



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**

Hasta psikolojisi ve diş hekimi ile hasta arasında etkin iletişim.

Restoratif Diş Tedavisi Ana Bilim Dalı

ALP KUTLU ŞEN

0801160009

Danışman

Prof. Dr. Can DÖRTER

Nisan 2021

BİTİRME TEZİ

İSTANBUL

Teşekkür:

Tezimi yazma sürecimde her daim yanımda olup fikirlerini benimle paylaşan değerli hocam Prof. Dr. Can Dörter'e,

Hayatımın en durgun ve en çalkantılı dönemlerinde her daim yanımda olan ailem ve dostlarıma

Teşekkür Ederim.

İçindekiler:

TEŞEKKÜR.....	1
İÇİNDEKİLER.....	2
ÖZET.....	4
ABSTRACT.....	5
GİRİŞ.....	6
1.Hasta Psikolojisi.....	7
1.1. Giriş.....	7
1.2 Anksiyete ve Fobili Hastalar.....	8
1.2.1. Anksiyete ve Fobinin Oluşma Biçimleri.....	9
1.2.2. Anksiyeteli ve Fobili Hastaları Tespit Etmek.....	9
1.2.3. Anksiyete ve Fobili Hastalar için Farmakolojik olmayan çözümler.....	10
1.3. Ağrı ve Psikolojik Etkileri.....	12
1.3.1. Ağrılı Hastaların Psikolojisi.....	12
1.3.2. Ağrının Algılanmasında Psikoloji.....	13
1.3.3. Ağrı ve Komorbiditeler.....	14
1.4. Hasta Beklentileri ve Hasta Memnuniyeti.....	15
1.5. Bazı Kronik Hastalıklar.....	17
1.5.1. Psikiyatrik Bozukluklar.....	17
1.5.1.1. Depresyon.....	18
1.5.1.2. Bipolar Bozukluk.....	18
1.5.1.3. Şizofreni.....	19
1.5.2. Otizm Spektrum Bozukluğu.....	19
1.5.3. Madde Bağımlılığı.....	20
1.5.3.1 Madde Bağımlılığı Davranışlar Üzerine Etkisi.....	21
1.5.3.2. Madde Bağımlılığının Ağız ve Diş Sağlığı Üzerine Etkileri.....	21
1.5.3.3. Madde Bağımlılığı ve Diş Hekimliği.....	22

2. Diş Hekimi ile Hasta Arasında Etkin İletişim.....	23
2.1. Diş Hekimi-Hasta İlişkileri Modelleri.....	23
2.2. Diş Hekimi ve Hasta Arasındaki İletişim.....	24
2.3. Diş Hekimi ve Hasta Arasındaki İlişkide Güven.....	25
2.4. Diş Hekimi ve Hasta Arasında Etkin İletişim.....	26
SONUÇ.....	28
KAYNAKÇA.....	29

ÖZET:

Diş hekimleri tarafından hasta psikolojisini anlamak; kurulan iletişimde, hastaların beklentilerinin yönetilmesinde ve sonuç olarak hasta memnuniyetinde kilit rol oynar. Diş hekimliği pratiğinde rastlanabilecek bir takım hasta grupları- dental anksiyeteli, fobili, davranışları etkileyen çeşitli kronik hastalıkları olan hastalar- normal olarak tabir edilen hastalardan daha çok dikkat, zaman ve bakım isterler. Doğru iletişim becerileri ve teknikleriyle bu hastalara güvenli, rahat ve tedavileri sevdirebilecek ortamlar yaratmak mümkündür.

Hastalar, diş hekimlerinin anlattıkları kadar yapılan işlemleri anlarlar ve diş hekimlerini iletişim becerilerine göre değerlendirirler. Hasta ve diş hekimi arasındaki ikili güven bağı kurulmasıyla ilişkilerin boyutu değişir ve etkin iletişim kurabilmek için ortam sağlanır. Bu güven bağı kurabilmek için diş hekimleri çeşitli davranışlarda bulunmalı ve hastalarının problemlerine kulak vermelilerdir.

Abstract:

For dentists, understanding patient psychology is key to establishing positive communications, managing patient expectations, and consequently making patients satisfied with the services dentists provide. There are some patients, who have dental anxiety, phobias, patients with chronic illnesses that affect their behaviors, who require elevated attention, time allocation, and care. Through adequate communication skills and techniques, it is possible for dentists to make these patients feel safe, comfortable and make them like the treatments they receive.

Patients understand the treatment they receive as much as their dentists tell them about and critique their dentists according to their dentists' communication skills. Establishing a bilateral trust evolves the relationship between the dentist and the patient and makes it possible to communicate effectively. To establish this trust bond between dentists and patients, dentists should act accordingly and listen to their patients carefully.

Giriş:

Diş hekimi ile hasta arasında etkin bir iletişim kurulabilmesi için hasta psikolojisinin iyi anlaşılması önemlidir. Hastaların davranışları, tavırları, kişilik özellikleri ve bunların toplamı hasta psikolojisini oluşturur.[1]. Hastaları diş hekimine gelmeye motive eden durumlar olduğu gibi hastaların diş hekiminden kaçmalarına neden olan durumlar da vardır. Hastaların diş hekimine gelme engellerinden biri olan ve neredeyse her iki hastanın birinde görülen dental anksiyete, diş hekimine karşı olan endişe, her diş hekiminin karşısına çıkan bir anksiyete bozukluğu şeklindedir. [2]. Hastaların diş hekimi ziyaretlerini gerçekleştirmelerinin başlıca sebeplerinden biri olan fakat aynı zamanda da diş hekimlerinden kaçmalarına neden olan ağrı hissi vardır. Ağrı, fizyolojik bir uyarandır ve hastalarda farklı olumsuz duygu ve davranışlara kaynak olabilir. [3]. Anksiyete ve fobiye ek olarak hastalarda görülen ve diş hekimleri tarafından bilinmesi önemli olan bir takım sağlık sorunları da vardır. Hastaların davranış kalıplarını, duygu ve düşünce yapılarını etkileyebilen bu kronik rahatsızlıklara sahip hastalar diş hekimlerine ilgili tedaviler yolunda birtakım zorluklar çıkarabilirler.

Diş hekiminin hasta ile iyi iletişim kurması, hastaların memnuniyeti için en önemli unsurlardan biridir. Etkin iletişim kurulması sayesinde diş hekimi ve hastanın ikili ilişkileri gelişir ve önlerine çıkacak problemlere birlikte çare bulabilirler. Diş hekimi ve hasta ilişkisi farklı boyutları olan bir ilişkidir. İkili ilişkilerdeki bu boyutları anlayarak diş hekimleri hastalarla aralarında daha güçlü ve karşılıklı güvene dayanan ilişkiler kurabilirler. Diş hekimlerinin hastalara karşı tutum ve davranışları da hastalar ile aralarında etkin iletişim kurmalarında yardımcı olacaktır. Etkin iletişim kurulması ve diş hekimlerinin hastalara karşı doğru tutum ve davranışları takınmalarıyla hastaların hissedeceği olumsuz duygular en aza indirilebilir ve hastalarda dental anksiyete ve dental fobi gibi anksiyete bozukluklarının çıkması engellenerek hastaların tedavi ve hekim memnuniyetlerinde artış gözlemlenebilir.

1. Hasta Psikolojisi: Hastaların Diş Hekimi ziyaretlerini etkileyen faktörler

1.1 Giriş

Psikoloji, kelime anlamı olarak Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde, “Bir grubu, bir bireyi belirleyen hareket etme, düşünme, duygulanma biçimlerinin bütünü” olarak geçer. [4]. Bu tanımdan hareketle hasta psikolojisi ise, hastaların hekim ve tedavi karşısındaki davranışlarını belirleyen hareket etme, düşünme ve duygulanma biçimlerinin bütünü olacaktır. Diş hekimleri için hasta psikolojisini bilmek ve muayenehane pratiğinde kullanmak hem hastaların tedavilerinde daha olumlu sonuçlar alınmasını sağlayacaktır hem de diş hekimlerine artmış hasta memnuniyeti olarak geri dönecektir. [5][6]. Hasta bireylerin yetiştiği ortam, toplum ve kültürler birbirlerinden farklı olacağından hastaların psikolojileri ve davranışları da bu nispette farklılıklar gösterir. Kültürlerde mevcut olan farklı inançlar, sosyal normlar, davranış kalıpları ve benzeri etkenler yalnızca günlük davranışlarını etkilemekle kalmaz, hastaların diş hekimisi koltuğundaki davranışlarına kadar tesir eder. [3]. Hastaların beklentileri, diş hekimini ziyaret nedenleri veya tam tersine, diş hekiminden korkup kaçma sebepleri ve diş tedavileri esnasındaki davranışlarının tümü hasta psikolojisi başlığında sayılabilecek unsurlardandır.

Hastaların diş hekimisi ziyaretlerini motive eden iki temel amaç vardır. Bunlardan ilki, hastanın bir ağız/çene sağlığı şikayeti veya estetik endişeler neticesinde bu duruma bir çözüm istemesi; İkincisi ise, hastanın gelecekte sağlık sorunları yaşamamak için koruyucu hekimlik hizmetlerinden yararlanma arzusudur. Bunlar ayrı ayrı olabildiği gibi aynı anda her iki nedenle gelmek isteyen hastalar da mevcuttur. Bireylerin tedavi aradığı şikayetler genel olarak şöyle tanımlanabilirler: ağrı, estetik şikayetler, fonksiyon kayıpları ve psikososyal etkiler. [7]. Fakat, geleneksel şikayetlerin ötesinde, günümüzde toplumun “Dental IQ” sunun artmasıyla insanlar koruyucu hekimlik hizmetlerinden haberdar olarak hekimlerinden bu tedavileri de talep etmeye başlamışlardır. [8][9]. Ayrıca, sinema, televizyon ve günümüzde sosyal medyayı da içeren görsel medya platformlarının popüleritesinin hızla artmasıyla, hastalarda estetik istekler ve beklentiler geçmişe kıyasla değişmiştir. [10][8].

Fakat, hastaları diş hekimliği hizmetlerini aramaya motive eden faktörler olduğu gibi engelleyen faktörler de vardır. Bu faktörler: dental anksiyete ve fobiler, finansal sıkıntılar, ağız diş sağlığı hizmetlerine ulaşamama ve diş hekimine ihtiyaç algısı olarak verilebilir. [11]. Dental anksiyete ve fobiler, hastaların diş hekimisi ziyaretlerinin önünde en sık görülen engellerdir. Korku ve anksiyetenin engelleyici etkisi, hastaların ağız sağlıkları için oldukça tehlikeli bir durumdur. Anksiyete, hastanın diş hekiminden veya belli yan etkenlerden korkup kaçtığı bir kısır döngüye girmesine neden olur ve dışarıdan bir müdahale olmazsa hastaların tedavi edilmemiş sorunları yıllarca sürebilir. [12]. Ağrılar ise hastalarda farklı sonuçlara neden olabilir. Ağrıdan ve acıdan korkusu olan bir hasta tedavi sırasında daha çok ağrı duyacağından korkup diş hekimine hiç gelmeyebilir. Fakat, yine ağrısı olan bir hasta, ağrısına çözüm bulunması için diş hekimine gelmeyi seçer. Ağrının diş hekimliği hastaları üzerindeki rolü hem teşvik edici hem de engelleyici olabilir. [13][7].

Anksiyeteden farklı olarak finansal problemler, hastaların diş hekimliği hizmetlerinden düzenli faydalanmalarını engelleyen bir başka faktördür. Hastalar bu durumda dental sorunlarının farkında olsalar bile kaynak yetersizlikleri nedeniyle diş hekimine gitmekte zorluk çekerler. Gerekli tedavilere ve diş hekimisi randevularına zaman bulamamak ve gelire göre yüksek hizmet bedelleri hastalar için engelleyici başlıca finansal durumlardandır. [14]. Diş hekimliği hizmetlerine ulaşamama ise kültürel farklılıklar nedeniyle oluşan bir sorundur. Hastanın yaşadığı ülkedeki dili bilmemesi ve/veya iletişim sorunları yaşaması o hastanın tedaviye ulaşması önünde ciddi bir engeldir. Bunun yanında fiziksel

olarak da erişim zorlukları olabilir. Hasta ile hizmet arasındaki ulaşım sıkıntıları ve engelli hastaların tekerlekli sandalyeleriyle seyahat ve erişim kısıtları gibi sorunlar da ağız sağlığı hizmetlerinden faydalanmanın önüne geçen faktörlerdendir. [11].

1.2 Anksiyete ve Fobili Hastalar

Anksiyete, gerginlik ve kaygılandıran düşüncelerle birlikte kan basıncındaki artış gibi fiziksel değişimlerle karakterize bir duygudur. Anksiyete bozuklukları olan insanlar genelde tekrar eden davetsiz düşünceler veya kaygılar deneyimlerler. Anksiyeteli insanlar genellikle belli durumlardan kaçarlar ve buna eşlik eden terleme, titreme, baş dönmesi ve artmış kalp atışı gibi fiziksel semptomlar da gösterirler. [15]. Fobiler bir anksiyete bozukluğu çeşidi olmakla beraber, fobili hastalar bir objeye, insana, hayvana, aktivite veya olaya karşı devamlı, aşırı ve gerçekçi olmayan korkular duyarlar. Bu bozukluğa mazur kalan kişi korkuyu tetikleyen durumdan ya kaçarlar ya da aşırı huzursuzluk ve anksiyeteye bu duruma katlanırlar. [16].

Anksiyete ve fobi kavramları benzer gözükseler ve kesişim kümeleri olsa da aslında farklı kavramlardır. Dental girişimlere olan korku, tedavi ile ilgili uyaranlara karşı ortaya çıkar ve hastaya acı veren duygusal bir cevap sonucu göze çarpan tepkiler ile anlaşılır. Genel olarak aniden gelişir ve aşırı korkan hastalarda panik atak olarak kendini gösterebilir. Anksiyete ise bilişselliği içeren duygusal bir tepkidir. Korkudan farklı olarak anksiyete, dental tedavi öncesinde hastanın uyaranla karşılaşmadan önce uygulanacak tedavi ile ilgili olumsuz düşünce ve kaygılarını içerir. [2]. Dental anksiyetenin görülme sıklığı her 6 hastada 1 olarak kaydedilmiştir [17]. Bir başka araştırmada ise dental işlemlerden doğan anksiyetenin, anksiyetenin şiddeti göz ardı edilerek, görülme sıklığını 45% olduğu görülmüştür. [2].

Hastalara korkuları sorulduğunda, diş hekimi korkusu yükseklik korkusundan sonra en sık görülen korkulardan bir tanesi olarak kaydedilmiştir. Neden diş hekiminden korktukları sorulduğunda ise en sık el aletleri ile yapılan işlemler ve acı duyma korkusunu belirtmişlerdir. Bazı araştırmacılar ise odontofobiye, diş hekimi korkusu, dental anksiyetenin ileri boyutu olarak kabul etmişler. Hastalar, daha önce duydukları acı içeren deneyimleri dental anksiyete ve odontofobinin nedeni olarak belirtmişlerdir. [18].

Araştırmacılar, hastaların hissettikleri acıyı ve dolayısıyla duydukları anksiyeteyi azaltmak amacıyla bir “Algılanan Kontrol” modeli öne sürmüştür. Bu modele en basit örnek olarak: “Acı hissettiğinizde elinizi kaldırınız.” önerisi hastalara sunulduğunda sonuç olarak hastaların hissettikleri acı üzerinde kontrolleri olduğu algısı yaratılarak acı eşiklerinin arttığı gözlemlenmiştir. Fakat, bu sonuca ulaşabilmek için hasta gruplarının da kendi içsel kontrol mekanizmalarının güçlü çalışması gerekmektedir. Bu uygulamadaki bir başka parametre de kontrol arzusunun algılanan kontrole oranı olarak tanımlanabilir. Hastanın kontrol arzusu azalır ve hastanın hissettiği kontrol yüksekse tedavi esnasında hissedilen gerginlik de azalır. Fakat hastanın kontrol isteği hissettiği kontrolden fazlaysa hastalar huzursuz duygular hissetmeye başlar. [2]

Anksiyetenin hastalara olan etkilerinden bir tanesi ise “Anksiyete Çemberi” ile tanımlanmıştır. Korku ve anksiyete ile ortaya çıkan bu kısır döngünün aşamaları şöyledir: Korku ve anksiyete hastayı dental işlemlerden kaçmaya iter, dental işlemlerden kaçan hastanın ağız sağlığı kötüleşir ve suçluluk, yetersizlik ve aşağılık duyguları hisseder ve tekrar korku ve anksiyeteye kapılır. Bu kısır döngünün arkasındaki ana nedenlerin suçluluk duygusu ve utanç olduğu belirtilmiştir [18]. Dental anksiyetenin bir başka tetikleyicisi olarak da altta yatan diğer akıl sağlığı sorunları gösterilebilir. Psikiyatrik bozuklukları olan hastalara diş

hekiminden korkuyor musunuz diye sorulduğunda hastaların %64'ü "Evet" cevabını vermiştir. Evet diyen hastaların yarısı ise diş hekimine gitmeyip, kaçma davranışı sergilediklerini belirtmiştir. [19].

1.2.1. Anksiyete ve Fobinin Oluşma Biçimleri:

Şartlanma, dental işlem kaynaklı fobi ve anksiyetelerin oluşma şekillerinden bir tanesidir. Hasta deneyimlediği kötü ve acı verici tecrübeleri referans alır ve diş hekimine gideceği zaman bu deneyimlerinden yola çıkarak kendisini acıya ve kötü tedavilere karşı şartlanmış olur. [2]

Sosyal öğrenme ile kötü deneyimler yaşamadıkları halde korkan ve gerilen hastalar da bulunmaktadır. Hastaların gözlemlerinden veya kötü ve acılı deneyim yaşamış olan başka hastaların deneyimlerini aktarmaları nedeniyle bu hastalar dental işlemlere ve diş hekimlerine karşı anksiyete/fobi geliştirirler. Özellikle çocuklarda bu duruma sık rastlanır. Ebeveynlerinin olumsuz deneyimlerinden öğrenen çocuklar, onların korku ve anksiyetelerini de öğrenerek yansıtırlar. Hatta tedaviden korkup kaçma davranışını bile sergileyebilirler. Bu sebeple, sosyal öğrenme kişinin anksiyete ve korku problemlerinin altında yatan en büyük nedenlerden bir tanesi sayılabilir.[2]

Genetik ve biyolojik etkenler de anksiyete ve fobi oluşumu için uygun ortam hazırlayabilirler. Genetik geçişli karakter özelliklerinden olan nörotisizm örneği verilebilir. Acıya olan duyarlılık veya anesteziye direnç de genetik geçişli olabilir ve dolaylı yoldan hastaların dental işlemlere karşı olan korku ve kaygılarını arttırabilirler. Nörotisizm kişilik özelliği kişilerin anksiyete ve fobiler gibi negatif duygulara karşı yatkınlıklarını belirten bir özelliktir. Kolay strese kapılmak güçlü olumsuz duygular hissetmek ve diğer insanlarla daha az sosyalleşmek gibi özellikler tespit edilmiştir.[20]

Bilişsel faktörler anksiyete ve korkulu hastaların çoğunun dental tedavi deneyimlerinde rol oynarlar. Hastaların uygulanan tedavilerle ilgili olumsuz düşünceleri, başlarına gelebilecek muhtemel bir tehlikeye karşı kaygılanmaları ve kontrolü ellerinden kaybetme hisleri bilişsel faktörler arasındadır. Kontrolü kaybetme kaygısı kadınlarda erkeklerden daha sık ve genç yetişkinlerde yaşlılara oranla daha sık gözlemlenmiştir. Hastaların dental işlemleri nasıl algıladıklarını anlamak, olumsuz algıları ve yanlış anlaşılmaları doğruları ile düzeltmek anksiyete ve korkuların yönetilmesinde fayda sağlayabilir. [2]

Acı ve ağrılı uyarılara karşı hassasiyet de anksiyete gelişmesinde rol oynamakla beraber anksiyete nedeniyle daha da artabilir. Hastaların acı ve ağrıdan mı korktuklarını yoksa dental işlemlerden mi korktuklarını tespit etmek diş hekiminin tedavilerinde yardımcı olabilmektedir. Acı ve ağrı korkusu, anksiyete ve acı ve ağrıya olan duyarlılık kavramları birbirlerine bağlı kavramlardır ve bağımsız incelenmemelilerdir. [2]

1.2.2. Anksiyeteli ve Fobili Hastaları Tespit Etmek:

Eğer anksiyetesi olan bir hasta bu durumunu belirtmiyorsa veya olumsuz hislerinden pek de bilincinde değilse, bu durumu anlamak ve hareket etmek diş hekimine düşer. Bazı psikofizyolojik cevaplar ve davranışsal/duygusal cevaplar ile diş hekimi durumu anlayabilir. Hastaların anksiyeteye verdiği psikofizyolojik cevaplar şu şekilde sıralanabilir: Gergin kaslar,

sabit durmayan eller, genel rahatsız durum, sıklıkla boğazı temizleme, ellerde/alında/üst dudakta terleme, karotis ve temporal arterlerde kalp atışının gözlemlenmesi, gergin postür, objeleri sıkı sıkı tutmak, korku refleksinin artması ve sık tuvalet ihtiyacı. Bunun yanında hastaların sergiledikleri bazı davranışsal ve duygusal cevaplar ise şöyle sıralanabilir: hiperaktivite, hızlı konuşma, panik hali, kızarma, dilin dolanması, sandalyenin ucunda oturma ve ileri eğilme, kafa karışıklığı ve fazla dert etme vb. [21]. Bu sıralanan cevaplar hastanın istemsiz gerçekleştirdiği ve hekim tarafından gözlemlenebilen durumlardır. Ayrıca hastaların anksiyete seviyelerini ölçmek için yıllar içerisinde bir takım testler denenmiştir. Bu testlerin hiçbirisi altın standart olarak kabul görmemiş olsalar da hastaların anksiyete düzeylerini ve anksiyeteden fobiye doğru bir yönelim var mı anlamak için kullanılabilirler. Corah's Dental Anxiety Scale (CDAS) bu ölçeklerden en çok kullanılanlardandır ve hastaların anksiyete ve fobi arasında nerede durdukları hakkında diş hekimini aydınlatılabilir. Bilimsel çalışmalarda kullanılan korku ve anksiyete skalalarına örnek olarak Dental Fear Scale (Dental Korku Skalası) ve Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) gösterilebilir. [22]

1.2.3. Anksiyete ve Fobili Hastalar için Farmakolojik olmayan Çözümler:

Dental anksiyete ve fobinin geçirilmesinde ve azaltılmasında kullanılan yöntemleri “farmakolojik” ve “farmakolojik olmayan” olarak ikiye ayırabiliriz. Farmakolojik yöntemler hastaların anksiyete ve fobilerini anlık olarak geçirirler ama bu duygular her diş hekimi ziyaretinde yine ortaya çıkar. Farmakolojik olmayan yöntemler ise, anksiyete ve fobilerin yönetilmesinde hastalara kalıcı yardım edebilen girişimlerdir [23]. Farmakolojik olmayan psikolojik anksiyete azaltma yöntemlerine aşağıdaki örnekler verilebilir:

- Dikkatin başka bir yöne çekilmesi

Tedavi sırasında anksiyeteli hastalara uygulanabilecek kolay bir tekniktir. Hastanın dikkati o an hoşlanmadığı tedaviden farklı bir yöne çekilir ve gerginliği azaltılır. Uzun ve zor bir tedavi öncesi biraz ara vermek, tedavi sırasında film izlemek, oyun oynamak, müzik dinlemek hastanın dikkatini dağıtmaya yarayan çözümlerdendir. Daha karmaşık terapiler ve teknikler denenmeden önce dikkat dağıtmanın denenmesi önerilmektedir.

- Sistemik Hissizleştirme veya Maruziyet Terapisi

Birkaç seansta yapılan bir terapi çeşididir. İlk seansında hastanın en çoktan en aza doğru korktuğu ve anksiyetesini tetikleyen dental işlemler sorulur ve tartışılır. Bu seanstan sonra hastaya birtakım nefes alma ve rahatlama egzersizleri öğretilerek bunları uygulaması istenir. En son seansta da ilk tartışılan anksiyete ve korkuları tetikleyen durumlara, en hafiflerinden başlanarak en ağırına doğru, hastalar maruz bırakılır. Anksiyete ve fobilerin tetikledikleri cevaplar fazla şiddetliyse ve hastalar fiziksel olarak maruz kaldıkları bu durumlara dayanamıyorlarsa, hastalardan zihinlerinde bu ortamları canlandırmaları ve aynı öncelik sırasıyla yaşamaları istenebilir.

- Olumlu Pekiştirme Yöntemi

Hastada istenilen davranışları ödüllendiren bir tekniktir ve bu sayede olumlu beklenen bu davranışların sıklığının artmasını sağlar. Hastaları olumlu yönde motive eden bir ses tonu kullanılmalıdır. Olumlu mimikler içeren beden dilinin yanı sıra kişiye özel, motive edici kelimeler kullanılmalıdır. Ayrıca klinik ortamındaki bütün çalışanlar hastalara karşı şefkatli davranarak onları rahat hissettirmelidirler.

- Bilişsel Terapi ve Bilişsel Davranışçı Terapi (Cognitive Behavioral Therapy)

Günümüzde geniş kabul gören ve anksiyeteye karşı kullanılan başarılı bir tedavi yöntemidir. Diş hekimlerinin bu terapiyi pratikte kullanabilmeleri için özel eğitim almaları gereklidir. Bilişsel terapi, anksiyeteli hastaların düşünce ve beklentilerinden doğan fizyolojik reaksiyonları değiştirmeyi ve bunları yeniden şekillendirmeyi amaçlar. Hastaların dikkati; teşvik, beklentilerin değiştirilmesi, dikkat dağıtılması, yönlendirilmiş imgeleme ve düşünceleri durdurma teknikleri kullanılarak başka yönlere çekilir. Bu sayede hastaların dikkatleri, korkulan durumdan başka bir duruma yönltilerek anksiyeteleri azaltılır.

- Akupunktur

Hastalardaki stres seviyesini düşürmekte kullanılan ve çokça incelenen bir yöntemdir. Akupunktur noktaları denilen bölgelere uygulanan özel akupunktur iğneleri kullanılır. Tükürükte stresle artan kortizol seviyesini azalttığı belirtilmiştir [2]. Kulak çevresine uygulanan auriküler akupunktur, akut ve kronik akupunktur tedavisinde kullanıldığında ümit verici sonuçlar vermiştir fakat her anksiyete vakasında kesin çözüm olarak görülmemelidir.

- Fiziksel Rahatlama Teknikleri

Gerginliğin ve korkunun azaltılmasında kullanılan faydalı ve non-invaziv tekniklerdendir. Sadece muayenehane ortamında değil, hemen her yerde uygulanabilirler. Kasların rahatlatılması ve derin nefes alma ile fiziksel rahatlama sağlanır. Fiziksel rahatlama sağlandıktan sonra psikolojik gerginliğe kapılmak hasta için daha güçleşir. Rahatlama tekniklerine örnek olarak aşağıdakiler verilebilir: Jacobsen'in progresif muskuler rahatlama tekniği, kısa/fonksiyonel rahatlama terapisi, Ost'un uygulanan rahatlama tekniği, Otojenik rahatlama tekniği. Rahatlama cevabının oluşmasında rol oynayan 4 başlıca faktör şöyle belirtilmiştir: Kassal rahatlama, sessiz bir ortam, pasif bir şekilde günlük hayatın kaygılarını umursamama ve tekrar eden mental uyarana odaklanma (tekrar edilen kelimeler, mantralar, nefes alıp verme gibi). Fonksiyonel rahatlama terapisi birçok psikosomatik hastalığın tedavisinde kullanılmış ve olumlu sonuçlar görülmüştür. Bu tedavide hastalardan küçük hareketlerle eklemlerindeki hareketlerin ve bedenlerindeki değişimin farkına varmaları sağlanır. Önce alt çenelerini serbest bırakıp 3-5 saniye, gözle zor fark edilir bir şekilde, sağ sol hareket yapmaları istenir. Kafalarını sağ omuzdan sol omuza hafif ve yer çekiminin desteğiyle hareket etmesi istenir. Boyunlarının farkına varmaları sağlanır. Omuzlarda hastalardan küçük, fark edilemeyen dairesel hareketleri 3-5 saniye yapması istenir. Omurgaya geçilince yine 3-5 saniye boyunca yılan gibi hareket etmesi istenir hastadan. Bu sayede her bir omurun ve kaburgaların hareketini hasta hissedebilir. Bu terapide hastalar bedenleriyle daha iyi etkileşirler ve stresten kaynaklanan kas gerginliklerinin önüne geçebilirler. [21][24].

- Hipnoz

Bu uygulama çoğu insan tarafından en çok yanlış algılanan tedavilerden bir tanesidir. Hipnoz denince çoğu hastanın aklına trans halinde olmak gelir fakat bu her zaman doğru değildir. Hipnozun değişik formları vardır ve bunlar "Trans" ve "Non-trans" hipnoz olarak ikiye ayrılabilir. [2]. Hipnoz, fazladan bir malzeme gerektirmediği ve düşük riskli bir teknik olduğundan kullanılmasında pek bir sakınca görülmemektedir. Ancak, hipnoz yapılacak hastaların kişilik bozuklukları, psikiyatrik hastalıkları ve nörodejeneratif bozuklukları olmadığından emin olunmalıdır. Ayrıca

her hastanın hipnoza olan duyarlılığı farklıdır ve her hastada işe yarayacak diye bir kaide yoktur. Meta-analitik bir çalışmada hastaların %75'i hipnoz sonrası hissetikleri acıda azalma belirtmiştir. [21]. Non-trans hipnoz, eleştirel ve analitik düşünmeyi ekarte eden iletişim ve etkileme olarak tanımlanmıştır, Non-trans hipnozun dört formu şöyledir: dilin kullanımı, endirekt öneriler, hikayeler ve modelleme. Hipnoz stilleri ise direkt-ototriller ve endirekt-izin veren olarak ikiye ayrılabilir. [2].

Non-trans hipnoz tekniklerinden dilin kullanımında ima etmenin gücünden faydalanılır. Deneyin kelimesi hipnotik bir kelimedir. Hastadan bir eylem yapmasını isteriz fakat başarması için zorlamaz, hasta başarısız da olabilir. Hipnotik olmayan kelimeler de vardır: ağrı, acı, iğne, bekleme odası, delme gibi kelimeler hastalarda anksiyeteyi tetikleyen kelimelerdir. Endirekt önerilerde ise söylenmek istenen şey hastaya direkt belirtilmeden aktarılır. “Daha hemen rahatlamayın, size soracağım birkaç soru daha kaldı” gibi bir cümlede hastadan soru sorma faslı bittiğinde rahatlaması gerektiği söylenir, bu da dental işlemlerin yapılacağı zamanı hastaya işaret eder. Bu sayede hasta işlemler sırasında rahatlayabilir. Hikayeler, hipnotik etkileyicilerdir. Hastanın hayal gücü ve dikkatini hikaye yönüne çeker, eleştirel ve analitik düşünce bariyerini aşarlar. Modellemede ise diş hekimi ve muayenehane ekibi kendi davranışlarıyla hasta üzerinde etkiye bulunurlar. Olumlu, yapıcı, rahatlatıcı ve arkadaş canlısı davranışlar hastaya da tesir eden davranışlardır.[2]

1.3. Ağrı ve Psikolojik Etkileri:

Ağrı subjektiftir ve sadece sinirsel iletilerden oluşan bir mekanizma olmayıp içeriğinde psikolojik elementleri de barındırır. Duyguların da işlendiği limbik sistemde, aynı zamanda ağrıyla ilgili impulslar da işlenmektedir. Ağrıya olan duygusal cevap, anterior singulatir cirus ve sağ ventral korteksi kapsar. Serotonin ve norepinefrin devreleri de duygusal uyaranların iletiminde görev almaktadır. [25]

1.3.1. Ağrılı Hastaların Psikolojisi:

Ağrı, hastaların büyük çoğunluğunda olumsuz duygulara sebebiyet verir. Dental anksiyete ve ağrının ilişkisi “Anksiyete ve Fobiler” bölümünde belirtilmişti. Ağrının anksiyete üzerinde olan etkisi, anksiyetenin ağrı üzerinde olan etkisine benzer, bu iki faktör birbirlerini alevlendirebilir. Diş hekimliğinde en sık karşılaşılan odontojenik ağrılar Non-steroid antienflamatuarlar (NSAİ) ile dindirilemediği için hastalarda kontrolün yitilmesi hissine ortam hazırlayabilir. Bu his de anksiyeteyi tetikleyen durumlardan bir tanesidir. [26]. Ayrıca orofasiyal ağrılar ile gelen hastaların ağız sağlığının, dolayısı ile hayat kalitelerinin de olumsuz şekilde etkilendiği bildirilmiştir. [27]. Ağrı ile gelen hastalarda, ağrıya cevap verme biçimlerine göre, kaygı, sinirlilik, stres, depresyon gibi duygulara rastlamak olasıdır. Bunun yanında orofasiyal ağrıları olan hastalar diş hekimine mi yoksa doktora mı gideceklerini bilemezler ve kafa karışıklığı yaşarlar. [28]

Kronik ağrıları olan hastaların diş hekimi ile olan ilişkileri ve diş hekimine gelirken hissettikleri duygular akut ağrıları olan hastalarla benzerlik gösterse de bazı farklılıklar olabilir. Kronik ağrıları olan hastaların bir kısmının bu ağrılara uzun zamandır çözüm aradıkları ve bu arayışlarına kesin bir çözüm bulamadıkları hekimler tarafından göz ardı edilmemelidir. Tedavileri ve hekimlerin yaklaşımlarından dolayı birçok hastanın kafası karışık. Genelde bu hastaların diş hekimlerinden beklentileri düşüktür ve ağrılarının gerçek olduğunun kabul edilmesini isterler. [28]. Kronik ağrılar, hastaların gündelik

yaşamlarını sekteye uğratabilirler. Bu durum korkudan kaçış olarak açıklanabilir. Daha önceden yaptıkları hareketlerin kendilerine acı vereceğini düşünen hastalar bu hareketlerden kaçınırlar ve ağrı öncesi yaşamlarını değiştirmiş olurlar. Ağrılı hastaların hayat şekillerini değiştirme nedenlerinden bir tanesi de eşlerinin onlara iyilik olarak ev işleri veya gündelik hayatta zorlandıkları işlerde daha çok yardımcı olmalarıdır. Hayatı sekteye uğratan ağrılar, hastaların kişiliklerinin de değişmesine neden olabilir. Hastalar, ağrıları nedeniyle gelecekte yapmak istedikleri hayalleri ve isteklerini yerine getiremeyeceklerini düşünebilirler. [25].

Ağrıyı felaketleştirme, akut veya kronik ağrılı hastaların her ikisinde de görülebilen bilişsel faktörlerden biridir. Ağrıyı felaketleştiren hastalar hissedilen ve hissedilecek olan ağrıyı olduğundan daha çok hissetme eğiliminde olur. Mental yeniklik olarak tabir edilebilecek olan bu duruma bağlı olarak, hastaların ağrıdan duydukları rahatsızlık ve ağrının yol açabileceği hareketlerde kısıtlılık ağrı felaketleştirme ile artabilir. [28][29]. Ağrı felaketleştirmede hastalar, her olayın en uç ve negatif yönlerine odaklanmaya çalışır ve ağrıların hep felaket senaryolarıyla sonuçlanacağına inanırlar. [26]. Ağrıyı felaketleştirmenin çözümü olarak Bilişsel Davranışçı Terapi kullanılabilir. Hastaların ağrıya karşı olan algılarını ve beklentilerini yeniden şekillendirerek duyulan ağrı ve ağrıyı felaketleştirme olumlu yönde değiştirilebilir [30]. Diş hekimliğinde hastaların ağrıyı felaketleştirme nedenleri zaman içinde farklı şekillerde açıklanmaya çalışılmış; Kişisel özelliklere göre bakılarak dental anksiyete, depresyon ve nörotisizm ağrı felaketleştirilmesini tetikleyebilen faktörlerden olabileceği düşünülmüştür. Hastaların bulundukları duruma göre bakılacak olursa tedavinin kontrol edilememesi, öngörülebilmesi ve tehlikenin kestirilememesi ağrı felaketleştirmesini tetikleyebilir. Hem kişisel özellikler hem de durum bağlamları ağrının felaketleştirilmesini birlikte tetikleyebilir. [31].

1.3.2. Ağrının Algılanmasında Psikoloji:

Dikkat, ağrının ilk basamağıdır. Ağrılı uyaran ilk hissedildiğinde kişinin dikkatini çeker. Dikkatin ağrılı uyaranın olduğu yerde toplanması doğal bir tepkidir ve ağrının nedeninin çözülmesi için kişiyi harekete geçirmeyi amaçlar [26]. Ağrıya aşırı odaklanma ise ağrının şiddetini artırır. [25]. Bir yandan dikkat çekmek isteyen ağrı ile diğer yandan ağrıyı daha da şiddetlendiren dikkatin ağrıya verilmesi ikileminde kalınabilir. Özellikle hissedilen ağrı ile ilgili yapacak bir şey yoksa, dikkat daha da ağrının üzerine yoğunlaşabilir. Bazı hastalar ağrılı uyaranlara karşı fazladan tetikte olabilirler, bu durum da hissedilenin uyarıdan daha fazla olmasına neden olur. Tetikte olmanın tersine ağrı içinde olan hastaların dikkatini dağıtmak ise algılanan ağrıyı hafifletmekte işe yarar. Hastaların ağrı duydukları tedavileri sırasında dikkat dağıtıcı tekniklerin kullanılması ağrı yönetimi açısından faydalı olabilir. [29]

Bilişsellik, dikkatten sonra gelir. Ağrılı uyaran bu basamakta yorumlanır. Ağrı hakkında oluşan düşünceler ağrının şiddetinin de belirlenmesinde görevlidir. [26]. Ağrı yorumlanırken kişinin bulunduğu şartlar da önemli bir rol oynar. Mesela savaşta yaralanan askerlerin aşırı ağrı ve acılı olması beklenen kompaund kırıklara verdikleri tepkiler beklenen daha azdır [25]. Bunun tam tersi duruma ise diş hekimine dental fobi ve anksiyete ile gelen hastalar verilebilir. Diş hekimi muayenehanesinde hissettikleri en ufak uyaran bile ağrı ve acı hissetmelerine neden olabilir [32]. Kişinin ağrıyı yorumlaması ve ağrı hakkındaki inançları algısını olumlu veya olumsuz yönde değiştirebilir. Ağrıyı felaketleştiren bireyler en kötüyü düşünerek ağrının sonucu da olumsuz hale getirirler.

Bilişsel şemalar, kısaca kişinin bir durumu daha önceden belirlenmiş bir şekilde yorumlama biçimi, ağrının algılanmasında mental esnekliği azaltabilir ve kişinin ağrıyı algılamasını olumsuz etkileyebilir. [26] [33].

Ağrı, negatif duyguları beraberinde getiren bir uyarandır. Ağrı; anksiyete, korku, öfke, suçluluk duygusu, hüsrân, bunalım gibi duyguları açığa çıkarır. Önceki bölümlerde belirtildiği gibi korku, anksiyete, ağrı birbirini izleyen kavramlardır. Birlikte hareket ederler ve hastanın genel sağlığını tehdit edebilecek düzeye gelebilen kısır döngülere neden olabilirler. Kişilerin düşündükleri “acaba” senaryoları, kaygının olumsuz yansırındandır ve kişilerin davranışlarını, bilişlerini ve dikkatlerini etkiler. Bunalım ise umutsuzluk ve çaresizlik duygularını beraberinde getirebilir. Umutsuzluk, çaresizlik ve yetersizlik kişinin kendi hareketlerini kısıtlamasına neden olabilir. Beyinde görüntüleme teknikleri ile yapılan araştırmalar göstermiştir ki, ağrının az algılanmasında etkili olan beynin bölümü, prefrontal korteks, ağrıdan duygusal olarak uzaklaşan hastalarda aktive olmuştur fakat bu bölgenin hipofonksiyonu olan hastalarda anksiyete ve diğer olumsuz duyguların ağır bastığı görülmektedir.[32]

Davranışlar, ağrı ile başa çıkmakta kullanılan metodları kapsar. Başa çıkış mekanizmaları, kişinin ağrıya nasıl tepki verdiğidir ve ağrının algılanmasında nüfuz sahibidir. Ağrıyı tetikleyen hareketlerden kaçan bireylerde, hareketsizlik ve yetersizlik görülebilirken tam tersi durumda, aşırı hareket eden bir kişide, ağrıyı tetikleyebilir. Aşırı hareket ağrıya neden olan yaralanmanın iyileşmesinde de olumsuz etki yaratabilir. Ağrı ile ortaya çıkan bazı hareketler ise ağrı hissedildiğini anlatır karşıdaki insana. Bu hareketler bazı durumlarda etrafta başka insanlar olmasına göre abartılı formlarda ortaya çıkabilir. [25][29].

1.3.3. Ağrı ve Komorbiditeler:

Kronik ağrıları olan hastalarda psikiyatrik bozukluklar da beraberinde gözlemlenmektedir. Bu psikiyatrik bozuklukların büyük bir kısmı hastaların kronik ağrıları ortaya çıkmadan da vardır.[34]. Psikiyatrik bozukluklardan, depresyon ve anksiyete bozuklukları başı çeken nedenlerdendir. Dental işlemler sırasında duyulan fazladan ağrı ve acı anksiyete tarafından tetiklenebilir. Sürekli kaygılı olan bireyin düşüncelerinde “acıyacak ve ağrıyacak” diyerek kendisine telkin etmesi, gerçekten hissettiği acıyı da arttırmaktadır. Yapılan araştırmada [35] endodontik tedavi görecektir hastaların tamamı tedavi esnasında duyacakları ağrı ve acıyı gerçekten hissettiklerinden daha yüksek seviyede belirtmişlerdir. Bu da ağrı kaygısından doğuyor olabilir. Kronik ağrılı hastalarda depresyonun görülme sıklığı toplum bazlı araştırmalarda %4.7’den %22’ye kadar, klinik araştırmalarda ise %1.5’tan %100’ye kadar olduğu görülmüştür. [34]. Özellikle majör depresyonu olan, yüksek stres altında olan, hayat zorlukları çeken hastalarda kronik ve hareketi engelleyen ağrıların ortaya çıktığı gözlemlenmiştir. [26]. Kronik ağrıların da depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik problemlere yol açabileceği unutulmamalıdır. Depresyonda olan veya depresyon öyküsü olan hastaların ağrıyla başa çıkabilmeleri depresyonu olmayan hastalara göre daha azdır. Bir hekim depresyon bulgularını bilmeli ve muayene ederken bu bulguları da değerlendirerek tedavi uygulamalarına geçmelidir. [26]. Ayrıca kişilik bozuklukları da ağrı ile görülen komorbiditelerden gösterilebilir. Borderline kişilik bozukluğu olan hastaların, diğer ağrılı hastalara göre daha yüksek ağrı seviyeleri belirtilmiştir. Kişilik bozukluklarının da ağrıya karşı olan duyarlılıkta ve fazladan ağrı hissedilmesindeki rolünü göstermektedir. Yanan ağız sendromlu ve atipik yüz ağrısı olan hastaların yarısında altta yatan başka psikiyatrik

sorunlar olduğu tespit edilmiştir. Diş hekimliğinde sık karşılaşılan ve stres ile birebir bağlantısı olan temporomandibular bozuklukların tanısı konurken akıl sağlığıyla ilgili sorular sorulması bu durumların tedavisinde faydalı olabilir. [28]. Anksiyete, depresyon ve bu hastalıkların sonuç olabileceği temporomandibular bozuklukların tedavisinde bilişsel davranışçı terapinin faydalı olduğu bildirilmiştir. [30]. Hastaları ağrıya ve acıya duyarlı kılan ve kronik ağrıların görülme riskini arttıran bir başka durum ise bir kişilik özelliği olan nörotisizmdir. Nörotisizm, beş büyük kişilik özelliklerinden bir tanesidir. Hastalarda kişilik özelliği olarak duygusal istikrarsızlık ve psikolojik sıkıntılara yatkınlıkları vardır ve bu kişilik özelliğinin genetik olarak nesilden nesile geçtiği aktarılmıştır. Nörotisizm kişilik özelliğinde olan insanlarda fobik bozukluklara da artmış yönelim vardır. Bunun sonucunda ağrıya olan hassasiyet bu hastalarda artmıştır. Anksiyetenin yol açtığı ağrı artışı ise hatırlama önyargısından doğabilir. Hastalar daha önce geçirdikleri tedavilerde hissettikleri ağrı ve acıyı gerçekleştirdiği zamankinden daha yüksek hatırlayıp, ilerideki tedavilerde duyacakları ağrıyı ve acıyı da hatırladıkları şekilde çok olacağını düşünürler. [20]. Depresyonun yol açabileceği bir ağrı nedeni de ağız bakımına yeterince önem vermemekten oluşabilecek dental ağrılar olabilir. Direkt ağrı nedeni olmasa da dolaylı yoldan dental ağrıların nedeni kişisel ağız bakımının ve diş hekimi randevularının aksatılması olabilir. [36]. Ayrıca madde bağımlılığı da ağrı ile bağlantılı psikiyatrik bir bozukluktur. Özellikle opiyat bağımlılığının ağrı ile olan ilişkisi incelenmiştir ve bu hasta grubunun bir çoğunun kendi kendilerini tedavi etmeye çalışıp opiyatları kullandıkları ve bu ilaçların sürekli kullanımına bağlı tolerans geliştiği görülmüştür. Tolerans oluşmasıyla bu ilaçların ufak olan faydaları da sadece bağımlılıkla yer değiştirir. [25]

1.4. Hasta Beklentileri ve Hasta Memnuniyeti:

Hasta beklentileri, hasta psikolojisinin önemli unsurlarından bir tanesidir. Hastanın diş hekiminin uygulayacağı tedaviden beklentileri, tedavi sonlandığında ortaya çıkacak hasta memnuniyetini de etkileyecektir. Fakat hasta beklentileri hastanın diş hekimine başvurduğu ve görüştüğü andan itibaren aynı devam etmeyebilir. Hasta beklentileri diş hekiminin yönlendirmeleri ve iletişim kabiliyetleriyle değişebilen dinamik bir yapıdır. [37]. Günümüzde hakim olan hasta merkezli anlayış ile hastaların uygulanacak olan tedaviden beklentileri doğrultusunda hekim ve hasta işbirliği içerisinde çalışabilir. Diş hekimliğindeki bu hasta merkezli yaklaşım ve hasta ile hekimin birlikte karar alma yaklaşımları sayesinde hastaların beklentileri de daha öncesinde sadece tedavi olup hekimin dediklerini uygulamaktan ibaretken günümüzde diş hekimleri ve hastalar tedavi alternatiflerini birlikte tartışıp karar verebilirler, hastaların beklentileri de bu kararın verilmesinde önem taşır. [3]. Diş hekimliği sadece “diş çeken” yani ampute eden hekimlik anlayışından çıkıp, minimal invaziv ve estetik algıların ön planda olduğu hekimlik anlayışına doğru evrilmiştir. Diş hekimliğindeki bu paradigma kayması ile hastaların diş hekimlerinden talep ettikleri hizmetlerde de değişimler yaşanmaktadır.

Kitle iletişim araçlarının popülerliğinin artması, özellikle televizyon, ve sosyal medyanın popüleritesinin artması ile insanların ekranlarda gördükleri ünlülerin imajlarından etkilenip estetik diş hekimliği tedavilerini arar hale gelmişlerdir. [38]. Yeni gelişen konseptlerden bir tanesi de diş hekimliğine mensup dallarda uzmanlık yapan hekimlerin artışıdır. Hastaların diş hekimliği pratiğinden beklentileri de bu yönlere kaymaktadır. Zira tedavilerini uygulayan hekimin o işin uzmanı olması gerekliliği doğmaktadır. [8]. Beklentiler sadece tedaviden olan beklentiler de olmayabilir. Hastaların tedavi sırasında duyabilecekleri ağrılardan da beklentileri olabilir. Hastalar büyük oranda

normalde hissedeceklerinden daha fazla ağrı hissedeceklerini bildirmişlerdir. Hastaların beklentisi, gerçekte duydukları ağrının üzerinde olsa da hekimlerin hastaların ağrılarından olan beklentileri ise normalde hissedilenden daha düşük olarak bulunmuştur. [35]. Diş hekimleri hastaların beklentilerini, korkularını ve kaygılarını işleme başlamadan önce öğrenirlerse etkin bir tedavi planı oluşturmak daha da kolaylaşır ve tedavi seanslarının kalitesi artabilir bunun içinse hekim ve hasta arasında iyi bir iletişimin önemi artmaktadır.

Hastaların düşüncelerindeki ideal diş hekiminin aslında hastayı iyi dinleyen ve uygulanacak olan tedavi hakkında iyi bilgilendiren bir diş hekimi olduğu görülmüştür. Hastaya obje muamelesi yapan ve tedavilerde hastanın fikrini sormayan diş hekimleri hastaların gözünde ideal olmayan diş hekimi izlenimi vermiştir ve bu durum hasta memnuniyetini de etkilemektedir.[6] Ayrıca hijyen kurallarına uymama da bir başka noktadır. Hastalarının önünde ellerini yıkayan, steril aletlerini paketlerinden açan diş hekimleri daha güvenilir bulunmuştur. Tedavi adımlarını harfiyen yerine getirse de bir diş hekimi, bu adımları, elleri yıkama dahil, hastaya göstermiyorsa ve anlatmıyorsa hastaların beklentilerini ve dolaylı olarak da uygulanan tedavi sonucu hastanın memnuniyetini olumsuz etkiler. [6]. Hijyen kurallarına uyulması ve hekimler tarafından maske, eldiven, koruyucu ekipman kullanılması günümüzdeki Covid-19 salgınında fazladan önem kazanmıştır.

Beklentilerin yönetilmesinde “tolerans alanı” tanımlanmıştır. Bu alan hastaların arzuladıkları hizmet ve hekimlerin sunacakları yeterli hizmetin arasında kalmaktadır. Tolerans alanında kalan hizmetler hasta tarafından olumlu veya olumsuz olarak algılanmazlar. Tolerans alanının dışına çıkan hizmetler, kalitelerine göre, hastalar tarafından fark edilir ve memnuniyeti etkiler. Eğer verilen hizmet iyi ve hastanın beklentilerinin üzerindeyse, hastalar bu hizmetten daha memnun olurlar. Hizmet kötü ve minimum yeterlilikte bile değil ise hasta bu hizmetten memnun olmayacaktır. [37][40]. Diş hekimliğinde hastaların en çok dikkat ettiği ve beklentilerini şekillendiren sorular genellikle şunlardır: “Diş hekiminin dikkati bende mi?”, “Diş hekimi bana nezaketli ve saygılı mı davranıyor mu?”, “Uygulanacak olan tedavinin bütün adımları ve riskleri bana tamamen anlatıldı mı?”, “Tedavi ağrılı veya rahatsız edici miydi?”, “Ödediğim ücretin karşılığını alabildim mi?”, “Randevu zamanlarını almak rahat mıydı?”, “Aldığım hizmetin fiziksel kanıtı var mı?”

Hastaların tedavilerden beklentilerinin, diş hekimlerinin tedaviden beklentilerinden farklı olduğu açıkça görülebilir. [37]. Bunun sebeplerinden biri hastaların genellikle tedavilerin teknik hassasiyet isteyen kısımlarını anlamakta güçlük çekmeleri ve bu yüzden tedavinin sonucunu daha az teknik olan kısımlarla ölçmeleridir. Hastaların çoğunlukla dikkat ettikleri hususlar: estetik, fonksiyonun geri kazanılması, ağrının giderilmesi ve uygulanan tedavinin ömrüdür. Memnuniyeti etkileyen, hasta ile bağlantısı olabilecek faktörler de mevcuttur. Örneğin, hastaların yaşı, cinsiyeti, sosyo-ekonomik statüleri, daha önceki diş hekimi deneyimleri, diş hekimini ne kadar sık ziyaret ettikleri ve dental anksiyete tedavi memnuniyetini etkileyen hastaya bağlı faktörlerdir. [6]. Yaşın memnuniyeti nasıl etkilediği ile ilgili araştırmalarda 60 yaş üstü hastaların genel memnuniyetle ilgili olumsuz cevap verdikleri görülmüştür. Bir araştırmada tedaviden memnun kalsalar da hekimlerin iletişiminden memnun kalmamışlardır, başka bir araştırmada ise genç bireylere göre memnuniyetsizlik belirtilmiş, bunun nedeni olarak ise gençlerin ağız bakımlarının daha iyi olması nedeniyle karışık işlemlere daha az gerek kalması gösterilmiştir. Sosyo-ekonomik statü göz önüne alındığında düşük sosyo-ekonomik durumu olan hastaların dental işlemlerden memnuniyetleri daha düşük olmuştur, bunun nedeni ise ağız sağlıklarının kötü olmasına bağlanmıştır. [6]

Bu bulguların tersine olan bir bulgu ise İstanbul'da bir devlet hastanesinin diş hekimliği kliniğinde yapılan araştırmada bulunmuştur. Sigortalarına göre ayrılan hastalarda sosyo-ekonomik durumlarının daha yüksek olduğu düşünülen Bağ-Kur emeklilerinin, daha düşük olarak görülen Emekli Sandığı emeklilerine göre yapılan tedavilere daha düşük memnuniyet seviyesi verdiği belirtilmiştir. Fakat, bu verilerin araştırmanın uygulandığı hastane ile ilgili de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. [40].

Hastaların daha önceki diş hekimi deneyimleri ise hastaların memnuniyetini etkileyen önemli faktörlerden bir tanesidir. Hastaların daha önceki travmatik diş hekimliği deneyimleri de dental anksiyeteye yol açabilir. Anksiyeteli hastaların diş hekimliği uygulamalarındaki memnuniyetleri normal hastalara oranla daha düşüktür. Bu durumun değişik bir hali ise sürekli hastalarının memnuniyetlerini yüksek seviyede tutan diş hekimleri için geçerlidir. Memnuniyet seviyesi sürekli olumlu olunca, bir seferlik de olsa kötü bir performans yüzünden hastanın o seans olan memnuniyetini etkileyebilir. [6].

1.5. Bazı Kronik Hastalıklar:

1.5.1. Psikiyatrik Bozukluklar:

Psikiyatrik bozuklukları olan hastalara diş hekimliği uygulamalarında rastlamak mümkündür. Psikiyatrik bozukluklar, hastaların hayat kalitelerini düşüren ve dolayısıyla ağız sağlıklarını da etkileyebilen unsurlardır. Bu tip hasta gruplarını teşhis etmek ve onlara gereken ilgiyi göstermek diş hekimlerinin sorumluluklarındandır. Bu hastaların kullandıkları ilaçlar, ağız bakımlarına gereken özeni göstermemeleri veya gösterememeleri, zararlı alışkanlıklar gibi durumlar nedeniyle ağız sağlıkları çoğunlukla iyi durumda değildir. Anksiyete bozuklukları, fobik bozukluklar, depresyon, bipolar bozukluklar gibi psikiyatrik bozukluklar hastaların ağız ve diş sağlıklarını dolaylı yollarla olumsuz etkileyebilecek hastalıklardır. Psikiyatrik bozuklukları olan hastaların alışkanlıkları incelendiğinde birçoğunda sigara ve alkol kullanımı tespit edilmiştir. Ayrıca mental problemleri olan hastalar incelendiğinde, diğer hastalara göre işlerinde istikrarsızlık, düşük gelir seviyesi ve düşük sosyal statü gözlemlenmiştir. Maddi sıkıntılar yüzünden bu hastalar sağlık problemleri için tedavi aramakta zorluklar yaşayabilirler. Psikiyatrik hastalıklara sahip olan bireylerde, sağlığa dikkat etmemekten kaynaklanabilecek sağlık sorunlarının beraberinde artmış intihar riski de görülmektedir. [36]. Yapılan bir literatür meta analizinde, mental hastalıkları olan hastaların DMFT (Decayed Missing Filled Teeth) ve DMFS (Decayed Missing Filled Surface) skorlarının, mental hastalığı olmayan bireylerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Florlu içme suyu olan bölgelerde ise DMFT ve DMFS skorlarının mental hastalığı olmayan insanlarla eşit olduğu gözlemlenmiştir. Bu da psikiyatrik bozuklukları olan hastaların dişlerindeki çürük ve kayıp sayılarının, psikiyatrik bozukluğu olmayan hastalara göre daha fazla olduğunu ve florun koruyucu hekimlik uygulamalarında ne kadar etkin olduğunu göstermektedir. [41]. Çürük riskinin yanında ise ileri psikiyatrik bozuklukları olan, özellikle şizofreni vakalarında, hastalarda periodontal problemlerin arttığı görülmüştür. Bunun nedeni ise kullanılan antikonvülsan ilaçlara bağlanmıştır. Psikiyatrik bozuklukları olan hastalarda en sık görülen ağız hastalıkları aftöz stomatit, yanan ağız sendromu, liken planus ve kserostomi olmuştur. [42]

1.5.1.1. Depresyon:

Depresyon (majör depresif bozukluk), sık görülen ve ciddi bir hastalıktır. Kişinin nasıl hissettiğini, nasıl düşündüğünü ve nasıl hareket ettiğini etkileyen, ancak tedavisi olan bir hastalıktır. Depresyon, üzüntü ve eskiden ilgi duyulan aktivitelere karşı ilgisizlik ortaya çıkar. Birçok duygusal ve fiziksel problemlere neden olup kişilerin işlerinde ve evlerindeki hayat tarzlarını etkiler. Depresyonun semptomları hafiften ağıra farklı seviyelerde görülebilir. Majör depresif bozukluk semptomları şöyledir: üzgün ve bunalımda hissetmek, daha önce zevk alınan aktivitelerden zevk alamama, iştahta değişim, kilo alma veya kilo verme, uyku güçlüğü veya fazla uyuma, enerji kaybı ve sürekli halsiz hissetme, amaçsız hareketlerde artış veya hareketlerde ve konuşma şeklinde gözle görülür yavaşlama, değersiz ve suçlu hissetme, düşünmede, konsantre olmada ve karar vermede zorluk yaşama, ölüm ve intiharı düşünme vb. Bu semptomların başka sağlık problemlerinde de görülebileceği unutulmamalıdır. İstatistiklere göre her altı yetişkinden biri hayatlarının bir döneminde majör depresif bozukluk yaşayabilir. [43].

Depresyonun ağız sağlığı üzerindeki etkileri direkt etkiler değildir. Hastaların majör depresif bozukluk sonucu duygu ve davranışlarında meydana gelen olumsuz değişimler ile kullandıkları belli ilaçlar sonucu ağız sağlıklarındaki denge bozulmaktadır. Hastaların kendilerini ihmal etmeleri sonucu, kişisel bakımlarını ve ağız bakımlarını ihmal etmeleri çürük oranında artışa neden olmaktadır. Bu hastaların kullandıkları ilaçlardan trisiklik antidepressanlar, serotonin gerilim inhibitörlerine göre tükürük bezlerini daha fazla etkilemektedir. Her iki tür ilacın da tükürük akışını azalttığı unutulmamalıdır. [44]. Majör depresif bozukluk tanısı konan hastalara koruyucu hekimlik işlemleri, özellikle remineralizasyonu arttıran flor preparatları ve fissür örtücüler uygulanmalıdır.

1.5.1.2 Bipolar Bozukluk:

Bipolar bozukluk (manik depresif bozukluk), duyguların ön görülemeyen ve yoğun bir biçimde arttığı sık görülen ve ciddi bir mental hastalıktır. Bipolar bozukluğu olan hastalar aşırı mutluluk, öfori, enerji ve açıklıktan aşırı mutsuzluk, yorgunluk ve bilinç bulanıklığı durumlarına kayabilirler. Bu kaymalar hastalar için aşırı yıkıcı olabilir ve hastalar intiharı seçebilir. Bütün bipolar bozukluk hastaları manik epizodlar, normal dışı yüksek veya asabi duygu durumları geçirir ve 1 hafta kadar sürebilen bu epizodlar süresince hayatlarını idame ettirmekte zorlanırlar. Fakat, her bipolar bozukluğu olan hasta depresif epizodlar geçirmez. [45].

Bipolar bozukluk hastaları, majör depresyon hastaları gibi artmış çürük riskinin yanında başka problemlerle de karşı karşıyadır. Manik epizodlarda ortaya çıkabilen aşırı fırçalama ve diş ipi kullanma durumları nedeniyle dişlerde abrazyon, dişlerin kollelerinde defektler ve diş etlerinde laserasyonlar görülebilir. [41]. Bipolar bozukluk tedavisinde kullanılan lithium içeren preparatlar nedenli orta ve yüksek dereceli kserestomi görülür. Diş hekimlerine tavsiye edilen, bu hastaların psikiyatristleri veya doktorlarıyla konsültasyon yapılması ve tedavileri hakkında bilgi alınmasıdır. Koruyucu hekimlik uygulamalarına önem verilmeli, sık flor uygulamaları yapılmalı, diş fırçalama eğitimi verilmeli ve diyet planlaması yapılmalıdır. Kserestominin ve oral mukozada oluşabilecek fırsatçı enfeksiyonların önlenmesi için tükürük akışını stimüle eden ajanlar, yapay tükürük ve klorheksidin glukonat içeren gargaralar kullanılmalıdır. Diş hekimleri, bipolar bozukluk hastalarında depresif epizodlar sırasında hastaların uygulanacak olan tedavileri reddedebileceğini unutmamalıdır. Yine depresif epizodlarda hastalar ağız hijyenlerine önem göstermeyebilirler ve daha önceden uygulanmış protetik tedavileri çöpe bile atabilirler. Kullanılan ilaçların neden olduğu

kserestomi sonucu fırsatçı kandida enfeksiyonları olabilir, angüler şelit ve yutkunma, konuşma, çiğneme zorlukları görülebilir. [46].

1.5.1.3 Şizofreni:

Şizofreni anlamsız ve mantıksız fikirler, garip davranışlar ve konuşmalar, sanrılar veya halüsinasyonlar ile karakterize edilen ciddi bir psikiyatrik hastalıktır. Halüsinasyonlar genelde işitsel halüsinasyonlar olarak ortaya çıkar. Hafıza, dikkat ve konsantrasyon gibi bilişsel sorunlar da görülmektedir. [47]

Şizofreni hastalarının ağız bakımları hakkında yapılan çalışmalara bakıldığında bir çoğunda periodontal hastalık olduğu saptanmıştır. Şizofreni ağır bir psikiyatrik hastalık olduğundan bu hastaların bir kısmı evsiz ve düşük sosyoekonomik statüde olan hastalardır. Bu nedenle ağız sağlığı hizmetlerinden yararlanmaları zor olabilir. Kullanılan antipsikotik ilaçlar ağız kuruluğuna neden olmakta ve bu nedenle bu hastalarda çürük, diş eti ve periodontal hastalıklar sıklıkla görülmektedir. Şizofreni hastaları psikiyatri servisinde tedavi görürken diş hekimi kontrolünden geçmeleri önerilmektedir ve ayrıca psikiyatri servisi çalışanları ağız sağlığının önemi hakkında bilgilendirilebilirler. [42][48][49][41]

1.5.2. Otizm Spektrum Bozukluğu:

Otizm spektrum bozukluğu (ingilizce kaynaklarda ASD: Autism Spectrum Disorder), sosyal iletişim ve etkileşimde güçlükle karakterize edilen nörogelişimsel bir bozukluktur. Otizm spektrum bozukluğu olan bireylerin davranışları, ilgilendikleri alanlar ve aktiviteleri belirli kalıplar içerisinde ve tekrar eden şekildedir. Irk, etnik grup, sosyoekonomik statü fark etmeden herkeste görülebilir. Bebeklerde 2 yaşından önce bile teşhis edilebilir. Çocuk nöroloğu ve çocuk ruh sağlığı uzmanlarından oluşan bir takım ile tanısı konabilir. [50].

Otizm spektrum bozukluğu olan bireylerin semptomları hafiften ağıra farklı derecelerde olabilir, bu da hastalığın bir spektrum üzerinde olmasından kaynaklanmaktadır. Spektrum bozukluğu olmasının nedeni budur, her hastanın kabiliyetleri, zeka seviyeleri ve performansları birbirinden farklıdır. Diş hekimleri her otizm spektrum bozukluğu olan hastaya özel davranmalıdır. [51]. Otizmlilerde diş hekimlerine ne kadar erken tanısırsa ve ne kadar sıklıkla giderse, ağız sağlıkları o derecede iyi olacaktır. İletişimin sınırlı olması, bakıcıya bağımlı yaşamak zorunda olmaları, dental kaynaklı acılara az duyarlı olmaları ve dışarıdan gelen uyaranlara aşırı duyarlı olmaları gibi nedenlerden ağız sağlıkları kötü durumda olabilir. Otizmlilerde başka bir sorun da kendilerine zarar verme dürtülerinin olmasıdır. Hastalarda bu nedenle travmaya bağlı diş kayıpları gözlemlenebilir. [52]. Otizmlilerde çocuklarda çürük riski artmaktadır. Bu durum dişlerini fırçalamada ve diş ipi kullanmada zorluk yaşamalarından kaynaklanabilir. Ayrıca genellikle yumuşak ve şekerli gıdaları tercih ederler, bu da diş çürüğü görülme sıklığını ve diş çürüğü oluşma riskini arttıran bir faktördür. Bir diğer neden ise otizmlilerde çocuklara yapılan davranış terapilerinde ödüllendirmek için hazır şekerli gıdaların kullanılıyor olması ve ilaçlarını oral yoldan almaları için şuruplu ve şekerli içeceklerden faydalanılmasıdır. [53]

Otizmlilerde çocukların diş hekimliği klinik ortamına alışmasında ve tedavilerde rahat olabilmeleri için birkaç yöntem geliştirilmiştir. Bu yöntemler sayesinde otizm spektrum bozukluğu olan çocukların hem diş hekimliği uygulamalarından faydalanabilmeleri hem de ağız hijyeni rutinlerini rahatça uygulayabilmeleri sağlanmıştır. Pozitif pekiştirme, olumlu davranışların ödüllendirilmesi gibi tekniklerin bazıları, erken yaştaki çocuk hastalarda daha

başarılı olmaktadır. Otizmlı bireyler için diş hekimliğı klinik ortamında kullanılabilecek metodlar: görsel pedagoji, duyuşal uyum ve uygulamalı davranış analizidir (ingilizce kaynaklarda: ABA). [53]

Görsel pedagoji tekniğı görsellerin anlatım gücünden faydalanılıp otizm spektrum bozukluğı olan bireylerin bazı durumlara hazırlıklı olmalarını sağlar. Bu metodun kullanılabilmesi için önceden hazırlanmış resimli kitapçıklar bulundurulmalıdır. Otizm spektrum bozukluğı olan çocuklarda ilk seansta dental işleme başlanmamalı, aile ve bakıcılar ile hastanın durumu hakkında konuşulmalı ve klinik ortamı tanıtılmalıdır. Bu ilk seansta görsel pedagoji için kullanılacak olan kitapçık aileye verilir ve işlem yapılacak günden önceki tarihlerde bu kitapçık otizm spektrum bozukluğı olan birey ile de çalışılmalıdır. Görsel pedagoji sayesinde otizmlı hastaların diş fırçalama gibi yetileri kazanmaları da sağlanabilir. Hemen bu yetileri kazanamayacakları hem ailelerin hem de hekimlerin akıllarında olmalı ve hijyen eğitimleri adım adım uygulanmalıdır. Örneğın, hasta, diş fırçasından veya diş macunundan hoşnut değılse daha basit ve hoşnut olabileceğı alternatiflerden başlanılmalıdır. Görsel pedagoji, pozitif destekleme ve teşvik, ile bir arada kullanılırsa etkili olacaktır.[53]

Duyuşal uyumlu çevre, otizm spektrum bozukluğı olan hastalar için huzursuz edici bir ortam olan diş hekimi kliniğini daha rahatlatıcı bir ortama çevirmeyi amaçlayan bir metottur. Aydınlık ışıklar, gürültülü ortam, birçok diş hekimi ünitesinin aynı odada çalışması gibi dikkat dağıtan ve rahatsızlık sağlayan nedenler otizmlı hastaların gerilmelerine neden olabilmektedir. [54]. Bazı otizmlı hastalar bunların yanı sıra ağız içinde herhangi bir temasa karşı aşırı duyarlı olabilmekte olduğı için duyuşal uyumlu çevre ile rahatlama sağlanmaya çalışılır. Işık şiddetinin düşürölmesi, gürültünün azaltılıp rahatlatıcı müzik ve sesler açılması otizm spektrum bozukluğı olan hastalar için duyuşal aşırı yüklenmenin önüne geçecek ve rahatlamlarına imkan sağlayacaktır. Ailelerden otizmlı hastaların en sevdikleri müziklerin CD'leri veya isimleri öğrenilerek tedavi esnasında bunların dinletilmesi de uygun bir pratiktir. Diş hekimlerinin ve yardımcılarının sürekli rahatsız edici uyaranlara karşı dikkatli olmaları önerilmektedir. [53]

Uygulamalı davranış analizi (ABA), psikolojinin bir dalı olmakla beraber davranışların analizinin yapılmasını ve değıştirilmesini amaçlamaktadır. Davranışların sonuçlar ile yönetildiğini baz alan bu metotta davranışların sonuçları, çevrenin verdiğı tepkilerdir. Gelen bir uyarana karşı kişinin verdiğı tepki çevrede de bir cevap oluşturur ve bu cevap verilen tepkinin sonucunu oluşturur. Pozitif ve negatif destekleme, mahrum bırakma, cezalandırma gibi sonuçlarla kişinin verdiğı cevapla ilgili sonuçlara varmasını sağlar. [53]

1.5.3. Madde Bağımlılığı:

Madde kullanım bozukluğı olarak da adlandırılabilen bu durum, maddelerin farklı derecelerde de olsa aşırı kullanılmasıdır. Bu maddeler: tütün, alkol, opiyat türevleri, kafein, kannabis, halüsinojenler, uçucu maddeler, sedatif, hipnotik veya anksiyolitikler, uyarıcı maddeler (amfetamin ve kokain gibi) örnek olarak verilebilir. Bazı akıl sağlığı problemleri de, depresyon gibi, madde bağımlılığı ile birlikte görülebilir. [55]. Amerikan Psikiyatri Birliğı'nin (APA) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nda (DSM-5) madde bağımlılığının başlıca özelliğı; bilişsel, duyuşal ve davranışsal semptomların bir kümesi olup kişinin bütün ortaya çıkan sorunlara karşı madde kullanımına son getirememesi olarak tanımlanmıştır. [56]. Madde bağımlılığında kullanılan bütün maddeler, beyindeki ödöl

sistemlerini, dopaminerjik ve serotonerjik sistemler gibi, aktive ederek etki gösterirler. [57]. Madde bağımlılığında, bağımlılığa yataklık edebilen ve bağımlılık ile gelişebilen birtakım psikiyatrik bozukluklar da gözlemlenmiştir. Madde bağımlılarının %60-70'inde madde bağımlılığına ek psikiyatrik bozukluklar vardır. [58]. Madde bağımlılığına eşlik eden psikiyatrik hastalıkların yanında, madde bağımlılığının neden olduğu birtakım bulaşıcı hastalıklar da görülebilir. Bu hastalıklara örnek olarak: hepatit-C, HIV/AIDS, karaciğer yetmezliği ve çeşitli ağız hastalıkları verilebilir. Madde bağımlılarının bir kısmında, kullandıkları maddeye bağlı olarak, aşırı doz ve ölüm riski de vardır. Madde bağımlıların çoğu zaman birden çok maddeyi aynı zaman diliminde kullandıklarını da unutmamak gerekir. [59]

1.5.3.1. Madde Bağımlılığının Davranışlar Üzerine Etkisi:

Madde bağımlılığı ve madde istismarının görüldüğü bireylerin davranış şekillerinde ve önceliklerindeki değişimler bağımlı oldukları maddeyi odak noktası haline getirecek şekilde oluşur. Madde bağımlılığı olan bireyler görev ve sorumluluklarını madde kullanımı için ihmal edebilirler. Bu da kişisel hayatlarında ve ilişkilerinde gerginliklere ve çatışmalara neden olabilmektedir. [56]. Beyindeki doğal ödül sistemi yerini kullanılan maddeye bıraktığı için kişiler bu maddelere ulaşabilmek için ellerinden gelen gayreti gösterirler. Birkaç saatlik zevk verici hisler için birkaç günlerini bu maddeleri elde etmek için harcayabilirler. Madde bağımlısı bireyler kendilerine zarar verici davranışlarda bulunurlar ve bu davranışların sonuçlarını düşünmezler. Bunların sonucu olarak da genelde tehlikeli durumlara düşmeye ve tehlikeli eylemlerde bulunmaya yatkındırlar. Bu eylemlere örnek olarak korumasız cinsel birliktelik, şiddet içeren davranışlar ve kavgalar, madde etkisi altında araç kullanımı verilebilir. Tehlikeli davranışların sonucu olarak kişilerin başlarına yaralanmalar, kronik sağlık sorunları veya ölüm gelebilir.

Bünyelerinde kullanılan maddeye karşı oluşan tolerans sonucu o maddeden daha fazla kullanma durumunda kalırlar. Tolerans gelişimine bağlı olarak bu hastalar en iyi ihtimalle maddi sıkıntılar yaşayabilirler, en kötü ihtimal ise aşırı doz sonucu ölebilirler. Bu hastalarda madde bağımlılığının farkında olup bunun önüne geçmeye çalışma da görülmektedir. Bu çabalar devamlı tekrar eder ve genellikle başarısız olarak kişiler madde istismarına devam ederler. Bu da genellikle kullanılan maddenin dozunu azaltarak kontrolü elinde tutma çabası olarak izlenir fakat kontrol maddenin elindedir. Maddelerin sebep olduğu bazı fiziksel ve patolojik olumsuzlukların ortaya çıkmasına rağmen madde kullanımına devam edilir. Madde bağımlısı olan kişiler bağımlı olunan maddeye ulaşamadıklarında ise aşırma ve yoksunluk semptomları gösterirler. Yoksunluk semptomları her kullanılan madde için farklıdır. Alkol, sedatif, hipnotik veya anksiyolitik maddelerin yoksunluk semptomları ellerde artan titreme, uykusuzluk, mide bulantısı, kusma, halüsinasyonlar, psikomotor ajitasyon, anksiyete ve nöbetler olarak sıralanabilir. Amfetamin veya kokain yoksunluk semptomları: yorgunluk, hoş olmayan ve canlı rüyalar, uykusuzluk veya aşırı uyku, iştah artışı, psikomotor gerileme veya ajitasyondur. Opiyatlar için yoksunluk semptomları ise disforik duygu-durum, mide bulantısı ve kusma, kas ağrıları, burun akıntısı, gözlerde yaşlanma, terleme, diyare, ateş, uykusuzluk olarak görülür. Kenevir kullanımında görülen yoksunluk semptomları diğer maddelere kıyasla daha hafiftir ve şöyledir: yorgunluk, konsantrasyon güçlüğü, karın ağrıları, canlı rüyalar. [57].

1.5.3.2. Madde Bağımlılığının Ağız ve Diş Sağlığı Üzerine Etkileri:

Madde bağımlılığının ağız diş sağlığı üzerine etkileri denince akla “Meth Mouth” yani metamfetamin kullanımının ağız ve diş sağlığı üzerine etkileri gelir. Stomatognatik sistem üzerinde etkisi olan tek madde metamfetamin değildir. Kullanılan ve hatta istismar

edilen bütün maddelerin ağız ve diş sağlığı üzerinde etkileri vardır. Bu etkiler doğrudan veya dolaylı olabilir. Öncelikle, kronik alkol kullanımına dikkat edilmelidir, zira ağızda orofarengeal kanserlere ve periodontitis için zemin hazırlar. Hint keneviri kullanımı ise filtresiz kullanıldığında kenevir stomatiti, bukkal mukozada lökoödem ve hiperkeratoz görülebilir. Aşırı ve sık kenevir kullanımında genç erişkinlerde periodontitis görülebilir. Tütünün filtresiz kullanımında diş yüzeylerinde tütün renklemeleri görülebilir. Metamfetamin kullanımında, kserestomi, ağız kuruluğu, ve beraberinde görülen rampant çürükler, periodontal hastalık ve yaygın olarak bilinen “meth mouth” tablosu oluşur. Sempatomimetik etkisi yüzünden diş sıkma, bruksizm ve sonucunda temporomandibular eklem problemleri görülebilir. Bazı kaynaklara göre metamfetamin dumanının çene kemiklerinde osteonekroz yaptığı söylenmiştir. [60][61]. Opiyatların kullanımı, tükürük bezi hipofonksiyonlarına bağlı kserestomi yapar. Kserestomi sonucu ağız yanması, tat almada güçlük ve yaygın çürükler gözlenir. Tatlılara karşı iştah artışı görülür ve bu nedenle çürüklerde artış görülebilir. Kokainin uzun süreli intranasal kullanımı, nasal septumda ve sert damakta perforasyonlara neden olabilir. Devamlı maksiller sinüzit, yanıklar, büller ve tahriş alanları yaratabilir. Oral kullanımı ise yine nazal mukozadaki gibi kimyasal yanıklara neden olur. Tükürük pH’ını düşürür ve diş çürüklerinin artmasına katkıda bulunur. Dişlerde erozyon ve abrazyona da neden olurken metamfetamin gibi bruksizm ve temporomandibular eklem sorunlarına neden olabilir. Ayrıca metamfetamin ve kokaini düzenli kullanan bireylerin vücut ağırlıkları oldukça düşüktür. [61].

1.5.3.3. Madde Bağımlılığı ve Diş Hekimliği:

Madde bağımlılarının ağız diş sağlığı tedavilerinde birçok problem diş hekimlerinin karşısına çıkabilir. Diş hekimlerine madde bağımlılarının tedavilerindeki sıkıntılar sorulduğunda, randevuları kaçırma, ağız hijyeni tembihlerine uymama, kötü genel ve ağız hijyeni, diğer hasta gruplarına göre yüksek korku ve bulaşıcı hastalık taşıma riskleri cevapları öne çıkmıştır. [62]. Aktif madde kullanan bireylerin dental işlemlerine ancak madde kullanımını sonlandırdıklarında veya bağımlılıklarıyla ilgili tedavi gördüklerinde başlanması önerilmektedir. Uygulanacak olan tedaviler uzun, katılım isteyen ve maliyetli olabilecekleri için hastaların aktif katılımı ve rızaları gereklidir eğer bağımlılıkları buna engel olarsa tedavileri ertelemek düşünülebilir. Koruyucu hekimlik uygulamalarından faydalanılabilir. Özellikle bağımlılık tedavisi olmayan veya tedavisi başarısız olan hastalarda gümüş diamin florür (SDF) önerilmektedir. [60]. Hastalar iyileşme veya remisyon fazındayken dental işlemlerin yapılması uygundur ve teşvik edilmelidir. Madde bağımlılığı tedavisi gören hastalara bu tedavilerine ek olarak dental tedaviler de uygulandığında tedavilerinin sonunda dental tedavi görmeyen hastalara kıyasla daha büyük başarı görülmüş ve bu hastaların hayatlarını düzene soktukları gözlemlenmiştir. [58]

Diş hekimleri, madde bağımlısı olduğundan şüphelenilen hastaların tıbbi geçmişlerini sorgularken dikkatli olmalı. Karşılıklı bir güven ortamı oluşturulmalı ve odada hekim ve hastadan başka biri olmamalı. Bu konuyu ergen ve genç yetişkinlerde yanlarında velileri varsa dışarıya çıkartılmalı ve hasta ile hekim birlikte konuşmalıdır. Önyargılı olunmamalı ve hastaları suçlayıcı tavırlardan kesinlikle kaçınılmalıdır. Genç hastalar bağımlılıklarını saklıyorsa dolaylı yoldan öğrenilmeye çalışılabilir, arkadaşlarında kullanan var mı gibi sorularla konu açılabilir. [63].

Madde bağımlılığı olan hastalara dental tedavi uygulanacaksa dikkat edilmesi gereken bazı prosedürler vardır. Alkolizm genellikle karaciğerde hasara yol açtığı için hastalarda kanama bozuklukları görülebilir, bunlar için gerekli kan testleri istenmelidir. Kokain, ekstazi,

metamfetamin gibi uyarıcıların bağımlılığında epinefrin içeren anesteziiklerden kaçınılmalıdır, kardiyovasküler sistem problemleri ortaya çıkabilir. Eğer hasta 12 saat içerisinde madde kullanmadıysa epinefrin içeren anesteziikler kullanılabilir. Ayrıca hastaların tansiyonlarına dikkat edilmeli. Kenevir kullanan hastalarda epinefrinli anesteziikler taşikardiye yol açabilir. Opiyat analjezikler madde bağımlılığı şüphesi olan hiçbir hastaya reçete edilmemelidir. [63] “İlaç-isteyen davranış” veya “opiyat-isteyen davranış”a dikkat edilmeli, devamlı ağrılardan şikayetçi olan ve ağrı eşiği çok düşük olan hastalar opiyat analjezikleri istismar ediyor olabilirler, reçete ederken dikkatli olunulmalıdır. [25].

2. Diş Hekimi ile Hasta Arasında Etkin İletişim

Başarılı bir diş hekimi-hasta ilişkisinin hem diş hekimine hem de hastaya büyük faydaları vardır. Hastalar tedavilerinden memnun kalır ve sağlıklarına kavuşurken diş hekimleri ise hastaların sadakatini ve güvenini kazanarak tedavilerde başarılı sonuçlar alırlar ve hatta gergin hastaları sakinleştirip, hastalar için daha keyifli bir ortam yaratabilirler. [64]. Etkin bir iletişim kurulup, pürüzler yaşanmadan hastaların tedavilerinin yapılabilmesi ayrıca diş hekimlerinin sağlıklarını da olumlu etkileyen bir durumdur. [65]. Hastaların randevularına zamanında gelmeleri, diş hekimi tarafından tavsiye edilen bakım veya tedavileri uygulamaları, diş hekimine sadık olup tedavi için o diş hekimini seçmeleri diş hekiminde olumlu duyguları tetikleyen durumlardır. [66]. Bir gerçek unutulmamalıdır diş hekimine gelen hastaların büyük bir çoğunluğu uygulanan tedavinin kalitesini ölçerken uygulanan tekniklerden çok diş hekiminin davranışlarını ve iletişim kurma tarzını yani tedavinin sunumunu göz önünde bulundururlar. [67].

2.1 Diş Hekimi-Hasta İlişkileri Modelleri:

Diş hekimliği ve tıptaki ilerlemelerle birlikte iletişim şekillerinde ve tedavi uygulayan-hasta arasındaki rollerde de değişimler yaşanmıştır. Kimi araştırmacılara göre antibiyotiklerin kullanıma başlanmasından sonra hekim-hasta arasındaki iletişim öğretmen-şifacı kimliğinden dedektif-ilaç yazan kimliğine bürünmüştür. [2]. Hastalık odaklı çalışan bu anlayışta hastaların çoğu zaman söz hakları yoktur. Tedaviyi uygulayan hekim otoriter bir tavır takınır ve hasta için gerekli kararları alır. Hastanın sorumluluğu burada tedavi seanslarına gelmektedir. Kurulan iletişim ise hastanın durumu hakkında bilgilendirilmesi ve tedavi sırasında verilen komutlardan ibarettir. Hekimin yüksek kontrolü olan ve hastanın elinde kontrolün zayıf olduğu bu ilişki modeline “Biomedikal Model” veya Paternalist Yaklaşım adı verilmiştir. (dentist patient comm). Otoriter hekim modelinin psikodinamiğinde, hekimin rolü bir ebeveyn gibidir ve hastanın rolü ise çocuk gibidir. Ebeveyn bilgi sahibi ve karar alan mekanizmadır, çocuk ise dinleyip istenenleri yerine getiren. [68]. Günümüzde otoriter diş hekimlerine 24 yaş ve altı hastaların, 24 yaş üzeri hastalara göre daha kolay tolere ettiği gözlemlenmiştir. Bu da ergenlik ve genç-yetişkin bireylerin ebeveyn-çocuk ilişkilerindeki çocuk rolüne daha aşına olmalarıyla açıklanabilir. [67]. Hastaların bilinç seviyelerinin artması, yeni teknolojilerin gelip alternatif tedavi metotlarının literatüre girmesi, hastaların yaşam süresinin ve yaşam kalitelerinin artması, agresif beklentileri olan hasta profillerinin ortaya çıkmasıyla diş hekimliğindeki iletişim her iki tarafın, hekim ve hasta, da eşit düzeyde olduğu bir anlayışa kaymıştır. [8]. Bu modele de biopsikososyal model adı verilmiştir ve hem hekimde hem de hastada yüksek kontrol vardır. Tedavi planı yapılırken hastaya tedavinin bütün riskleri ve faydaları ve alternatif tedavi yöntemleri aktarılır ve buradan hekim ile hasta birlikte karar verir. Bu prensibe aydınlatılmış onam ismi verilir. Diş hekimi-hasta ilişkisi modellerinden ise, Karşılıklı Güven Modeli veya Karşılıklı İlişki Modeli (eng: Model of Mutuality) adı verilir.

[3][69]. Bir diğerk ilişki modeli ise, Ticari Model olarak ortaya çıkmaktadır. Hekim sunacağı sağlık hizmetini “satışa çıkarır” ve hekim satıcı konumundadır. Hekim ve hasta birbirlerine en iyi teklifi yapmaya çalışırlar. Hastanın ihtiyaçları burada belirleyici faktör değildir, hastanın alım gücü ve pazarlık yetenekleri ön plandadır. En sonuncu model ise Kusurlu Model’dir. Ne hekimin kontrolü vardır ne de hastanın kontrolü vardır, ortada sadece karşılanamamış beklentiler ve ulaşılamamış hedefler vardır. Kusurlu Model, biomedikal veya biopsikososyal modele dahil değildir. Hasta, hekimi terk edip başka bir hekim arayışına çıkabilir. [69]

Diş hekimi ile hasta arasındaki ilişki ayrıca psikodinamik çerçeveden de incelenebilir. Hareket, davranış, semptom veya bozukluk gibi belli bir psikolojik olaya veya duruma yol açan güçler veya güç paternlerine **psikodinamikler** denir. Psikodinamik güçler kişinin gelişim süreci ve tecrübeleriyle kazandığı dürtüler, dilekler, duygular ve ego savunma mekanizmalarını içerir. Freud’un teorilerindeki basit biyolojik dürtüler ve doğuştan gelen iç güdüleri de içermektedir. Psikolojik olaylar genellikle bu güçlerin birçoğunun bilinçli ve bilinçaltı seviyelerde birbirleriyle etkileşimi ile oluşmaktadır. [70]

Diş hekimi ve hastanın ilişkisi psikodinamik olarak üç ilişki boyutunda incelenebilir. Bu ilişki boyutları sırasıyla, gerçek ilişki, tedavi ittifakı ve aktarımdır (transferans). Gerçek ilişki, diş hekimi ve hasta arasında gerçekleşen iki yetişkinin karşılıklı iletişimidir. Hasta, diş hekimini seçer ve bu dinamikte hem diş hekimi hem de hasta eşittir. Tedavi ittifakı ise gerçek ilişkinin bir sonraki evresidir. Hastanın anksiyete ve fobileri, maddi durumu burada ilişkiyi etkiler. Diş hekiminin ise iletişim kabiliyetleri ve anksiyete yönetimi tedavi ittifakını etkiler. [68]. Tedavi sırasında ise diş hekimi ve hastanın yetişkin yetişkine olan ilişkileri ebeveyn-çocuk ilişkisine benzeyebilir. Bu duruma aktarım veya transferans denir. Transferansta hastaların şimdiki hareket ve tavırlarını geçmişteki deneyimleri, tanıdıkları ve hayatlarına etkisi olmuş insanlar yön verir. Bugünü geçmişin gözlükleriyle görür hastalar. Aktarım, iki ucu keskin bir kılıçtır aynı zamanda. Olumlu aktarımı diş hekimi olarak fark etmek güç olsa da olumsuz aktarımı anksiyete ve fobilerin ortaya çıkması olarak gözlemleyebilir veya sinirli hastalar olarak da ortaya çıkabilir olumsuz aktarım. Hekimler gergin, sinirli ve baştan çıkarıcı hastalara dikkat etmelidirler. Olumsuz aktarım aşırı davranışlar olarak vücut bulabilir. Bu davranışlar tedavi ittifakını ve tedaviyi sekteye uğraticı tipte davranışlardır. Bu davranışlara örnek olarak, cinsel baştan çıkarma, dava açma tehditleri, kızgın bir şekilde emirler verme verilebilir. [71]. Bu durumlar, hekimi zor durumda bırakabilir ve olumsuz duyguları da beraberinde getirebilirler. [66]. Hekimler böyle davranışların karşısında sınırları aşmadan, objektif ve olaya duygusal olarak dahil olmadan cevap vermeliler. [71]. Aktarımın hekim üzerinde vücut bulmuş formu ise karşı-aktarım olarak tanımlanmıştır. Freud’un tanımına göre hekimin hasta üzerindeki aktarımıdır ve Freud hekimin başarılı olması için karşı-aktarımı aşmasını önermektedir. [72][71].

2.2 Diş Hekimi ve Hasta Arasındaki İletişim:

Diş hekimi ve hasta arasındaki iletişim üç farklı ilişki modeliyle oluşabilir. İlk model, hekim ve hasta arasında iyi bir kişiler arası iletişim kurmayı hedefleyen ilişkidir. İkincisi, bilgi alışverişi yapmayı amaçlayan ilişki biçimidir. Üçüncü ise tedavi ile ilgili kararların alındığı ilişkidir. [69].

Hekim ve hasta arasında iyi bir ikili iletişim kurmak, hekimin hastayı tanımasını ve hastanın da hekimi tanımasını sağlar. Hasta ve diş hekiminin ilişkisinin başlangıcıdır. Hasta

kapıdan içeriye girince selam vermek, hasta ile küçük sohbetler etmek, havadan sudan konuşmak bile hasta-diş hekimi arasındaki ikili ilişkiyi güçlendirmeye fayda eder. [73]. Diş hekimi ve hasta aralarında bağ oluştururlar. Hastasını yakından tanıyan diş hekimi, bu sayede hastasının tedavileri sırasında hastasına nasıl davranması gerektiğini bilir. [65]. Diş hekimi koltuğuna kaygılı hasta oturduğunda, hekim bu normal dışı durumun farkında olacaktır ve hastanın gerginliğini azaltmak için şakalar yapabilir veya hikayeler anlatabilir. Bu sayede hastanın dikkati kaygı ve korkularından anlatılan şaka veya hikâye yönüne çekilecektir ve hasta rahatlamış olacaktır. Bu da hekimin kelimelerinin ve iletişim becerilerinin sedatif etki yaratabilme gücünü göstermektedir. Bu rahatlatıcı etkinin oluşabilmesi için öncelikle diş hekimi ve hasta arasında bir güven ve olumlu iletişim ortamı oluşması gerekir. [67][69].

İkinci iletişim modeli olan bilgi alışverişinin sağlandığı modelde, diş hekimi, hastasına sorular yönelir. Amaç burada hastasıyla ilgili olabildiğince çok veriye ulaşmaktır. Bu veriler tedaviye karar verme sürecinde diş hekiminin işine yarayacak verilerdir. Bu ilişkide diş hekimi yapması gerekene odaklı hareket eder çoğunlukla. [73]. Diş hekimi, tedavi planlamasına geçilmeden hastanın beklentilerini öğrenir ve kendi verebileceği hizmetler ile arasında nasıl farklar var anlar. Ortaya çıkan farkların devam etmesi halinde diş hekimi ve hastanın arasındaki ilişki olumsuz yönde etkilenebilir. Bu modelde diş hekiminin soru sormaktan başka rolü de hastasını iyi bir şekilde dinlemektir. Diş hekimi, hastasına konuşması için yeterli zaman ayırmalıdır. Bir hastanın diş hekimi koltuğunda ortalama konuşma süresi iki buçuk dakika olarak ölçülmüştür. Bir diş hekimi, en azından bu süreyi hastasına tanımalıdır, yoksa hastasının şikayetini ve kaygılarını anlayamayabilir. [2]. Hastasını dinleyen, hastasının sorularını cevaplayan ve hastasına sağlığı ile ilgili sorular yönelten diş hekimi; hastasının sağlığını düşündüğünü ve hastasının çıkarlarını düşündüğünü gösterir. [67].

En sonuncu ilişki modelinde ise tedavi ile ilgili kararların alınması amaçlanır. Bütün muayeneler tamamlandığında diş hekimi ve hastanın ilişkisi buraya gelir. Diş hekimi ve hasta birlikte hareket ederler, aralarında bir ortaklık oluşur ve yine bir bilgi alışverişi olur. [73]. Diş hekiminin görevi, hastasını en uygun tedaviyi seçmesinde yardımcı olmaktır. Diş hekimi, hastasına yardımcı olurken etik hareket etmelidir. Diş hekimi, hastasını karar verme aşamasında zorlamamalı ve bütün tedavi alternatifleri hakkında hastayı bilgilendirmelidir. Eğer diş hekimi, hastasını bütün tedavi alternatifleri hakkında detaylı bilgilendirirse ve bu bilgilendirme sırasında kendi deneyimlerini de hastaya aktarırsa, hastanın diş hekimine olan güveni artacaktır. [3]. Ayrıca hastanın beklentilerinin yönetilmesi de bu ilişki modelinde mümkündür. Hekim ve hasta birlikte hareket edecekleri için hastanın beklentilerine uygun tedavi seçilebilir ve bu beklentilerin karşılanmasıyla da hasta memnun bir şekilde klinikten ayrılabilir. [37] [10].

2.3 Diş Hekimi ve Hasta Arasındaki İlişkide Güven:

Güvenilirlik, hastaların bir diş hekiminde görmek istedikleri özelliklerden bir tanesidir. [74]. İyi bir ilişki ve etkin iletişim kurabilmek için de güven önemli bir faktördür. Diş hekimi ve hasta ilişkilerinde güven özellikle önemli bir rol oynar. Hastalar hekimlere güvenirler ve sağlıklarını emanet ederler. Hekimler ise hastalara söyledikleri ve önerdikleri tedavileri uygulamalarına güvenirler. Güvenin sağlanamadığı ortamlarda sonuç maalesef hekimlere şiddete kadar gelebilir. [65]. Diş hekimi ve hasta arasındaki güven hemen oluşmasa da diş hekimliğinin meslek olarak toplumla arasında olan bir güven bağı vardır. Hastalar bu bağa güvenerek diş hekimlerine ilk randevulara gelirler ve daha sonra diş hekimi ve hasta

arasında güven oluşur. Toplumla olan bu güven ise hekimlerin etik bir şekilde tedavilerini gerçekleştirip hastaların sağlıklarını ön planda bulundurmalarıyla sağlanmıştır. Diş hekimleri hiçbir konuda ayrımcılık yapmadan ve ön yargıda bulunmadan tedavilerini gerçekleştirmelidirler. [75]. Hastayı aşağılayan ve eleştiren bir diş hekimine hastaların güvenmesi çok zor olacaktır ve sonuç olarak hasta uygulamalardan memnun kalmayacaktır. [67]. Hastanın diş hekimine güvenmesinin her iki taraf için de faydaları vardır. Hastalar, diş hekimine güvenebilirler ve diş hekimi koltuğuna her oturduklarında gerginlik hissetmeyeceklerdir çünkü tanıdıkları ve güvendikleri bir diş hekimi tedaviyi edecektir. Güven sayesinde diş hekiminin tavsiyelerine ve tedavilerine uyan hastalar daha kısa sürede sağlıklarına kavuşabilirler. [21]. Diş hekimlerinin hastalara güvenmeleri ise tedavi uyguladıktan sonra mesleki haz duymalarını sağlar. Hastasından bir zarar gelmeyeceğini bilen diş hekimi hem aşırı tedaviden kaçınır hem de hasta ile birlikte içine sinen bir tedaviye karar verebilir. [65]. Devamlı gittikleri diş hekimlerine güvenen hastalar, diğer diş hekimlerine karşılaştırıldığında kendi diş hekimlerinin uyguladıkları tedavileri ve kendi diş hekimlerinin tutumlarını daha iyi değerlendirmişlerdir. [76]. Bu güveni sağlamak için ise diş hekimi öncelikli olarak hekim-hasta gizliliğini korumalıdır. Bu hastaların haklarına ve haysiyetlerine saygı duyulduğunu gösterir. [75]. Hastaların sağlığı için en ideal tedaviyi uygulamak, dürüstlük, hastaların duygularına saygı, hastaları karar verme sürecine katma, hastaları dinlemek ve meslek etiğine uygun çalışmak hastaların diş hekimlerine olan güvenlerini arttıracaktır. [3].

2.4 Diş Hekimi ve Hasta Arasında Etkin İletişim:

Diş hekimliğinde teknik bilgiler ve uygulamalar buz dağının görünmeyen yüzüyse hasta ile hekim arasındaki ilişki ise buzdağının görünen yüzüdür. Hastaların günlük hayatta deneyimlediği diş hekimliğinin çoğu hekimin hasta ile olan diyalogudur ve hastanın memnuniyetini de en çok etkileyen faktördür. [2]. Hasta ile diş hekiminin iletişim kurması bazı ülkelerde kanun ile zorunlu kılınmıştır. Bu da diş hekimini, hem kanunen korunması için hem de hastalarına en ideal hizmeti vermek zorunda olduğu için, etkin iletişim kurmaya itebilir. [3]. Diş hekimi, hastaları tedavi planını yaparken katılmalarını sağlamalıdır. Bu sayede hasta tedavinin bir parçası olacaktır. Dental işlemler sırasında ise hastaları bilgilendirirse hastaların hem anksiyete seviyelerini azaltmış olur hem de hastayı önemsiyor mesajı verecektir. [21] [71]. Diş hekimi hasta ile ilk karşılaşmada asla “Sigortanız var mı?” veya “Sigortanız bu tedaviyi kapsıyor mu?” gibi sorularla başlamamalıdır. Bu tip ödemeye yönelik soruların yeri ve zamanı tedavi planını kararlaştırırkendir. [77]. Diş hekimi yaptığı hataların üzerini örtmek yerine kabullenir ve dürüst davranırsa hasta ile arasındaki güven de artacaktır ve iletişimleri de güçlenecektir. [3]. Diş hekimi, hastalarını iyi dinlemeli ve empati kurabilmelidir. Bu iki yetenek de öğrenilebilen yeteneklerdir ve hasta ile diş hekiminin iletişimini olumlu yönde etkilerler. Dinlemek ve duymak aynı kavramlar değildir. Dinleme aktif bir şekilde yapılır ve hekimin dikkati hastanın anlattıklarındadır. Hastaların anlattıklarını dinlemenin 2.5 dakika sürdüğü bildirilmiştir. Hastaların sürekli sözlerinin kesilmesi, konuşmalarına izin verilmemesi hastaların memnuniyetini olumsuz yönde etkileyecektir ve etkin bir iletişim kurulmasını engelleyecektir. İletişim iki taraflıdır, sürekli hekimin dominant olduğu bir ilişki dinamiğinde ne hastanın memnuniyeti ne de hastaya uygun tedavi planının yapılabilmesi mümkündür. Diş hekimlerinin hastalarla olan diyalogu olabildiğince teknik dilden arınmış ve anlaşılır dilde olmalıdır. Hastanın bilmediği terimler kullanılırsa hasta da verilen bilgiyi işleyemeyecektir ve hekim boşuna anlatmış olacaktır. Hastaların bir kısmı bu durumda hekimlerine hiçbir şey sormayabilir hekimlerine, bunun da nedeni dominant ve

dinlemeyen hekimlerdir. Diş hekimleri iyi bir dinleyici olmak için 3 konuda değişiklik yapmalıdır; kendi bildikleri konulardan hastaların anlattığı konulara odağını değiştirmeli, kendini anlatmaya çalışmak yerine karşısındakini öğrenmeye çalışmalı ve hastasını doğru kabul ettiği şekilde aydınlatmaya çalışmak yerine hastasının bakış açısını öğrenmelidir. [2].

Diş hekimi hastası ile olan ilk temasta hastasını güler yüzle karşılamalı, hastasına ismiyle hitap etmeli, muayenhanede bulunun personeli hastaya tanıtmalı ve hastaya yapılacak işlemleri anlatmalıdır. Hastayı muayene etmek için hastadan izin isteyip muayene ederse de düşünceli ve kibar davranış sergilemiş olacaktır bu sayede. Hastasının anlatacaklarını dikkatli bir şekilde dinleyen bir diş hekimi hastasının beklentilerini ve dileklerini öğrenir. Hastaya açık ve kapalı uçlu sorular yönelterek gerekli bilgileri öğrenmeye çalışmalı, bu sırada hastaya soruları cevaplayabilmesi için yeterli süre verilmeli hemen bir başka soruya geçmemelidir. Ayrıca hastaya aklına takılan soruları sorması için zaman tanınmalı, ki bu sayede yanlış anlaşılmalari en aza indirebilecektir. Hastaya durumu hakkında bilgilendirme yapmalı ve olası tedavi seçeneklerini hastaya anlatmalı, olası tedavi seçeneklerini açıklayıp detaylı bilgilendirdikten sonra hastayı karar verme aşamasında desteklemelidir. Diş hekimi hastasının yanında olduğunu göstermeli, küçümseyen ve yargılayan tavırlardan kaçınmalı. Hastasına karşı ilgili olmalı, sözlü empati kurmalı ve aktif bir şekilde dinlemelidir. Göz teması kuracak şekilde eşit yükseklikte oturmalı, hasta ile konuşma sırasında arkasını dönmemeli, anksiyete yaratabilecek “kötü” kelimelerden uzak durmalı, destekleyici ve arkadaş canlısı olmalıdır. Hastasının anlattıkları ile ilgili endişelerini hastaya belirtmeli ve hastasının haklarını, değerlerini, inançlarını, kültürünü ve haysiyetine saygılı olmalıdır. [77][78].

Sonuç:

Hasta psikolojisi hastaların davranış kalıpları, duygu ve düşünce şekillerini diş hekimine aktarmaktadır. Hasta psikolojisini bilen diş hekimi hastaları muayenehanelere gelmeye yönlendiren ve engelleyen durumları analiz edebilir. Anksiyete ve fobiler hastaları diş hekimine gitmelerine engel olan faktörlerden en sık karşılaşılanıdır. Hastaların diş hekiminden kaçmalarına ve sonuç olarak ağız sağlıklarının olumsuz etkilenmesine neden olur. Ağrı da sık karşılaşılan fizyolojik bir durum olup hastaları diş hekimine gelmeye motive eder ve bazı durumlarda anksiyeteye neden olup diş hekiminden kaçmalarına neden olabilir. Hastaların diş hekimine geldiklerinde beklentileri önemlidir ve beklentilerden olumlu sonuç alıp hastaları memnun edebilmek için diş hekimleri hastalarla birlikte tedaviye karar vermeli ve hastalarla iyi iletişim kurmalılar. Diş hekimlerini zorlayabilecek ve hastaların psikolojilerini etkileyen bazı kronik hastalıklar da vardır. Bu hastalıklar hastaların davranış biçimlerini, düşünce yapılarını ve duygularını etkiler ve diş hekimleri bu hastalara tedavi uygularken fazladan özen göstermeli ve dikkatli olmalılardır.

Hastaların memnuniyetlerinde diş hekiminin hasta ile olan ilişkisi ve iletişimi büyük önem arz etmektedir. Diş hekimi ve hasta arasında kurulan ilişkilerin doğasını bilmek ve bu ilişkinin farklı boyutlarında diş hekiminin nasıl davranması gerektiğini bilmek, diş hekimi ile hasta arasında etkin iletişim kurabilmeyi sağlar. Bu ilişkilerde güven önemli bir yapı taşıdır. Karşılıklı güven oluşturulmasıyla diş hekimi ile hastanın aralarındaki ilişki devamlılık kazanır bu sayede. Etkin iletişim kurulmasında diş hekimlerinden beklenen bir takım davranışlar da vardır. Bu davranışlar uygulandığında hastaların memnuniyeti artacak ve diş hekimine karşı hissedebilecekleri olumsuz duygular en aza indirilecektir.

Kaynaklar:

1. *Psychology* [online], 2020, Washington, DC, American Psychological Association, <https://dictionary.apa.org/psychology>. [Ziyaret Tarihi: 10 Mart 2021]
2. MOSTOFSKY, D.I. and FORTUNE, F., 2013, *Behavioral Dentistry Second Edition*, John Wiley & Sons, Inc., Oxford, 1118764579
3. USTRELL-TORRENT, J.M. ve diğ., 2021, Ethical relationship in the dentist-patient interaction, *J Clin Exp Dent*, 13 (1), e61-e66.
4. *Psikoloji* [online], 2019, Türk Dil Kurumu. <https://sozluk.gov.tr> [Ziyaret Tarihi: 11 Nisan 2021]
5. MARZOLA, R. ve diğ., 2000, *The Science of Communicating the Art of Esthetic Dentistry. Part I: Patient-Dentist-Patient Communication*. Journal of esthetic dentistry, 12 (1), 131-138.
6. NEWSOME, P.R., WRIGHT G.H., 1999, *A review of patient satisfaction: 2. Dental patient satisfaction: an appraisal of recent literature*, British Dental Journal, 186(4), 166-170.
7. JOHN, M.T. ve diğ., 2020, *Why Patients Visit Dentists - A Study in all World Health Organization Regions*, J Evidence Based Dent Pract, 20 (3), 101459.
8. DOUGLASS, C.W., SHEETS C.G., 2000, *Patients' expectations for oral health care in the 21st century*. J Am Dent Assoc., 131, 3S-7S.
9. MARSHMAN, Z. ve diğ., 2012, *What influences the use of dental services by adults in the UK?*, Community Dent Oral Epidemiol., 40 (4), 306-314
10. SAMORODNITZKY-NAVEH, G.R. ve diğ., 2007, *Patients' satisfaction with dental esthetics*, J Am Dent Assoc., 138 (6), 805-808.
11. FREEMAN, R., 1999, *Barriers to accessing dental care: patient factors*, Br Dent J., 187 (3), 141-144.
12. COHEN, S. ve diğ., 2000, *The impact of dental anxiety on daily living*, Br Dent J, 189, 385-390.
13. LUMLEY, M.A. ve diğ., 2011, *Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research*, Journal of clinical psychology, 67 (9), 942-968.
14. van der ZANDE, M. ve diğ., 2021, *Disentangling a web of causation: An ethnographic study of interlinked patient barriers to planned dental visiting, and strategies to overcome them*, Community Dent Oral Epidemiology, 49, 144-157
15. *Anxiety* [online], 2020, American Psychological Association. <https://dictionary.apa.org/psychology>. [Ziyaret Tarihi: 13 Mart 2021]
16. *Phobia* [online], 2020, Harvard Health, https://www.health.harvard.edu/a_to_z/phobia-a-to-z. [Ziyaret Tarihi: 14 Mart 2021]
17. PACKYANATHAN, J. S. ve diğ., 2019, *Effect of music therapy on anxiety levels on patient undergoing dental extractions*, Journal of family medicine and primary care, 8 (12), 3854-3860.
18. MOORE, R., 2007, *Psychology of dental anxiety and clinical pain in social context*. Tandlægebladet, 111, 282-292.
19. LENK, M. ve diğ., 2013, *Fear of dental treatment-an underrecognized symptom in people with impaired mental health*, Deutsches Arzteblatt international, 110 (31-32), 517-522.
20. VASSEND, O. ve diğ., 2011, *Dental anxiety in relation to neuroticism and pain sensitivity. A twin study*, J Anxiety Disord, 25 (2), 302-308
21. APPUKUTTAN, D.P., 2016, *Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review*, Clin Cosmet Investig Dent, 8, 35-50.
22. FIRAT, R. ve diğ., 2006, *Dental Anxiety Among Adults in Turkey*, The journal of contemporary dental practice, 7, 75-82.
23. WONG, C. Y. ve diğ., 2017 *Effects of a combination of non-pharmaceutical psychological interventions on dental anxiety*, Journal of clinical and translational research, 3 (3), 311-317.
24. LAHMANN, C., ve diğ., 2010, *Functional relaxation as complementary therapy in irritable bowel syndrome: a randomized, controlled clinical trial*, J Altern Complement Med, 16 (1), 47-52.

25. HANSEN, G.R., STRELTZER J., 2005, *The psychology of pain*, Emerg Med Clin North Am, 23 (2), 339-348
26. LINTON, S.J., SHAW W.S., 2011, *Impact of psychological factors in the experience of pain*, Physical Therapy, 91 (5), 700-711.
27. SHUEB, S.S. ve diğ., 2015, *What is the impact of acute and chronic orofacial pain on quality of life?*, Journal of Dentistry, 43 (10), 1203-1210
28. ZAKRZEWSKA, J.M., 2013, *Multi-dimensionality of chronic pain of the oral cavity and face*, J Headache Pain, 14 (1), 37.
29. MORLEY, S., 2008, *Psychology of pain*, Br J Anaesthesia, 101 (1), 25-31.
30. MATSUOKA, H. ve diğ., 2017, *Cognitive behavioral therapy for psychosomatic problems in dental settings*, BioPsychoSocial medicine, 11, 18.
31. LIN, C. S., ve diğ., 2013, *Pain catastrophizing is associated with dental pain in a stressful context*, Journal of dental research, 92 (2), 130-135.
32. WIECH, K., TRACEY, I., 2009, *The influence of negative emotions on pain: behavioral effects and neural mechanisms*, Neuroimage. 47 (3), 987-994.
33. *Cognitive Set* [online], 2020, Washington, DC, American Psychological Association, <https://dictionary.apa.org/cognitive-set>. [Ziyaret Tarihi: 05 Nisan 2021]
34. KNASTER, P. ve diğ., 2012, *Psychiatric disorders as assessed with SCID in chronic pain patients: the anxiety disorders precede the onset of pain*, Gen Hosp Psychiatry, 34 (1), 46-52.
35. WATKINS, C.A. ve diğ., 2002, *Anticipated and experienced pain associated with endodontic therapy*, J Am Dent Assoc, 133 (1), 45-54.
36. CHOI, K.H. ve diğ., 2020, *Access to Dental Care and Depressive Illness: Results from the Korea National Health Nutrition Examination Survey*, Medicina; 56 (4), 189.
37. NEWSOME, P.R., MCGRATH, C., 2007, *Patient-centered measures in dental practice: 3. Patient satisfaction*, Dent Update, 34 (2), 87-90.
38. THEOBALD, A.H. ve diğ., 2006, *The impact of the popular media on cosmetic dentistry*, New Zealand Dental Journal, 102 (3), 58-63.
39. AFRASHTEHFAR, K.I. ve diğ., 2020, *Patient Satisfaction in Medicine and Dentistry*, International Journal of Dentistry, vol. 2020, Article ID 6621848, 10 pages, 2020.
40. SUR, H. ve diğ., 2004, *Patient satisfaction in dental outpatient clinics in Turkey*, Croatian Medical Journal, 45 (5), 651-654.
41. KISELY, S. ve diğ., 2011, *Advanced dental disease in people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis*, British Journal of Psychiatry, 199 (3), 187-193.
42. MORALES-CHÁVEZ, M. C. ve diğ., 2014, *Prevalence of bucco-dental pathologies in patients with psychiatric disorders*, Journal of clinical and experimental dentistry, 6 (1), e7-e11.
43. TORRES, F., 2020, *What is Depression* [online], American Psychiatric Association, <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression> [Ziyaret Tarihi: 11 Nisan 2021]
44. DALY, C., 2016, *Oral and dental effects of antidepressants*, Australian prescriber, 39 (3), 84.
45. *Bipolar Disorder* [online], 2020, Washington DC, American Psychological Association, <https://www.apa.org/topics/bipolar-disorder> [Ziyaret Tarihi: 13 Nisan 2021]
46. CLARK, D.B., 2003, *Dental care for the patient with bipolar disorder*, J Can Dent Assoc., 69 (1), 20-24.
47. *Schizophrenia* [online], 2020, Washington DC, American Psychological Association, <https://www.apa.org/topics/schizophrenia> [Ziyaret Tarihi: 13 Nisan 2021]
48. KISELY, S., 2016, *No Mental Health without Oral Health*, Can J Psychiatry, 61 (5), 277-282.
49. PERSSON, K. ve diğ., 2009, *Monitoring oral health and dental attendance in an outpatient psychiatric population*, J Psychiatr Ment Health Nursing, 16 (3), 263-271.
50. *Autism Spectrum Disorder* [online], 2020, Washington DC, American Psychological Association, <https://www.apa.org/topics/autism-spectrum-disorder> [Ziyaret Tarihi: 13 Nisan 2021]
51. DELLI, K., 2013, *Management of children with autism spectrum disorder in the dental setting: concerns, behavioural approaches and recommendations*. Med Oral Patol Oral Cir Bucal., 18 (6) e862-868.

52. WILLIAMS, A.C., 2016, *Autoextraction of twelve permanent teeth in a child with autistic spectrum disorder*, Int J Paediatr Dent., 26 (2), 157-159.
53. FERRAZZANO, G.F. ve diğ., 2020, *Autism spectrum disorders and oral health status: review of the literature*. Eur J Paediatr Dent., 21 (1), 9-12.
54. WEIL, T.N. ve diğ., 2011, *Treating patients with autism spectrum disorder--SCDA members' attitudes and behavior*, Spec Care Dentist, 31 (1), 8-17.
55. *Substance Use Disorder* [online], 2020, Washington DC, American Psychological Association, <https://www.apa.org/pubs/highlights/substance-use> [Ziyaret Tarihi: 13 Nisan 2021]
56. American Psychiatric Association, 2013, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*
57. SUSSMAN, S. and AMES, S.L., 2001, *The Social Psychology of Drug Abuse*, Open University Press, Buckingham, 0335206182
58. HANSON, G.R. ve diğ., 2019, *Comprehensive oral care improves treatment outcomes in male and female patients with high-severity and chronic substance use disorders*, J Am Dent Assoc., 150 (7), 591-601.
59. BAGHAIE, H. ve diğ., 2017, *A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and substance abuse*, Addiction, 112 (5), 765-779.
60. CUBEROS, M. ve diğ., 2020, *Dental management of patients with substance use disorder*, Clinical Dentistry Reviewed, 4 (1), 14.
61. NASSAR, P., OUANOUNOU, A., 2020, *Cocaine and methamphetamine: Pharmacology and dental implications*, Canadian journal of dental hygiene, 54 (2), 75-82.
62. HOVDEN, E.S. ve diğ., 2020, *Dental care for drug users in Norway: dental professionals' attitudes to treatment and experiences with interprofessional collaboration*, BMC Oral Health, 20 (1), 299.
63. BURKE, P.J. ve diğ., 2005, *Adolescent substance use: brief interventions by emergency care providers*, Pediatr Emerg Care, 21 (11), 770-776.
64. ORSINI, C.A., JEREZ O.M., 2014, *Establishing a good dentist-patient relationship: skills defined from the dental faculty perspective*, J Dent Educ, 78 (10), 1405-1415.
65. SONG, Y. ve diğ., 2020, *Trust in dentist-patient relationships: mapping the relevant concepts*, Eur J Oral Sci, 128 (2), 110-119.
66. CHAPMAN, H.R. ve diğ., 2015, *Understanding emotionally relevant situations in primary care dental practice: 1. Clinical situations and emotional responses*, Br Dent J, 219 (8), 401-409.
67. MATAKI, S., 2000, *Patient-dentist relationship*, J Med Dent Sci, 47 (4), 209-214.
68. FREEMAN, R., 1999, *A psychodynamic understanding of the dentist-patient interaction*, Br Dent J, 186 (10), 503-506.
69. SONDELL, K., SÖDERFELDT, B., 1997, *Dentist-patient communication: a review of relevant models*, Acta Odontol Scand, 55 (2), 116-126.
70. PAM, N., 2018, *Dynamics (Psychodynamics)* [online], Psychology Dictionary, <https://psychologydictionary.org/dynamics-psychodynamics/> [Ziyaret tarihi 15 Nisan 2021]
71. GOLDBERG, P.E., 2000, *The physician-patient relationship: three psychodynamic concepts that can be applied to primary care*, Arch Fam Med, 9 (10), 1164-1168.
72. KERNBERG, O., 1965, *Notes on Countertransference*, Journal of the American Psychoanalytic Association, 13 (1), 38-56.
73. SONDELL, K. ve diğ., 2003, *Underlying dimensions of verbal communication between dentists and patients in prosthetic dentistry*, Patient Educ Couns, 50 (2), 157-165.
74. REID K. ve diğ., 2014, *A comparison of expectations and impressions of ethical characteristics of dentists: results of a community primary care survey*, J Am Dent Assoc, 145(8), 829-834.
75. YAMALIK, N., 2005, *Dentist-patient relationship and quality care 2. Trust*, International Dental Journal, 55 (3), 168-170.
76. GERBERT, B. ve diğ., 1994, *Dentists and the patients who love them: professional and patient views of dentistry*, J Am Dent Assoc, 125 (3), 264-272.

77. 2020, *Patient Communication Guides for Dentists* [online], Canada, Canadian Dental Association, https://www.cda-adc.ca/en/practice/patient_communications/guides/ [Ziyaret Tarihi: 2 Aralık 2020]
78. YAMALIK, N., *Dentist-patient relationship and quality care 3. Communication*, Int Dent J, 55 (4), 254-256.