

ORTODONTİDE HEKİM-HASTA İLİŞKİSİ

Prof. Dr. İtler UZEL*

ÖZET: Ortodontik tedavi, çocuk, ebeveyn ve hekim için karşılıklı bir yaratıcılık eylemidir. Ortodontistin yaptığı klinik gözlemler seçtiği tedavi metodu ve bunun hasta tarafından kabul edilerek tedaviye başlanmasıyla sonuçlanır. Bunun aksi gerçekleşirse vazgeçme veya başarısızlık ortaya çıkar. Her tedavi ilişkisinde, kişilikler de karşı karşıya gelir. Bunlar bazen uyumlu, bazen karşıttır. Böyle durumlar bir çatışmayla sonuçlanır. Hekim bunları iyice analiz etmeli ve uygun bir şekilde yararlanmalıdır. Bu, ortodontistin önce kendisini tanıması, empati niteliklerini ve başkalarını tanımasını da gerektirir. Tedavi ilişkileri tarafların ekonomik ve enerjetik imkânlar ile derin motivasyonlarının bir toplamıdır.

Anahtar Kelimeler: Ortodonti hastası, motivasyon, hasta kooperasyonu, psikolojik durumlar.

SUMMARY: *ORTHODONTIC TREATMENT IS AN CREATIVE ACTION FOR THE PATIENT, PARENTS AND THE ORTHODONTIST. The accuracy of the clinical examinations of the orthodontist depends on the treatment method which she/he choose and beginning treatment after the acceptance of this method by the patient. If opposite failure or dropsouts happen. In every kind of treatment, characters come face to face. They are either harmonious or inharmonious. These kinds of situations are endel with conflict. Orthodontics should analyşes these situationss perfectly and use them as useful as can be. This causes orthodontist to known himself and the others. Treatment relations are same of the economical and energetic sources and deep motivations.*

Key Words: *Orthodontic patients, motivation,, patient cooperation, psychological issues.*

GİRİŞ

Yaratıcılığın temelinde eylem yatar. Bilinçli ve örgütçü bir eylem... Ortodontik tedavi insana yönelik bir yaratıcılıktır. Bu tedavi sonucunda ortaya çıkan güzel bir gülümseme, canlı ve saygı dolu gözler hem hekim başarısının kanıtıdır, hem de başarılı bir iletişimin başlangıcıdır. Anomalinin tedavisinde sırasında ortaya çıkan tüm sorunlar ve yorgunluklar yaratılan bu "eser" karşısında silinip gider...

Ortodontide yaratıcılık başlıca üç temel koşula bağlıdır:

1- Motivasyon Koşulu: Yaratma arzusu ve başarıya erişme için tabulara ve beklenmeyen engellere boyun eğmeden "özgür" bir uygulama için gereken koşuldur.

2- Sabır Koşulu: Sabır, hekim ve hasta için gereken bir koşuldur. Ortodontik tedavi iki taraf için de enerji gerektirir.

* Çukurova Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ortodonti Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi.

3- Değer Koşulu: Teknik ve ekonomik olanaklara sahip olabileme, tedavi yöntemleri, ücret, zaman vb. gibi konularda da değer koşulu gündeme gelir.

Ortodontistin kliniğine gelen çocuk, anomalisi nedeniyle ruhsal yönden "örselemiş" birisidir. Fizik, moral ve sosyal zorlar onu "kötü yaratık" ya da "ortodonti hastası" yapmıştır. "Çarpık dişli" olduğu söylenmiş ya da bunu kendisi fark etmiştir. Arkadaşlarının, bazen de öğretmenlerinin alayları ile karşı karşıya kalmıştır. Ana-babası, onu tikleri, parmak emmesi ya da diğer kötü alışkanlıkları nedeniyle azarlamıştır. İlgisiz gibi görünse de, çoğu zaman toplum içinde değerini düşüren bu durumdan kurtulmayı o da arzu etmektedir.

Ana-babalar, bu durumdan kendilerini suçlu bulur ve "gereken ilgiyi gösterdiklerini" ısrarla belirtirler. Anomalinin kalıtımla geçtiğini tahmin eder veya öğrenirlerse durumu onunla yorumlarlar. Parmak emme gibi durumlarda suçu gene çocuklarına yüklerler.

Hastasının tedavisine yeni başlayan ortodontist, önemli bir sorumluluk altına girdiğini fark eder. Çünkü tedavi tekniği seçiminde, teknik uygulamada veya psikolojik yönden güçlüklerle karşı karşıyadır. Yeni bir hastaya başlama, birçok yılı kapsayacak bir sabır ve çaba yatırımı anlamına gelir. Ortodontist, bu zorların üstesinden kişisel çabası, bilgisi ve deneyim birikimi ile gelebilir.

KİMLER ORTODONTİK TEDAVİ İSTER?

"Kimler ortodontik tedavi ister" konusunu birkaç örnekle açıklamak daha uygun olacaktır:

1. Annesi ile beraber gelen küçük bir kız çocuğu. İki de zarif ve mütebessim, söylenen herşeyi kabul ediyorlar. Bu, oluşacak güzel bir iletişimin ilk belirtisidir ve ortodontistin tedaviyi uyumlu bir biçimde, fazla güçlük çıkmadan yürüteceğini gösterir.

2. Hırçın, kırgın bir tavırla gelen bir ergen. Ortodontisti gözlerini kaçırarak ve homurtulu tarzda selâmlıyor. Bu davranış, tedaviyi onun istemediğini, duruma üzülen ana-babasına boyun eğerek ortodontiste geldiğini gösterir. Zaten böyle çocuklar dönemlerinin de özelliği ana-babalarının sözlerine sık sık karşı çıkarlar.

3. Hüzünlü, başını omuzlarının arasına çekmiş, diastemalı ön dişlerinin altından dili görülen bir erkek çocuğu. Kapanmayan dudakları ona aptalimsi bir görüntü vermektedir. Evde, okulda kendisiyle alay edilir. Annesi, halâ parmak emdiği için ondan ümidini kesmiştir ve hekimin öğüt verip ona hemen bir aparey yapmasını beklemektedir. Ağız hijyeni çok kötü olduğundan hekim tedavi-

ye pek yanaşmak istememektedir. Oysa böyle bir çocuk, koşulların düzelmesi için belki de bütün kolaylıkları gösterecektir.

4. Sessiz çekingen, uyumlu görünen çocuğuyla gelen ve başka niyetle başvuran anneler. Bunlar çocuklarının (özellikle kızlarının) kendisini ileride suçlaması için ortodontiste gelirler. Herşeyi kabule hazırdırlar. Babalar nadiren eşleri tarafından görevlendirildiği için gelir, çoğu zaman hekimi pek oralı olmadan dinlerler.

5. Ana-babası ile beraber gelen dengeli çocuklar. Bunlar tedavide hiçbir zaman sorun çıkarmazlar.

ORTODONTİDE MOTİVASYON

Ortodontiste gelen kişilerin hedefi hep aynıdır: **Ortodontik tedavi yaptırmak.**

Bireyin içten gelen ve sürekli ihtiyaçlarını kapsayan motivasyonlar belirli bir fizik ve affektif dengenin sağlanması için kaçınılmazdır. En temel motivasyonlar (içme, uyuma, yemek yeme gibi) "içgüdü" olarak veya Freud'çu teoriye göre "güdü" olarak adlandırılır. Bunlar yaşam için kaçınılmazdır (13). Diğer motivasyonlardaha gelişmiştir ve bireyden bireye farklılık gösterirler. Bunlar ilk ilişkilerle, küçük çocukluk dönemi deneyimlerine bağlanırlar:

- Çevre tarafından tanınma,
- Kendini kabul ettirme,
- Yeterli bir vücut görünümüne sahip olma,
- Hoşa gitme, fizik ve moral yönde kabul edilme gibi.

Fakat yukarıdaki örneklerde açıklandığı gibi çocukların ortodontiste geliş gerekçeleri çok farklıdır. Anne-babaların akılcı isteklerine çocukların boyun eğişi, dışarıdan birbirinden çok uzakmış gibi görünse de derin ve karanlık motivasyonlar haline dönüşebilir (14).

Bilinçsiz kimsenin kuvvetleri üzerine oturan bu davranışlar, habituel ve kronik şekilde ortaya çıkabilir ki özel durumda bunlara bir tepki gösterilir. Bunların seçimi bizim haberimiz olmadan, yapılmıştır. Görüş ve fikrimiz alınmadan çürütülemez. Fakat gerçekten uzak olarak hesaba katılmıştır. Ortodontist, diğer bütün hekimler gibi bunları çabuk keşfetmek zorundadır. Çünkü çoğu zaman tedavi isteğinin arkasında bu gizli neden yatar.

ANNE-BABALARIN İSTEKLERİ

Çocukların ortodontiste tedavi amacıyla anne-babalar getirirler. Çünkü onlar anomali hakkında daha bilinçlidirler ve çocuklarının fiziksel bozukluğuna önem vermektedirler. Oysa çocuklar kendi sorunlarıyla sadece görünüş yönünden ilgilendirirler (9).

Bazı anne-baba, ortodontisti daha önce ailede yapılmış başka bir tedaviden tanır. Anomali hakkında bilgileri vardır. Bazen de anomali henüz ortaya çıkmadan preventif

amaçla gelmişlerdir. Bazen de profilini bozan anomalisini farkederek çocukları istediği için gelmişlerdir ki bunlar çoğu zaman kız çocuklarıdır. Bu akılcı motivasyonlar yanında birtakım belirsiz istekler de olabilir (Ortodontistin bulunduğu kente seyahat etmek için tedavi yaptırmak gibi).

Hastaların çoğu ortodontiste aile dişhekimisi tarafından gönderilir. Aile dişhekimine çok bağlıdır. Dişhekimisi çok nadir olarak ortodontist ismi verir, genel olarak ailenin "iyi birisine" gitmesini söyler (14). Aile diş hekimisi ile ortodontist arasındaki ilişki güvensiz ise, bu hastada bir şüphe uyandırabilir. Aslında hekimlikte bir hastanın diğerlerinden farkı yoktur. Bu durum ortodonti için de aynıdır. Yeter ki hekim hastası ile iyi bir uyum sağlayabilsin. Bazı durumlarda aile ortodontisti kendi diş hekimlerinin tamamlayıcısı olarak görmek istemez. Böyle durumlarda ortodontist asla bir süper hekim olmadığını, sadece tercih edilmekten dolayı gurur duyduğunu söylemelidir. Çocukların sağlığı ile yakın bir şekilde ilgilenen anne-baba, tedavi vaktini geçirmiş olmaktan endişelenir ve ortodontistin açıklamalarını tedavi önerilerini dikkat ve saygı ile dinler.

Bazı aileler tedavi yaptırmayı yaptırmamak hususunda sık sık fikir değiştirirler. Bunun nedeni çok gerilere dayanabilir ve kökeninde bastırılmış derin çocukluk çağı reaksiyon ve fantezileri yer alabilir. Burada iki durum söz konusu olabilir:

1. İlk diş hekiminden ayrılıp ortodontistle yeni kurulacak bir ağı nedeniyle, ilk hekiminde ayrılma kaygısı (seperation anxiety), ya da yabancı bir hekimle kurulacak ilişki nedeniyle duyulan kaygılar.

2. Ortodontik tedavi nedeniyle parçalanmak, organ kaybı (nesne kaybı=object loss) ve aletlerin ağza konması gibi oral kaygılar olabilir.

Tedavi olayı çocuklarda sıkıntı veren bir gerçeği daha gündeme getirebilir. Bu da gizli bir gerilimin uyumlu ailelerde bile ortaya çıkabilmesidir. Zaman ilerledikçe, örseleyici çocukluk deneyimleri olan kişilerde agresif belirtiler ve ciddi konfliler de ortaya çıkarabilir. Bu durum ailenin uyumunu yitirmesine, apareylerin kullanılmaması ve tedavi ilişkilerinin kopmasına neden olabilir (11, 17).

ANNE-BABALARIN MOTİVASYON ANALİZİ

Anne-babalar çoğu kez, tedaviyi estetik nedenlerle arzular. Fakat tedavinin uzun süreceği onlara endişe verir (1). Baldwin ve Barnes, araştırmalarında anne-babaların çocuklarını tedavi ettirme arzularını analiz etmişler ve dento fasiyal deformasyon görülenlerin sadece (% 5)'inin gerçek endikasyon oluşturduğunu bildirmişlerdir (2, 3). Bunun yanında tedavi isteği için gizli sebepler çok değişkendir ve bu istek narsistik ve bilinçaltı suçluluk duygusuna bağlıdır. Aynı yazarlar 1966'da 422 ailede dental durumu gözönüne almayan önemli bir araştırma daha yapmışlardır. Elde ettikleri sonuçlar aynı yıl R.I. Story ta-

rafından da doğrulanmıştır (17). Buna göre, anne, aileyi tedaviye isteklendirmede **dominant** rol oynar. Baba ise işi olurluna bırakır. Nitekim babalar anketi nadiren cevap vermişler, karara daima kız çocuğu için katılmışlardır. Çocukların kendisine çok seyrek olarak danışılmıştır. İyi motive olan anneler genellikle daha yukarı bir sosyo-ekonomik ortamdan gelmişlerdir. Böyle anneler ve çocukları arasında güçlü bir özdeşim söz konusudur. Burada ikinci tip özdeşim sorumludur ve henüz ruhsal ve bedensel gelişimi tamamlanmamış, çocukluk çağlarına regrese olan ve tedaviyi çocuklarında yaşamak isteyen annelerde gözlenir. Bu anneler gizli kıskançlık duyguları içinde ve irredirler. Tedavi süresince sorun çıkarırlar. Bu durum, çocukları ortodontik tedaviye, mevcut durumu gidermeye, fena vücut görünüşü ve dentofasiyal güçlükleri çözümlenmeye götürmüştür. Bu idantifikasyon, çocuğu tedavi ettirme kararı söz konusu ise yararlı ve pozitif ve çoğu zaman da rastlanan bir durumdur. Arzu edilmeyen durum ise, çocuğun yararını ikinci plana atarak, negatif ve tehlikeli olmaktır. Bu ikinci tip idantifikasyon bulanık ve karanlıktır ve henüz ruhsal ve bedensel gelişimini tamamlamamış, çocukluk çağlarına sıkı sıkıya bağlı olan ve tedaviyi çocuklarında yaşamak isteyen anneler tarafından gerçekleştirilmektedir. Böyle kıskanç ve irred anneler aslında çocuklarına yapılmak istenen tedavide sadece sorun çıkartırlar, başarılı bir tedavi onları daha da mutsuz yapar (1, 2).

Bazı anne-baba ise bir kalıtsal anomaliyi çocuklarına nakletmekten veya "küküklerini" kazandıkları fena alışkanlığı eğitemediklerinden dolayı bir suçluluk duygusuna kapılırlar. Bu tip ailelerin hayranlık ve beğenilerine inanamamak gerekir. Bunlar, tedaviye hemen başlansın isterler bunu da "böyle mi" diye çoğunun yararına düşünürler. ASında davranışları sorumluluklarını açığa vurmak ve daha ağır bir psikolojik sorundan kaçınmak amacına yöneliktir. Eğer maloklüzyon önemli ise, estetik bozukluk büyükse hastanın uyumlu ve motive olmuş olması arzu edilir. Ama gerçekler bunun hiçde böyle olmadığını göstermektedir. Story boşanmış veya ayrı yaşayan ailelerin çocuklarında daha büyük psikolojik bozukluk ve anomaliye rastlandığına işaret etmiştir (18). Çocuğun bakımını üstlenen anne (veya baba) genellikle diğer ebeveynin yokluğunu belli etmemek için "çift hediye" verir ve ona bir de ortodontik tedavi armağan eder. Böyle armağanlar bu tür çocukları uzun süre aldatamaz.

Aslında bir ortodontik tedavi, ailenin sosyo-ekonomik başarısının kanıtı olan bir finans yatırımı anlamına da gelir ve tatmin edilmemiş marsistik ihtiyaçları giderir (15). Aparey taşıyan çocuk anne-baba önünde onların bir moral ve sosyal bir tamamlayıcısı durumundadır. Anne-baba çocuklarının kendilerine minnet duymasını beklerler.

Bazı anneler, kendi genç kızlıklarının hayaline uyacak şekilde kızlarının tedavisini yaptırmayı arzu ederler. Ço-

cuklarına yaptıracağı tedavi, onların güzellik ve sevgileri için bir avuntu arayışıdır. Çünkü hayatları boyunca tedavi edilmemişler ve bir anomaliden dolayı hep ıstırap çekmişlerdir.

ORTODONTİ HASTALARININ BEKLENTİLERİ

Anne-babasıyla tedaviye gelen çocuk, ya bizzat onlar tarafından getirilmiş, ya da bir dişhekimisi tarafından gönderilmiştir. Kendisine ergeç bir aparey takılacaktır. Aslında anomalili çocuklar sadece estetik bozukluk değil fonksiyonel bozukluğa da maruz kalmıştır ve büyüyünce daha kompleks bir aparey takabileceklerdir. Fakat hastalar bunları pek bilmez. En çok "**ön dişlerinin fırlak olduğunu**", "**bir lateral rotasyonlu olduğunu**" veya kaninlerin "**yukarıdan sürdüğünü**" söylerler, daha fazlasını bilmezler, Fossa-tüberkül ilişkisi, anormal kapanan altı yaş dişleri, çapraz kapanış, derin bir overbite veya bozuk oklüzyon onlar için pek bilinmeyen şeylerdir.

Hastaların beklentileri ile mevcut ortodontik anomali arasında da gerçek bir ilişki yoktur denilebilir. B. Ingerwall ve B. Hedegard 1974 yılında yaş ortalaması 18 olan ve anomali taşıyan genç İsveçli asker üzerinde bir araştırma yapmışlardır (8). Bunlardan bazıları çocukluk çağında ortodontik tedavi görmüşlerdir. Yazarlar yaptıkları karşılaştırmalı çalışmada şunları belirlemişlerdir:

- Bireylerin çoğu anomalilerini bilmiyorlardı.
- Sadece % 4'ü tedavi olmak istiyordu. Halbuki vakaların % 60'ında tedavi gerekli idi. Bunların içinde % 40 oranında şiddetli anomaliler vardı.
- En çok motive olanlar Angle III. Sınıf olguları ve "anterior openbite" ile üst kaninlerin vestibülde yer aldığı durumlarıdır.
- Derin overbite'li, aşırı overjet'li II. Sınıf anomaliler hatta "anterior openbite" olguları bile çok daha az tedavi isteği gösteriyordu.

Bu sonuçlar Myrberg ve Thilander tarafından 1973'te yapılan araştırmanın sonuçlarını doğrular niteliktedir (12). Bu araştırmacıların vakalarının 1/5'i daha önce uzun süren ortodontik tedavi yaptırmışlardı. Fakat sonuca ilgisiz kalmışlardır.

Ingerwall ve arkadaşlarının çalışmaları, sadece erkekler üzerinde yapıldığından eleştirilmiştir. Çünkü kızlar üzerinde yapılacak bir anket farklı sonuçlar verebilir, onlar anomalilerini daha iyi tanırlar ve daha çok tedavi olmak isterler. Öte yandan bu gençler maloklüzyonların muhtemel kötü sonuçları hakkında bilgi sahibi değillerdi ve eğer bilgileri olsaydı belki de tedavi arzuları daha kuvvetli olacaktı. Ayrıca daha önce tedavi gören bireylerdeki ortodontik anomaliler de çok hafifti. Bununla beraber relaps görülen az sayıdaki birey yeniden tedaviyi arzu etmiştir.

Okul çağı çocukları için durum farklıdır. Lindegard ve arkadaşları 1971 yılında anne-babaların hekimle birlikte ço-

çocuklarının ortodontik tedavileri için olumlu cevap verdiklerini göstermişlerdir. Fakat bu araştırmada da çocuklara birşey sorulmamıştı (10).

DERİN MOTİVASYONLAR

Derin motivasyonlar, çocuğun yaşı ve fizik-fizyolojik gelişim çağına göre değişir. Bu nedenle derin motivasyonları dört dönemde inceleyeceğiz:

1. (6-10) yaşlar arası,
2. (10-13) yaşlar arası,
3. Ergenlik (Adolesans)
4. Erişkin dönem

BİRİNCİ DÖNEM: 6-10 YAŞLAR ARASI

Bu çocuklar 5 yaşlarında Ödipal dönemin önemli çatışmalarından kurtulmuşlardır. Cinsel içerikli çatışmalar ve Ödipal sorunlar 11-12 yaşlarında tekrar ortaya çıkacaktır. Çocuk oldukça sakin bir dönem geçirmektedir. Bu dönem Freud tarafından “**Latent**” dönem olarak adlandırılmıştır (7).

Ailenin güdümünden kurtulmaya, libidinal enerjilerini süblimasyon (yüceleştirme) savunma düzeneği ile entelektüel ve sosyal aktivitelere aktarmaya eğilimlidirler. Özdeşim nesnelere artık öğretmenleri olmuştur.

Bu yaşlarda çocuklar anne-babaların gözünde “**kendilerinden bir parça imiş gibi**” görülür. Genellikle anneler hariç ailenin diğer fertlerinin anomali hakkında bir fikirleri yoktur. çocuklar parmak emme gibi durumlarda üzerlerine gidilirse kendilerini suçlu hissederler.

Bu çocuklar, anne-baba karar verdikten sonra bir ortodontiste emanet edilir. Tedavi konusunda kendilerinin herhangi bir fikri yoktur. Mademki anne-babaları “bu iyidir” diye onları tedavi ettiriyor, onlar da aparey takmayı, tedavi görmeyi memnurlukla karşılaşırlar.

Bazıları tedaviye çok istekli ise bunun nedeni, arkadaşlarının sınıfta alay etmesini önlemek içindir veya sınıfın en parlak öğrencisinin veya liderinin de o apareyden taktığı içindir. Çocuklar aparey takmakla sevdikleri ile idantifiye olarak veya onlara hayranlık duyarak, bilinçsiz bir şekilde, güzellik, zeka veya güçlülük konusunda başarıya ulaşacaklarını sanırlar. Eğer aralarında bir durgunluk olur veya o parlak öğrenci başarısını yitirirse bu durum çoğu kez tedavinin başarısına da yansır. Hatta çocuklar bu nedenlerden dolayı tedaviyi reddedebilirler. Buna rağmen bu yaştaki çocukların pek çoğu “**iyi hasta**”dırlar.

Çocuk 9-10 yaşına gelince, apareyini ortodontistin ona hoşuna gitmesi için verdiği bir hediye imiş gibi görür. Bu yaşlarda tedavi amaçlarını kolayca elde edebilir. Latent dönemdeki ilişki kurma güçlükleri ve kötü uygulamalar ise çocuğun duygusal açıdan immatür olduğunu düşündürülebilir.

İKİNCİ DÖNEM: (10-13) YAŞLAR ARASI (PREADOLESAN DÖNEM)

Bu dönemde çocuk dengeli ve sakindir, artık çocukluk çağıının sonuna gelmiştir. Fakat çabuk büyüyeceklerdir. Erkek çocuklar bilimsel deneyleri apar, elektrik ve mekanik düzenekler hazırlarlar. “Nasıl” sorusunu henüz araştırmazlar. 11 yaşındaki bir erkek çocuk kendi yaratıcı isteklerini şu ya da bu şekilde stimüle eden şeylerle önemli derecede uyumlu olur. İyi niteliklerinden çok kusurları hakkında daha da bilinçlidir. Dış görünüş ve etkinlikler daha acil olduğundan, içten çok dıştan motive edilmeye ihtiyaçları vardır (6).

Uyum sağlamayı düşünen bir ortodontist bunu hesaba katmalı ve oyuna oradan katılmayı düşünmelidir. Hastasına, dış etkinliklere dikkat ederek apareyinin nasıl görev yaptığını dikkatle anlatmalıdır. Bu dönem, çocuğun sosyal yönden bilinç kazandığı çağdır. Çocuk en çok saç ve dişlerine yönelir. O zamana kadar ihmal edilen diş bakımı birden bire başlar ve artık randevularına bembeyaz pırlıl pırlıl dişlerle gelir. Pre-adolesanların taklit edebilecekleri bir kahramana da ihtiyaçları vardır. Sosyal çevre ona bu kahramanı buldurtur. Fakat 11-12 yaşına doğru daha da gerçeğe ve daha erkeksi idantifikasyonlara yönelirler.

Baba, erken dönemde sağlıklı bir özdeşim modeli olmuşsa, ortodontist kolayca o dönemdeki özdeşim modeli olabilir. ortodontist oyundaki rolünü abartmamalı, tedavi ilişkisinde başarılı olduğunda rolünü azaltarak bırakmalıdır.

12 yaşına doğru çocuklar görünüşte daha bilinçli olurlar. Vücut ve fiziksel deneyim yönünden, sosyal açıdan daha duyarlıdırlar. Bu dönemde arkadaşlarının rolü ve fikirleri gitgide artan duygusal bir önem kazanır. Bu durum ortodontik tedavinin kabulü veya reddi konusunda da etkili olabilir.

Kızlar daha erken olgunlaşırlar ve daha erken estetik ve seksüel kaygılar taşırlar. Simmons ve arkadaşlarının bildirdiklerine göre 11-14 yaşındaki çocuklar artık beden imajına sahiptirler (17).

Shaw 1981’de 9-12 yaş arasındaki 100 erkek ve 100 kız çocuğunun tedavi arzusu ve diş görünümü üzerinde bir araştırma yapmıştır. Gülerken diş resimlerini çekmiş ve bunu 19 resim arasına koyarak kendi resimlerini bulmalarını istemiştir (16). Baldwin, Bannes ve Shaw da çocukların gerçekte subjektif durum arasında bir yanılmaya uğradıklarını bildirmişlerdir. Çocukların 2/3’ü kendi dişlerini tanıyamamışlardır. Ayrıca kızlarla ilgili ilginç gözlemler de yapılmıştır (2, 3, 15):

- Kızlara ortodontik motivasyonu veren şey genellikle artistler veya seksüel modellerin dış-yüz görünümü idi.
- Hepsi zarafete çok az ilgi duyuyordu.

- Kızlar diş görünümünden erkeklere oranla iki kat daha az memnundurlar (Araştırmacılar bu nedenle kız çocukların erkeklere nazaran iki defa daha fazla tedavi istediklerini söylemektedir).

- Tedavi isteksizlikleri yaşla azalıyor. Çevrenin şiddetli anomalilerdeki alayları çok az yakınma konusu olmuştur.

Shaw kendi fotoğraflarını belirleyemeyenlerin psikolojik güçlükleri olduğu ya da hiç aynaya bakmadıkları düşünülmektedir. Buna göre çocuklar, baskı olmadıkça hoş gitmeyen resimlerini bilinçaltının derinliklerine gönderiyorlar ve resimlerin ruhsal etkisini azaltıyorlardı (16).

Kız çocukları 12 yaşına doğru vücutlarının gelişimi ile çok yakından ilgilidir ve görüntülerini bozan dişlerinin düzeltimini arzulurlar. Çok uyumludurlar. Bunlara biraz içten bir destek gerekir. Ortodontistleri için yıldırım aşkı bile deneyebilirler. Fakat seksüel oryantasyonları henüz tereddütlüdür ve bu (biraz gizli kapaklı olsa da) daha ziyade kadın ortodontistlere karşıdır. Bu tip juvenil aşklar genç kız için de çok önemlidir. ortodontist sertliğe baş vurmadan onların cesaretini kırmalı ve ilişkileri sürdürerek tedavinin günlük gerçeklerini şaka ile geçiştirmelidir.

Pre-adolesan dönem, premolarların sürmesi ve sürekli dişlerin tamamlanması ile son bulur. Bu dönemde yapılan sabit aygıtlar, ağız dışı kuvvetler, gençte iyileşmesi güç nasistik travmalar getirmektedir.

ÜÇÜNCÜ DÖNEM: ERGENLİK (ADOLESAN)

Adolesan dönem, çocuğun tam erişkin olması için anne-babasından özgür olmaya başladığı zamandır. çocuk adolesan çağına geçerken kendi kişiliğini de kurar. Bu dönemde kişilik, labil, kaçılsı ve değişkendir. Karşıda değişecek ve kişiliğini kuracak birisi olduğu sanılabilir. Fakat böyle bir kimse yoktur.

Tedavi edici kişi olarak anne-baba tarafından görevlendirilmesi ve otoriter tutumu nedeniyle ortodontist, çocuğun gözünde anne-babanın yerini alabilir. Ortodontist simül-tan olarak aynı anda sırası ile:

- Kabul edici niteliği ve hastayı makul olarak dinleyişi ile anne imajını,

- Arzu ve başarısına rehberlik eden ve kapalılığına rağmen tedavi işlemlerine karşı bir olarak baba imajını temsil eder. Böyle durumlarda ortodontist, bir ödipal üçgenin içine girmektedir.

Ergenlik döneminde iç çatışmalar artar. Eğer ergenle iletişim kurulabilirse, anne-baba ile çatışma olsa da, otonom bir kişiliğe sahip olabilme çabası ile çevre ile iletişim sürdürülür. Ancak çevreden sürekli reddedici ya da onaylanmayan tepkiler alırsa kontrol edilemez olabilirler. Bu tür olgularda tedavi başarıyla sürdürülemez. Bazı ergenler ne anne-babaları ile çatışır ne de sağlıklı özdeşim-

ler kurabilirler. Böyle durumlarda da ergene tedavi süresinde zaman vermemek, -mola vermek- beklemek gerekebilir.

Ergenler dikkatlerini narsistik gereksinimlerine yönelmişlerdir ve bir anomali varlığında çok zedelenebilirler. Her şeyin bittiğin idüşünürler. Fizik yetersizliği ve uğradığı düş kırıklığının, çirkin dişleri, yüzü ve kötü gülümsemesine bağlı olduğu kuruntusuna kapılabilirler. Ayrıca, anomalisini bildiğini veya anomaliden endişe duyduğunu da inkar edebilirler.

Çocuk farkında olmadan suratını asar ve dişlerini göstermek için gülmez. Arkadaşlarıyla gezmeyi reddeder. Çünkü o çok çirkindir. ciddi görünüşü, uyumlu duruşu, bazen hödükçe davranışı ile bizi aldatabilir de. Bütün bu davranışları derin bir şaşkınlık ve derin bir kişilik değer yitimi içinde barındırır.

Bir adolesanın arzu ettiği gibi düşüncesini açıklamaya (hattâ gerçek olmayan mantıksız şeyler söylese de) her ne pahasına olursa olsun izin vermelidir ki, tek başına girdiği bu kısır döngüden kurtulsun ve yeniden yaratmaya ve düşünmeye başlayabilsin.

Adolesanların arkadaşlarının veya arkadaş grubunun tedavisi anında veya tedavi edilme konusunda çok olumlu üstlenici rol ve etkileri vardır. Aile, ya da arkadaşlarının sözü dinlenir. Adolesan, grubunun modeli ile özdeşleşir ve onu kendisinden farklı gösteren şeylerle umutsuzca mücadele eder. Onunla eşit durumda olanlar tarafından benimsenmek isteyebilir, eskiden geçirilmiş olumlu ortodonti tecrübesi olanlar veya halen tedavi yaptırılan onu motive eder ve destekler (16). Bunun aksi durumlarda tedaviden çok şey beklememek ve büyük bir sabırla biraz daha durmayı bilmek gerekir.

DÖRDÜNCÜ DÖNEM: ERİŞKİN DÖNEM

Erişkinler de bir zaman çocuklardı. Şimdi erişkin olmuşlardır. Onların da motivasyon ve tutumları çocukluk ya da erişkinlik üzerine örneklenir.

Tedaviyi, estetik düzeltim için çocukluk ya da adolesan çağdan beri onda değer yitimi yaratan şeyi onartmak, dişleri korumak ve ağızda kalma süresini uzatmak için yaptırırlar. Onlara bu husus bir diş hekimi veya bir periodontolog tarafından söylenmiştir.

Aslında buradaki derin sebepler daha farklıdır. Meselâ otuz yaşlarındaki bir erişkin şöyle bir soru sorabilir: Neden bugün? Neden birkaç yıl önce değil? Makul sebep çoktur. Bunlar, maddi sorunlar, anomali hakkında bilgi sahibi olmama, tedavi imkanlarının veya zamanın yetersizliği, eğitimin imkan vermemesi vb. olabilir. Bütün bunlar makul olabilir ama gerçek sebep bu değildir.

Yaşla ilk kırışıklıkların ortaya çıkışı, kadınları yüz estetiklerine dikkat ve gelip geçen gençliği korumaya yönlendirebilir. Eski zerafetlerini yeniden bulmak ve eşleri tarafından daha çok ilgiyle seyredilmek için tedavi isteyebilirler.

Bazen de çocuklarını ortodontik tedaviye götürürken; eskiden yapılmadığı için bastırılmış arzuları nedeniyle; çocukları gibi güzel dişlere sahip olmayı arzu ettiklerinden tedaviye karar verirler. Ebeveynlerinin kendilerine vermediği bir eksikliği kapatmak veya vaktiyle başarısızlıkla sonlanan tedaviyi yeniden yaptırmayı arzulayabilirler.

Anneler, daha seyrek olarak babalar, kendileri de tedavi olmayı isterler ve çocuklarının tedavisi bitince kendileri de ortodontistin koltuğuna oturabilirler.

Daha ileri yaşlarda, bir gençlik çağı yaşamak arzusu uyanır ve kişi doyumsuz yaşanmış dönemlerini gidermek ister. Meslek hayatındaki değişimler, afektif şoklar (dul kalma, boşanma, çocukların evden ayrılışı) gibi hususlar onları kendi vücut ve estetikleri ile yeniden uğraşmaya imkan bırakabilir. Yeni bir çocukluk veya adolesan çağı yaşama peşinde olan bu kimseler yüzlerine estetik ameliyat yaptırırlar veya dişlerine ortodontik tedavi yaptırırlar.

Tedavi kararı vermeden önce çevrede kabul edilmek veya tedavi edilmiş olmanın hazzını taşımak için yapılacak böyle bir girişime hastanın gerçekten ihtiyacı olup olmadığını dikkat etmelidir. Ancak erişkin tedaviyi kabul edince, a rtık ona destek olmak gerekir. Bu destek, erişkin tedavisinin teknik güçlüklerine veya iyi yapılanmamış kişiliğin ihtiyaçlarına göre değişir. Bu tip erişkinlere ne kadar saygı gösterilirse gösterilsin çok güç beğenirler. Tedavinin çok uzun sürdüğünü ve bitmesini sabırsızlıkla beklediklerini söylerler. Apareyi çıkarmak tedaviyi yüz üstü bırakmak ise erişkin için yeniden bir yalnızlığa düşmek anlamına gelir. Fizik görünüşlerinin iyi olmadığı ve bu nedenle aranmadıkları kuşkusu doğabilir.

TEDAVİ İLİŞKİLERİ

Ortodontide hekim-hasta ilişkisi iki kişi arasındaki işbirliği anlamına gelir. Ortodontik ilişki, uzun sürmesi nedeniyle yoğun aktarımlar ve duygusal ilişkileri umağı olarak kabul edilmektedir.

Hekim, hastanın yaşamının ilk yıllarındaki pozitif veya negatif emosyonlarının yansıdığı durumlarda bir destektir. Hekim tedavi yaparken çocukluk çağı psizizminin rengarenk havasında her koşula uyan bir "bukalemun" gibi olmaktadır (13).

Ortodontistin kendisi de bir zamanlar çocuk olduğuna göre onun da ruhbilimcilik görevi vardır. Çocuk ve beveynler üzerindeki afektif deneyimlerini yansıtabilir veya onları hatırlayabilir. Ayrıca enerjik bir şekilde tedavi ilişkilerine de şöyle etkili olabilir:

Eğer güven ortamı yoksa, aktarım ve karşı aktarımlarla olumsuz bir tepki ortaya çıkar. Güvensizlik ve şüphe ortamı ortodontisti başarısızlığa götüren bir "cehennem makinası" gibi çalışır. Saygılı ve gülümseyen bir duruş, kibar bir görünüş çoğu zaman yanıtıcı olabilir, umulanın aksine daha çok agresiviteye yol açabilir. Sezgi, ortodontistin tuzağa düşmemesine yardım eder.

Hekim-hasta ilişkisinde ikili hiyerarşik ilişkiden bahsedilir. Bu ilişkide ast olan hasta adolesan döneminden çıktığında, eşiti veya çocuk olduğu dönemdeki sosyal hayat modifiye olmuş ve ortam değişmiştir. Bunun da göz önüne alınması gerekir.

İLK RANDEVU

İlk karşılaşmada hasta ile beraber gelenler hekimi ölçer ve yargılar. Daha sonraki ilişkilerde ilk karşılaşmadaki atmosfer ve izlenimin etkisi devam eder. Eğer aile ortodontisten tatmin olmuşsa çocuk da uyumsuz ve güvensiz değilse, aile geri döner ve tedaviyi başlatır. Bununla birlikte aile, ortodontistin şöhretini de araştırarak gizlice tedaviye başlatıp başlatmamayı da soruşturabilir.

Ortodontistin de yeni hastasını değerlendirme, gözlem yapma hakkı vardır. Teşhis için yapılan klinik ve radyolojik muayeneden başka psikoloji ve davranış analizi yapılmalıdır. Daha iyi tanımak ve psikolojik formasyonunu anlamak için hastanın:

- İncelemelerinde elde ettiğini,
- Klinik sezgi ile diğer sezgileri,
- Başkalarını anlama ve empati kapasitesini öğrenmelidir.

Ortodontist hastasının bazı davranışlar veya reaksiyonlarını dikkatle gözlerse onun psikolojik boşlukları veya psiko-sosyal gelişimi hakkında fikir edinebilir. Muayene ile şunlar araştırılmalıdır:

- Büyümenin reddedildiği biçimdeki regresif davranışlar (Bu, çocuğun afektif duygusal hamlık immatüritesi ve güçlükleri ile ortaya çıkar). Bu seride orofasyal kompanasyon davranışları araştırılabilir. Bunlar:
- Parmak emme,
- İnfantil yutkunma,
- Dudak veya yanağın solunum ve emme sırasında dişler arasına konması,
- Dilin emilmesi gibi çeşitli alışkanlık ve mimiklerdir.

Bütün orofasyal kaslar bu alışkanlıklara iştirak edebilir. Ortodontik bölgeyi ilgilendiren otoagresif erotik davranışlar şunlardır:

- Bruksizm,
- Tırmak yeme,

- Dil, dudak, yanak ısırma,
- Deri reaksiyonları,
- Uyku ve yemek sorunları;
- Uyuma sorunları, uykusuzluk,
- İştahsız veya sürekli yemek yememe,
- Aşırı yemek, şeker ve içeceklerin fazla yenmesi,
- Bulantı, sık kusma,
- Kötü ağız hijyeni ve vücut bakımına özen göstermeme.

Bütün bu fena alışkanlıklar, işlev bozukluğu belirtileri, olumsuz savunma düzenekleridir. Geçici olsa da bireyin gelişimi süresince onunla birlikte dir ve Ama Freud'a göre iki adım ileriden bir adım geriden giderler. Sürekli ve yaygınlarsa, ciddi ve derin bir psikolojik bozukluğa yol açarlar (7).

Fiziksel ve fizyolojik bozukluklar daha ağır bir psikolojik bozukluğa yol açabilir. libidinal enerji bloke edilirse nevroz, depresyon ve psikoz gibi gerçek bir psikişik hastalık gizlenebilir. Çocukluk çağında tedavi gereksinimini uyarayan bu tür bozukluklar, bilinçsiz olarak çatışmaları da ortaya çıkarır. Hasta, ebeveynleri karşısında tekrar kendisini bulur ve bekler.

Çocuktaki korkular, aşırı ağrılar ve halsizlik gibi durumlar fonksiyonel bozukluklara dikkat etmek gerektiğini bize açıklar. İlk konsültasyonda ve anamnezde bunun izlerine rastlanır. Anneler kolayca çocuklarının bu durumunu anlatırlar ve eski endişelerini tekrar ederler. Kişiliğin gelişme, kaybolma veya değişimi ve annesiyle evvelce olan ilişkilerindeki değişiklikler açığa çıkarıcı unsurlarıdır.

Yukarıda belirtilen saptamalardan başka, erotizme yol açan diğer fonksiyonel bozukluklar şunlardır:

- Solunumla ilgili olanlar (astım, solunum allerjisi, öksürük, K.B.B. patolojileri).
- Deri ile ilgili olanlar (ekzema, deri allerjisi, eritemler),
- Anal olanlar (kabızlık, ishal, gastrointestinal patoloji).

İlk konsültasyonda şunlar da gözlenebilir:

- **Çocuğun Koltuktaki Davranışı:**

- Çocuk sakin ve gevşek olabilir. Rahatça problemini anlatır, endişelerini açıklar ve apereyi hakkında akılcı sorular sorar,
- Ajitedir. Koltuktan kayar, annesine doğru başını çevirir. Ağızını açmaz veya zor muayene yaptırır. Hekimden kaçar ve giderken acele eder,
- Sessiz, ilgisiz durur. Tedavi edilmeyi alayla karşılar.
- Bazen de hayatı yıkılmış gibi bir ruhsal çöküntü içindedir.

-**Annenin Düşünce ve Davranışları:**

- Dikkatli, güvenli olabilir,

- Çocuğunu aşırı korur, hep konuşur, en ufak birşey için endişe eder. Çocuğun yerine cevap verir ve ona ağızını açmaya bile fırsat vermez.

- Çocuğa uzun öğütler verir. Dişleri veya derslerinin gidişi konusunda çocuğun sorularına o cevap verir. "Dişlerini yıkamaz, parmak emer, tırnağını yer" gibi. Bağırır. Bu nedenle çocuk ilgisizdir, önemsemeyen cevaplar verir, sinirlidir, annesiyle tartışır.

Böylece, görüşme bitince ortodontist anne-baba ve çocuk hastası hakkında düşüncelerini kazanmış olur.

PRATİK TAVSİYELER

- **Tedavi Planı ve Ağıt Seçimi:** Ortodontist, tedavi planını mümkün olduğu kadar hastasının yaşam tarzına ve tedavi gereksinimlerine uygun olan yapmalıdır (19). Hekim, hastanın kişiliği, tedaviye ısrarı, uyum kapasitesi ve tedavi ihtiyaçlarına göre yapacağı apereyi belirler. Orta yolu seçmeden bir ideal tedavi için soru sormak, ne hasta ne ailesince arzu edilir. Seçilecek ağıt, braketten başka ağız dışı aperey, Hawley plağı, yüz maskı, pozisyoner vb. olabilir.

Tedavi başından itibaren işi sıkı tutmak iyi bir sonuç için şarttır. Unutulmamalıdır ki uyum başlangıçta memnuniyet verici de olsa zamanla gevşer.

- **Tedavi Zamanı:** En uygun zaman 9-11 yaşlarıdır (19). Kızlarda daha yüksek oranda olmak üzere uyum bu dönemde iyidir ve bu yaşlar psikolojik yönden "**ortodonti çağıdır**". Bu dönemde çocuklar çok enerjiktir, olumludur ve amaçlarına çabucak, heyecanla varmak isterler.

Ergenlik gibi diğer yaş dönemlerinde sorun daha karmaşık olur ve uyum kişiden kişiye değişir. Erişkinlik döneminde, pubertede genellikle, motivasyonu derin ve akılcı yapmalı, bazen tedaviyi en uygun döneme kadar geciktirmelidir. Böyle başlanan bir tedavide güçlükle karşılaşmaz. **Ayrıca, hekim tedaviyi reddedebilmelidir.** Ağız hijyeni iyi değilse, motivasyonu iyi değilse, diş bakımı iyi değilse veya başka bir tedavi kontrendikasyonu varsa, ayrıca hasta ile, ailesi arasında uyumsuzluk varsa, ortodontist bu koşullar altında tedaviyi yürütemez. Hiçbir hekim, kendine ağır gelecek bir tedaviyi üstlenmemelidir. Böyle durumlarda başka bir meslektaşın adresi verilebilir.

- **Çocuğa Bilgi Verme:** Tedavi planı anne-baba ve çocuğa bir arada verilmelidir. Eğer ebeveyn yalnız gelirse (daha çok anneler gelir) plan tekrar anlatılmalıdır.

Birinci durumda doğrudan doğruya çocuğa hitabedilir. Böylece çocuklar anne-babalarına bilgiçe soruları ile gü-lünç olmaktan kurtulurlar. Çocuğa açıklama basit kelimelerle, somut resimlerle ve anlayacağı şekilde yapılmalıdır. Bu sırada çocuk, çok doğru sorular sorarak en iyi motivasyonu kendisi kazanır.

Çocuk karar verdikten sonra tedaviye başlanır. Eğer isteksizlik varsa acil bile olsa ısrar etmemelidir. Tedavi konusunda anne-baba ve çocuğu olurlarına bırakmalıdır. Bu da onlarda belirli bir bağımlılık yaratır. Daima hastaya düşünme zamanı ayırmalıdır.

- **Uyumsuzluk:** Uyum tedavinin başından itibaren iyi gibidir. Bununla beraber mükemmel bir uyum da bazen yapay olabilir. Bazı duygusal travmalar, yaşamsal zorlar uyumu etkiler (Yeni bir kardeşin doğumu gibi).

Baştan iyi gitmeyen bir ailesel veya kişisel uyum, kişilik yetersizliğinin belirtisidir. Bunu düzeltmek de çok zordur. Düzeltile bile yeniden ortaya çıkar. Bu tedaviye ilgisizlikle başlar, uyum yitimi dışında sınırsız yayılır. Bazı etkenler de buna yardım eder.

- **Kötü Ağız Hijyeni:** Kötü beden görünümü ve bozuk ağız hijyeni, kendine değer vermeme belirtisidir. Bunlar kişilik yapısını etkiler. Ancak böyle durumlarda bir eğitim yetersizliği de söz konusu olabilir. Çocuk çok küçükken dişlerini fırçalamaya anne-babasının etkisiyle başlar. Daha sonra yapılan eğitimle yerleşir ya da regresyonlarla ağız bakımı (hastalıklar, depresyonlar vs.) unutulur.

- **Ağlama, Ajitasyon ve Ağrı Şikayetleri:** Çocuğun ağlamasına ve ajitasyonuna neden olan şeyi keşfetmeli, onunla alay etmemelidir. Ortodontistin sakin davranışı çocuğun gerginliğini yumuşatabilir.

- **Tekrarlayan Gecikmeler, Randevuların Değişimi:** Çocuğun üst üste iki defa randevuya gelmemesi, randevuyu başka güne aktarması uyum yitiminin ilk belirtileridir.

"Aparey ağzıma uymuyor", "İstemiyorum", "Zaten annem istiyor diye taktım". Böyle durumlarda çocuğu dinlemeli ve onaylamaktan çok akılcı bir dialog kurmayı denemelidir. Eğer durum devam ediyorsa, bazı sado-mazosistik oyunlara da girilebilir.

- **Diğer Tavsiyeler:** Ortodontik apareye ortodontist karar verir ve hastaya takar. Aparey takılmasını anne-baba kabul eder ve ister. Bu işlem, hastanın hekimine karşı olan duyguları için bir substitusyon (=yerine geçme) ve anne-babalık imajının bir transfer (=aktarma) objesidir.

Aparey çocuğa belli bir sıkıntı verir. Eğer başka bir şeyle telâfi edilemiyorsa belli oranda oto-erotik hazlara da engel olabilir. Şöyle ki:

- Daha önce emilen, ısırılan alt dudağın emilmesini engelleyebilir.
- Alt çeneyi santrik ilişki ve oklüzal ilişkiye getirecek kasların hareketine engel olabilir.
- Tüberkül ilişkilerini modifiye ederek periyodonsiyumda kompresyon ve gevşemeye yol açan diş gıcırdatma zevkini ortadan kaldırabilir.

- Apareyler, çocuğun kendi vücudunu (bu yolla da çocukluk çaında anneyi) temsil ederler (13). Dolayısıyla sevilir, nefret edilir veya bazen sevilir, bazen nefret edilir. Yukarıda açıklanan sado-mazosistik eylemde otopünisyon için bir destekleyici unsur olabilir.

- Aparey, baba ve anne tarafından kesin olarak kabul edilmelidir.

- Anne-babası ile özdeşleşen çocuk, onların reaksiyonlarına, irrasyonel davranışlarına veya çelişkili davranışlarına karşı duyarlıdır. "Apareyine dikkat et, kırılmasın", "Bununla uyuyacaksın"... Bu tür şüpheli (=pernisyöz) sözler, doğmakta olan bir kooperasyonu yaralayabilir. Buradan hareketli aparey "**iyi bir şey**" olarak kabul ettirilmelidir. Aparey iyi bir vücut görünümü elde etmek için bir onarıcı ve bu görünümü yaratıcı araç olarak gösterilmelidir. Öyleyse vücutta dikkatle taşınmalı ve korunmalıdır. Bunun aksine "**kötü bir şey**" olarak benimsenirse, ne kadar uğraşılsa da reddedilir, kırılır veya uyumadan önce "yastığın altına konur".

Barbour ve Callender, hasta uyumunu azaltan faktörleri araştırmışlar ve bireysel farkların çok önemli olduğunu belirlemişlerdir. Bunun yanında:

- Hastalara noksan bilgi verme,
- Hekim-hasta ilişkileri arasındaki konuşulamayan ve giderilemeyen gerginlik ve
- Hastaların yanlış anlaşılma ve kişisiz birisi olarak tedavi edildikleri hakkındaki inançları da uyumu etkilemektedir (5).

Hekim doğal ve samimi davranmalıdır. Tedavi ettiği kişinin çocuk olduğunun farkına varıp aparey takma süresini artırabilir. Tedavi tipleri ve ortodontik problemin açıklanması odyo-vizüel araçlarla kolay olmakta ise de aparey takma süresini artıramamaktadır.

Ortodontist, hastasına daha çok zaman ayırarak, samimi şekilde ilgilenecek, ona sorular sorarak uyumunu düzenli hale getirebilir.

SONUÇ

Dikkatini hastasının üzerinde toplaması, onun problemlerini dinleyerek tedavisini yönlendirmesi, ortodontistin günlük uygulamadaki sorunlarından bir tanesidir. Bunun üstesinden gelebilmesi için hastasının kişisel gözlemini ve analizini yapmalı, psikoloji bilgisini artırmalı, giderek tedavi uygulamalarını modifiyona uğratarak mükemmelleştirmeli ve bireysel etiğini kendi kendine kazanmalıdır.

Unutulmamalıdır ki, dünyadaki her insan bir "ünik" yaratıktır. Dolayısıyla her çocuğun ruhsal deformasyonları ve kişilik yapısı da ünik olacaktır. Bunun sonucu olarak tedavi şekilleri de...

Hastasının çıkarını, mesleğinde ilerlemeyi ve kendi mükemmelleşmesini düşünen bir hekim, durmaksızın bunla-

rı ortaya koyacak ve böyle davranırsa her gün daha mükemmel hale gelecektir.

Hekim ve yardımcılarının hastalarına psiko-sosyal formasyon vermek için yaptıkları bu çalışmayı boşa geçen bir zaman olarak düşünenler olabilir. Böyle durumlarda, hastayla yapılacak konuşmaların maliyet hesabının göz önüne alınması gerekir. Hastayı dinlemek ve anlamak için harcanan zamanı boşa giden bir zaman olarak düşünmemelidir. Kaybedilmiş gibi düşünülen bu zaman, tedavi ilişkilerinin düzenli düzenlenmesi, sürenin kısılması, sıcak ve insani bir ilişki doğması ve sonuçların mükemmelliği ile zaten kazanılacaktır. Buna rağmen bazı hastaların bizotodontistleri terkedip düş kırıklığına uğratmasının da tecrübemizin artması ve gelecekte benzer güçlüklerin önlenmesi yönünden yararı vardır.

TEŞEKKÜR

Metni okuyarak terim ve düzeltme önerilerinde bulunan Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Ayşe AVCI'ya katkılarından dolayı teşekkür ederim.

KAYNAKLAR

1. Anderson A. Orthodontic public relations for parents and child. Amer J Orthodont 53: 922-927, 1967.
2. Baldwin DC, Barnes ML. Psychological factors motivating orthodontic treatment. Preprinted Abstracts IADR 43: N° 461, 1965.
3. Baldwin DC, Barnes ML. Patterns of motivation in families seeking orthodontic treatment. Preprinted Abstracts IADR 44: N° 412, 1966.
4. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Payot éd Paris, 1980.
5. Barbour A, Callender RS. Understanding patient compliance. J Clin Orthodont 15: 803-809, 1981.
6. Dereboy IF. Kimlik Bocalaması. Özmert Matbaası Malatya, 1993.
7. Freud S. Cinsiyet Üzerine. Çev A. Ondes Say yayınevi Ankara, 1993.
8. Ingervall B, Hedegard B. Awareness of malocclusion and desire for orthodontic treatment in 18 years old Swedish men. Acta Odont Scand 32: 93-101, 1974.
9. Klimar RJ, Witterman JK, McIver JE. Body image self concept and the orthodontic patient. Amer J Orthodont 75: 507-516, 1979.
10. Lindegard B, Lindegard L, Carlson M, Lorsson S. Need and demand for orthodontic treatment. Tandlaegebladet 75: 1198-1210, 1971.
11. Maj G, Squarzone Grilli AT, Belletti MF. Psychologic appraisal of children facing orthodontic treatment. Amer J Orthodont 53: 849-857.

12. Myrberg N, Thilander B. An evaluation of the duration and the results of orthodontic treatment. Scand J Dent Res 81: 85-91, 1973.

13. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nuroloji Matbaası Ankara, 1988.

14. Prah-Andersen B. The need for orthodontic treatment. Angle Orthodont 48: 1-9, 1978.

15. Show WC. Factors influencing the desire for orthodontic treatment. Europ J Orthodont 3: 151-162, 1981.

16. Show WC. The influence of children's dento-facial appearance on their social attractiveness as judged by peers and lay adults. Amer J Orthodont 79: 399-415, 1981.

17. Simmons RG, Rosenberg M. Disturbance in the self-image at adolescence. Amer Soc Rev 38: 553-568, 1978.

18. Story I. Psychological issues in orthodontic practice. Amer J Orthodont 52: 584-597, 1966.

19. Weiss J, Eiser HM. Psychological timing of orthodontic treatment. Amer J Orthodont 72: 198-204, 1977.

OKUNMASI ÖNERİLEN DİĞER ÇALIŞMALAR

1. Allan TK, Hodgson EW. The use of personality measurements as a determinant of patients cooperations in an orthodontic scale. Amer J Orthodont 54: 433-440, 1968.
2. Björk A, Krebs A, Solow B. A method for epidemiological registration of malocclusion. Acta Odont Scand 22: 27-36, 1964.
3. Björk A, Helm S. Need for orthodontic treatment as reflected in the prevalence of malocclusion in various ethnic groups. Acta Soc Med Scand Suppl 1: 209-211, 1969.
4. Callender RS, Barbour A. Effective communication with patients retention of informations. J Clin Orthodont 13: 474-476, 1979.
5. Callender RS, Barbour A. Effective communication with clients Financial arrangements. J Clin Orthodont 15: 497-500, 1981.
6. Clemmer EJ, Hayes EW. Patient cooperation in wearing orthodontic headgear. Amer J Orthodont 75: 517-524, 1979.
7. El Mangoury NH. Orthodontic cooperation. Amer J Orthodont 80: 604-622, 1981.
8. Fields RS. Influencing patients cooperation. J Clin Orthodont 14: 417-421, 1980.
9. Gabriel HF. Motivation of the headgear patients. Angle Orthodont 380 129-135, 1968.
10. Gottlieb EL. Managing for success in Orthodontics. J Clin Orthodont 15: 319-329, 1981.
11. Horowitz HS, Cohen LK, Doyle J. Occlusal relations in children born and reared in an optinally fluoridated community. IV- Clinical and social-psychological findings. Angle Orthodont 41: 189-201, 1971.

12. Jacobson A. Psychology and early orthodontic treatment. *Amer J Orthodont* 73: 328-334, 1978.
13. Katz RV. Relationship between eight orthodontic indices and an oral self image satisfaction scale. *Amer J Orthodont* 73: 328-334, 1978.
14. Klein ET. The thumb-sucking habit: Meaningfull or empty? *Amer J Orthodont* 59: 283-289, 1971.
15. Morand JM. La première visite de l'enfant au cabinet dentaire. *Inform Dent* 62: 1007-1013, 1980.
16. Norton LA, Markowitz M. Psychological management. *Angle Orthodont* 41: 241-248, 1971.
17. Pinkham JR. Management of the encounter between dentist and parent. *J Dent Child* 49: 107-111, 1982.
18. Pitt EJ, Korabik K. The relationship between self-concept and profile self-selection. *Amer Orthodont* 72: 459-460, 1977.
19. Rich SK. Behavior modification for orthodontic patients. An exploratory approach to patient education. *Amer J Orthodont* 78: 426-437, 1980.
20. Rubin RM. The uncooperative patient. *J Clin Orthodont* 14: 176-177, 1980.
21. Slakter MJ. Validity of an orthodontic treatment priority index to measure need for treatment. *Amer J Orthodont* 78: 421-425, 1980.
22. Slakter MJ, Coll. Reliability and stability of the orthodont patient cooperation scale. *Amer J Orthodont* 78: 559-563, 1980.
23. Starnbach HK, Kaplan A. Profile of an excellent orthodontic patients. *Angle Orthodont* 45: 141-145, 1975.
24. Stricker G. Psychological issues pertaining to malocclusion. *Amer J orthodont* 58: 276-283, 1970.
25. Stricker G, Coll. Psychological aspects of cranio-facial disfigurement. *Amer J Orthodont* 76: 410-422, 1979.
26. Sueur S. Un adolescent en ODF 3ème colloque National De l'IPOS Mars Paris, 1982.
27. Swetlik WP. A behavioral evaluation of patient cooperation in the use of extra-oral elastic and coil spring tractions devices. (Abstracts) *Amer J Orthodont* 74: 687, 1978.
28. White LW. Behavior modification of orthodontic patients. *J Clin Orthodont* 8: 501, 1974.
29. White LW. A behavioristic approach to oral hygiene. *Amer J Orthodont* 72: 406-413, 1977.
30. Wongstschowski KG. Psychological aspects in orthodontics. *Trans Eur Orthod Soc* 383-389, 1966.
31. Zadik D, Stern N, Litner M. Thumb and pacifier sucking habits. *Amer J Orthodont* 71: 197-201, 1977.