

## BÖLÜM 12

### DENTAL ANKSİYETE VE AĞIZ DIŞ SAĞLIĞI İLİŞKİSİ

Günseli KATIRCI<sup>1</sup>

Zafer SABA<sup>2</sup>

#### GİRİŞ

Diş çürükleri ve periodontal hastalıklar, tüm toplumları etkileyen ve yaygın olarak gözlenen ağız sağlığı sorunlarından biridir (1). Mikroorganizmalar, periodontal hastalık ve diş çürüklerinin başlıca etiyolojik faktörleri arasında yer almaktadır, ancak bakterilerin tek başına bireylerde, ağız içinde, ileri derecede doku yıkımı oluşturabilme yeteneğine sahip olmadığı bilinmektedir. Bu durum, kişilere ait davranışsal ve psikososyal faktörlerin, diş dokularının yıkımındaki rolünün önemini ortaya çıkarmaktadır (2).

Literatürden elde edilen veriler, kişilerdeki stres ve anksiyete gibi psikososyal faktörlerin, artan diş çürüğü ve periodontal hastalık prevalansı ile ilişkili olduğunu göstermektedir (1-3,4). Kişilerde, psikolojik faktörlere yanıt olarak sempatik sistemin uyarılması, tükürük akışında azalmaya neden olarak, diş çürüğü oluşma riskini arttırabilmektedir (5). Ayrıca, davranışsal faktörlerin ve stresin, kişinin ağız sağlığı dengesini değiştirmesi periodontal hastalıkların başlamasına zemin hazırlayabilmektedir (6). Anksiyetesi yüksek olan bireylerin, ağız hijyenini ihmal etme, beslenme alışkanlıklarını çürük oluşturucu gıda tüketme yönünde değiştirme ve sigara içmeye eğilimli olduğu belirlenmiştir (5). Literatürde, psikososyal sorunları olan kişilerin diş tedavisine uyumunun güçlü olmadığı ve düzenli olarak diş hekimine gitme alışkanlığının bulunmadığı bildirilmiştir (7).

Toplumlarda, sıklıkla birbirleri yerine kullanılabilen korku ve kaygının esasında birbirinden farklı iki kavram olduğu bilinmektedir. Psikiyatristlere göre korku; kişilerin, tanımlanabilen ve sebebi dışarıda bulunan bir tehdide karşı gösterdiği bir tepki olarak tanımlanmaktadır. Anksiyete, içten gelen, sebebi belirsiz veya kişisel bir iç çatışmaya dayalı olan bir tehdit karşısında gösterilen bir tepkidir. Dental

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Restoratif Diş Tedavisi AD., gonselikatirci@sdu.edu.tr

<sup>2</sup> Uzm. Dt, Serbest Diş Hekimi, zafersaba9@gmail.com

anksiyete ise; hastanın diş hekimine gittiğinde veya sadece diş hekimi koltuğuna tedavi beklentisiyle oturduğu anda oluşan anksiyete olarak tanımlanmaktadır (8).

Diş hekimliği alanında son yıllarda yapılan teknolojik gelişmelere rağmen, günümüzde, kişilerin diş tedavisi ile ilgili endişesinin ve korkusunun devam ettiği gözlenmiştir (9). Literatürde, çocuklukta oluşmuş olan dental anksiyetenin, yetişkinlikte oluşan anksiyeteden daha ağır seyrettiği rapor edilmiştir. Özellikle, bu tip anksiyetenin, diş çekimi ve dolgu gibi invaziv işlemlerle daha da arttığı görülmüştür (10). Bu çalışmanın amacı, dental anksiyete hakkında bilgi verilmesi ve dental anksiyeteyle ağız diş sağlığı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.

## **DENTAL ANKSİYETENİN TANIMI**

Anksiyete korkulan bir nesne veya olayla karşılaşmadan önce gelişen duygusal bir durumdur. Anksiyete kişinin bir duruma veya nesneye korku tepkisi vermesi nedeniyle oluşmaktadır (11). Pek çok insan, bir diş hekimine gitme konusunda çok hafiften aşırıya doğru değişebilen endişe ve korku yaşamaktadır, ancak toplumun küçük bir kısmına dental anksiyete teşhisi konulabilmiştir. Korku ve ağrı arasındaki ilişki, diş hekimleri açısından önemlidir. Ağrı, fizyolojik bir süreç tarafından belirlenmektedir ve güçlü bilişsel bileşenler içermektedir. Dental anksiyete sahibi bireyler hem abartılı ağrı beklentilerine, hem de ağrı algılarına sahip olabilmektedir (12).

Klinisyenler tarafından, hasta ağrısının kontrolünün hastaların korkularını ve anksiyetelerini kontrol etmekle aynı şey olmadığını bilinmelidir. İlk olarak, intraoral enjeksiyon yoluyla lokal anestezi uygulama eylemi, anksiyetesi bulunan birçok insan için diş hekimliği deneyiminin en stresli ve korku uyandıran yönlerinden biridir (8). Bunun kapsamı kişiden kişiye değişmektedir ve diş hekimi ziyaretinin ağrıyla ilgisi olmayan çok sayıda korku uyandıran yönü bulunmaktadır (13).

## **DENTAL ANKSİYETENİN ETİYOLOJİSİ**

Dental anksiyetenin olumsuz dental deneyimlerin sonucu oluştuğu kabul edilmesine rağmen, dental anksiyetenin doğası sanıldığından daha karmaşıktır. Örneğin, bir kişinin dental prosedürleri nasıl algıladığı, dental anksiyetenin oluşumunun altında yatan birincil nedenlerden sayılmaktadır. Ayrıca, diş hekimi randevusunda kişinin daha önce sıkıntı verici bir deneyime sahip olmaktan çok, sahip olduğu dental korkusu nedeniyle tedaviden kaçınmasının, dental anksiyetenin oluşumunda daha önemli bir belirleyici olduğu düşünülmektedir (14). Sosyal değerlendirme korkusu, mikrop korkusu veya evinin güvenliğinden uzakta olma korkusu da kişilerde dental anksiyeteye neden olabilmektedir. Ayrıca depresyon

gibi diğer psikolojik durumlar, diş hekimine gitme sayısının azalmasıyla ve diş hekimi ihtiyacının artmasıyla ilişkili olabilmektedir (15). Literatürden edinilen bilgiler, dental anksiyete sahibi olduğu düşünülen bireylerin, çeşitli başka psikolojik rahatsızlıklara da sahip olma ihtimalinin olduğunu göstermektedir (16).

## **DENTAL ANKSİYETENİN GÖRÜLME SIKLIĞI**

Dental anksiyete, yetişkin ve çocuk hastaların diş tedavisi sırasında büyük problem oluşturmaktadır (17). Dental anksiyete, hastanın ağız sağlığını kötü yönde etkileyerek yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Literatürde, dental anksiyetenin, kadınlarda görülme sıklığının erkeklere göre daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (18). Dental anksiyetenin her yaşta görülebileceği gibi, çoğunlukla çocuklukta ve adolesan dönemde ortaya çıktığı gözlenmiştir (19). Yüksek düzeydeki diş hekimi korkusu ve kaygısının toplumlardaki yaygınlığının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmalarda, benzer ölçme yöntemleri ve benzer çalışma grupları kullanılmadığı için kesin bir değer saptanamamış olsa da, Türk toplumunda %21,3-23,5 ve diğer toplumlarda ise %2,5-20 arasında değiştiği rapor edilmiştir (17).

Çocuklarda dental korku prevalansının tam olarak belirlenmesinin ise daha zor olduğu saptanmıştır. 2-3 yaş grubunda, dental tedavi esnasında, kız çocuklarının, erkeklere göre daha fazla öz güven taşıdığı belirlenmiştir (20). Bir çalışmada, korkulu hastaların, 2 veya daha fazla yıl aralıklarla diş hekimini ziyaret eden hastalar olma olasılığının çok yüksek olduğu rapor edilmiştir (21). Diş hekimine muayene olmak istemeyen hastalar, tedaviye başlamadan önce endişeli/korkulu olarak da tanımlanabilmektedir. Birçok kişinin maliyet, zaman kısıtlamaları veya ilgi eksikliği nedeniyle diş hekimine gitmeyi ertelediği belirlenmiştir (22). Evlilik ve çocuk sahibi olmanın da, psikolojik uyarılma ile ilgili dental anksiyeteyi arttırdığı da saptanmıştır. Ebeveynlerin ve evli çiftlerin arasında diş korkusundaki artışın, iş yüküne ve sorumluluğa bağlı olabileceği bildirilmiştir (23).

## **DENTAL ANKSİYETE OLUŞTURAN FAKTÖRLER**

Kişilerde, anksiyete sebebiyle diş tedavilerini yaptırmama durumuna sıklıkla rastlanmaktadır ve bunun sonucunda hastanın mevcut ağız ve diş sağlığı daha da kötüye gitmektedir (24). Anksiyetesi olan hastalar, seans sırasında daha çok ağrı duyacaklarını düşündükleri için genellikle tedaviden kaçma eğilimindedirler (25). Bazen hastaların randevularına düzenli bir şekilde devam edip etmemelerini dental anksiyete düzeyleri belirleyebilmektedir. Ancak, düzenli diş hekimi kontrolü, ağız ve diş sağlığının daha iyi olmasını, hastanın dental ortama alışmasını

sağlamaktadır. Böylece hastalıkların tanısı erken konulmakta ve hastalık ilerlemeden tedavi olma olanağı sunulmaktadır (26).

Diş tedavileri, hastanın bilinci yerinde iken yapılmaktadır. Bu yüzden, diş tedavileri sırasında, psikodinamik etkenler (hastaların tedavi sırasında kontrolü buldurumaması, beklentileri, çaresizlikleri ve tedavinin mecburi oluşu) ve çevresel etkenler (lokal anestezi, kesici ve delici aletler, döner aletler, tedavi süresi, doktorun yaklaşımı) hastaların korkularını arttırabilmektedir (27). Literatürde, diş hekimliği korkusunun daha önce yaşanmış travmatik deneyimlerle oluştuğu da bildirilmektedir (28). Dental korkunun oluşmasında, kişinin yaşadığı travmalar kadar ailesinin de bakış açısının, anksiyetesinin ve yönlendirmesinin çok önemli olduğu rapor edilmiştir (29).

## **DIŞ HEKİMİ ANKSİYETESİNİ OLUŞTURAN FAKTÖRLER**

- Geçmiş diş tedavileri esnasında ağrı duyulması ve travmatik işlemler
- Aile bireyleri ve çevredeki kişilerin korkuları ve anksiyete içeren tavırları,
- Doktor ve hasta ilişkisi ve hekimin tedavi hakkındaki ifadeleri,
- Tedavinin uzun sürmesi ve kişide stres oluşturması,
- Bireylerin ağız sağlığı hakkında çevresinin yaptığı eleştiriler,
- Tedavi hakkında edinilen eksik ve yanlış bilgiler,
- Yanlış veya eksik tedavi yapılması,
- Hastanın hekimi yetersiz bulması ve hekime güvenmemesi,
- Diş hekimine ait muayene odası,
- Aletlere ait görüntü ve ses,
- Muayenehanenin kokusu,
- Hastanın ağrı eşiğinin düşük olması,
- İnternette, televizyondan ve gazetelerden edinilen bilgiler (27).

## **DENTAL ANKSİYETENİN AZALTILMASINDA KULLANILAN YÖNTEMLER**

Spesifik anksiyete tedavisi yöntemlerinin kullanımı ile ilgili bir karara varılmadan önce, hekimin hastasının dental anksiyete ve korkusunun düzeyinin belirlemesi önemlidir. Çünkü bu durum, sorunu yönetmede önemlidir. Dental anksiyete ve korku, tedavi deneyiminin çeşitli yönlerine de odaklanabilmektedir. Ayrıca, belirli endişeler diğer olası endişelerden bağımsız olabilmektedir. Bazen hastanın kaygısının kaynağı, öğürme veya boğulma korkusu, enjeksiyon korkusu veya kan görme ile ilişkili olabilmektedir. Hastaların anestezi ile ilgili endişeleri olabilmek-

tedir, ayrıca kişiler düşük bir ağrı eşiğine sahip olabilmektedir veya kişilerin diş hekimlerine güvenme konusunda sorunları olabilmektedir (30).

Diş hekimliği işlemleri esnasında, hastalar genellikle yatar pozisyona getirilmektedir ve bu da hastaların güçsüzlük duygularını arttırmaktadır. Genellikle klinisyenin sondalama, çürük uzaklaştırma işlemleri sırasında, kendi ağzının içini göremeyen hastanın tepkisini önceden tahmin edebilmesi güçtür ve bu durum, tedavi sırasında hastaların kontrol eksikliği algısını artırabilmektedir. Ayrıca, diş hekiminin kişinin ağız boşluğu içinde çalışması, hastaya, kişisel alanına bir müdahale edildiğini düşündürebilmektedir. Bu eylem, yüksek iğrenme duygusu olan kişiler için büyük bir endişeyi temsil etmektedir. Diş tedavisinin bu yönleri, popülasyondaki nispeten yüksek dental anksiyete prevalansını açıklamaya yardımcı olabilir (31).

Diş hekimi, anksiyetesi olan hastasına, etkin bir tedavi verebilmek için, öncelikle bireyin korkusunu veya gerginliğini öngörebilmeli ve hastanın endişelerine uygun bir tedavi yöntemi kullanmalıdır. Genellikle diş hekimleri, hastalarından muhtemel diş sorunları hakkında bilgi edinmeye çalışmaktadır, ancak bu yaklaşım diş hekimleri ve hastalar arasında çeşitlilik göstermektedir. Bununla birlikte, klinik değerlendirme sırasında önceden oluşturulmuş dental anksiyete anketlerinin kullanımı uzun zaman önce önerilmiştir. Ancak, diş hekimliği pratiğinde dental anksiyete ölçümlerine nadiren başvurulmaktadır (32). Hekimler tarafından anksiyetesi olan bir hastanın tespiti, çeşitli zaman aralıklarında gerçekleştirilebilmektedir. Ancak, diş hekimi hastanın dental anksiyetesini ne kadar erken belirlerse, hastayla çalışırken elde edebileceği başarı o kadar yüksek olacaktır (31).

Bireylerde, dental korku ve anksiyetenin oluşturduğu istenmeyen durumların önüne geçebilmek için akıl ve toplum ağız diş sağlığı uzmanlarının kombine çalışmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Bireylerdeki düzenli diş hekimine gitme alışkanlığının, kişinin dental tedavi prosedürlerini kabullenmeyi kolaylaştırabildiği ve bu sayede ileride meydana gelebilecek dental anksiyete problemlerinin engellenebileceği saptanmıştır (33). Dental korkuyu önlemek için diş hekiminin sunabileceği alternatiflerden bazıları sedasyon, genel anestezi ve davranışsal çözümler gibi yöntemlerden oluşmaktadır (34).

## **A. FARMAKOLOJİK YÖNTEMLER**

Bireysel dental anksiyete tedavilerinde, psikolojik yöntemlerin yeterli olmadığı durumlarda sedatif ilaçlardan ve çeşitli sedasyon metotlarından faydalanılmaktadır. Sedasyon metodu, hastanın santral sinir sisteminin baskılanması yoluyla çev-

reyle olan ilişkisinin ve bilincinin azaltılması işlemine dayanmaktadır. Genellikle, anksiyete düzeyine bağlı olarak, ilaç seçiminden, dozaj ve uygulama biçimi açısından birbirinden farklı olan dört çeşit sedasyon yönteminden faydalanılmaktadır. Bu yöntemler; a) oral sedasyon, b) intravenöz sedasyon, c) nitroz oksit/oksijen inhalasyon sedasyonu, d) genel anesteziden oluşmaktadır (35).

Genel anestezinin, tıp ve diş hekimliği alanlarında ağrının ve anksiyetenin kontrolünde başvurulan birincil yöntem olduğu gözlenmiştir. Günümüzde genel anestezi, tıbbi girişimlerde yaygın bir şekilde kullanılmasına rağmen, diş hekimliği alanında farklı sedasyon tekniklerinin ortaya çıkmasından sonra kullanımı azalmıştır. Genel anestezi, yüksek güvenilirlik göstermektedir. Ancak, dezavantajları fazladır. Bunlar, hata riskinin artması ve hekimlerin anksiyetesi bulunan hastaları güvenli biçimde tedavi etmek için yoğun bir programa ihtiyaç duymasındır (35).

Diş hekimliği alanında genel anestezi daha çok oral ve maksillofasial cerrahi gibi işlemlerde kullanılmaktadır. Doğuştan mental rahatsızlığa, anksiyete sorununa ve psikolojik bozukluğa sahip olan çocuk ve erişkin bireylerde yapılması planlanan restorasyonlar, periodontal ve cerrahi tedaviler sırasında genel anestezi sıklıkla tercih edilmektedir (35).

## **B. DAVRANIŞSAL YÖNTEMLER**

İatro sedasyon yani hekime dayanan sedasyon, hastayla hekim arasında davranışsal yakın bir iletişim tekniğidir. Hekimin tavırları ve davranışları yoluyla, hastaların sakinleştirilmesi ilkesine dayanmaktadır. Hekimine güvenen hastaların, ilaç tedavisi ve/veya çeşitli ajanlar kullanılarak yapılan sedasyon yöntemleri uygulanmadan da, rahat ve uyumlu olacağı bilinmektedir. Davranışsal yöntemlerle, başka bir ilave farkolojik yöntemle başvurmadan, hastanın gerekli tedavi ile ilgili tüm korkusu ve anksiyetesi uzaklaştırılabilmektedir (35). Literatürde, bireylerin diş tedavisi ile ilişkili ağrısını, korkusunu ve anksiyetesini ilaç almadan azaltabilen bazı yöntemler bulunduğu bildirilmiştir. Bu yöntemler; a) hipnoz, b) akupunktur, c) elektronik dental anestezi (EDA), d) transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS), e) audioanaljezi (müzikle analjezi), f) biyolojik geribildirim (biofeedback) olarak sayılabilmektedir (35,36).

Bilişsel ve davranışsal terapi yönteminin (BDTY), kronik ağrının ve anksiyetenin tedavisinde büyük bir etkiye sahip olduğu iddia edilmiştir. Bu yöntemle, hastaların tepki ve davranışları bilişsel etkenler tarafından belirlenmektedir ve hastanın olayları algılama derecesine göre değerlendirilmektedir (37). Yöntem,

anksiyete ve ağrı gibi durumların, beklenti, inanç ve geçmişteki anılarla ilgili olduğu durumlarda yararlıdır (35). Literatürde, dental anksiyetesi olan hastaların bilişsel ve davranışsal terapilerinin, ilaç uygulanarak yapılan yöntemlere alternatif olabileceği belirlenmiştir (38).

## **DENTAL ANKSİYETENİN BELİRLENMESİNDE KULLANILAN ÖLÇEKLER**

Bireylerin dental korku ve anksiyete düzeyinin belirlenmesi, tedavi sırasında hastalara olan yaklaşım açısından önemlidir. Tedaviye başlamadan önce hastaların korku ve anksiyete düzeyleri hakkında hekimin fikir sahibi olması önemlidir. Tedavi sırasında diş hekimi, hastalardan gelebilecek tepkilere hazırlıklı olmalıdır ve hastaların sakinleşmesi için gerekli donanıma sahip olmalıdır (39). Dental anksiyetenin belirlenmesinde, bireylerde davranışsal, psikolojik değişikliklerin gözlemlenmesi için, anket veya puanlama skalalarıyla rapor edilen bilgilerin yorumlanması yöntemi kullanılmaktadır (40).

Günümüzde dental anksiyeteyi belirlemek ve ölçmek için çeşitli anket skalaları kullanılmaktadır (19). En sık kullanılan ölçekler aşağıda yer almaktadır:

- Corah'ın Dental Anksiyete Skalası (C-DAS)
- Kleinknecht'ın Dental Korku Ölçeği (DFS)
- Stouthard'ın Dental Anksiyete Envanteri (DAI)
- Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS)
- Modifiye Dental Korku Skalası (M-DKS)
- Dental Anksiyete Sorusu (DAQ)
- Gatchel'ın Korku Skalası (GFS)
- Fotoğraf Anksiyete Anketi (FAA) (41,42).

### **1. CORAH'IN DENTAL ANKSİYETE SKALASI (C-DAS)**

1969 yılında geliştirilmiştir ve günümüzde yaygın olarak kullanılır hale gelmiştir (41). Bu skala yardımıyla, bireylerin dental işlemler sırasında hissettikleri endişenin ve kaygının miktarı ölçülebilmektedir. Skala, 4 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten en yüksek 20 ve en düşük 4 puan alınabilmektedir. Ölçekle yüksek puan elde edilmesi kişinin yüksek düzeyde anksiyeteye sahip olduğunu göstermektedir. Dört sorudan elde edilen puanların toplanması ile, toplam dental anksiyete puanı hesaplanmaktadır. Toplam puan, düşük (4-11 puan) ve yüksek anksiyete (12-20 puan) olmak üzere iki farklı grupta değerlendirilmektedir. Düşük anksiyete grubu hiç anksiyetesi olmayanlardan ve çok az anksiyetesi olanlardan oluşan iki alt

gruba ayrılmaktadır. Yüksek anksiyete grubu ise; anksiyetik, çok anksiyetik, aşırı anksiyetik olmak üzere üç alt gruptan oluşmaktadır (43). Corah'ın Dental Anksiyete Skalası ile, dental tedavi ve klinik ortamına karşı gelişen hastaya ait stres; güvenilir, geçerli ve kullanışlı bir şekilde tahmin edebilmektedir ancak, skalayla dental anksiyetenin bütün yönleriyle sorgulanamadığı belirlenmiştir (40).

## **2. KLEİNKNECHT'İN DENTAL KORKU ÖLÇEĞİ (DFS)**

Dental anksiyete ve korkunun ölçülmesinde yaygın olarak kullanılan bir skala-  
dır. Orijinal olarak 27 maddelik bir ölçek olarak geliştirilmiştir ve daha sonra bir  
faktör analitik çalışması sonucunda 20 maddeye indirilmiştir (44). Ölçek, tek bir  
korku puanı üretmek için değil, daha çok korku veya kaçınma tepkilerini orta-  
ya çıkarabilecek spesifik uyarıların çeşitliliği ve hastanın kendine özgü durumu  
hakkında bilgi sağlamak için geliştirilmiştir (45). DFS, klinisyenlerin bir hastanın  
korkusunu daha iyi anlamalarına yardımcı olabilecek yararlı ve bilgilendirici bir  
yöntemdir ancak, dental korku ve anksiyeteyi ölçmeye uygun görülmemiştir (45).

## **3. STOUTHARD'IN DENTAL ANKSİYETE ENVANTERİ (DAI)**

1980 yıllarında, tamamen teorik düşüncelere dayanan ve duruma özgü anksiyete-  
yi ölçmek için tasarlanan anksiyete araştırmaları için geliştirilmiştir. Dental Anksiyete  
Envanteri, dental korku ile ilgili olarak algılanan üç içeriğe (zaman, durum  
ve reaksiyon) dayanan 36 maddelik bir ölçektir (46) Anksiyetenin doğası ve şidde-  
ti, kişilerde diş tedavisine yakınlığa bağlı olarak değişebilmektedir. Durum içeriği,  
diş hekimliği deneyiminin üç farklı unsurunu yansıtmaktadır: dental tedavinin  
başlangıcındaki yaklaşımlar, diş hekimi ile etkileşim ve gerçek diş tedavisi. Reak-  
siyon içeriği, anksiyete veya korku deneyiminin unsurlarını ifade etmektedir (45).  
DAI' yi ile ilgili karşılaşılan en büyük sorun, klinik koşullarında pratik olamayacak  
kadar uzun olduğu düşünülen 36 maddelik bir ölçek olmasıdır (47).

## **4. MODİFİYE DENTAL ANKSİYETE SKALASI (MDAS)**

Bu skala, 1995 yılında oluşturularak 11 dile çevrilmiştir. Dental anksiyetenin be-  
lirlendiği araştırmalarda yaygın olarak kullanılmıştır (48). MDAS, DAS' tan fark-  
lıdır. Skalada, DAS' ta yer alan dört maddeye lokal anestetik enjeksiyonu yapı-  
lmasına ilişkin beşinci bir madde eklenmiştir. MDAS' ın DAS' a göre, önemli bir  
gelişmeyi temsil ettiği düşünülmektedir (46). Ölçekte yer alan seçenekler, sırası ile  
1-5 puan arasında değerlendirilmektedir ve elde edilen toplam skor, 5-25 arasın-  
dadır. 2005 yılında, MDAS' ın Türk toplumu üzerindeki geçerlilik ve güvenilirlik



çalışması yapılmıştır (40). MDAS, dental anksiyeteye özel olan, kısa sürede uygulanabilen ve kullanımı ekonomik olan bir skaladır (40).

## **DENTAL ANKSİYETE VE YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİ**

Literatürde, dental anksiyete ve yaşam kalitesi arasında doğru orantılı bir ilişki bulunduğu rapor edilmiştir. Genel anksiyeteye, özellikle, psikolojik genel iyilik hali, memnuniyet ve canlılık ile yaşam kalitesi arasında güçlü bir ilişki bulunduğu saptanmıştır (49). Dental ve genel anksiyetenin varlığı ile yaşam kalitesi arasında pozitif ilişki tespit edilmiştir (50). Literatürde, yüksek dental anksiyetenin, bireylerin ağız sağlığını etkilediği ve bu yolla yaşam kalitelerinin de düşmesine yol açtığı rapor edilmiştir (49).

## **DENTAL ANKSİYETENİN AĞIZ DIŞ SAĞLIĞI İLE İLİŞKİSİ**

Dental anksiyete, günümüzde diş hekimliği alanında yaygın olarak gözlenen, alışılmış olan ve üstesinden gelinmesi gereken sorunlardan biridir. Dental anksiyete, toplumlarda, farklı sosyal sınıflarda olan ve her yaşta insanı etkilemektedir. Bireylerin, diş tedavisinden, düzensiz ve ağırlı diş müdahalelerinden kaçınması yetersiz ağız sağlığına sahip olmaları ile sonuçlanmaktadır (51). Genellikle, dental ve oral problemlerin hayati önem taşımadığı düşünülse de, bu sorunlar, bireyin günlük yaşamında belirgin fiziksel, sosyal ve psikolojik etkilere sebep olabilmektedir. Dental anksiyetenin varlığı, hastaların ağız sağlığı seviyelerini düşürmekte ve dolayısıyla yaşam kalitesi etkilenmektedir (52).

Çeşitli araştırmalarda, dental anksiyete ile ağız sağlığı arasındaki ilişki araştırılmıştır. Bazı araştırmalarda, dental anksiyete ile kötü ağız diş sağlığı seviyesi arasında pozitif korelasyon olduğu bildirilmiştir (22-47). Başka bir çalışmada ise, daha yüksek düzeyde dental anksiyetesi olan kişilerin, kendilerindeki eksik dişleri ve/veya çürük dişleri bildirme eğiliminde olduğu saptanmıştır (14). Kanada toplumunda yapılan bir araştırmada, yetişkinlerdeki, dental anksiyete prevalansının %4.4-6,4 arasında değiştiği rapor edilmiştir. Avusturalya toplumunda yapılan bir araştırmaya göre, yetişkinler arasındaki dental anksiyete prevalansının %16.1 oranında olduğu rapor edilmiştir. Her iki çalışmada da, kadınların erkeklere göre yüksek oranda diş korkusuna sahip olduğu saptanmıştır (53). Literatürde, kadınların yüksek oranda diş korkusuna sahip olma nedeni tam olarak açıklanamamaktadır. Ancak, diş korkusuna yönelik tutumları inceleyen bir ankette, kadınların ağrıdan erkeklerden daha fazla korktukları saptanmıştır (54).

Diş tedavisi öncesindeki ağrı beklentileri ve tedaviden sonraki ağrı hatırası ile cinsiyet arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada, kadınların dental tedaviden önce ve sonra erkeklerden daha fazla oranda kaygıya sahip olduğu tespit edilmiştir. Ancak, bu çalışmada, kadınlar erkeklerden daha fazla dental kaygı duymuş olmalarına rağmen, periodontal tedavi öncesinde, kadınların erkeklere göre daha az düzeyde ağrı oluşmasını beklediği saptanmıştır (55). Bildirilen kaygı veya korkunun cinsiyet farklılıkları, genellikle erkeklerin sert olma konusundaki toplumsal beklentilerine bağlanmaktadır. Bu durum erkek bireylerin, gerçek korkularını ve diş tedavisine yönelik kaygılarını eksik bildirmelerine yol açabilmektedir. Bir çalışmada, toplumsal beklentilerin erkekler ve kadınlar arasındaki dental korkunun bildirilmesinde önemli rol oynadığı saptanmıştır (56).

Yüksek oranda dental anksiyete, bir bireyin diş hekimi randevularını kaçırıp, iptal etmesi veya diş randevularından kaçınmayı seçmesinin başlıca nedeni olarak sayılmaktadır. Bir çalışmada, diş hekiminden neden kaçındıkları sorulduğunda, katılımcıların %7,8' inde dental tedavi korkusunun buna neden olduğu tespit edilmiştir. Hastaların, dental anksiyetesinin düşük veya hiç olmama ve yüksek düzeyde dental anksiyeteye sahip olma durumuna göre sınıflandırıldığı bir çalışmada, yüksek düzey dental anksiyete grubundakilerin, düşük veya hiç korkusu olmayan gruptakilere göre önemli ölçüde daha fazla; diş hekimini kaybetme, randevuyu iptal etme veya diş hekiminden kaçma eğiliminde olduğu bildirilmiştir (57).

Korkunun, insanların diş tedavisinden kaçınma nedenlerine önemli bir katkısı bulunsa da, diş tedavisine başvurmamalarının tek nedeninin bu olmadığı unutulmamalıdır. İnsanların diş tedavisini ertelemek için öne sürdükleri diğer yaygın nedenler arasında zaman eksikliği, tedavinin maliyeti, tedaviye gerek olmadığı hissi, tedaviyle ilişkili ağrı endişesi ve diş hekimlerinden hoşlanmama sayılabilmektedir (58). Dental anksiyete, kişilerde diş hekimini ziyaret etmekten uzun süreli kaçınmaya yol açabilmektedir. Bir çalışmada, son 10 yıl içinde diş hekimine gitmeyen hastaların diş korkusunun, önceki 12 ay içinde diş hekimine gidenlere göre daha fazla olduğu saptanmıştır (21).

Tedaviden kaçınmak, diş tedavisi korkusunu güçlendirebilmektedir. Genellikle, çoğu hasta yalnızca ağız sağlığı durumu, yoğun bir tedavi gerektirecek kadar kötüleştiğinde diş tedavisine başvurmaktadır. Hastaların diş hekiminden ortalama olarak 7,5 yıl (0-40 yıl arasında) kaçtığı bildirildiği bir çalışmada, bir bireyin diş hekiminden kaçtığı yıl sayısı ile kötü ağız sağlığı arasında doğru orantı olduğu saptanmıştır (59). Yüksek dental anksiyetesi olan hastalar, sadece ağrı odaklı bir dental tedavi gördüklerinde korkuları güçlenebilmektedir. Çünkü, gerekli dişlerde dental tedavi yaptırmadaki gecikme, daha erken müdahale ile ön-

lenebilmesi mümkün olan sorunların daha karmaşık klinik durumlara dönüşmesine yol açabilmektedir (58).

Genel ağız sağlığını iyileştirme korkusunu ve diş hekimine gitme korkusunu araştırmaya yönelik çalışmalara ek olarak, bazı çalışmalarda, hastaların periodontal tedavi almasını önleyen korku ve kaygının etkisi araştırılmıştır. Periodontal tedavi gerekliliği olan bireylerde, tedavi sırasında anestezi yaptırma isteği, diş korkusu veya kaygısının bir göstergesi olarak düşünülmüştür. Bu durum, sedasyon veya genel anestezi isteyen bireylerin, periodontal cerrahiye yönelik en büyük olumsuz algıyı yaşadıklarını düşündürmektedir. Anket yapılan bir popülasyonda, endodontik prosedürler uygulanan bireylerin (%54,7) periodontal cerrahi (%68,2) uygulanan bireylere göre daha fazla oranda sedasyon yapılmasını istediği saptanmıştır (57).

Literatürde, bir periodontal prosedürle ilgili yüksek kaygısı olan hastaların, düşük düzeyde kaygısı olan hastalara oranla daha fazla miktarda ağrı hissettiği rapor edilmiştir. Dental implant uygulaması yapılan bireylerde, anksiyetenin kişilerin operasyondan sonra yaşayacağı ağrı miktarını arttırdığı saptanmıştır (55). Benzer şekilde, başka bir çalışma, periodontal cerrahi öncesinde yüksek anksiyetesi olan hastaların, düşük anksiyetesi olan hastalardan daha yüksek oranda post operatif ağrı yaşadığı belirlenmiştir (60).

## **SONUÇ**

Literatürden elde edilen bilgiler, toplumu oluşturan bireylerin dental anksiyeteye sahip olmasının diş tedavilerinden kaçınmasına yol açabileceğini göstermiştir. Bu nedenle, diş hekimleri gerekli dental işlemlere engel olabilecek ve hastaya ait olan davranış ve endişelerle başa çıkabilmelidir. Günümüzde, diş hekiminin dental anksiyetenin hazırlayıcı faktörleri ve psikodinamiklerini bilmesi, iletişim yeteneğine sahip olması ve davranışsal yönetim tekniğini gerekli sedasyon metotlarıyla birlikte kombine kullanabilmesi önem kazanmıştır.

## **KAYNAKLAR**

1. Alkan A, Cakmak O, Yılmaz S, et al. Relationship Between Psychological Factors and Oral Health Status and Behaviors. *Oral Health Prev Dent*. 2015; 13(4): 331-339. doi: 10.3290/j.ohpd.32679.
2. Castro GD, Oppermann RV, Haas AN, et al. Association between psychosocial factors and periodontitis: a case-control study. *J Clin Periodontol*. 2006; 33(2): 109-114. doi: 10.1111/j.1600-051X.2005.00878.x.
3. Veeraboina N, Doshi D, Kulkarni S, et al. Association of state and trait anxiety with oral health status among adult dental patients. *Acta Biomed*. 2020; 91(3): 1-10. doi: 10.23750/abm.v91i3.8986.

4. Vettor M, Quintanilha RS, Monterio da Silva AM, et al. The influence of stress and anxiety on the response of non- surgical periodontal treatment. *J Clin Periodontol.* 2005; 32(12): 1226-1235. doi: 10.1111/j.1600-051X.2005.00852.x.
5. LeResche L, Dworkin SF. The role of stress in inflammatory disease, including periodontal disease: review of concepts and current findings. *Periodontol 2000.* 2002; 30(1): 91-103. doi: 10.1034/j.1600-0757.2002.03009.x.
6. Goyal S, Gupta G, Thomas B, et al. Stress and periodontal disease: The link and logic. *Ind Psychiatry J.* 2013; 22(1): 4-11. doi: 10.4103/0972-6748.123585.
7. Delgado-Angulo EK, Sabbah W, Suominen AL. The association of depression and anxiety with dental caries and periodontal disease among Finnish adults. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2015; 43(6): 540-549. doi: 10.1111/cdoe.12179.
8. Weiner AA. *The fearful dental patient: A guide to understanding and managing.* 1st ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2011.
9. Freeman R. Barriers to accessing and accepting dentalcare. *BDJ online.* 1999; 187(2): 81-84. doi:10.1038/sj.bdj.4800208a.
10. Locker D, Liddell A. Correlates of dental anxiety among older adults. *J Dent Res.* 1991; 70(3): 198-203. doi: 10.1177/00220345910700030801.
11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR.* 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
12. Wijk AJ, Hoogstraten J. Anxiety and pain during dental injections. *J Dent.* 2009; 37(9): 700-704. doi: 10.1016/j.jdent.2009.05.023.
13. Wijk AJ, McNeil DW, Ho CJ, et al. A short English version of the Fear of Dental Pain questionnaire. *Eur J Oral Sci.* 2006; 114(3): 204-208. doi: 10.1111/j.1600-0722.2006.00350.x.
14. Armfield JM. Towards a better understanding of dental anxiety and fear: cognitions vs. experiences. *Eur J Oral Sci.* 2010; 118(3): 259-264. doi: 10.1111/j.1600-0722.2010.00740.x.
15. Okoro CA, Strine TW, Eke PI, et al. The association between depression and anxiety and use of oral health services and tooth loss. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2012; 40(2): 134-144. doi: 10.1111/j.1600-0528.2011.00637.x.
16. Pohjola V, Mattila AK, Joukamaa M, et al. Anxiety and depressive disorders and dental fear among adults in Finland. *Eur J Oral Sci.* 2011; 119(1): 55-60. doi: 10.1111/j.1600-0722.2010.00795.x.
17. Peretz B, Kharouba J. Dental anxiety among Israeli children and adolescents in a dental clinic waiting room. *Pediatr Dent.* 2013; 35(3): 252-256.
18. Oosterink FMD, Jongh A, Hoogstraten J. Prevalence of dental fear and phobia relative to other fear and phobia subtypes. *Eur J Oral Sci.* 2009; 117(2): 135-143. doi: 10.1111/j.1600-0722.2008.00602.x.
19. Smyth SJ. Some problems of dental treatment. Part 1. Patient anxiety: Some correlates and sex differences. *Aus Dent J.* 1993; 38(5): 354-359. doi: 10.1111/j.1834-7819.1993.tb05516.x.
20. Rousset C, Lambin M, Manas F. The ethological method as a means for evaluating stress in children two to three years of age during a dental examination. *ASDC J Dent Child.* 1997; 64(2): 99-106.
21. Armfield JM. The extent and nature of dental fear and phobia in Australia. *Aust Dent J.* 2010; 55(4): 368-377. doi: 10.1111/j.1834-7819.2010.01256.x.
22. Armfield JM, Stewart JF, Spencer AJ. The vicious cycle of dental fear: Exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC Oral Health.* 2007; 7: 1-15. doi: 10.1186/1472-6831-7-1.
23. Yüzgüllü B, Gülşahi A, Celik C, et al. Dental anxiety and fear: relationship with oral health behavior in a Turkish population. *Int J Prosthodont.* 2014; 27(1): 50-53. doi: 10.11607/ijp.3708
24. Peretz B, Mann J. Dental anxiety among Israeli dental students: a 4-year longitudinal study. *Eur J Dent Educ.* 2000;4:133-137. doi: 10.1034/j.1600-0579.2000.040308.x.

25. Üçok C, Güner Y, Aydınтуğ Y, et al. Anksiyete ölçümünde Visual Analog Skala ile Corah"ın Dental Anksiyete Skalasının karşılaştırılması. A.Ü.Dişhekimliği Fakültesi Dergisi. 1995; 22: 121-124.
26. Sohn W, Amid II. Regular dental visits and dental anxiety in an adult dentate population. JADA. 2005; 136(1): 58-66. doi: 10.14219/jada.archive.2005.0027.
27. Boorin MR. Anxiety its manifestation and role in the dental patient. Dent Clin North Am. 1995; 39(3): 523-537.
28. Berggren U, Carlson GS, Hakeberg M, et al. Assesment of patients with phobic dental anxiety. Acta Odontol Scand. 1997; 55(4): 217-222. doi: 10.3109/00016359709115420.
29. Kunzelman KH, Dünninger P. Dental fear and pain: effect on patient"s perception of the dentist. Community Dent Oral Epidemiol. 1990; 18(5): 264-266. doi: 10.1111/j.1600-0528.1990.tb00073.x.
30. Armfield JM, Slade GD, Spencer AJ. Cognitive vulnerability and dental fear. BMC Oral Health. 2008; 8(2): 1-11. doi: 10.1186/1472-6831-8-2.
31. Armfield JM, Heaton LJ. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. Aust Dent J. 2013; 58(4): 390-407. doi: 10.1111/adj.12118.
32. Heaton LJ, Carlson CR, Smith TA, et al. Predicting anxiety during dental treatment using patients'self-reports: less is more. J Am Dent Assoc. 2007; 138(2): 188-195. doi: 10.14219/jada.archive.2007.0135.
33. De Jongh A, Muris P, ter Horst G, et al. Acquisition and maintenance of dental anxiety: the role conditioning experiences and cognitive factors. Behav Res Ther. 1995; 33(2): 205-210. doi: 10.1016/0005-7967(94)p4442-w.
34. Carlsson SG, Wide Boman U, Lundgren J, et al. Dental anxiety- a joint interest for dentists and psychologists. Eur J Oral Sci. 2013;121(3 Pt 2):221-224. doi: 10.1111/eos.12046.
35. Körođlu A, Durkan R. Diş hekimliği uygulamalarında karşılaşılan dental anksiyete sendromunun etiolojisinin ve tedavi yöntemlerinin değerlendirilmesi. A.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi. 2010; 20(3): 205-212.
36. DiClementi JD, Deffenbaugh J, Jackson D. Hypnotizability, absorption and negative cognitions as predictors of dental anxiety: two pilot studies. J Am Dent Assoc. 2007; 138(9): 1242-1250; quiz 1267-8. doi: 10.14219/jada.archive.
37. Öcek ZA, Karababa AO, Türk M, et al. Ege Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi'ne başvuran hastalarda dental anksiyete etiolojisinin değerlendirilmesi. EÜ Diş Hek Fak Derg. 2001;22:121-129.
38. Wilson KI, Davies JG. A joint approach to treating dental phobics between community dental services and specialist psychotherapy services-a single case report. Br Dent J. 2001; 190(8): 431-432. doi: 10.1038/sj.bdj.4800993.
39. Önçağ Ö, Çođulu D. Ailenin sosyoekonomik durumu ve eğitim düzeyinin çocuklarında dental kaygı üzerine etkisi. A.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi. 2005; 32(1): 45-54.
40. Tunç EP, Fırat D, Onur OD. Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) in a Turkish population. Community Dent Oral Epidemiol. 2005; 33(5): 357-362. doi: 10.1111/j.1600-0528.2005.00229.x.
41. Corah NL. Development of a Dental Anxiety Scale. J Dent Res. 1968; 48(4): 596. doi: 10.1177/00220345690480041801.
42. Stouthard ME, Hoogstraten J. Ratings of fears associated with twelve dental situations, Journal of Dental Research. 1987; 66(6): 1175-1178. doi: 10.1177/00220345870660061601.
43. Moore R, Birn H, Kirkegaard E. Prevalence and characteristics of dental anxiety in Danish adults. Community Dent Oral Epidemiol. 1993; 21(5): 292-298. doi: 10.1111/j.1600-0528.1993.tb00777.x
44. Kleinknecht RA, Klepac RK, Alexander LD. Origins and characteristics of fear of dentistry. J Am Dent Assoc. 1973; 86(4): 842-848. doi: 10.14219/jada.archive.1973.0165.

45. Armfield JM. How do we measure dental pain and what are we measuring anyway? *Oral Health Prev Dent.* 2010; 8(2): 107-115.
46. Stouthard ME, Hoogstraten J, Mellenbergh GJ. A study on the convergent and discriminant validity of the Dental Anxiety Inventory. *Behav Res Ther.* 1995; 33(5): 589-595. doi: 10.1016/0005-7967(94)00096-3.
47. Stouthard MEA, Mellenbergh GJ, Hoogstraten J. Assessment of dental anxiety: a facet approach. *Anxiety Stress Coping.* 1993; 6(2): 89-105. doi: 10.1080/10615809308248372
48. Humphris GM, Morrison T, Lindsay SJ. Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. *Community Dent Health.* 1995; 12(3): 143-150.
49. Carillo-Diaz M, Crego A, Romero-Maroto M. The influence of gender on the relationship between dental anxiety and oral health-related emotional well-being. *Int J Paediatr Dent.* 2013; 23(3): 180-187. doi: 10.1111/j.1365-263X.2012.01242.x.
50. Crofts-Bernes NP, Brough E, Wilson KE, et al. Anxiety and Quality of Life in Phobic Dental Patients. *J Dent Res.* 2010; 89(3): 302-306. doi: 10.1177/0022034509360189.
51. Ilgüy D, Ilgüy M, Dinçer S, et al. Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale in Turkish patients. *J Int Med Res.* 2005;33(2):252-259. doi: 10.1177/147323000503300214.
52. McGrath C, Bedi R. Population based norming of the UK oral health related quality of life measure (OHQoL-UK). *Br Dent J.* 2002; 193(9): 521-524; discussion 517. doi: 10.1038/sj.bdj.4801616.
53. Yuan FG, Sun B, Yuan J, et al. Effects of different cooking methods on health-promoting compounds of broccoli. *J Zhejiang Univ Sci B.* 2009; 10(8): 580-588. doi: 10.1631/jzus.B0920051.
54. Liddell A, Locker D. Gender and age differences in attitudes to dental pain and dental control. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997; 25(4): 314-318. doi: 10.1111/j.1600-0528.1997.tb00945.x.
55. Eli I, Baht R, Kozlovsky A, et al. Effect of gender on acute pain prediction and memory in periodontal surgery. *Eur J Oral Sci.* 2000;108(2): 99-103. doi: 10.1034/j.1600-0722.2000.00777.x.
56. Heft MW, Meng X, Bradley MM, et al. Gender differences in reported dental fear and fear of dental pain. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007; 35(6): 421-428. doi: 10.1111/j.1600-0528.2006.00344.x.
57. Chanpong B, Haas DA, Locker D. Need and demand for sedation or general anesthesia in dentistry: A national survey of the Canadian population. *Anesth Prog.* 2005; 52(1): 3-11. doi: 10.2344/0003-3006(2005)52[3:NADFSO]2.0.CO;2.
58. Armfield JM, Ketting M. Predictors of dental avoidance among Australian adults with different levels of dental anxiety. *Health Psychol.* 2015; 34(9): 929-940. doi: 10.1037/hea0000186.
59. Jongh A, Schutjes M, Aartman AH. A test of Berggren's model of dental fear and anxiety. *Eur J Oral Sci.* 2011; 119(5): 361-365. doi: 10.1111/j.1600-0722.2011.00843.x.
60. Fardal Ø, McCulloch CA. Impact of anxiety on pain perception associated with periodontal and implant surgery in a private practice. *J Periodontol.* 2012; 83(9): 1079-1085. doi: 10.1902/jop.2011.110562.