

Bölüm 1

DENTAL ANKSİYETE VE YÖNETİMİ

Betül Kübra KURUCU KARADENİZ¹

GİRİŞ

Diş hekimi korkusu nüfusun çoğunu etkilemektedir. Toplumdaki yüksek diş hekimi korkusunun birçok etkisi bulunmaktadır. İlk olarak, diş hekimi korkusu olan kişilerin diş hekimi ziyaretini geciktirme veya kaçınma olasılığı çok daha yüksektir ve birçok endişeli hasta randevuları düzenli olarak iptal eder veya randevulara gelmez. İkincisi, diş hekimi korkusu olan çocuklar ve yetişkinlerin tedavisi zor olabilir, daha fazla zaman alabilir ve hem hasta hem de onu tedavi eden diş hekimi için stresli ve hoş olmayacak bir deneyimle sonuçlanabilecek davranış sorunları ortaya çıkabilir (1-3). Araştırmalar, diş hekimi korkusu olan hastaları yönetmeye çalışmanın birçok diş hekimi için önemli bir stres kaynağı olduğunu göstermektedir (4). Son olarak, kaygı taşıyan bireyler, endişeli davranışları nedeniyle genellikle daha kötü diş sağlığına sahiptir (5,6). Özellikle diş hekimine gitmeyi uzun süre erteleyen kişiler, şiddetli ağrı yaşasalar bile, daha karmaşık ve komplike tedavi gerektiren sorunlar yaşayabilirler.

Hastaların dental anksiyeteleri uygun şekilde giderilmezse, dental anksiyete kısır döngüsünü oluşturmak oldukça mümkündür (7,8). Hastalar korkularından dolayı diş hekimine gitmekten kaçınırlar, bu da sorunların kötüleşmesine neden olur, daha yoğun ve travmatik tedavi gerektirir, bu da korkuyu pekiştirir veya şiddetlendirir (9).

Dental anksiyetenin olumsuz etkileri göz önüne alındığında, bu durumda olan hastaların doğru bir şekilde yönetilmesi gerekmektedir. Yüksek düzeyde diş hekimi korkusu olan bazı hastaların ihtiyaçları, ilk önce dental klinik dışı bir ortamda psikolojik tedavi almaları halinde en iyi şekilde karşılanabilir. Ek olarak, korkulu hastaları tedavi etmede uzmanlaşmış veya bu konuya ilgi duyan bir diş hekimine sevk bir seçenek olabilir.

¹ Dr. Öğretim Üyesi, Giresun Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Restoratif Diş Tedavisi AD, kurucubetulkubra@hotmail.com

KORKU, ENDİŞE, FOBİ VE AĞRI

Genellikle 'korku' ve 'endişe' terimleri birbirinin yerine kullanılır ve bunlar birbiriyle çok ilişkilidir, ancak bu iki terim arasında kavramsal farklılıklar vardır. Literatürde kullanımlarında önemli farklılıklar olsa da, kaygı korkulan bir nesne veya durumla karşılaşmadan önce gelen duygusal bir durum olarak adlandırırken, korku nesne veya duruma verilen gerçek veya 'aktif' tepkiyi ifade eder. Bununla birlikte, genellikle, bir kişinin endişe duyduğu bir şeye korku tepkisi vereceği bir durumdur. Hem korku hem de kaygı fizyolojik, bilişsel, duygusal ve davranışsal bileşenleri içerebilir, ancak bunların nasıl ifade edildiği kişiden kişiye değişebilir (10).

Korku ve ağrı arasındaki ilişki diş hekimleri için oldukça önemlidir. Ağrı fizyolojik bir süreçten kaynaklanır, kaygısı olan kişilerde hem abartılı ağrı beklentileri hem de ağrı alguları olabilir (11-13). Klinisyenlerin, hastanın ağrısını yönetmenin hastanın kaygı ve korkusunu yönetmekle aynı şey olmadığını farkında olması gerekir. İlk olarak, intraoral enjeksiyonla lokal anestezi uygulama eylemi, birçok endişeli insan için tedavinin en stresli ve korku uyandıran yönlerinden biridir (14). İkincisi, korkan insanların ağrı korkusunun arttığı görülmüştür (15). Bir kişinin korkusunun nedeninin tedavi deneyimini kontrol edemeyecek olması ve tedavinin öngörülemezliği oluşturmaktadır.

Genel olarak anksiyetenin altında yatan nedenin doğrudan olumsuz dental deneyimlerin sonucu olduğu kabul edilir (16).

Dental kaygı ve korku, tedavi deneyiminin çeşitli yönlerine de odaklanabilir ve belirli kaygılar, diğer olası kaygılardan bağımsız olabilir. Bir hastanın kaygısının kaynağı, öğürme veya boğulma korkusu, enjeksiyon korkusu veya kan görme veya düşüncesine karşı güçlü bir tikslenme ile ilgili olabilir. Hastalar, uyuşmayla ilgili algılanan sorunlarla ilgili endişelere sahip olabilir, düşük bir ağrı eşiğine sahip olabilir veya diş hekimlerine güvenme konusunda sorunlar yaşayabilir, farklı hastaların bu konular hakkında konuşma isteklerinde farklılıklar olacaktır. İyi iletişim becerileri ve hastayla ilişki kurmak bu durumlarda kritik öneme sahiptir.

Daha genel olarak, diş hekimleri, bir diş muayenesi sağlama ve tedaviyi gerçekleştirme sürecinin, potansiyel olarak hoş olmayan birçok durumu bir araya getirdiğinin farkında olması gerekir (17). Hastalar genellikle yaslanmış bir pozisyonda oturur, bu da güçsüzlük duygularını artırır ve durum üzerinde çok az kontrol sahibi olur. Klinisyenin sondalama, çürük temizleme gibi işlemleri ağzının içini göremeyen hasta için genellikle tahmin edilemez ve bu, algılanan kontrol eksikliğini artırabilir. Ek olarak, diş hekimi hastanın ağız boşluğunun içindedir ve

bu hem hastanın kişisel alanına müdahaleyi temsil eder hem de duyarlılığı yüksek kişiler için önemli bir endişe kaynağıdır. Teknolojideki ilerlemelere ve modern ağrısız diş hekimliği fikrine rağmen dental tedavinin bu yönleri, popülasyondaki diş hekimi kaygısının nispeten yüksek prevalansını açıklamaya yardımcı olabilir (18).

DENTAL KAYGI VE KORKU TİPOLOJİLERİ: ANKSİYETE YÖNETİMİ

Klinikte görülebilecek farklı dental anksiyete tiplerini açıklamak için çeşitli tipolojiler öne sürülmüştür. Dental kaygı ve korkunun farklı seviyeleri, türleri ve özellikleri, diş hekimi tarafından farklı yönetim yaklaşımlarını belirleyecektir. Milgrom ve arkadaşları, hem klinik durumları hem de en uygun tedavi yaklaşımları açısından farklılık gösterdiği iddia edilen dört farklı hasta grubu belirlemişlerdir (16). Bu kategori sistemi «Seattle Sistemi» olarak adlandırılmıştır (19).

Spesifik uyarılardan korkan bireyler, diş hekimliğinin en itici buldukları yönünü/yönlerini kolayca belirleyebilirler (16). Bu uyarıların en yaygın olanları tipik olarak enjeksiyonlar veya el aletinin sesi/görüntüsü/kokusu ve diş tedavisiyle ilişkili ağrı olsa da, korkan kişiler tedavi prosedürünün veya klinik ortamının bir bölümünü tetikleyici olarak tanımlayabilirler. Bu tür korkunun tedavisi, bireyi yavaş yavaş korkulan uyarılara maruz bırakmayı ve hastayı kaygı düzeylerini yönetmek için gevşeme stratejileri kullanmaya teşvik etmeyi içerir. Bu yöntem «sistemik duyarsızlaştırma» adı verilir. Tipik olarak, bu kategorideki bir hasta korkulan uyarılarla bir dizi olumlu deneyim yaşadığında, korku zamanla azalır.

Tıbbi felaketten korkan kişiler, tedavi sırasında kalp krizi gibi tıbbi bir acil duruma neden olacak bir şey olacağından korkarlar (16). Sıklıkla, bu hastalar, özellikle epinefrin veya benzeri vazokonstriktör içerenler olmak üzere, lokal anesteziyelere karşı alerjik olduklarını veya bunlara karşı bir «reaksiyon» gösterdiklerini bildireceklerdir. Aynı zamanda, lastik örtü yerindeyken nefes alamayacaklarına veya aynı anda ağızlarına çok fazla alet konulursa boğulabileceklerine dair endişelerini bildirebilirler. Lokal anestezige bir «tepki» olması durumunda, hasta, artan epinefrin seviyeleriyle uyumlu otonomik uyarılma semptomları (örn. kalp çarpıntısı, nefes darlığı, vb.) hissetmiş olabilir. Hastalar (ve bazı iyi niyetli diş hekimleri) bu semptomları «anestezi alerjisi» olarak yorumlayabilir. Anestezinin kullanıldığı bir sonraki randevuda, hasta muhtemelen başka bir «tepki» yaşayacağı beklentisiyle artan bir kaygı hissedecektir. Bu kaygıyla ilişkili otonomik uyarılma, epinefrinin neden olduğu duyumlarla birleşerek hastanın zamanla kötüleşiyormuş gibi hissetmesine yol açar. Bu kategorideki hastalar genellikle diş hekimlerinden

epinefrinli anestezi kullanmamalarını isteyeceklerdir, bu da yetersiz anestezi ve tedavi sırasında ağrı riskini artırır. Hastalar, anestezi 'alerjileri' nedeniyle ağrılı diş tedavisine katlanmak dışında seçenekleri yokmuş gibi hissederler.

Bu tür korkuyu ele alırken, eksiksiz bir tıbbi anamnez almak, hastaya eğitim sağlamak ve kademeli olarak maruz bırakmak çok önemlidir. Lokal anesteziye karşı gerçek alerjilerin prevalansı son derece az olmasına ve olumsuz tepkilerin çoğunun kaygıyla ilişkili olduğu belirlense de, alerji uzmanına sevk gerekip gerekmediğini belirlemek için kapsamlı bir tıbbi öykü almak çok önemlidir (20). Bir hastanın lokal anesteziye karşı gerçek bir alerjisi olma ihtimalinin düşük olduğu durumlarda bile, bu durumu tamamen ortadan kaldırmak için bir alerji uzmanına sevk edilmek hastanın anksiyetesinin yönetilmesinde etkili olabilir. Bu korkuya sahip hastalar, 'bu alerjiler gerçekten nadirdir' veya 'iyi olacaksınız' gibi belirsiz güvencelere iyi yanıt vermezler, ancak diş hekimleri endişelerini ciddiye aldıklarında iyi yanıt verirler. Alerji öyküsünü elimine ettikten sonra, epinefrinin doğası ve etkileri hakkında eğitim, hastanın semptomlarını anlamasına yardımcı olabilir. Epinefrin ve adrenalinin vücutta salgılanan aynı hormonu ifade ettiğini açıklamak yardımcı olabilir.

Yaygın dental kaygısı olan hastalar , diş tedavisinin ne kadar zor olduğu sorulduğunda, bu kategorideki birçok hasta 'hepsi berbat' şeklinde yanıt verecektir. Bu kategorideki pek çok kişi ayrıca yükseklik, su ve/veya uçma gibi diğer korkuları da bildirecektir. Yaygın kaygısı olan hastalar genellikle randevudan önceki gece uyumakta güçlük çekerler ve tedaviden sonra kendilerini fiziksel ve/veya duygusal olarak bitkin hissederler. Hastalar prosedürün kendisi hakkında endişelenirler; tedavi sırasındaki kendi davranışları ve kendi kaygılarını yönetip yönetemeyecekleri; gelecekte hangi diş tedavilerine ihtiyaç duyabilecekleri veya ihtiyaç duymayabilecekleri; ve diş hekimi ve diş hekimliği personelinin onları korkuları ve ağız sağlıkları nedeniyle olumsuz algılayıp algılamadıkları konusunda endişe duyarlar (16).

Genelleştirilmiş diş kaygısı kategorisine uyan hastalar, endişelerini hafifletmeye yardımcı olmak için işlemden önce, işlem sırasında ve sonrasında güvenceye çok iyi yanıt verirler. Bu hastalar gelecekle ilgili endişe duyacakları için onları şimdiki zamana yönlendirmek değerlidir (örneğin 'Bugün işimiz bittikten sonra kanal tedavisi hakkında konuşmayı planlayalım; şimdilik bu küçük dolguya odaklanalım. Bu çok basit prosedür ve gerçekten iyi iş çıkaracağınızdan ve sonuçlardan çok memnun kalacağınızdan eminim'). Diş kliniğine kademeli olarak maruz kalmak, özellikle geçmişte tedavi görmekten kaçınan hastalar için yararlı olacaktır. Hastanın 'kolay' bir prosedür veya adım olarak gördüğü şey

hakkında geri bildirim, tedavi planının ilerlemesine rehberlik etmeye yardımcı olacaktır. Bu hastaları gevşeme stratejileri konusunda eğitmek ve giderek artan invaziv prosedürlere kademeli olarak maruz kalmayı sürdürmek, hastanın kaygısı üzerinde bir hakimiyet duygusu kazanmasını sağlar.

Son olarak, dişhekimi personeline güvenmeyen hastalar, diş hekimlerinin amaçlarına karşı tartışmacı veya şüpheli görünebilir (16). Tedavilerini kontrol edememekten endişe duyarlar ve genellikle önceki diş hekimlerinden şikayet ederler. Ayrıca diş hekimleri ve dişhekimi personelinin kendilerini olumsuz olarak algılamasından endişe duyarlar. Bu hastalar klasik anlamda korkmuş gibi görünmeseler de, diş hekimlerinin elinde kontrol veya özgüven kaybından korkarlar, bu da onları durumun kontrolünü yeniden kazanmak için çatışmacı bir davranışa yönlendirir.

Bu son kategorideki hastalara diş hekimleri, hastayı sandalyede arkaya yatırıp yatıramayacağını, belirli aletleri kullanıp kullanamayacağını ve muayene yapıp yapamayacağını sormalıdır. Randevu boyunca neler olup bittiğini bilmesi için süreçteki tüm adımlar hastaya açıklanmalıdır. Bir tedavi planı sunarken, hangi tedavinin uygulanacağına, karar vermede hastanın rolü vurgulanarak, tüm seçenekler sözlü ve yazılı olarak sunulmalıdır. Hastalar ve diş hekimleri arasında bir kez güven sağlandığında bu hastaların tedavi edilmesi kolaylaşmaktadır (16).

Korkan bir hastayla başarılı bir şekilde çalışmak için, bir diş hekimi önce bireyin korkmuş veya gergin olduğunu belirlemeli ve ardından o hastanın endişelerine göre uyarlanmış uygun bir tedavi yaklaşımı benimsemelidir. Aslında çoğu diş hekimi, hastalarından olası diş sorunları hakkında bilgi almaya çalışır, ancak yaklaşım diş hekimleri arasında ve bir hastadan diğerine oldukça değişken olabilir. Bununla birlikte, klinik değerlendirme sırasında dental korku anketlerinin kullanımına yönelik uzun süredir devam eden tavsiyelere rağmen, genel klinik uygulamada dental anksiyete ölçümlerinin kullanımının sınırlı olduğu görülmektedir (21,22). Dental anksiyete yönetimi, öncelikle diş hekiminin anksiyetenin varlığını tespit etmede etkili olmasını gerektiren özel bir tedavi yaklaşımı gerektirir (23). Korkan bir hastanın tespiti çeşitli noktalarda gerçekleşebilse de, bir diş hekimi bir hastanın korkmuş olduğunu ne kadar erken belirleyebilirse, hastayla çalışırken başarılı olma olasılığı o kadar artar (16).

Dental kaygı ve korkunun diş hekimleri tarafından uygun şekilde taranması, hangi tedavi yaklaşımlarının benimseneceğini belirleyecektir ve hasta kaygısının yönetilmesinde temel bir ilk adımdır. Yukarıda belirtildiği gibi, diş hekiminin hastaya sorduğu sorulara ek olarak yapılandırılmış, psikometrik olarak geçerli

bir ölçek kullanılması önerilir. Bu amaçla ücretsiz olarak temin edilebilen, hem yetişkinler hem de çocuklar için kullanılabilen çeşitli araçlar vardır (24-26). Örneğin, Modifiye Dental Anksiyete Ölçeği (MDAS) beş madde içerir, güvenilirdir ve uygulanması hızlıdır (27). Diğer bir ölçek olan Dental Anksiyete ve Korku İndeksi (IDAF-4C +), diş korkusunun fizyolojik, bilişsel, duygusal ve davranışsal bileşenlerini ölçen sekiz maddelik bir modül ve olası özel ilgi alanlarını değerlendirmek için tasarlanmış ek 10 maddelik bir uyarıcı modülü içerir (28). Ölçek, diğer ölçeklerle karşılaştırılır, dental kaygının etkili bir şekilde taranması için kullanılabilir kadar kısadır ve garanti edildiği düşünülürse belirli endişelerin ek olarak araştırılmasına izin verecek kadar esneklik. Dental korku ölçeklerini kullanmanın endişeli veya endişeli olmayan hastalarda endişe yaratmadığına dair kanıtlar vardır (29). Ayrıca, dental kaygıyı resmi olarak değerlendirmeme kararı alınsa bile, korkan hastaların tedavisinden önce diş korku düzeylerini bildirmelerinin istenmesi, hastaların durumluk kaygı düzeylerini azaltabilir (30).

KAYGI YÖNETİMİ UYGULAMALARINI BELİRLENEN KAYGI DÜZEYLERİYLE EŞLEŞTİRME

Genel olarak, bir hasta sadece hafif bir kaygı sergiliyorsa ve başka komplikasyonlar olmadan ortaya çıkıyorsa, güvene dayalı bir ilişki kurarak ve diş tedavisi hakkında gerçekçi bilgiler sağlayarak onlara yardım edilebileceği kabul edilir (31). Hastaya tedaviyle ilgili kontrol ve öngörülebilirlik duygusu sağlamak gibi nispeten basit kaygı azaltma stratejileri de kullanılabilir.

Ya daha fazla kaygıya da artan tedavi ihtiyacı, diğer kaygı yönetimi yaklaşımlarını gerektirebilir (31). Hafif veya orta derecede kaygısı olan ancak daha fazla akut tedavi ihtiyacı olan kişiler, dikkat dağıtma, gevşeme gibi stratejilerin kullanımına ek olarak spesifik farmakolojik desteğe (nitroz oksit veya oral sedasyon gibi) ihtiyaç duyabilir. Yüksek düzeyde kaygı, sistematik duyarsızlaştırma, bilişsel yeniden yapılandırma veya hipnoz gibi bir tür bilişsel-davranışsal müdahaleyi (belki bir psikoloğa havale yoluyla) gerektirebilir. Bu daha karmaşık yaklaşımlar, endişeli hastanın iyi gelişmiş psikolojik uygulamalar kullanılarak tedavi edilmesini içerir ve başarılı bir şekilde uygulanabilmeleri için ek eğitim gerektirebilir.

Tedavi ihtiyacının aciliyetinin yüksek olduğu durumlarda, yüksek kaygı düzeylerine ek olarak, hasta yönetimine olası yaklaşımlar intravenöz sedasyon, bilinçli sedasyon veya genel anestezi (GA) içerebilir. GA altında cerrahi, son tedavi seçeneği olarak görülmelidir, çünkü bunun çok endişeli hastalara acil tedavi ihtiyaçlarını karşılamada ötesinde herhangi bir fayda sağladığına dair bir

kanıt yoktur, ancak artan diş hekimi korkusu ve kaygısı gibi olumsuz yansımaları olabilir (32,33). Bununla birlikte, bazı durumlarda, özellikle bir hasta şiddetli ağrı çekiyorsa veya ağız sağlığının önemli ölçüde bozulmasına bağlı olarak ağız fonksiyon bozukluğu çekiyorsa, sedasyon altında ilk diş tedavisi endike olabilir (34).

Güven ve Kontrolü Artırma

Korkan bireyler diş tedavisi almayı düşündüklerinde hem hasta hem de diş hekimi açısından karşılıklı bir çabanın gerekli olduğunu ve tarafların tedavinin sorunsuz ilerlemesi için çaba sarf etmesi gerektiğini düşünmektedirler.

Uyum ve İletişim

Diş hekimi korkusuyla ilgili yapılan araştırmalarda, hasta memnuniyeti ve kaygının azaltılması için diş hekimi özelliklerine odaklanılmıştır. Corah ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada hasta memnuniyetinin kısmen hastaların diş hekimleriyle hissettikleri uyumla ilişkili olduğunu bulmuşlardır (35). Spesifik olarak, diş hekimlerinin güler yüzlülüğü ve hastalara moral desteği sağlaması, hastaların tedavilerinden memnuniyetlerinde önemli faktörlerdendir. Anksiyeteyi azaltmada hastalar en çok diş hekimlerinin ağrıyı önleme konusundaki açık ifadelerinin etkili olduğunu düşünmektedirler (36,37).

Hamasaki ve arkadaşları, diş hekimleriyle iletişimleri konusunda olumlu hisseden hastaların, diş hekimlerinin iletişimleri hakkında daha az olumlu hissedenlere göre memnuniyetle ilgili daha iyi sonuçlara ve daha az korkuya sahip olduklarını bulmuşlardır (38).

İyi iletişimin temel unsurları, etkili iki yönlü etkileşim kurmayı, hastanın endişelerini gerçekten kabul etmeyi (reddetmek yerine), sözlü olmayan ipuçlarına dikkat etmeyi, etkili dinlemeyi ve hastanın söylediklerini doğru bir şekilde yansıtmayı, empati göstermeyi ve uygun şekilde kullanmayı içerir. İyi iletişimin geliştirilmesiyle ilgili olarak, diş hekiminin davranışı, tutumu ve iletişimsel duruşuyla hastayı sakinleştirmeyi amaçlayan sistematik bir yaklaşımı içeren 'iatrosedatif teknik' adı verilen teknik vardır (39,40). Daha basit bir ifadeyle iatrosedasyon, diş hekimi ile hasta arasında bir anlayış ve güven bağı oluşturan bir iletişim sürecidir (41). Uyum, iletişim ve güven, herhangi bir kaygı yönetimi yaklaşımının belkemiğini oluşturur.

Hastanın Bilgilendirilmesi

Hastalara prosedürler hakkında bilgi verilmesi, hastaların tedavi hakkında sahip olabileceği, hangi duyuların beklenebileceği ve beklenen tedavi

süresi gibi yanlış anlamaların düzeltilmesine yardımcı olabilir. Bu tür bilgiler, tedavi sırasında öngörülebilirlik duygusunu artırmada da yardımcı olur. Bilgi sağlamanın yararlılığı genellikle verilen bilginin türüne, ne zaman verildiğine ve hastaların bilgi tercihlerine bağlıdır (42). Hastalara verilen bilgi türleri arasında bir ayırım yapılmalıdır. Duyusal bilgi hastalara ne hissetmeyi bekleyebileceklerini (örn. basınç, titreşimler) söylerken, prosedürel bilgi hastalara prosedürün hangi bölümlerinin gerçekleşeceğini söyler (örn. lokal anesteziğin uygulanması, ardından rubber dam yerleştirilmesi, ardından el aletleri). Bazı hastalar genellikle randevunun başında prosedür hakkında bilgi sahibi olmayı tercih ederken, diğerleri randevu ilerledikçe tercih edebilir. Diş hekimleri, prosedüre başlamadan önce hastalara ne tür bilgileri ne zaman tercih edeceklerini sorarak doğru zamanda doğru miktarda bilgi verilmesini sağlar.

Kontrol Sağlama

Söyle-göster-yap

Belirsizliği azaltmanın ve öngörülebilirliği artırmanın bir yolu, 'söyle-göster-yap' tekniğini kullanmaktır. Bu, ne olmak üzere olduğunun, hangi araçların kullanılacağı ve bunun nedenlerinin ('anlatma' aşaması) bir açıklamasını ve ardından tedavinin bir gösterimini ('gösteri' aşaması) içerir. Daha sonra prosedür uygulanarak 'yap' aşaması başlatılır (43-48). Söyle-göster-yap yönteminin, daha önce diş hekimliği deneyimi olan çocuklar için daha az yararlı olmasına rağmen, yeni çocuk hastalarda beklenti kaygısını azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir (49).

'Söyle-göster-yap' tekniği başlangıçta çocuklarda kullanılmak üzere geliştirilmiş olsa da, hem kontrol hem de öngörülebilirlik duygusunu geliştirebileceği endişeli yetişkinlere de uygulanabilir. Yetişkinlerle kullanıldığı bildirilen bir varyasyon, karşılıklı işbirliği durumu oluşturmayı amaçlayan 'açıkla-sor-göster-yap'tır. Bu varyasyonda, her bir anahtar aşama, diş hekiminin ne olmasını istediğini açıklamayı veya hastanın bakımında bir sonraki adımı önermeyi, hastanın sahip olabileceği soruları yanıtlamayı ve ardından, hasta ihtiyaç duyduğu tüm bilgileri aldıktan sonra, sormayı içerir. Bu süreç, aynı anda hem fiziksel hem de duygusal olarak hastanın şu anda bulunduğu yere saygı gösterirken, hastanın korkularını ve fobilerini ilerleme arzusunun karşı dengelemeye çalışır. Ancak, bu yaklaşımın etkinliğine dair bilinen bir araştırma bulunmamaktadır.

Dinlenme Molaları

Diş hekimi veya hasta bir tedavi sırasında molalar verebilir. Diş hekimi korkusu olan birçok kişi, 'artık dayanamayana' kadar bir tedaviye devam etme ihtiyacı hisseder ve bu noktada hastaların tedaviye devam edecek kadar kendilerini sakinleştirmeleri daha zordur. Hasta bir dinlenme molası başlattığında tedaviyi duraklatabilmek hastanın tedavi üzerindeki kontrol duygusunu artırabilir. Diş hekimleri, randevularının başlangıcında hastalarına (hastaların) tedavinin herhangi bir anında ara vermek istediklerini belirtebileceklerini bildirdiğinden emin olmalıdır.

Diş hekimi tarafından başlatılan dinlenme molaları, iddialı olmayan veya bir randevuyu olabildiğince çabuk "geçirmek" isteyen hastaları tedavi ederken özellikle yararlıdır. Bazı hastalar 'zor' bir hasta gibi görünme korkusuyla dinlenme molası talep etmek istemezler. Diş hekimleri dinlenme aralarını önceden planlayabilir; hastaya beş dakika çalışacaklarını söylemek, ardından bir dakika ara vermek gibi. Bu, hastanın saati izleyebildiği ve yaklaşmakta olan molayı tahmin edebildiği için, hastanın tedavi üzerindeki öngörülebilirlik ve kontrol duygusunu artırır. Alternatif olarak, herhangi bir nedenle tedaviye ara verildiğinde hastalara kısa molalar (ağızlarını kapatma ve dinlenme dahil) verilebilir.

Sinyal verme

Diş hekimine, tedaviyi durdurması için işaret verebilmek, hasta ile diş hekimi arasında iletişim ve güven oluşturmanın önemli bir yoludur. Hastanın prosedürü durdurmak istediğini diş hekimine bildirmek için bir işaret el kaldırmak kadar basit olabilir. Spesifik sinyaller önceden belirlenebilir; örneğin kaldırılmış bir el, dur anlamına gelir, kaldırılmış bir işaret parmağı ise asistandan aspirasyon cihazını kullanmasını isteyebilir (bir alternatif, hastanın kendi aspirasyonunu kontrol etmesine izin verilmesidir). sinyal vermenin temel bileşeni, iletişimi kolaylaştırmak ve klinisyenin sinyallerine uygun şekilde yanıt vereceğine dair hastanın güvenini arttırmaktır (50).

Kaygıyı Yönetmeye Yönelik Diğer Psikolojik Yaklaşımlar

Bilgi verme, söyle-göster-yap ve sinyal verme gibi nispeten basit tekniklere ek olarak, klinikte kullanılabilecek dental kaygı ve korkuyu yönetmek için çeşitli psikolojik yaklaşımlar vardır. Bunların karmaşıklığı, gerçekleştirmesi nispeten kolay olanlardan özel eğitim gerektiren diğerlerine kadar değişir.

Dikkati Başka Yöne Çekme

Diş kliniğinde dikkati belirli alternatif görsel veya işitsel uyaranlara odaklamanın hafif ile orta derecede diş kaygısı olan hastalar için faydalı olabileceğine dair kanıtlar vardır. Klinisyen için arka plan müziğinden televizyon setlerine, bilgisayar oyunlarına ve film izlemek için 3D video gözlüklerine kadar çeşitli seçenekler mevcuttur (51,52).

Pozitif Takviye

Özellikle çocuklarla ilgili olarak, aynı zamanda yetişkinler için de, küçük somut ödüller veya sözlü onay açısından olumlu pekiştirme, işbirliği veya uygun davranış için yararlı bir teşvik sağlayabilir. Olumlu pekiştirme ve özellikle olumlu geri bildirim, çocuklara diş bakımı sağlarken evrensel olarak kabul edilen bir davranış yönetimi tekniği olarak kabul edilir (53).

Diyafram veya Gevşeme Solunumu

Hemen hemen her korkan hasta için faydalı olduğuna inanılan bir egzersiz, tempolu nefes alma yoluyla gevşemedir (21). Gevşeme nefesine veya diyafragmatik nefese eşlik eden fizyolojik değişiklikler, endişeli bireyleri karakterize eden acil 'savaş ya da kaç' tepkisinin etkili bir şekilde karşılığıdır ve bu nedenle onunla bağdaşmaz (54). Aynı anda gergin olmak ve karından nefes almak zordur (55). Bu nedenle, gevşeme nefesi, kaygıyla mücadele etmek için çok çeşitli durumlarda etkili bir şekilde kullanılmıştır.

Aşamalı Kas Gevşemesi

Progresif kas gevşemesi, başlangıçta birkaç on yıl önce geliştirilen ve daha sonra terapistler ve araştırmacılar tarafından kullanılmak üzere standardize edilen sistematik bir tekniktir (56). Çeşitli anksiyete bozukluklarını yönetmek ve tedavi etmek için yaygın ve başarılı bir şekilde kullanılmıştır (57). Ayrıca, diş kaygısı olan kişilerin tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir. Örneğin, bir bilişsel terapi ile karşılaştırıldığında, progresif kas gevşemesinin diş hekimi korkusu ve genel kaygıda daha belirgin bir azalmaya yol açtığı bulunmuştur (58).

Bilişsel Yeniden Yapılandırma

Dikkat dağıtma ve güdümlü imgeleme hastanın dikkatini korku uyandıran durumdan uzaklaştırmayı amaçlarken, bilişsel yeniden yapılandırma bunun yerine kişinin olumsuz bilişlerinin içeriğini değiştirmeyi ve yeniden yapılandırmayı ve ayrıca kişinin bu tür düşünceler üzerindeki kontrolünü artırmayı amaçlar. Süreç, genellikle diş hekimi korkusuyla ilişkilendirilen yanlış yorumlamaları ve yıkıcı

düşünceleri tanımlamayı, hastanın kanıtlarını sorgulamayı ve ardından bunları daha gerçekçi düşüncelerle değiştirmeyi içerir (58-60).

Sistemantik Duyarsızlaştırma

Sistemantik duyarsızlaştırma, korkan bir kişiyi, diş hekimliğinin korkutucu bulunduğu yönüne kademeli olarak maruz bırakırken, kaygılarını azaltmak için gevşeme stratejilerini kullanmaya teşvik etmeyi içerir. Örneğin, enjeksiyondan korkan bir hasta için, diş hekimi önce ona şırıngayı gösterebilir ve parçalarını ve amacını açıklayabilir (örneğin çoğu diş şırıngası, ağzın arka kısmına erişim sağlamak için uzun ve incedir). Hasta şırıngayı çok az veya hiç endişe duymadan görebilir ve tutabilir. Daha sonra, diş hekimi, enjeksiyonu simüle etmek için şırıngayı iğne kapaklı olarak hastanın ağzına yerleştirebilir ve şırıngayı tipik bir enjeksiyon uzunluğu boyunca yerinde tutabilir. Hasta, bu egzersizin neden olduğu kaçınılmaz kaygıyı yönetmek için gevşeme stratejilerini kullanmaya teşvik edilmelidir. Ve bu adım, hasta çok az kaygı ifade edene veya hiç kaygı göstermeyene kadar tekrarlanır.

Hipnoz

Hipnoz, amaçlanan bir etkiyi uyandırmak için fikirlere ve görüntülere konsantre olmalarını isteyerek bir kişinin algılarını, duygularını, düşüncelerini ve davranışlarını etkilemeye çalıştığı etkileşimli bir süreç olarak tanımlanmıştır (61). Hipnoz sırasında kişi, kişinin düşüncelere daldığı, hayallere daldığı veya kendini bir kitaba kaptırdığı zamanki deneyimden tamamen farklı olmayan, dış uyaranlara odaklanmış dikkat ve dikkatsizlik ile karakterize edilen belirli bir zihin çerçevesine girer (14). Hipnoz çok sayıda diş sorunu için kullanılabilirken, diş kaygısını yönetmedeki faydası, hastaya davranışsal, bilişsel veya duygusal değişimle sonuçlanan 'telkinler' verilebilmesidir. Spesifik olarak, dental kaygının neden geliştiğini anlamak, geçmiş deneyimlerle ilgili duyguları çözmek, prova yapmak ve gelecekteki tedavileri duyarsızlaştırmaya yardımcı olmak, utancın üstesinden gelmek için kullanılabilir ve lokal anestetikleri tamamlamak için kullanılabilir (14). Hipnoz, standart bir üniversite müfredatında sağlananın ötesinde özel eğitim ve deneyim gerektirir (62).

Kaygıyı Yönetmede Klinik Uygulama ve Tedavi Yaklaşımları

Klinik Ortamı

Bazı hastaların diş ortamının ayırt edici görüntülerini, seslerini, kokularını ve duyumlarını kaygı ve ağrı beklentisiyle ilişkilendirdiğine inanılmaktadır (63).

Bu stres tetikleyicilerini azaltmanın, kaygılı hastaları yönetmek için etkili bir prosedür olduğu öne sürülmüştür (64,65). Gerçekten de araştırmalar, görünüm ve koku dahil olmak üzere klinik ortamının değişen yönlerinin algılanan kaygı üzerinde etkili olabileceğini bulmuştur. Örneğin, Birleşik Krallık'ta yürütülen randomize kontrollü bir çalışma, planlanmış bir randevuyu beklerken lavanta kokusuna maruz kalan diş hastalarının, kontrol hastalarına göre daha düşük durum kaygısı sergilediğini buldu (65). Fiziksel çevreyi değiştirmek de kaygıyı etkileyebilir. Örneğin, diş kaygısı olan öğrenciler üzerinde yapılan bir araştırma, çıplak duvarlar yerine süslü ofisleri tercih ettiklerini ortaya koymuştur (66).

Tedavi İçin Alternatif Yöntemler

Atravmatik restoratif tedavi (ART), air abrazyon ve lazerler gibi daha yeni restoratif diş hekimliği yöntemlerinin diş hekimliğinin ağrılı veya rahatsız edici bazı yönlerini azaltabileceği, dolayısıyla tedavi sırasında kaygı ve ağrı korkusunu azaltabileceği iddia edilmiştir (64). Standart bir döner aletin gürültüsü, titreşimi, rahatsızlığı veya acısı ile ilgili endişe duyan kişiler için, air abrazyon başka bir değerli alternatif sunar. Ayrıca birçok endişeli çocuk ve yetişkin için endişe kaynağı olan anestezi ihtiyacını azaltır.

Tedavinin Planlanması

Çok endişeli kişiler için tedavi planlamasının hem esnek olması hem de hastaya aşamalı olarak tanıtılması tavsiye edilir (21). Buradaki önemli unsur, gerekli tedavinin kapsamı da dahil olmak üzere diş hekimi ziyaretinde endişeli kişileri bunaltmamaktır (67). Tedavi aşamalarının sırası ve zamanlaması esnek olmalıdır. Bu, bir hasta bir tedavi seansı sırasında yüksek düzeyde stres veya korku göstermeye başlarsa, tedaviyi durdurmanın ve gelecekteki randevular için karşılıklı ve daha gerçekçi hedefler belirlemenin tavsiye edilebileceği anlamına gelir (62).

Tedavi dizisinin en az korku uyandıran, ağrılı ve travmatik tekniklerle başlaması önerilir (62). Başlangıç tedavi aşaması, hastanın tedaviyi tolere etme yeteneğini artırmak ve hastayı diş ortamına duyarsızlaştırmak için tasarlanan prosedürlerle sınırlandırılmalı ve diş hekimi ile güven oluşturmaya yardımcı olmalıdır (21).

Randevuların Planlanması

Genellikle korkan kişilerin randevularını aceleyle gelmedikleri veya stresli olmadıkları bir zamana ayarlamaları önerilir. Sabahın erken saatleri genellikle iyi bir zamandır, çünkü hastanın bütün gün tedavi hakkında stres yapmasını önler ve hasta kliniğe geldiğinde muayenede bir gecikme olması ihtimalini ortadan

kaldırır. Kaygılı hastanın ilk randevuya yakın bir arkadaşını veya akrabasını getirmesi, sosyal desteği olması açısından faydalı olabilir.

SONUÇ

Diş hekimleri, düşük veya orta derecede korku yaşayan birçok kişinin iyi iletişim becerileri, empati, dikkatli tedavi ve gevşeme veya dikkat dağıtma gibi bazı temel farmakolojik olmayan yaklaşımlarla etkili bir şekilde yönetilebileceğini görebilirler.

Diş hekimliğinde bir hastada işe yarayan bir başka hastada işe yaramayabilir. Geçmişleri ve endişeleri nedeniyle özel bir yönetim ve tedavi yaklaşımı gerektirecek endişeli bireylerle uğraşırken esnekliğe ihtiyaç vardır.

Dental kaygısı olan kişiler için burada önerilen bazı teknikler, kaygı düzeyleri ne olursa olsun tüm hastalara faydalı olacaktır. İyi iletişim becerileri, yakınlık kurma ve kontrol sağlama gibi temel prosedürler, tüm hastalar için standart bir yaklaşım olmalıdır ve karşılıklı saygılı bir diş hekimi-hasta ilişkisine ve artan hasta memnuniyetine önemli ölçüde katkıda bulunması beklenmelidir. Diş hekimliği pratiği, basitten çok karmaşığa değişen bir dizi klinik becerinin kullanılmasını gerektirirken, diş hekimliği özünde diş hekimi ile hasta arasındaki etkileşimi içermektedir.

KAYNAKÇA

1. Armfield JM, Spencer A, Stewart JF. Dental fear in Australia: who's afraid of the dentist? *Australian Dental Journal*. 2006;51(1): 78-85.
2. Schuller AA, Willumsen T, Holst D. Are there differences in oral health and oral health behavior between individuals with high and low dental fear? *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2003;31(2): 116-121.
3. Pohjola V, Lahti S, Vehkalahti MM, vd. Association between dental fear and dental attendance among adults in Finland. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2007;65(4): 224-330.
4. Brahm CO, Lundgren J, Carlsson SG, vd. Dentists' views on fearful patients. Problems and promises. *Swedish Dental Journal*. 2012;36(2): 79-89.
5. Eitner S, Wichmann M, Paulsen A, vd. Dental anxiety—an epidemiological study on its clinical correlation and effects on oral health. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2006;33(8): 588-593.
6. Armfield JM, Slade GD, Spencer AJ. Dental fear and adult oral health in Australia. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2009;37(3): 220-230.
7. Klepac RK, Dowling J, Hauge G. Characteristics of clients seeking therapy for the reduction of dental avoidance: Reactions to pain. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1982;13(4): 293-300.
8. Berggren U, Meynert G. Dental fear and avoidance: Causes, symptoms, and consequences. *Journal of the American Dental Association* (1939). 1984;109(2): 247-51.
9. 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): 1-15.
10. American Psychiatric Association A, Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC: American psychiatric association; 2013.

Güncel Restoratif Çalışmaları II

11. Van Wijk AJ, Hoogstraten J. Anxiety and pain during dental injections. *Journal of Dentistry*. 2009;37(9): 700-704.
12. Van Wijk A, Makkes P. Highly anxious dental patients report more pain during dental injections. *British Dental Journal*. 2008;205(3): E7-E.
13. Maggiriias J, Locker D. Psychological factors and perceptions of pain associated with dental treatment. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2002;30(2): 151-9.
14. Weiner AA. *The fearful dental patient: A guide to understanding and managing*. John Wiley & Sons; 2011.
15. Van Wijk AJ, McNeil DW, Ho CJ, vd. A short English version of the Fear of Dental Pain questionnaire. *European Journal of Oral Sciences*. 2006;114(3): 204-8.
16. Weinstein P, Milgrom P, Heaton LJ. *Treating fearful dental patients: A patient management handbook*. Dental Behavioral Resources; 2009.
17. Armfield JM, Slade GD, Spencer AJ. Cognitive vulnerability and dental fear. *BMC Oral Health*. 2008;8(1): 1-11.
18. Armfield J. The extent and nature of dental fear and phobia in Australia. *Australian Dental Journal*. 2010;55(4): 368-77.
19. Locker D, Liddell A, Shapiro D. Diagnostic categories of dental anxiety: A population-based study. *Behaviour Research and Therapy*. 1999;37(1): 25-37.
20. Gawkrödger D. Investigation of reactions to dental materials. *British Journal of Dermatology*. 2005;153(3): 479-85.
21. Milgrom P, Weinstein P. Dental fears in general practice: New guidelines for assessment and treatment. *International Dental Journal*. 1993;43(3): 288-293.
22. Heaton LJ, Carlson CR, Smith TA, vd. Predicting anxiety during dental treatment using patients' self-reports: Less is more. *The Journal of the American Dental Association*. 2007;138(2): 188-195.
23. Sharif MO. Guest Editorial-Dental anxiety: Detection and management. *SciELO Brasil*; 2010.
24. Newton JT, Buck DJ. Anxiety and pain measures in dentistry: A guide to their quality and application. *The Journal of the American Dental Association*. 2000;131(10): 1449-1457.
25. Armfield JM. How do we measure dental fear and what are we measuring anyway? *Oral Health & Preventive Dentistry*. 2010;8(2).
26. Porritt J, Buchanan H, Hall M, vd. Assessing children's dental anxiety: A systematic review of current measures. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2013;41(2): 130-42.
27. Humphris GM, Morrison T, Lindsay S. *The modified dental anxiety scale: Validation and United Kingdom norms*. Community Dental Health. 1995.
28. Armfield JM. Development and psychometric evaluation of the Index of Dental Anxiety and Fear (IDAF-4C+). *Psychological Assessment*. 2010;22(2): 279.
29. Humphris GM, Hull P. Do dental anxiety questionnaires raise anxiety in dentally anxious adult patients? A two-wave panel study. *Primary Dental Care*. 2007(1): 7-11.
30. Dailey YM, Humphris G, Lennon M. Reducing patients' state anxiety in general dental practice: A randomized controlled trial. *Journal of Dental Research*. 2002;81(5): 319-322.
31. De Jongh A, Adair P, Meijerink-Anderson M. Clinical management of dental anxiety: What works for whom? *International Dental Journal*. 2005;55(2): 73-80.
32. Gazal G, Mackie I. Distress related to dental extraction for children under general anaesthesia and their parents. *European Journal of Paediatric Dentistry*. 2007;8(1): 7-12.
33. Klaassen M, Veerkamp J, Hoogstraten J. Dental treatment under general anaesthesia: The short-term change in young children's oral-health-related quality of life. *European Archives of Paediatric Dentistry*. 2008;9(3): 130-137.
34. Öst LG, Skaret E. *Cognitive behavioral therapy for dental phobia and anxiety*. Wiley Online Library; 2013.
35. Corah NL, O'Shea RM, Bissell GD, vd. The dentist-patient relationship: Perceived dentist behaviors that reduce patient anxiety and increase satisfaction. *Journal of the American Dental Association (1939)*. 1988;116(1): 73-6.

Güncel Restoratif Çalışmaları II

36. Liddell A, Ackerman C, Locker D. What dental phobics say about their dental experiences. *Journal (Canadian Dental Association)*. 1990;56(9): 863-866.
37. Corah NL. Dental anxiety: Assessment, reduction and increasing patient satisfaction. *Dental Clinics of North America*. 1988;32(4): 779-90.
38. Hamasaki T, Soh I, Takehara T, Hagihara A. Applicability of both dentist and patient perceptions of dentists' explanations to the evaluation of dentist-patient communication. *Community Dental Health*. 2011;28(4): 274-279.
39. Friedman N. Iatrosedation: The treatment of fear in the dental patient. *Journal of Dental Education*. 1983;47(2): 91-95.
40. Friedman N, Wood G. An evaluation of the iatrosedative process for treating dental fear. *Compendium of Continuing Education in Dentistry (Jamesburg, NJ: 1995)*. 1998;19(4): 434-440.
41. Malamed SF. *Sedation: A clinical guide to patient management*. Missouri: Mosby. 2010.
42. Kent G. *Achieving oral health: The social context of dental care*. Wright. 1998.
43. Wright F, Giebartowski J, McMurray N. A national survey of dentists' management of children with anxiety or behaviour problems. *Australian Dental Journal*. 1991;36(5): 378-383.
44. Buchanan H, Niven N. Self-report treatment techniques used by dentists to treat dentally anxious children: A preliminary investigation. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2003;13(1): 9-12.
45. Eaton JJ, McTigue DJ, Fields HW, vd. Attitudes of contemporary parents toward behavior management techniques used in pediatric dentistry. *Pediatric Dentistry*. 2005;27(2): 107-113.
46. Kantaputra P, Chiewcharnvalijkit K, Wairatpanich K, vd. Children's attitudes toward behavior management techniques used by dentists. *Journal of Dentistry for Children*. 2007;74(1): 4-9.
47. de León JL, Jimeno FG, Dalmau L. Acceptance by Spanish parents of behaviour-management techniques used in paediatric dentistry. *European Archives of Paediatric Dentistry*. 2010;11(4): 175-178.
48. Muhammad S, Shyama M, Al-Mutawa SA. Parental attitude toward behavioral management techniques in dental practice with schoolchildren in Kuwait. *Medical Principles and Practice*. 2011;20(4): 350-355.
49. Carson P, Freeman R. Tell-show-do: Reducing anticipatory anxiety in emergency paediatric dental patients. *International Journal of Health Promotion and Education*. 1998;36(3): 87-90.
50. Singh H, Meshram G, Warhadpande M, vd. Effect of 'Perceived control'in management of anxious patients undergoing endodontic therapy by use of an electronic communication system. *Journal of Conservative Dentistry: JCD*. 2012;15(1): 51.
51. Klassen JA, Liang Y, Tjosvold L, vd. Music for pain and anxiety in children undergoing medical procedures: A systematic review of randomized controlled trials. *Ambulatory Pediatrics*. 2008;8(2): 117-128.
52. Kim YK, Kim SM, Myoung H. Musical intervention reduces patients' anxiety in surgical extraction of an impacted mandibular third molar. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2011;69(4): 1036-1045.
53. Roberts J, Curzon M, Koch G, vd. Behaviour management techniques in paediatric dentistry. *European Archives of Paediatric Dentistry*. 2010;11(4): 166-174.
54. Benson H, Greenwood MM, Klemchuk H. The relaxation response: Psychophysiologic aspects and clinical applications. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 1975;6(1-2): 87-98.
55. Bourne EJ. *The anxiety and phobia workbook*: New Harbinger Publications; 2011.
56. Bernstein DA, Borkovec TD. *Progressive relaxation training: A manual for the helping professions*. 1973.
57. Conrad A, Roth WT. Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how? *Journal of Anxiety Disorders*. 2007;21(3): 243-264.
58. Berggren U, Hakeberg M, Carlsson SG. Relaxation vs. cognitively oriented therapies for dental fear. *Journal of Dental Research*. 2000;79(9): 1645-1651.

Güncel Restoratif Çalışmaları II

59. De Jongh A, Muris P, Ter Horst G, vd. One-session cognitive treatment of dental phobia: Preparing dental phobics for treatment by restructuring negative cognitions. *Behaviour Research and Therapy*. 1995;33(8): 947-954.
60. Willumsen T, Vassend O, Hoffart A. A comparison of cognitive therapy, applied relaxation, and nitrous oxide sedation in the treatment of dental fear. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2001;59(5): 290-296.
61. Heap M. Defining hypnosis: The UK experience. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 2005;48(2-3): 117-22.
62. Logan H, Marek C, Stefanac S, vd. *Treatment planning in dentistry*. 2007.
63. Shapiro M, Melmed RN, Sgan-Cohen HD, vd. Behavioural and physiological effect of dental environment sensory adaptation on children's dental anxiety. *European Journal of Oral Sciences*. 2007;115(6): 479-83.
64. Walsh L. Dental anxiety: Causes, complications and management approaches. *International Dentistry SA Australasian Edition*. 2007;2(4): 40-48.
65. Kritsidima M, Newton T, Asimakopoulou K. The effects of lavender scent on dental patient anxiety levels: A cluster randomised-controlled trial. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2010;38(1): 83-87.
66. Bare LC, Dundes L. Strategies for combating dental anxiety. *Journal of Dental Education*. 2004;68(11): 1172-1177.
67. Bernson JM, Elfström ML, Berggren U. Self-reported dental coping strategies among fearful adult patients: Preliminary enquiry explorations. *European Journal of Oral Sciences*. 2007;115(6): 484-490.