhara S, van Dam F, Muller M, Hanaoka K, Yamada Y (2002). Translation and validation of the Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS) for use in Japan. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* 11: 361–364.
96. Mitchell M (2008). Conscious surgery: influence of the environment on patient anxiety. *Journal of Advanced Nursing* 64: 261–271.
97. Erdem D, Uğış C, Albayrak MD, Akan B, Aksoy E, Göğüş N (2011). Perianal bölge ameliyatı yapılacak hastalarda uygulanan anestezi yöntemlerinin preoperatif ve postoperatif anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisi. *Bakırköy Tıp Dergisi* 7: 11–16.
98. Erten H, Akarslan ZZ, Bodrumlu E (2006). Dental fear and anxiety levels of patients attending a dental clinic. *Quintessence International* 37.
99. Appukuttan D, Datchnamurthy M, Deborah SP, Hirudayaraj GJ, Tadeballi A, Victor DJ (2012). Reliability and validity of the Tamil version of Modified Dental Anxiety Scale. *Journal of oral science* 54: 313–320.
100. Khorshidi H, Lavaee F, Ghapanchi J, Golkari A, Kholousi S (2017). The relation of preoperative stress and anxiety on patients' satisfaction after implant placement. *Dental research journal* 14: 351–355.
101. Tanıdır AN (2015). *Cerrahi Girişim Yapılacak olan Hastaların İşlem Öncesinde Görsel ve Sözlü Olarak Bilgilendirilmesinin Anksiyete Üzerine olan Etkisinin Değerlendirilmesi* Gazi University.
102. Ay Z, Erdek Y, Öztürk M, Kılınç G, Bozkurt Y, Yılmaz R (2005). Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine başvuran hastalarda dental korku düzeyinin incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 8: 12–8.

103. Hakeberg M, Berggren U, Carlsson S (1992). Prevalence of dental anxiety in an adult population in a major urban area in Sweden. *Community dentistry and oral epidemiology* 20: 97–101.
104. Muglali M, Komerik N (2008). Factors Related to Patients' Anxiety Before and After Oral Surgery. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 66: 870–877.
105. Ragnarsson E (1998). Dental fear and anxiety in an adult Icelandic population. *Acta Odontologica Scandinavica* 56: 100–104.
106. Kazancioglu H, Dahhan A, Acar A (2017). How could multimedia information about dental implant surgery effects patients' anxiety level? *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal* 22: e102–e107.

Ek-2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırmanın Adı : “Gömülü 3. Molar dişlerin cerrahisinde hastalardaki dental anksiyete seviyesinin değerlendirilmesi”

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Yaptığımız bu çalışmanın amacı hastalar için zorlu bir cerrahi girişim olan gömülü 20 yaş diş çekimlerinden önce ameliyat hakkında edinilen doğruluğu ve aktarılan bilginin gerçekte olan ilişkisi net olarak konmuş veya konmamış sözel,yazılı,multimedya... gibi araçlar vasıtasıyla elde edilen bilgilerin hastalar üzerindeki olumlu veya olumsuz etkilerini hastaların mizaçlarını da değerlendirerek ortaya koymak ayrıca hangi bilgi edinme yolunun hastalar üzerinde daha etkin olduğunu saptamaktır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için yaşınızın 18 ve üstü olmalı, daha önce herhangi bir nedenle çekilen gömülü 20 yaş dişiniz olmamalı, çekilmesi gereken en az bir gömülü alt çene 20 yaş dişiniz bulunmalı, Panoramik(Pan) görüntülemeye engel bir durumunuz olmamalı, cerrahi operasyonu engelleyecek sistemik bir engeliniz olmamalı, Karadeniz Teknik Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim dalına başvurduğunuzda alt çene 20 yaş dişi dişinizin durumu Pan radyografi ile tespit edilmiş olmalı, alt çene 20 yaş dişi dişinizin çevresinde önemli bir patoloji olmamalı, bulguların değerlendirilmesinde yeterli kooperasyon sağlayabilecek ve düzenli takip seanslarına katılabilecek olmanız gerekmektedir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Bu çalışmada gömülü dişiniz için randevu verme aşamasında sizden mizaç analizi ve anksiyete durumunun tespiti için anket tarzında form doldurmanız istenecektir.

Ameliyat günü randevu öncesi yapılan anksiyete durum formu tekrar uygulanacaktır. Gömülü alt çene 20 yaş dişi operasyonları standart cerrahi teknikler kullanılarak lokal anestezi altında yapılacaktır. Aynı gün fakültemizden taburcu edileceksiniz. Operasyondan sonra rutin olarak uygulanan tavsiyelere uymanız istenecektir.

Bir hafta sonra dikişlerinizi aldirmaya geldiğinizde operasyon sonrası tüm bulgular tekrar değerlendirilecektir. Bu çalışmada ayrıca, muayene kayıtların elde edilmesi, operasyonun yapılması ve takip için 2 Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Uzmanı da yer alacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Çalışma doktorunuzun size söylemiş olduğu vizit tarihlerine/kurallara uymaya istekli olmanız,

- Doktorunuza çalışma dışında belirtilen kriterlerde bir değişiklik olduğunda bildirmanız gerekliliği sizin sorumluluklarınızdır.
- Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alması planlanan gönüllülerin sayısı 60'tır.

Araştırmanın Adı : “Gömülü 3. Molar dişlerin cerrahisinde hastalardaki dental anksiyete seviyesinin değerlendirilmesi”

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre radyografik değerlendirmelerin başlangıcından itibaren yaklaşık 10 gündür.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmadan beklenen olası yararlar; günümüz dünyasında çeşitli bilgi odaklarından edindiğimiz bilgilerin gömülü yirmi yaş dişi çekimi öncesi sırası ve sonrasında anksiyete seviyelerini nasıl ve ne ölçüde etkilediğini anlamak ve ortaya çıkan sonuçları hastaların mizaçlarına göre korele ederek ortaya koymaktır .

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Bu çalışmada rutin alt çene 20 yaş dişi operasyonlarında meydana gelebilecek risklerin dışında başka bir risk bulunmamaktadır. Bununla birlikte, Karadeniz Teknik Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Oral Diagnoz ve Radyoloji anabilim da rutin olarak kullanılan standart olarak her hastada kullanılan Panoramik görüntüleme yöntemi uygulanacağı için ekstra bir radyasyona maruz kalmayacaksınız. Çalışmamızda kullanılacak görüntüleme yöntemlerinde bu radyasyon dozları Panoramik radyografide 0,011 mSv olacaktır. Maruz kalınan bu doz, yıllık izin verilen radyasyon dozu sınırı (yılda 5mSv) göz önüne alındığında sizin için önemli bir risk oluşturmamaktadır.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİLEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu herhangi bir ilaç yoktur.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Uygulanan tedavi süresince randevu sürelerine uymamanız, araştırma programını aksatmanız veya yan etkiye maruz kalma durumunda doktorunuz tarafından izniniz olmadan çıkarılabilirsiniz.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Bu tedavi sırasında araştırma gruplarında size uygulanabilecek tüm yöntemler mevcut olup herhangi bir başka geçerli tedavi yöntemi bulunmamaktadır.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, sorumlu araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 377 47 51 no.lu telefondan Dt. Hüseyin Yalçınkaya ‘ya başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Yoktur

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Araştırmanın Adı : “Gömülü 3. Molar dişlerin cerrahisinde hastalardaki dental anksiyete seviyesinin değerlendirilmesi”

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz çalışma boyunca hekiminiz tarafından gizli tutulacaktır. Çalışmanın sonunda, bu bilgiler hakkında bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Çalışmaya Katılma Onayı:

KTÜDHF Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim dalından Doç Dr. Yavuz Tolga Korkmaz ve Dt. Hüseyin Yalçinkaya tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim).* Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dt. Hüseyin Yalçinkaya 'yı 0462 377 47 51 no'lu telefondan ve KTÜDHF Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi ABD' dan arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

Araştırmanın Adı : “Gömülü 3. Molar dişlerin cerrahisinde hastalardaki dental anksiyete seviyesinin değerlendirilmesi”

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİ DIŞINDAN YETKİN BİR HEKİM		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

Ek-3. Durumluluk Kaygı Ölçeği Anksiyete Skalası

Durumluluk Kaygı Ölçeği Anksiyete Skalası

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

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

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

Ek-4. Sürekli Kaygı Ölçeği Anksiyete Skalası

Sürekli Kaygı Ölçeği Anksiyete Skalası

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
1.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
2	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
5	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
8	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
11	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
15	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
20	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek-5. Modifiye Dental Anksiyete Skalası

Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS)

Dişhekimini ziyaretiniz ne olursa olsun ne kadar endişeli olduğunuzu söyleyebilir misiniz?

SİZE UYGUN KUTUDA X'İ İŞARETLEYEBİLİRSİNİZ

Diş hekiminize yarın tedavi için gitseydiniz, nasıl hissedersiniz?

- ☐ Endişeli değil
- ☐ Biraz endişeli
- ☐ Oldukça endişeli
- ☐ Çok endişeli
- ☐ Son derece endişeli

Bekleme odasında oturuyor olsaydınız (tedaviyi beklerken), nasıl hissedersiniz?

- ☐ Endişeli değil
- ☐ Biraz endişeli
- ☐ Oldukça endişeli
- ☐ Çok endişeli
- ☐ Son derece endişeli

Diş hekiminin koltuğuna oturuyorsun ve hekim dolgu matkabı ile dişlerinin üzerinde çalışmaya başlayacak, nasıl hissedersiniz ?

- ☐ Endişeli değil
- ☐ Biraz endişeli
- ☐ Oldukça endişeli
- ☐ Çok endişeli
- ☐ Son derece endişeli

Dişlerinizi temizletmek için koltuğa oturuyorsunuz, siz beklerken diş hekimini diş taşlarını kazıyan aleti çıkarıyor, nasıl hissedersiniz ?

- ☐ Endişeli değil
- ☐ Biraz endişeli
- ☐ Oldukça endişeli
- ☐ Çok endişeli
- ☐ Son derece endişeli

Üst arka dişiniz için diş etinize bir lokal anestezi enjeksiyonu yapılmak üzere, nasıl hissedersiniz ?

- ☐ Endişeli değil
- ☐ Biraz endişeli
- ☐ Oldukça endişeli
- ☐ Çok endişeli
- ☐ Son derece endişeli

Her maddenin puanlaması aşağıdaki gibidir:

- Endişeli değil = 1
- Biraz endişeli = 2
- Oldukça endişeli = 3
- Çok endişeli = 4
- Son derece endişeli = 5

2. Tekin M.S., Sivrikaya E., Yılmaz O., Yalçınkaya H., Non-invasive Treatment of Dislocated Condyle Fracture Together Parasymphysis Fracture: Case Report, 13. Uluslararası Ağız ve Çene-Yüz Cerrahisi Birliği Derneği Kongresi, 24-28 Nisan 2019, Antalya, Türkiye
3. Yalçınkaya H.,Üngör C. Treatment of bone necrosis in patients using bisphosphonates with Prf and Diode laser application, Türk Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Derneği 27. Uluslararası Bilimsel Kongresi, 27-30 Eylül 2020,Bodrum, Türkiye
4. Yalçınkaya H.,Yılmaz O. Treatment of rare low-grade primary intraosseous (central) mucoepidermoid carcinoma with marginal resection, Türk Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Derneği 27. Uluslararası Bilimsel Kongresi, 27- 30 Eylül 2020, Bodrum,Türkiye
5. Var H., Yalçınkaya H., Yılmaz O. Surgical Treatment of Sublingual Sialolithiasis: A Case Report, 14. Uluslararası Ağız ve Çene-Yüz Cerrahisi Birliği Derneği Online Kongresi 7-9 Mayıs 2021, Türkiye

SÖZLÜ SUNUM

1. Yalçınkaya H., Onat G., Koçak N., Yılmaz O., Maksilla Posterior Bölgedeki Pleomorfik Adenomun Muskulomukozal Flep ile Rekonstrüksiyonu, Türk Oral ve Maksillofasiyal Cerrahi Derneği 28. Uluslararası Bilimsel Kongresi, 14-18 Kasım 2021, Antalya, Türkiye

