

T.C  
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

**EBEVEYNLİK TARZININ VE EBEVEYN DENTAL KAYGISININ  
ÇOCUĞUN DENTAL KAYGISI ÜZERİNE ETKİLERİ**

**Dt. İREM YAVUZ**

**UZMANLIK TEZİ**

**PEDODONTİ ANABİLİM DALI**

**Danışman  
Prof. Dr. Sibel YILDIRIM**

**KONYA-2018**

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

**EBEVEYNLİK TARZININ VE EBEVEYN DENTAL KAYGISININ  
ÇOCUĞUN DENTAL KAYGISI ÜZERİNE ETKİLERİ**

**Dt. İrem YAVUZ**

**UZMANLIK TEZİ**

**PEDODONTİ ANABİLİM DALI**

**Danışman  
Prof. Dr. Sibel YILDIRIM**

Bu araştırma Selçuk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü tarafından 18102014 proje numarası ile desteklenmiştir.

**KONYA-2018**

 SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ	UZMANLIK TEZİ JÜRİ TUTANAĞI	Dok.Kodu	KU.FR.57
		Yürürlüğe Gir. Tar.	Haziran 2015
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	1 / 1

Uzmanlık Öğrencisinin Adı Soyadı : İrem Yavuz

Uzmanlık Dalı : Pedodonti

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Sibel Yıldırım

Tezin Adı : Ebeveynlik Tarzının ve Ebeveyn Dental Kaygısının  
Çocuğun Dental Kaygısı Üzerine Etkileri

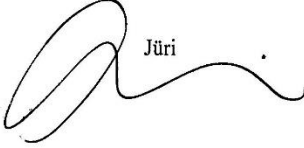
Dt. İrem Yavuz hazırlamış olduğu tezini 02/11/ 2018 tarihinde aşağıda isimleri yazılı olan jüri huzurunda savunmuştur.


SONUÇ: TEZ BAŞARILI(☑) TEZ YETERSİZ ( )

Prof.Dr. Sibel Yıldırım

Doç.Dr.Murat Selim Botsalı

Dr.Öğr.Üyesi Emre Korkut

  
Jüri

  
Jüri

  
Jüri

## ÖNSÖZ

Tez çalışmalarım ve eğitim hayatım süresince bana yol gösteren, birikimlerini benimle paylaşan tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Sibel YILDIRIM'a,

Uzmanlık eğitimim süresince yardımlarını esirgemeyen hocalarım Prof. Dr. Gül TOSUN, Doç. Dr. Murat Selim BOTSALI, Dr. Öğr. Üyesi Firdevs KAHVECİOĞLU, Dr. Öğr. Üyesi Funda ARUN'a

Pedodonti Ana Bilim Dalı'nda görevli asistan arkadaşlarıma,

Uzmanlık eğitimim süresince yanımda olan dostlarım Ayşegül ORHAN, Safiye SEYHAN KESKİN ve Zeynep Şeyda YAVŞAN'a,

Desteğini ve güvenini her daim hissettiğim Hasan BAŞOĞLU'na,

Hayatımın her aşamasında üstümde emeği olan, sevgisini ve desteğini esirgemeyen babam Üzeyir YAVUZ, annem Şule YAVUZ ve kardeşim Tuğçe YAVUZ'a

*en içten teşekkürü borç bilirim...*

## İÇİNDEKİLER

<b>SİMGELER VE KISALTMALAR .....</b>	<b>vi</b>
<b>ŞEKİL VE ÇİZELGELER.....</b>	<b>vii</b>
<b>1.GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
1.1 Kronolojik Yaşa Göre Çocuk Davranışları.....	2
1.1.1. Okul öncesi yıllar .....	2
1.1.2. İlkokul yılları.....	2
1.1.3. Ergenlik.....	3
1.2 Dental Korku, Dental Kaygı ve Dental Fobi Nedir?.....	3
1.3 Çocuklarda Dental Kaygı Çeşitleri.....	4
1.3.1. Bireysel kaygı.....	4
1.3.2. Anne sebebiyle olan kaygı.....	5
1.4 Çocukların Kaygılarını Gösterme Şekilleri.....	5
1.4.1. Küçük çocuklar .....	5
1.4.2. Okul çağı çocukları.....	6
1.4.3. Ergenler.....	6
1.5 Kaygı Belirtileri.....	6
1.5.1. Affektif belirtiler .....	6
1.5.2. Davranışsal belirtiler.....	7
1.5.3. Bilişsel belirtiler.....	7
1.6 Dental Kaygının Görülme Sıklığı.....	8
1.7 Dental Kaygı Gelişimi.....	8
1.7.1 Dışsal faktörler.....	9
1.7.2 İçsel faktörler.....	11
1.8 Kaygının değerlendirilmesi.....	13
1.8.1 Fizyolojik ölçümlere dayanan metodlar.....	14
1.8.2.Davranış derecelendirme ölçekleri.....	14
1.8.3.Ebeveynin ya da bakıcının cevapladığı anketler.....	15
1.8.4.Çocuk tarafından cevaplanan anketler.....	15
1.8.5 Çocuğun kendi kaygı seviyesini kendi ölçtüğü yeni yöntemler.....	20
1.9 Kaygı Durumun Devamı.....	21

1.9.1 Yararsız bilişlerin rolü.....	22
1.9.2 Yararsız davranışların rolü.....	22
1.9.3 Dental profesyonellerin rolü.....	23
1.10 Dental Kaygının Olası Sonuçları.....	24
1.10.1 Dental kaygının çocuk ve aile için etkileri.....	24
1.10.2 Dental kaygının diş hekimi ve dental ekip için zorluğu.....	26
1.11 Ebeveynlik.....	27
1.11.1 Ebeveynlik tarzları.....	28
1.11.2 Kültürün ebeveyn tarzları üzerine etkisi.....	32
1.11.3 Ebeveynlik ile ilgili kullanılan anketler.....	34
1.11.4 Ebeveynlik tarzlarının çocuğun dental kaygı üzerine etkisi.....	35
1.11.5 Ebeveyn dental kaygısı ile çocuğun dental kaygısı arasındaki ilişki.....	37
<b>2. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>41</b>
2.1. Verilerin Elde Edilmesi ve Değerlendirilmesi.....	41
2.2 Çalışmada İncelenen Kriterler.....	46
2.3 İstatiksel Değerlendirme.....	46
<b>3. BULGULAR.....</b>	<b>49</b>
3.1 Hasta Verileri.....	49
3.1.1 Yaş.....	49
3.1.2 Cinsiyet.....	50
3.1.3 Çocuğun Dental Kaygısı.....	50
3.2 Ebeveyne Ait Veriler.....	51
3.2.1 Cinsiyet.....	51
3.2.2 Dental Kaygı.....	51
3.2.3 Ebeveyn Tarzları.....	51
3.3 İlişkilerin İncelenmesi.....	52
3.3.1 Çocuğun dental kaygısı ile ebeveynlik tarzları arasındaki ilişki.....	52
3.3.2 Çocuğun dental kaygısı ile ebeveynin dental kaygı ilişkisi.....	54
<b>4. TARTIŞMA.....</b>	<b>55</b>
<b>5. SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....</b>	<b>65</b>
<b>6. KAYNAKÇA.....</b>	<b>66</b>
<b>7. EKLER.....</b>	<b>78</b>



## SİMGELER VE KISALTMALAR

%	Yüzde
DKK	Dental Korku ve Kaygı
VRT	Venham Resim Testi
GYS	Görsel Yüz Skalası
GAS	Görsel Analog Skalası
WBS	Wong Baker yüz ağrı skalası
CDKS	Corah dental kaygı skalası
MDKS	Modifiye dental kaygı skalası
CFSS-DS	Çocuk korku değerlendirme skalası-dental alt ölçeği
YPKS	Yale preoperatif kaygı skalası
BBUR	Birincil bakıcıların uygulamaları raporu
ASBÖ	Anne-babalık stilleri ve boyutları ölçeği
EÖ	Ebeveynlik ölçeği
ÇYUR	Çocuk yetiştirme uygulamaları raporu



## ŞEKİL VE ÇİZELGELER

### ŞEKİLLER

Şekil 1.1	Venham resi testi (VRT).....	16
Şekil 1.2	Görsel yüz skalası (GYS).....	16
Şekil 1.3	Görsel analog skalası(GAS).....	17
Şekil 1.4	Wong Baker yüz ağrı skalası (WBS).....	18
Şekil 1.5	Beş alan modeli.....	23
Şekil 1.6	Berggren ve Meynert'in kısır döngüsü.....	25
Şekil 2.1	Çocuk korku değerlendirme skalası-dental alt ölçeği (CFSS-DS).....	42
Şekil 2.2	Modifiye dental kaygı skalası (MDKS).....	43
Şekil 2.3	Anne-babalık stilleri ve boyutları ölçeği (ön yüz).....	44
Şekil 2.4	Anne-babalık stilleri ve boyutları ölçeği (arka yüz).....	45
Şekil 3.1	Ebeveynlik tarzlarının dağılım grafiği.....	51
Şekil 3.2	Çocuk dental kaygı- yetkin/demokratik ebeveynlik tarzı arası ilişki.....	52
Şekil 3.3	Çocuk dental kaygı-yetkeci/otoriter ebeveynlik tarzı arası ilişki grafiği.....	53
Şekil 3.4	Çocuk dental kaygı-izin veren ebeveynlik tarzı arası ilişki grafiği.....	53
Şekil 3.5	Çocuk dental kaygı-ebeveyn dental kaygı ilişki grafiği.....	54

### ÇİZELGELER

Çizelge 2.1	Alpha katsayı açıklaması.....	47
Çizelge 2.2	Anket sorularının Cronbach alpha değerleri.....	47
Çizelge 2.3	Kolmogrov-Smirnov normallik testi.....	48
Çizelge 3.1	Katılımcı çocuk hastaların yaş dağılımı.....	49
Çizelge 3.2	Katılımcı çocuk hastaların cinsiyete göre dağılımı.....	50
Çizelge 3.3	Katılımcı çocuk hastaların dental kaygı görülme yüzdeleri.....	50

**ÖZET**  
**T.C.**  
**SELÇUK ÜNİVERSİTESİ**  
**DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI**

**EBEVEYNLİK TARZININ VE EBEVEYN DENTAL KAYGISININ**  
**ÇOCUĞUN DENTAL KAYGISI ÜZERİNE ETKİLERİ**

**“İrem YAVUZ”**

**Pedodonti Anabilim Dalı**

**UZMANLIK TEZİ / KONYA-2018**

Dental kaygı, özel dış kaynaklı uyarıcı ile ilişkili olmaksızın bireyin her türlü dental işleme karşı hissettiği korku ve endişe olarak tanımlanmaktadır. Dental kaygı gelişen modern diş hekimliği uygulamalarına rağmen çocuk hastalarda hiç de azımsanmayacak düzeyde sorun teşkil etmektedir. Dental kaygının öncelikli etkisi çocuk ve aile üzerine olmakla beraber diş hekimleri için de pek çok olumsuz etkisi vardır. Hastayla iletişimi engelleyip doğru tedavilerin zamanında yapılması engellerken, kaygıyı iyi yönetememe kaygısı hekimleri tereddüte düşürmekte ve pedodonti servislerine yönlendirilen çocuk sayısını artırıp uzun süre beklemeye sebep olmaktadır.

Çocukların dental tedavilerini gerçekleştirirken ortaya çıkabilen dental kaygı durumunu ve davranış sorunlarının ortadan kaldırılmasında bu sorunların sebebini anlayabilmek önemlidir. Dental kaygı çok bileşenli etyolojisi olan bir fenomendir; yaş, sosyal ve duygusal gelişim düzeyi, mizaç, mental ya da gelişimsel bozukluklar, genetik faktörler, geçmişteki travmatik dental ziyaretler, ebeveynin dental kaygı durumu ve ebeveynlik tarzı çocuğun dental kaygı seviyesini etkileyebilmektedir.

Bu tez çalışmasının amacı Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı'na çeşitli şikayetlerle başvuran çocuk hastaların dental kaygıları ile ebeveynlerinin dental kaygısı ve ebeveynlik tarzları arasındaki ilişkiyi araştırmaktır. Bunun amaç için de 2018 yılı içinde Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Kliniğine çeşitli dental şikayetlerle başvuran 7-14 yaş arası 100 adet çocuk hasta ve ebeveynlerine uygulanan anketler incelenmiştir. Çocuk hastalara dental kaygı seviyesini ölçmek için çocuk korku değerlendirme skalası- dental alt ölçeği uygulanırken, bu çocukların ebeveynlerine ise ebeveynlik tarzlarını tespit etmek için ebeveynlik stilleri ve boyutları anketi ve dental kaygı seviyesini ölçmek için modifiye dental kaygı skalası uygulanmıştır.

Elde edilen sonuçlara göre otoriter ve demokratik ebeveynlik ile çocuğun dental kaygısı ile arasında anlamlı ilişki bulunmazken, izin veren ebeveynlik ile çocuğun dental kaygısı arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Ebeveynin dental kaygısı ile çocuğun dental kaygısı arasında da anlamlı ilişki bulunamamıştır. Ebeveynlik tarzının ve ebeveyn dental kaygısının çocuğun dental kaygısı üzerine etkisi ile ilgili çalışmalar sayıca yetersiz olup konu ile ilgili daha çok çalışma yapılması gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Dental kaygı, ebeveynlik tarzı

## **SUMMARY**

**REPUBLIC of TURKEY  
SELCUK UNIVERSITY  
FACULTY of DENTISTRY**

### **THE EFFECTS OF PARENTING STYLE AND PARENTAL DENTAL ANXIETY ON THE DENTAL ANXIETY OF THE CHILD**

**“İrem YAVUZ”**

**Department of Pediatric Dentistry**

**MASTER THESIS/ KONYA-2018**

Dental anxiety is defined as a feeling of apprehension about dental treatment that is not necessarily connected to a specific external stimulus. Notwithstanding modern dental practice which develops dental anxiety, it is a problem that is of little importance in pediatric patients. The primary effect of dental anxiety is on child and family, but it also has many negative effects on dentists. While preventing the communication with the patient and preventing the correct treatment on time, the anxiety of not managing the anxiety well causes the physicians to hesitate and increase the number of children referred to the pedodontic services and cause a long wait.

It is important to understand the cause of these problems in the elimination of the dental anxiety and behavioral problems that may occur when performing dental treatment of children. Dental care is a phenomenon with a multi-component etiology; age, level of social and emotional development, temperament, mental or developmental disorders, genetic factors, past traumatic dental visits, parent's dental concern and parenting style may affect the child's dental anxiety level.

The aim of this study is to investigate the relationship between the dental anxiety and parenting styles of the children and their parents. For this purpose, in 2018, 100 children between 7-14 years old who applied to Selcuk University Faculty of Dentistry Department of Pediatric Dentistry with various dental complaints were examined. In order to determine the dental anxiety level of the pediatric patients, the children's fear assessment scale-dental subscale (CFSS-DS) was applied and the parents of these children were asked a questionnaire of parenting styles and dimensions questionnaire (PSDQ) to determine parenting styles and a modified dental care scale (MDAS) to measure the level of dental anxiety.

According to the results, while there was no significant relationship between authoritarian and authoritative parenting and the child's dental anxiety, there was a positive correlation between permissive parenting and the child's dental anxiety. No significant relationship was found between the parents' dental anxiety and the child's dental anxiety. The number of studies on the effect of parenting style and parent dental anxiety on the child's dental anxiety is insufficient and more studies are needed.

Keywords: Dental anxiety, parenting style

## 1.GİRİŞ

Dental kaygı, özel dış kaynaklı uyarıcı ile ilişkili olmaksızın bireyin her türlü dental işleme karşı hissettiği korku ve endişe olarak tanımlanmaktadır (Folayan ve ark 2004). Dental uygulamalarda çocuk hastaların azınsanmayacak kadar büyük bir kısmı dental kaygı sebebiyle diş hekimi ile iş birliği yapamamaktadır; Türk çocuklarında yapılan çalışmada 3-6 yaş grubu çocuklarının %30'unun, 7-12 yaş grubu çocukların ise %11'inin dental olarak kaygılı oldukları belirlenmiştir (Bayrak ve ark 2010). Çocukluk döneminde görülen dental kaygı erişkin dönemde de kalıcılığını sürdürerek dental tedaviden kaçınmaya dolayısıyla da ağız-diş sağlığının olumsuz etkilenmesine sebep olmaktadır (Skaret ve ark 1998, Buchanan ve Niven 2002). Bu nedenle dental kaygının çocukluk döneminde belirlenip, özel yaklaşım gerektiren bu çocukların saptanması çok önemlidir (Kent 1991).

Çocukta dental kaygı, yüz yılı aşkın zamandır merak edilen ve araştırılan bir konudur (Steen 1891). Rachman (1977) korkunun oluşumunda başlıca üç tane mekanizma olduğunu öne sürmüştür. Bunlar: direkt şartlanma, indirekt olarak dolaylı öğrenme ve tehdit edici bilgiye maruz kalmadır. Çocuklarda dental kaygı gelişiminde direkt şartlanma mekanizmasının birincil rol oynadığı düşünülmekle beraber, dental kaygı taşıyıp travmatik dental ziyaretlerini hatırlayamayan pek çok kişi düşünülünce sadece direkt koşullanma ile dental kaygı oluşumunu açıklamak zordur. Sosyal öğrenme teorisine dayanan bu ikinci yol, dental kaygının başka bir kişinin kaygılı davranışlarını izleyerek ve onu taklit ederek oluştuğunu öne sürer; bu teoride ebeveynler özellikle de anneler önemli rol oynar. Ancak ebeveynlerin dental kaygısı ile çocuklarının dental kaygısı arasındaki ilişki tartışmalıdır. Bir grup araştırmacı ebeveyn dental kaygısı ile çocuğun dental kaygısı arasında direkt bir ilişki olduğunu öne sürerken (Klingberg ve Berggren 1992, Bankole ve ark 2002, Milsom ve ark 2003, Gustafsson ve ark 2007), diğer bir grup araştırmacı ise herhangi bir ilişki bulunmadığını öne sürmektedir (Bailey ve ark 1973, Veerkamp ve ark 1992, Arnrup ve ark 2004).

Psikolojinin bağımsız bir bilim dalı olarak ortaya çıkmasından beri araştırılan en temel konulardan birisi, ebeveynlerin çocukları üzerindeki etkileri olmuştur (Sümer 2010). Ebeveynler, çocuklarının bakımını üstlenen kişiler olarak çocuklarının gelecekteki duygusal sağlığı, karakteri, sosyal ve bilişsel gelişimi ve akademik

performansında etkilidirler. Ebeveynler, ebeveynlik tarzlarına göre çocuğa bakış açısı ve hayat felsefesi kazandırıp çocuklarının sorunlarla başa çıkma şekillerini de etkiler. Bu durum bir çocuğun yetişkinlerle olan iletişimine de yansır. Ebeveynlik tarzı, bir çocuğun diş hekimi koltuğunda yaşayabileceği stres gibi çeşitli stres ve uyaranlarla ne şekilde başa çıkacağını etkiler (Bailey ve ark 1973). Ebeveyn dental kaygısı ile çocuğun dental kaygısı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda olduğu gibi, ebeveynlik tarzının çocuğun dental kaygısına nasıl etki ettiği ile ilgili çalışmalar sayıca az olmakla beraber, elde edilen sonuçlar da tartışmalıdır (Krikken ve Veerkamp 2008).

### **1.1. Kronolojik Yaşa Göre Çocuk Davranışları**

Dental kaygıyı incelemeden önce dönemlere göre normal çocuk davranışlarını incelemek yararlı olacaktır.

#### **1.1.1. Okul öncesi yıllar (3-5 yaş)**

Okul öncesi dönemin ana teması, çocuğun dış dünya ile olan bağındaki meydana gelen değişimdir. Çocuk artık daha rahat hareket edip daha rahat iletişim kurabilirken özgüveni de artar. Sosyal ve bilişsel becerisi gelişen çocuk, arkadaşları ile daha başarılı ilişkiler kurup benmerkezciliği bırakır. Kendini referans görmeyi bırakıp dış görünümüne daha az önem verir (Bee ve Boyd 2006).

Okul öncesi çocukların aileleri ve onları yetiştirenler için çocukların agresif davranışlarını anlamak önemlidir. Saldırganlığa neden olan sıklıkla çocuğun kendi davranışını kontrol edememesidir. Bu yaş dönemi çocuklar genellikle bir obje için agresiflik gösterirler. Bu çocukların ailelerinde de şiddete meyil görülebilir. Ailenin tutarsız ve çelişkili uygulamaları da çocukta saldırganlığa sebep olabilir (Mussen 1984).

Okul öncesi dönem, çocuğun sosyal becerilerinin ve kişiliğinin temellerinin atıldığı dönem olarak kabul edilir (Bee ve Boyd 2006).

#### **1.1.2. İlkokul yılları (6-12 yaş)**

Genel olarak 6 yaşındaki çocuğun 4-5 yaşlarındaki çocuktan daha nitelikli kavrama yetisinin olduğu, daha çok sorumluluk alabildiği ve karmaşık düşünceleri

daha iyi kavradığı kabul edilir. Nitekim, birçok toplumda okula bu dönemde başlanır. Çocuk artık görünüşe takılıp kalmaz; bunun yerine altta yatan gerçek üzerine odaklanır. Bu sadece objeleri algılamada değil, ilişkilerinde de kendini gösterir

Bu dönem çocuklarının deneyimleri çoğunlukla yaşlıları ile olan sosyal ilişkiler sonucu oluşur. Sosyal ilişkiler çocuğa hem bilişsel hem de duygusal fonksiyonları için mükemmel imkanlar sunar (Bee ve Boyd 2006).

### **1.1.3. Ergenlik (13-18 yaş)**

Ergenlik dönemi, “erken ergenlik” ve “geç ergenlik” dönemleri olarak 2 kısımda incelenebilir. Erken ergenlik dönemi, çocuğun hemen hemen tüm fonksiyonlarında değişimin gerçekleştiği bir geçiş dönemidir. Geç ergenlik dönemi ise birleştirme-sağlama dönemi. Genç, kendine özgü bir kimlik oluşturur ve yeni amaçlar, yeni görevler belirler (Koch ve Paulsen 2009). Ergenlik döneminde kişilik ve davranış modelleri normalden erken oluşmaya başladığında, psikososyal faktörlerin daha etkili olduğu Caspi ve Moffitt (1991) tarafından belirtilmiştir. Örneğin; ergenliğe erken giren bir kız çocuğunda, normal zamanında giren diğer kız çocuklarına oranla, psikolojik problemlerin görülme sıklığının arttığı belirtilmektedir (Caspi ve Moffitt 1991, Koch ve Paulsen 2009).

## **1.2. Dental Korku, Dental Kaygı ve Dental Fobi Nedir?**

Korku ve kaygı evrimsel olarak düşünüldüğünde, bu iki duygunun hayatta kalmayı sağladığını hatırlamak önemlidir (Craske 2003). Çeşitli bilişsel, nörobiyolojik, duygusal ve davranışsal reaksiyonlar tehlikeli bir durumla karşı karşıya kaldığımızda tetiklenir ve bu tepkiler kendimizi korumamızı sağlar (Lang 1968). Örnek vermek gerekirse dikkatimiz tehlike odaklı olduğunda vücudumuz “kaç ya da savaş” durumuna hazırlanır; vücudun güç ve mukavemetini arttıran adrenalin hormonu salgılar, kalp kaslara daha çok kan pompalayabilmek için daha hızlı çarpar, vücut ısıyı düşürmek için terler. Vücudun verdiği bu tepkiler gerçek bir tehlike ile karşı karşıya kaldığımız durumlarda işe yararken, gerçek bir tehlikenin olmadığı durumlarda kişiye pek yardımcı olmaz ve hoş olmayan duygulara sebep olur. Örneğin, çocuk daha kaygılı hale gelir çünkü vücudunda ne olduğunu anlayamadığı değişimler olmaktadır (Campbell 2017).

Literatürde, kaygı ve korku kavramları sıklıkla birbirlerinin yerine kullanılmaktadır. Korku, içinde bulunulan anda var olan tehlikeye gösterilen tepki iken kaygı, potansiyel tehlike durumuna gösterilen tepki olarak tanımlanır (Armfield 2010). Korku tepkileri otonom sinir sistemi uyarılması ve savunma eylemlerinin artması ile ilgiliyken; kaygının daha karışık bir ruh hali olduğu, çaresizlik ve yaklaşan durumları öngörememe ya da kontrol edememe hisleriyle ilişkili olduğu belirtilmiştir (Barlow 2002). Bu açıklamaları diş hekimliğine uyarırsak “dental korku”, tehdit olarak algılanan dental uyarılara verilen cevapken, “dental kaygı”, özel dış kaynaklı uyarıcı ile ilişkili olmaksızın bireyin her türlü dental işleme karşı hissettiği korku ve endişe olarak tanımlanmaktadır (Folayan ve ark 2004). Korku, yeni ortamlara girip farklı uyarımlarla karşılaşan küçük çocuklarda da sıkça görüldüğü gibi tehdit olarak algılanan bir uyarıya (aeratör sesi gibi) tepki verme durumudur. Öte yandan kaygı, beklenen ancak gerçekçi olmayan bir tehdide karşı verilen cevaptır ve tedavi zamanından çok önce başlar. Klinik olarak korku ve kaygıyı ayırt etmek güçtür ki, genellikle iki durumun kombinasyonu gözlemlenir (Klingberg ve Broberg 2007). Çocuklar kliniklerde dental kaygı ve korkunun farklı kombinasyonlarını yaşayabilirler. Bu sebeple dental korku ve kaygı (dental korku ve kaygı-DKK) terimi genel olarak dental uyarılara karşı hissedilen olumsuz duyguları tanımlamak için kullanılır (Campbell 2017).

DKK, iki ayrı ucu olan bir kavram olarak düşünülebilir (de Jongh ve ark 2011), DKK'nin en şiddetli olduğu uç durum “dental fobi” olarak tanımlanabilir. Dental fobide, DKK en az 6 aydır vardır ve dental tedavilerden açık şekilde kaçınılır. Bu orantısız DKK durumunda dental durumlar gerçek bir tehlike gibi algılanıp, klinik olarak ciddi stres ve fonksiyonel bozukluklara sebep olur (Campbell 2017).

### **1.3. Çocuklarda Dental Kaygı Çeşitleri**

Diş hekimliği uygulamaları söz konusu olduğunda, çocuklarda gözlenebilen kaygı türleri, bireysel kaygı ve anne sebebiyle olan kaygı olmak üzere 2 şekilde özetlenebilir.

#### **1.3.1. Bireysel kaygı**

Bazı çocuklar yapısal özellik olarak daha fazla kaygıya sahiptir ve bu durum “bireysel kaygı” olarak tanımlanabilmektedir. Dental kaygıya sahip çocukların çoğu,

başka alanlarda gösterdiği korkularını dental problemlerine de yansıtırlar. Bu kişiye özgü kaygının daima sabit olduğu unutulmamalıdır. Bu hastalar, kliniğe her gelişlerinde ilk randevularındaki kadar endişeli olurlar (Chadwick ve ark 2003).

### **1.3.1. Anne sebebiyle olan kaygı**

Anneye bağlı olarak meydana gelen kaygı ise “anne sebebiyle olan kaygı” olarak tanımlanabilmektedir. Geçmişte çocukların diş muayenesine anneler tarafından götürülmesinin bir gelenek haline gelmesi, çocukların diş randevuları üzerine anne sebebiyle olan kaygının etkisinin araştırma konusu olmasına yol açmıştır. Anne sebebiyle olan kaygının, küçük çocukların diş hekimini ilk ziyaretleri sırasındaki davranışları üzerinde etkili olduğu ileri sürülmüştür (Klingberg ve ark 2006).

## **1.4. Çocukların Kaygılarını Gösterme Şekilleri**

Çocuklar yaşlarına göre farklı şekillerde kaygılarını ifade ederler.

### **1.4.1. Küçük çocuklar**

Pre-kooperasyon dönemindeki bu çocuklar, sınırlı ilişki kurabilip korku ve kaygılarını doğru şekilde dile getiremezler. Kendilerini güvende hissetmedikleri zaman ağlayarak kaçmaya çalışırlar. Ebeveynler ise çocukların ağlamasını engellemek için araya girmektedirler (Chadwick ve ark 2003).

Küçük çocuklar korktuklarında, yorulduklarında, canları yandığında, ebeveynlerinden ayrıldığında yani pek çok durumda ağlarlar. Bu nedenle bu çocuklarla çalışırken çocuğun ağlamasının doğal karşılanması gerektiği belirtilmektedir (Chadwick ve ark 2003). 1-3 yaş arası çocuklar ailelerine sıkı bir şekilde bağlıdırlar, bu sebeple ayrılma kaygısı yaşayabilirler (Watson ve Visram 2003). Ayrılma kaygısının yaşanmaması için hastayı ebeveynlerden birinin dizine yatırmak, hem çocuğun ebeveyniyle göz kontağı kurması hem de çocuğun kendini güvende hissetmesi açısından önemlidir (Chadwick ve ark 2003).



### **1.4.2. Okul çağı çocuğu**

Okul çağı çocukları kaygılarını karın ağrısı ya da sürekli tuvalete gitme isteği şeklinde gösterebilmektedirler. Biraz daha büyük yaştaki okul çağı çocukları ise tedavi esnasında baş ağrısı veya halsizlikten şikayet edebilmektedir. Daha büyüklerin ise kaygı ve korkularını yetişkinler gibi nasıl gizleyebileceklerini öğrendiklerinden kaygılarını göstermeme ihtimali olduğu akılda tutulmalıdır (Chadwick ve ark 2003). Okul çağı çocuklarının karar verme aşamasına katılmayı istedikleri bilinmektedir. Bu aşamayı ise tedavinin stresli anında değil de tedavi başlangıcında uygulamak yerinde bir uygulama olacaktır (Watson ve Visram 2003).

### **1.4.3. Ergenler**

Ergenlik, karmaşık bir dönemdir. Beden değişip gelişirken, entelektüel yetenekler henüz yetişkinler kadar gelişmemiştir, bilgi düzeyi ve tecrübeler henüz yetişkinlik aşamasında değildir. Ergenler kendilerine yetişkin gibi davranılmasını isteyip, yetişkinler gibi özgürlük verilmesini isterler (Chadwick 2003). Ergenler tedavi esnasında kaygılarıyla baş edememekten, tedavinin başarısız sonuçlanmasından korkarlar. Bu nedenle de tedavi esnasında yalnız kalmak istemektedirler (Watson ve Visram 2003). Kaygılı ergenlerin de küçük çocuk gibi davranıp kaçmaya çalışabilecekleri ve kaygılarını saldırgan şekilde aktarabilecekleri unutulmamalıdır (Chadwick 2003).

## **1.5. Kaygı Belirtileri**

Kaygı durumunda gözlenebilecek davranışlar kaygılı çocuğu ayırt etmememizde yardımcı olabilir.

### **1.5.1. Affektif belirtiler**

- Korku
- Endişe
- Sinirlilik
- Dehşet duygusu
- Tedirginlik
- Alarm durumuna geçme

- Gerginlik
- Çaresizlik (Işık 2006)

### **1.5.2. Davranışsal belirtiler**

Normal davranışların hiperaktivasyonu ya da inhibisyonu şeklinde gözlenebilir. Hasta bu şekilde davranarak kaygısını azaltma amacı güitse de sonuç olarak kaygı durumu daha da şiddetlenir (Işık 2006).

Görülen davranışsal belirtiler ise aşağıdaki gibidir:

- Kaçma
- Kaçınma
- Huzursuzluk
- Olduğu yerde donakalma
- Konuşma akışında bozukluk
- Koordinasyon bozukluğu (Işık 2006)

### **1.5.3. Bilişsel belirtiler**

Normal bilişsel fonksiyonların hiperaktivasyonu ya da inhibisyonu söz konusudur. Kişi düşünce ve duygularından huzursuz olur (Işık 2006).

Görülen bilişsel belirtiler aşağıdaki gibidir:

- Dikkat dağınıklığı
- Önemli şeyleri hatırlayamama
- Düşünce duraksamaları, kesintileri
- Aşırı uyanıklık hali
- Kendini aşırı gözleme
- Başa çıkamama korkusu
- Aklını yitirme korkusu
- Fiziksel zarar görme ya da ölüm korkusu
- Yineleyici korkulu düşünceler
- Gerçek dışılık hisleri ve depersonalizasyon (Işık 2006)

## 1.6. Dental Kaygının Görülme Sıklığı

Yüksek düzeydeki DKK'nin toplumlardaki yaygınlığının belirlenmesine yönelik yapılan çalışmalarda farklı ölçme yöntemleri ve farklı çalışma grupları kullanıldığı için kesin bir değer saptamak güçtür (Yıldırım ve ark 2013). İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine başvuran 18-75 yaş arası 115 hastada yapılan çalışma sonucunda katılanların %21,3'ünde dental kaygı görüldüğü sonucuna ulaşılrken (Firat ve ark 2006), Avustralya'daki 5 büyük şehirde (Sydney, Melbourne, Brisbane, Perth ve Adelaide) 5-80 yaş arası 7312 kişi üzerinde telefonla uygulanan dental kaygı anketine göre, katılımcıların %16,1'inde dental kaygı saptanmıştır (Armfield ve ark 2006).

Bayrak ve arkadaşlarının (2010) Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı Kliniği'ne başvuran 198 çocuk üzerinde yaptıkları çalışmada 3-6 yaş grubu çocuklarının %30'unun, 7-12 yaş grubu çocukların ise %11'inin dental olarak kaygılı oldukları belirlenmiştir.

Klinberg ve Broberg (2007), çocuklarda dental kaygının prevalansının değerlendirildiği bir derleme yayınlamıştır. Yapılan bu meta-analizde, dental kaygı görülme oranının %6-19 arası değiştiği ve prevalansının %10 olduğu belirtilmiştir. Değerlendirilen literatürdeki çocukların yaşları 4 ile 18 arası değişmekte olup çoğunluğu Kuzey Amerika ve Kuzey Avrupa ülkeleri gibi gelişmiş ülkeleri kapsamıştır.

Lee ve ark (2007), yaptıkları bir araştırmada, Tayvanlı çocukların diş hekimi korku prevalansının %21 olduğunu belirtmektedir. 5-8 yaşları arasındaki çocukların incelendiği bu çalışmada, 5 yaş grubunun %25'inin, 6 yaş grubunun %21'inin, 7 yaş grubunun %19'unun ve 8 yaşındakilerin de %19'unun kaygılı olduğu bildirilmiştir (Lee ve ark 2007).

Carillo-Diaz ve ark (2012)'nin Madrid'te 8-16 yaş arası 147 çocuk hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmanın sonucunda, katılımcıların %14'ünün kaygılı hastalar olduğu bildirilmektedir.

## 1.7. Dental Kaygı Gelişimi

Korku ve kaygı normal çocuk gelişiminin bir parçası olup genelde geçicidir (Gullone 2000). Ancak bazı çocuklarda bu korku ve kaygı, kalıcı ve problemlili hale

gelir. Çocukta dental kaygı gelişimini açıklayan çeşitli psikolojik mekanizmalar vardır, ancak ortak kanı dental kaygı etyolojisinin çok faktörlü olduğudur (Freeman 1985). Kaygı oluşmasına sebep olan etyolojik faktörler dışsal ve içsel faktörler olmak üzere ikiye ayrılır.

### **1.7.1. Dışsal Faktörler**

Rachmann (1977), korkunun oluşumunda başlıca üç tane mekanizma olduğunu öne sürmüştür: direkt şartlanma, indirekt olarak dolaylı öğrenme ve tehdit edici bilgiye maruz kalma yolu ile.

#### **1.7.1.1 Direkt Koşullanma Yolu ile**

Bu ilk mekanizma, korkunun olumsuz/zor tecrübelerin sonucu oluştuğunu öne sürer. Bu olumsuz tecrübeler dört kategoride incelenebilir: ağrı ya da aciziyet duygusu, diş hekimi/yardımcı personelin yanlış tavırları, tedavi ile ilgili komplikasyonlar, rahatsızlık duygusu (De Jongh ve ark 2005). Direkt koşullanma ile nötr bir uyarının (diş hekimi gibi) ağrı gibi negatif bir deneyimle ilişkilendirildiğinde ne olabileceği açıklanır. Ağrı yanıt olarak korku yanıtını oluşturur; burada ağrılı dental işlem “koşulsuz uyarı” ve korku ise “koşulsuz yanıt” tır. Direkt koşullanma sonucu diş hekimi ağrılı deneyim ile ilişkilendirilir. Böylece ağrılı uyarıyı oluşturan kişi olarak diş hekimi koşullu uyarana dönüşür (Rachman 1977).

Direkt koşullanma ile beraber uyarıcının genelleştirilmesi süreci de meydana gelebilir (de Jongh ve ter Horst 1993). Örnek vermek gerekirse; hasta, diş hekimi korkusuna ek olarak hasta diş hekimi ile ilişkilendirdiği diş ünitesine ya da dental klinik kokusuna da korku geliştirmeye başlar. Direkt koşullanmanın etkisinin kanıtı olarak dental kaygılı yetişkin hastaların travmatik dental anılarını anımsayabilmeleri gösterilebilir (de Jongh ve ark 2003); gerçekten de dental kaygı duyan çocukların, kaygı duymayanlara kıyasla daha sık olarak olumsuz diş hekimi ziyaretlerini anlattığı sonucuna ulaşılmıştır (Townend ve ark 2000). Bu nedenle çocuklarda dental kaygının oluşmasını engellemek için diş hekimi-hasta ilişkisinin olumlu seyretmesi sağlanmalı ve bu şekilde devamı için çaba sarf edilmelidir (Campbell 2017).

Olumsuz dental tecrübesi olan her çocuk dental kaygı geliştirmez. Davey (1989)’in “Latent İnhibisyon Hipotezi” ne göre travmatik tecrübelerinden önce bir

seri ağrısız randevu verilen kişiler, hayatlarının erken döneminde travmatik dental tecrübe yaşayan hastalara göre daha az dental kaygı geliştirmektedirler. Bu durum geçmişteki olumlu dental tecrübelerin önemini desteklemektedir (Campbell 2017).

### **1.7.1.2. Dolaylı Yoldan Öğrenme (Modelleme)**

Dental kaygı taşıyıp travmatik dental ziyaretlerini hatırlayamayan pek çok kişi düşünülünce sadece direkt koşullanma ile dental kaygı oluşumunu açıklamak zordur. Sosyal öğrenme teorisine dayanan bu ikinci yol, dental kaygının başka bir kişinin kaygılı davranışlarını izleyerek ve onu taklit ederek oluştuğunu öne sürer. Genellikle anneler ya da çocuğun bakımını üstlenen kişiler, kişilerin kaygıyı öğrendikleri kişilerdir. Çocuk ve ebeveyn kaygısı arasındaki ilişkiyi inceleyen sistematik derleme ve meta analizlerin sonuçları 8 yaşından küçük çocukların dental kaygısında ebeveyn dental kaygısının önemli rol oynadığını, ancak daha büyük çocuklar için çelişkili sonuçlara ulaşıldığını göstermiştir (Campbell 2017). Ancak bu ilişkiyi açıklayan mekanizmaları saptamak sadece kesit çalışmaları ile mümkün değildir. Bununla beraber klinikte çocuğun dental kaygısını yönetebilme becerisi, çocuğun kaygısını azaltma ve onun da çocuğuna kaygısını aktarmasını engelleme açısından önemlidir.

### **1.7.1.3. Tehdit Edici Bilgiye Maruz Kalma Yolu İle**

Bu yol, korku oluşumunun sosyal süreçlerle ilgili olduğunu öne sürer. Çocuk korkmayı çevresindekilerden edindiği olumsuz bilgilere dayanarak öğrenir. Burada bilgi kaynakları ebeveynler, aile üyeleri, yaşlılar, öğretmenler, televizyon yada sosyal medyadır (Townend ve ark 2000). Dental kaygı, çevreden edinilen olumsuz bilgiye maruz kalma sonucu oluşur (Rachman 1977). Bedi ve ark. (1992), çocuğun kaygılı olduğunu belirten kişi sayısının, o çocuğun kaygı seviyesi ile ilgili güçlü bir öngörü sağladığını belirtmiştir.

Günümüzde gelişen teknoloji sebebiyle internetten diş hekimliği ile ilgili büyük kısmı olumsuz olan pek çok bilgiye ulaşılabilmektedir. Bu durum da çocuğun kaygısını arttırmaktadır (Campbell 2017).

## **1.7.2. İçsel Faktörler**

Olumsuz tecrübe ya da bilgiye maruz kalmasa da dental kaygısı olan çocuklar da olabilir. Bu durumun alternatif açıklaması bu çocukların bireysel olarak kaygıya daha yatkın olmasıdır. İçsel faktörler içinde genetik yatkınlık, kişilik özellikleri, yaş ve cinsiyet sayılabilir (Mineka ve Zinbarg 2006, Bernson ve ark 2013)

### **1.7.2.1 Dental Kaygı İçin Altyapı**

Bazı özgün fobilerin güçlü genetik bileşeni olsa da dental kaygının kalıtımı ile ilgili çok az şey bilinmektedir (Vika ve ark 2008). Ancak, odontofobi de dahil olmak üzere, belirli fobilere sahip bireyler, endişe etmelerine neden olan kalıtsal genetik güvenlik faktörlerine sahip olabilirler. Diş fobisi olan bireyler fobinin kendisini doğrudan miras almazken, genetik savunmasızlık faktörleri fobiye neden olan diğer etiyolojik unsurlarla etkileşime girebilir (Gregory ve Eley 2007, Hettema ve ark 2008)

Ray ve ark. (2010) monozigot ve dizigot ikizlerde dental kaygı ile genetik yatkınlık arası ilişkiyi araştırmıştır. Araştırma sonuçlarına göre dental kaygı gelişme riski kızlar için monozigot ikizlerde dizigot ikizlere göre daha yüksek bulunmuştur.

Özetlemek gerekirse, genetiğin dental kaygı ile ilgili bazı faktörleri öngörebilmesine rağmen, bu durumun fobi semptomunun gelişimi ile güçlü bir şekilde ilişkili olmadığı ileri sürülmüştür (Rose ve ark 1981, Fyer ve ark 1995, Skre ve ark 2000).

### **1.7.2.2 Yaş**

İçsel faktörler içinde belki de en önemli faktör “çocuğun yaşı”dır. Daha önce bahsedildiği gibi korku ve kaygı gelişimi, normal çocuk gelişiminin parçasıdır ve yetişkinliğe doğru tutarlı ve öngörülebilir bir model izler. Genel olarak küçük çocuklarda korku ve kaygılar en fazladır (Burnham ve Gullone 1997). Bebeklikte duygular anne-babanın hareketlerini izleyerek gelişir; bebekler tehlikeli bir durumu ebeveyninin yüz ifadesi ve ses tonundan anlarlar. Zaman geçtikçe çocuklar kendi kişiliklerinin gelişmesiyle kendi tehlike sınırlarını kendileri belirlerler (Koch ve Paulsen 2009, Yetiş ve Kucukesmen 2013).

Dental kaygının araştırıldığı pek çok çalışmada yaşla birlikte dental kaygının azaldığı gösterilmiştir (Raja ve ark 2015, Kakkar ve ark 2016). Kakkar ve arkadaşlarının (2016) yaptığı 10-14 yaş arası 250 çocuğun katıldığı çalışmada, dental kaygının 10 yaşındaki çocuklarda görülme sıklığı %31 iken, 14 yaşındaki çocuklarda görülme sıklığının %11 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Raja ve arkadaşları (2015) ise yaşları 5-10 yaş aralığında olan 252 çocuk üzerinde Islamabad'ta yaptıkları çalışmada yaş-dental kaygı ilişkisini incelemişler ve yaş arttıkça dental kaygının azaldığını bildirmişlerdir.

Yukarıdaki bahsedilen çalışmalardan farklı olarak yaş-dental kaygı ilişkisinin doğrusal olmadığını ileri süren Majstorovic ve Veerkamp (2005), dental kaygının 4-11 yaşlar arası azaldığı sonucuna ulaşmış, ancak 11 yaş sonrası tekrar arttığına dikkat çekmiştir. Benzer şekilde Birleşmiş Krallık'ta 2003 Çocuk Dental Sağlık Anketi'nde 12 yaş çocuklarının en yüksek dental kaygı prevalansına sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Nuttall ve ark 2008). Bununla birlikte, yaş ile dental kaygı arası ilişki bulamayan çalışmalar da vardır (Alvesalo ve ark 1993, ten Berge ve ark 2002, Nakai ve ark 2005, Nicolas ve ark 2010).

### **1.7.2.3 Cinsiyet**

Araştırmalarda genel olarak kızlarda erkeklere göre daha çok dental kaygı görüldüğü ve kızlarda aertör, lokal anestezi ve ağrıya özgü kaygı ve korkunun daha fazla görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (Rantavuori ve ark 2004, Klingberg ve Broberg 2007). Benzer şekilde, 12 farklı popülasyonda gerçekleştirilen araştırmada, 10 popülasyonda kızların erkekler göre daha kaygılı olduğu ve diğer 2'sinde ise herhangi bir farklılık görülmediği belirtilmiştir. Ancak kızların neden daha kaygılı oldukları konusuna tam açıklık getirilememiştir (Klingberg ve Broberg 2007).

Fägerstad ve ark. (2015) İsveç'te yaşayan değişik toplumlarda çocuklar arasındaki dental kaygı durumlarını karşılaştırdıkları çalışmalarında, kızlarda toplumsal kökenden bağımsız olarak daha yüksek dental kaygı görüldüğünü belirtmişler ve yaş ile dental kaygı arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermişlerdir.

Raadal ve ark.larının (1995) ABD'li yaşları 5-11 yaş arasında değişen çocuklarda yaptıkları çalışmada, kızlarda dental kaygı daha yüksek bulunmuştur.

Kızlarda dental kaygı görülme sıklığının daha fazla olmasının olası açıklaması kızların daha kaygılı ya da üzgün olmasının sosyal olarak daha kabul edilebilir olmasıdır (Townend ve ark 2000). Diğer bir varsayım ise dental korkunun cinsiyetler arasındaki farklılığının, beynin yapısal ve fonksiyonel değişikliğinden kaynaklanıyor olabileceğidir. Yapılan fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme çalışmasında, dental korkusu olan erkek ve kadınların provakatif testlere cevaplarında, beynin farklı bölgelerinin etkin olduğu saptanmıştır (Schienle ve ark 2013).

#### **1.7.2.4. Kişilik Özellikleri**

Kişilik özellikleri de dental kaygı ve korku ile ilişkili olabilmektedir. Kişilik özelliği ya da mizaç, zaman içinde duygusal durumlardan etkilenecek şekilde değişimlere uğrasa da aslında nispeten değişmezdir. Çocuğun mizacı ya da kişilik özelliği, çocuğun stresli durumlarda algılamasını denetleyen moderatör olarak görülebilir (Durhan ve Kargül 2018). İsveç'te yapılan ve 8-12 yaş arası çocukların dahil edildiği araştırmada aynı yaş ve cinsiyette olan ve uyum sorunu olmayan çocuklarda, kişiliksel ve genel davranışsal olarak farklılıklar olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Utangaç ve olumsuz düşüncelere yatkın olanlarda dental kaygının görülme sıklığının daha fazla olduğu belirtilmiştir. Ayrıca dikkat eksikliği olan çocukların dental olarak daha kaygılı olduğu görülmüştür (Arnrup ve ark 2002). İlişkilerinde saldırgan olan çocuklarda, bu saldırganlık durumuna hafif ya da orta şiddette mental sorun da eşlik edebilir. Bu çocuklarda dental kaygının daha fazla görüldüğü ve oral hijyenin de daha kötü olduğu görülmüştür (Aminabadi ve ark 2016).

#### **1.8. Dental Kaygının Değerlendirilmesi**

Dental kaygı değerlendirilmesi için genellikle epidemiyolojik anketler kullanılır. Bu sonuçlar aracılığıyla ulaşılabilecek olan dental kaygı prevalansı, çocuk popülasyonu için yapılmış oral sağlık çalışmalarının değerlendirilmesi açısından önemlidir (Porritt ve ark 2013). Dental klinik pratiğine bakıldığında, diş hekimlerinin bu değerlendirmeleri kendi hastaları üzerinde rutin olarak uygulamadığı görülmektedir (Dailey ve ark 2001). Bunun bir nedeni diş hekimlerinin zaten stresli olan çocukla dental kaygıdan konuşmamak istemesidir. Aslında bu endişe yersizdir zira hastanın kendi cevapladığı anketler hastanın kaygısını azaltmakta ve dental



ekibe çocuk hakkında bilgi vermektedir (Carlsen ve ark 1993, Dailey ve ark 2002). Dental kaygının değerlendirilmesinde kullanılan anketlerin klinikte rutin şekilde uygulanmamasının bir sebebi de hekimin klinik tecrübelerine güvenmesi de olabilir (Holmes ve Girdler 2005).

Dental kaygı değerlendirilmesinde kullanılan metodlar 4 farklı grupta incelenebilir:

### **1.8.1. Fizyolojik Ölçümlere Dayanan Metodlar**

Kan basıncı, kalp atım hızı, solunum hızı, tükürük belirteçleri, ten iletkenliği (elektrodermal yanıt), şeker testi gibi ölçümler dental kaygının getirdiği fizyolojik uyarılmayı ölçer. Kaygılı durumlarda solunum sisteminde (nefes nefese kalma, nefes darlığı hissi vb.), kaslarda (artmış kas tonu, spazmodik hareketler, vb.), ter bezlerinde (ciltte artmış ter üretimi ve elektrik iletkenliği), kardiyovasküler sistemde (artmış kan basıncı ve nabız) ve sindirim sisteminde (ağız kuruluğu, kabızlık vb.) değişiklikler meydana gelebilmektedir. Bunların yanı sıra ağrı ve stres durumları, kortizol salınımının artmasına sebep olabilmektedir (Campbell 2017). Bununla ilgili Kanegane ve ark. (2009) diş ağrısı olan hastalarda, dental kaygı ve tükürüklerinde bulunan kortizol seviyesi arasındaki ilişkiyi araştırmışlar ve tükürükteki kortizol seviyesini artıran faktörün diş ağrısı olduğunu belirtmişlerdir.

Bu metodların kısıtlaması özgün olmamalarıdır; elde edilen sonuçlar sadece dental kaygıya atfedilemez. Sadece kullanılan ekipmanlar bile kaygıya sebep olabilir (Aartman ve ark 1996). Ayrıca bu cihazlar pahalı olup zaman gerektirmektedir (Klingberg 1995). Dolayısıyla bu ölçümlerin dental kliniklerde rutin kullanımı yoktur (Campbell 2017).

### **1.8.2. Davranış Derecelendirme Ölçekleri**

Çocukların uyum seviyelerini değerlendiren çok sayıda ölçek vardır (Aartman ve ark 1996). Bu metodun en temel zorluklarından biri kaygılı çocukların klinikte farklı şekillerde davranabilmeleridir. Dental kaygı, bazı çocuklarda davranış yönetim sorunu olarak ortaya çıkabilir. Davranış yönetim sorunu terimi, genel olarak dental tedavinin yapılmasını engelleyen uyumsuz davranışlar için kullanılır (Klingberg ve Broberg 2007). Birleşmiş Krallık'ta İngiliz Pediatrik Diş Hekimliği Topluluğu "uyumsuz davranış" teriminin "potansiyel uyumlu" olarak değiştirilmesi gerektiğini

belirtmiştir (Campbell ve ark 2012). Bunun sebebi olarak da davranış sorunlarının altta yatan dental kaygıya bağlı olarak ortaya çıkması ancak “uyumsuz” teriminin itaatsizliği ima etmesi olarak belirtilmiştir. Klinberg ve ark (1995), 4-11 yaş arası İsviçreli çocuklarda yaptıkları araştırmada dental kaygılı çocukların sadece %25’inde davranış yönetim sorunu görüldüğünü belirtmişlerdir. Kısaca, zor davranışları olan her çocuğun dental kaygılı olarak teşhis edilmemesi gerektiği ve dental kaygılı çocukların da bazen duygularını dışarı yansıtamadığı hatta sessiz olduğu bu sebeple de dental kaygılarının teşhis edilemediği sonucuna varılabilir. Yani, bu metod da doğru sonuçlar veremeyebilir (Klaassen ve ark 2003).

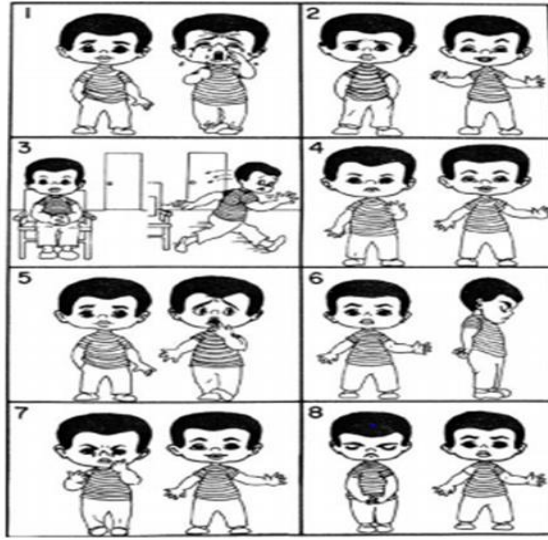
### **1.8.3. Ebeveynin ya da Bakıcının Cevapladığı Anketler**

Bu anketlerin doğruluğunun düşük olduğunu belirten pek çok çalışma vardır. Klein ve ark (2015) dental kaygı göstermeyen çocukların ebeveynlerinin çocuklarının kaygı seviyesini abarttığı ancak çok kaygılı ve korkak çocukların ebeveynlerin çocuklarının kaygı seviyesini göz ardı ettiğini belirtmiştir. Gustafsson ve ark (2010) da kaygılı çocuklar ve ebeveynlerin verdiği yanıtlar arasında düşük korelasyon olduğu sonucuna varmıştır. Buna uygun olarak Patel ve ark (2015) kendini kaygılı olarak ifade eden çocukların yarısının ebeveynlerinin, çocuklarının kaygı seviyesini anlayamadığını belirtmiştir. Bundan dolayı diş hekimleri sadece ebeveynin verdiği cevaplara güvenmemelidir (Campbell 2017).

### **1.8.4. Çocuk Tarafından Cevaplanan Anketler**

#### **1.8.4.1. Venham Resim Testi (VRT)**

VRT, 3 yaşından büyük çocuklarda kullanılabilen ve çocuklardan resim seçilmesinin istendiği testtir (Venham ve Gaulin-Kremer 1979). Venham resim testinde her kartta iki resim bulunmaktadır (şekil 1.1). Bu resimlerden biri kaygılı ifadeyi resmederken, diğer resim kaygılı olmayan ifadeyi resmeder. Tüm kartlar numaralandırılış sırası ile gösterilir. Çocuklara o anda en çok hangisini kendilerine daha yakın hissettikleri sorulur ve bunu işaretlemeleri istenir (Campbell 2017).

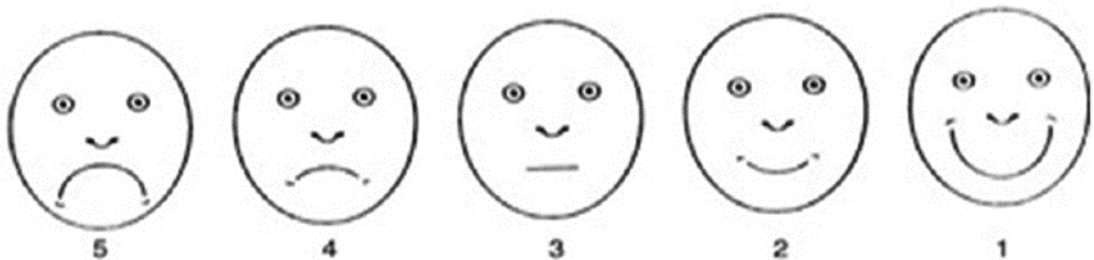


Şekil 1.1: Venham resim testi (Venham ve Gaulin-Kremer 1979)

Çizimdeki çocukların kafa yapıları yüzdeki ifadeye dikkat çekmek adına büyük çizilmiştir (şekil 1.1). Toplam puan (0-8 puan) daha endişeli olan çizimin seçilme sıklığına göre hesaplanır. Bu çizimlere duyguların net yansıtmadığı ve sadece erkek çocuk resmedildiği gibi eleştiriler yapılmıştır (Buchanan ve Niven 2002).

#### 1.8.4.2. Görsel Yüz Skalası (GYS)

Bu ölçek de 3 yaşından büyük çocuklar için kullanılabilir alternatif resim skalasıdır. İşlem öncesinde çocuk hastanın kaygı seviyesinin kısa sürede belirlenmesini sağlayan bir skaladır. Çocuk, kendi ruh durumuyla uyuşan ve mutsuz ifadeden mutlu ifadeye doğru sıralanan 5 yüz ifadesinden birini seçer (şekil 1.2). Toplam skor 1'den 5'e değişmektedir (çok mutludan çok mutsuz) (Buchanan ve Niven 2002).

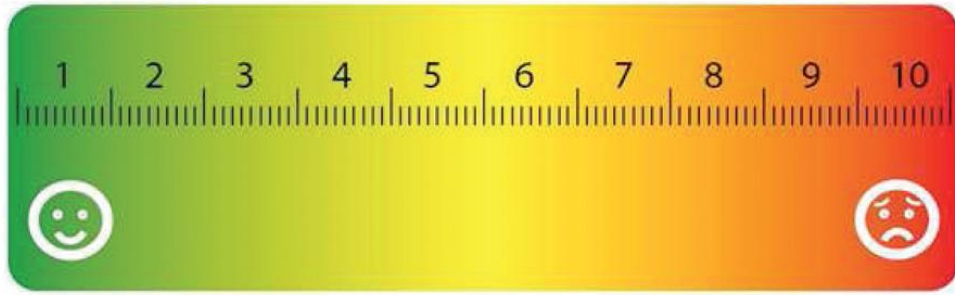


Şekil 1.2: Görsel yüz skalası (Buchanan ve Niven 2002)

Buchanan ve Niven (2002) 3-18 yaşları arasındaki çocuklarda yaptıkları araştırmada, FIS'in geçerli olduğunu ve VPT ile arasında yüksek korelasyon olduğunu belirtmişlerdir. Tüzüner ve ark. (2007) da 3-6 yaş arası çocuklarda FIS'in kaygı düzeyi değerlendirilmesinde kullanılabileceğini ve VPT ile anlamlı korelasyon gösterdiğini belirtmiştir.

#### 1.8.4.3. Görsel Analog Skalası (GAS)

Ağrının şiddetinin belirlenmesi amacıyla kullanıma sunulmuştur. Hızlı ve kolay olmasının yanı sıra klinik çalışmalarda pek çok alanda kullanılabilir. Hastada yatay çizgi üzerinde 0-10 veya 0-100 aralığında ağrıyı derecelendirmesi istenir (şekil 1.3). Ağrı yok (0-4 mm), hafif ağrı (5-44 mm), orta derecede ağrı (45-74 mm), şiddetli ağrı (75-100 mm) şeklindedir (Paul-Dauphin ve ark 1999, Kumar ve Tripathi 2014). 5 yaş ve üstünde kullanılması uygundur (Widmer ve ark 2013).



Şekil 1.3: Görsel analog skalası (Kumar ve Tripathi 2014)

Son yıllarda bu skalanın iPad'lerde elektronik versiyonları da mevcuttur. elektronik versiyon ile olabilecek hatalar azaltılmış, sonuçlar kolaylıkla saklanabilir hale gelmiştir (Bird ve ark 2016).

#### 1.8.4.4. Wong-Baker Yüz Ağrı Skalası (WBS)

Bu skala, 1987'de yüz ifadelerinin kullanılması fikri ile ortaya çıkmıştır (şekil 1.4). 3 yaş ve daha büyük hastalarda kullanılabilir (Wong ve Baker 1988). Khatri ve Kalra (2012) , 3-14 yaş arasında WBS'nin VAS skalasına göre daha anlaşılır olduğunu bildirmiştir.



Şekil 1.4: Wong Baker yüz ağrı skalası (Kumar ve Tripathi 2014)

#### 1.8.4.5. Corah Dental Kaygı Skalası (CDKS)

Corah (1969) tarafından geliştirilen skala değerleri 1-5 arası olan toplam 4 sorudan oluşmuştur. Skorlar 4-20 arasındadır. 13 skor ve üstü hastalarda yüksek seviye kaygı olduğu saptanmaktadır. Bu skala genellikle yetişkinlerde kullanılmakla beraber modifiye edilerek çocuklarda da kullanılabilir (Corah 1969, Alwin ve ark 1991).

#### 1.8.4.6. Modifiye Dental Kaygı Skalası (MDKS)

Bu skala Humphris ve ark. (2009) tarafından C-DAS skalasına enjeksiyon ile ilgili sorunun eklenmesiyle oluşturulmuştur. Genellikle yetişkinlerde kullanılmaktadır. Skorlama 5-25 puan arasındadır. Çocuk çok küçükse ebeveyni de cevaplayabilir (Guinot Jimeno ve ark 2011). İlgüy ve ark. (2005) yaptıkları çalışmada 15 gün arayla 2 kez MDAS ve C-DAS skalalarını uygulamıştır. Çıkan sonuca göre her iki skala da kabul edilebilir sensitivite, spesifite ve güvenilirlikte olduğunu bildirmişlerdir (İlguy ve ark 2005).

#### 1.8.4.7 Çocuk Korku Değerlendirme Skalası- Dental Alt Ölçeği (CFSS-DS)

Çocuk korku değerlendirme skalası-dental alt ölçeği (CFSS-DS), en sık kullanılan skalalardan biri olup; 5-15 yaş arası çocuklarda kullanılabilir. Bu skala, çocuklarda dental kaygı düzeyinin değerlendirilmesinde kullanılan en yaygın skalalardan biridir. Dental tedavinin farklı yönlerini içeren 15 sorudan oluşmaktadır. Bu skala “enjeksiyon”, “birisine ağızını muayene ettirme”, “dişlerini temizlettirme” ve “ağızını açık tutma zorunluluğu” gibi tedavinin farklı yönleri ile ilgili 15 sorudan oluşmaktadır (Cuthbert ve Melamed 1982).

Skala, çocuklardan her bir soru için 1'den (hiç korkmuyorum) 5'e (aşırı korkuyorum) kadar puan verilmesi istenerek doldurulur (1=Hiç korkmuyorum, 2=Çok az korkuyorum, 3=Biraz korkuyorum, 4=Çok korkuyorum, 5=Aşırı korkuyorum). Toplam puanlar 15 ile 75 arasındadır. 15-31 puan düşük derecede, 32-38 puan orta derecede, 39 ve yukarısı ise yüksek derecede dental kaygıyı gösterir (Gustafsson ve ark 2010).

CFSS-DS, VPT ve C-DAS'a göre diş tedavileri açısından daha kapsamlıdır ve dental kaygının daha doğru ölçülmesini sağlar (Aartman ve ark 1998). Ayrıca CFSS-DS'nin farklı dillerdeki versiyonlarının da geçerli ve güvenilir olduğu bildirilmiştir (Nakai ve ark 2005, Bajric ve ark 2018).

#### **1.8.4.8 Modifiye Çocuk Dental Kaygı Skalası (MÇDKS)**

Modifiye çocuk dental kaygı skalası 8-15 yaş arası çocuklarda tipik dental işlemlerle (dişetine enjeksiyon yaptırmak, dolgu yaptırmak gibi) ilgili kaygı seviyesini ölçer. Corah'ın Dental Kaygı Skalası ile diş hekimliğindeki sadece 4 senaryoya göre değerlendirme yapılırken bu skala ile bu durum çözülmüştür (Humphris ve ark 1995). Modifiye Çocuk Dental Kaygı Skalası'nda da her soru 1 ile 5 puan arasında değerlendirilir. Bu skalanın dezavantajlarından biri ankette bahsedilen dental işlemlerin yeterince anlaşılmasından dolayı cevaplanmamış soruların çok olmasıdır. Howard ve Freeman (2007) skalanın geliştirilmesi adına yüz ifadesi skalasını eklemiştir.

#### **1.8.4.9. Gözden Geçirilmiş Gülen Yüz Programı**

Çocuklar hiç de şaşırtıcı olmayan şekilde elektronik ortamdaki anketleri tercih etmektedirler (Jones ve Huggins 2013). Gözden geçirilmiş gülen yüz programı (SFP-R) modifiye dental kaygı skalası ve yüz ifadeleri skalasının bilgisayar ortamında işlenmiş şeklidir ve 4-11 yaş arası çocuklara uygulanabilir. Çocuklara yapılan bilişsel testler sonrası bir soru (detertraj ve polisaj ile ilgili soru) çıkarılmış yerine diş çekimi ile ilgili soru eklenmiştir. Gülen yüz ifadeleri de sarı renkli, cinsiyet ya da etnik unsur içermeyen interaktif çizgi film suratına dönüştürülmüştür. Her soru nötral ifade (skor=4) ile başlayıp tıklama ile mutlu ya da mutsuz ifadeye döndürülebilmektedir (Campbell 2017).

#### **1.8.4.10. Yale Preoperatif Kaygı Skalası (YPKS)**

Yale preoperatif kaygı skalası “aktivite”, “seslendirme”, “belirgin canlanmanın derecesi”, “duygusal durum” ve “aileyi kullanma” olmak üzere 5 kategoriden ve 22 sorudan oluşmaktadır. 2 yaşın üzerindeki çocuklarda kullanılabilir ve 1 dakikadan kısa sürmektedir. Skaladaki 9 maddede modifikasyonlar yapılmış olup modifiye Yale preoperatif kaygı skalası geliştirilmiştir (Kain ve ark 1997).

#### **1.8.4.11. Raghavendra, Madhuri, Sujata (RMS) Resim Skalası**

Bu skalada renkli orijinal kız ve erkek fotoğraflarından oluşan ve “çok mutlu”dan “çok mutsuz”a kadar değişen 5 farklı yüz ifadesi içermektedir. Çocuklardan o anda nasıl hissediyorlarsa o duyguyu seçmeleri istenir (Shetty ve ark 2015). Yapılan bir çalışmada, RMS skalasının VPT ve FIS ile karşılaştırılmış ve aralarında anlamlı korelasyon bulunmuştur. Bu nedenle de bu skalanın diğer skalalara alternatif olarak kullanılabilmesi ileri sürülmüştür (Shetty ve ark 2015). Yapılan diğer bir çalışmada ise RMS skalası, FIS ve VPT’nin klinikte etkin şekilde kullanılıp kullanılmadığını değerlendirmek için kullanılmış ve 3 skaladan herhangi birinin çocuklarda dental kaygıyı belirlemede kullanılabilmesi bildirilmiştir (Harsha 2017).

#### **1.8.5. Çocuğun Kendi Kaygı Seviyesini Kendi Ölçtüğü Yeni Yöntemler**

Yukarıda bahsedilen bahsedilen yöntemlerin hepsi çocukta dental kaygıyı neyin tetiklediğine dair klinisyenlere değerli bilgiler kazandırır. Dental tedavi kompleks bir olgudur; çocuk tarafından tecrübe edilen korku ve kaygılar değişik dental prosedürlere karşı farklı şekillerde ortaya çıkar. Oosterink ve ark. (2008) yetişkinlerde dental kaygıyı tetikleyen 67 farklı dental uyaran belirlemiştir. Benzer şekilde çocuklarda da çok sayıda tetikleyici uyarıcı (diş hekiminin kullandığı aletleri görmek, yüksek ses vs.) vardır. Bir klinisyen için çocuğun devam eden kaygısını anlayabilmek klinik açıdan büyük önem taşır (Porritt ve ark 2013). Ancak yapılan tüm bu ölçümler kaygılı ve korkulu çocuğun yaşadığı fiziksel ve davranışsal değişimleri dikkate almamaktadır. En önemlisi de bu ölçümler sadece dental kaygı için söz konusu olan teorik çerçevenin bir yansımasıdır. Genellikle bu anketler

yetişkinler için olan anketlerin çocuklar için dönüştürülmüş şekilleridir ve çocuklara uygun olmayabilirler (Campbell 2017).

### **Çocuklarda Dental Kaygı Tecrübesi Ölçümü (CEDAM)**

CFSS-DS geniş yaş aralığında kullanılmaktadır ancak bu skalada diş hekimine gittiklerinde yaşayacakları tecrübelerle ilgili sorular sorulup buna göre değerlendirme yapılmaktadır. Çocuk skalada sorulan tecrübeyi yaşamamış olabilir. Bu durum da değerlendirmenin yanlış olmasına sebep olabilir (Porritt ve ark 2013). Çocukların kaygı ile ilgili düşünce yapılarının, davranış şekillerinin, fiziksel semptomlarının ve daha önce hissettikleri hem hasta hem hekim açısından faydalı olacaktır. Bu amaçla çalışmalarda çocukların da aktif olarak katılması sağlanıp 14 soruluk Dental Kaygı Tecrübesi Ölçümü (CEDAM) skalası geliştirilmiştir (Armfield 2010, Porritt ve ark 2013)

Dental kaygısı devam eden 9-16 yaş arası çocuk hastanın dental işlemlerle ilgili tecrübelerini araştırmaya yönelik olan bu skalada (Williams ve Garland 2002), kaygılı çocuğun tecrübeleriyle ilgili 4 başlık altında (yardımı olmayan düşünceler, fiziksel semptomlar, duygular, yardımı olmayan davranışlar) 14 adet soru sorulur. Her sorunun sıralı 3 cevabı vardır (örneğin diş hekimi ile randevum varsa: gitmemek için hiçbir şey yapmam, gitmemek için çaba sarf ederim, gitmemek için her şeyi yaparım (Williams ve Garland 2002).

#### **1.9. Kaygı Durumunun Devamı**

Locker ve arkadaşları (1999) yaptıkları araştırmaya göre insanların yaklaşık yarısında çocukluk döneminde gelişen dental kaygının devam ettiğini belirtmiştir. Çocukluk döneminden beri dental kaygısı olan bu kişilerin yetişkinlikte ya da ergenlikte dental kaygı geliştirenlere göre daha şiddetli seviyede dental kaygıya meyilli olması da ilginçtir. Çocukluk dönemindeki dental kaygının uzun dönem sonuçları, çocuğun dental kaygısının erken dönemde giderilmesinin önemini vurgulamaktadır. Bu da, her ne kadar önceki araştırmaların büyük kısmında daha çok dental kaygının gelişimi ile ilgili faktörlere odaklanılsa da dental kaygının neden devam ettiği üzerine de yoğunlaşılması gerektiğini göstermiştir (Campbell 2017).



### **1.9.1. Yararsız Bilişlerin Rolü**

Bilişlerin dental kaygının devamında önemli rolü vardır (de Jongh ve ter Horst 1993). Kaygı periyodu süresince, yararsız düşünceler akla gelip kişinin zihnini zorla ele geçirebilir (Williams ve Garland 2002). Bu olumsuz düşünceler, dental bir işlemin nasıl algılandığını etkiler (Öst Lars-Göran 2013). Dental kaygısı olan kişilerin diş ve tedavisi ile ilgili bilgileri taraflı ve olumsuz olarak işledikleri, tedavi ile ilgili negatif olayların çıkma olasılığını abarttıkları ya da çizdikleri acı senaryolar ile durumu abarttıkları, ayrıca diş hekimi ile ilgili inançlarının daha negatif olduğu bildirilmiştir (Williams ve Garland 2002). Kent ve Gibbons (1987) da dental kaygı seviyesi arttıkça dental işlem hakkındaki olumsuz düşüncelerin de arttığını ortaya koymuşlardır.

Armfield ve arkadaşlarının (2008) “Bilişsel Duyarlılık Modeli”, dental kaygının etyolojisinde ve dental kaygının devam etmesinde bilişsel şemanın önemini vurgular. Bu modelde uyarının beklenmedik, kontrol edilemez, tehlikeli ve rahatsız edici olduğu algısının bireylerin bu tecrübeler hakkında duyarlılık hissetmesinde anahtar rol oynadığı öne sürülür. Eğer duyarlılık şeması dental uyarımlarla tetiklenirse bu durumun otomatik korku reaksiyonuna (kaç ya da savaş) ve içinde bulunulan durumun daha yavaş bilişsel değerlendirilmesine sebep olduğu bildirilmiştir. Çünkü bu süreçten kaynaklanan reaksiyonlar hoş olmayan ya da yararsız bilişsel, duygusal, davranışsal ya da psikolojik yanıtla ilgili olabilir.

Sonrasında da bu yanıtlar duyarlılık şemasını geri besleyip dental korkuyu güçlendirebilir. Bilişsel teoristler, Armfield gibi, bilişsel süreçlerin (genetik faktör, kişilik ve önceki tecrübelerin kombinasyonunun gelişmeye sebep olduğu) kaygı sorunlarının devamında önemli rol oynadığını öne sürerler (Campbell 2017)

### **1.9.2. Yararsız Davranışların Rolü**

Kaygı ve korku kişilerin kaçma/kaçınma, saldırganlık ve hareketsizlik gibi davranış stratejisi benimsemelerine sebep olabilir (Williams ve Garland 2002). Hayatta kalma bağlamında bu yanıtlar kurtulma şansını artırır. Bununla birlikte, bu davranışlar gerçek tehdidin mevcut olmadığı ve kaygı kısır döngüsünün devam ettiği durumlarda faydalı değildir. Bu gibi davranışlar kaygıyı azaltacak yeni deneyimler yaşama ihtimalini de yok eder. Bu sebeple bu şekilde kaçınmanın dental kaygının

devamı ve oral sağlığın bozulmasında önemli rolü olduğu söylenebilir (Berggren ve Meynert 1984).

Çocukluk dental kaygısı gerçekten de kaçınma davranışı ve düzensiz dental ziyaretle ilişkilidir. Kaçırılmış randevu prevalansı, kaygılı çocuklarda yaşlılarına göre daha fazladır (Wogelius ve Poulsen 2005). Dental kaygılı çocukların ebeveynleri, bazen çocuklarını diş tedavilerine ikna etmeyi başaramadıklarını bildirmektedir (Hallberg ve ark 2008).

### **1.9.3. Dental Profesyonellerin Rolü**

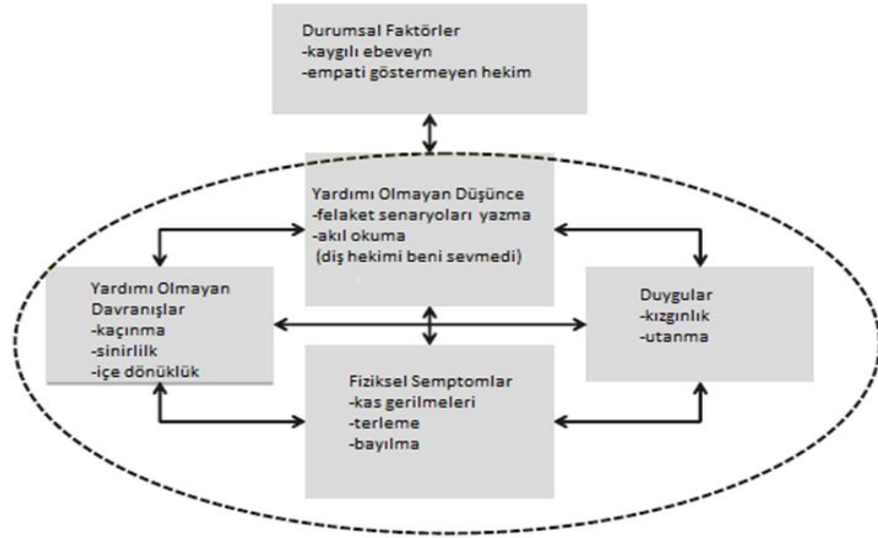
Dental kliniklerde kurulan olumsuz ilişkilerin hem dental kaygı oluşumuyla hem de dental kaygının devam etmesiyle ilişkisi vardır. Bu nedenle diş hekimi ve ekibi, davranışlarının çocuk üzerinde nasıl etki yaratabileceğinin bilincinde olmalıdır. Zhou ve ark. (2011), diş hekiminin çocuğun duygularına odaklanarak kurduğu empatik iletişim tarzının ve kısa süreli uygun fiziksel kontakın çocuklardaki dental kaygıyı azaltabileceğini; bunun tersine diş hekiminin çocuğun davranışlarına eleştirel yaklaşımının da dental kaygıyı arttıracakı bildirmiştir.

Diş hekimi ile kurulan ilişkiyi etkileyen diğer bir faktör de diş hekiminin fiziksel görünümüdür. Çocuğun hekimi algılama şeklinin olumlu ya da olumsuz oluşu, çocuğun diş hekimine olan tepkilerini de etkileyebilmektedir. Hekimin görünümüyle ilettiği mesaj, çocuğun hekimiyle olan ilişkisinde rol oynayan önemli faktörlerdendir (Quirk 1977, Pinkham 1982). Çocuklar, hekimle iletişime geçmeden önce hekimin fiziksel görünümüne dayanarak izlenim geliştirirler ve hekimin sözlerini, hareketlerini ve mimiklerini analiz ederler (Kleinknecht ve ark 1973). Bu sebeple çocuk diş hekimlerinin diş görünümleri hakkında da dikkatli olmaları önemlidir (Yahyaoglu ve Baygin 2017)

### **Beş Alan Modeli**

Williams ve Garland (2002) hastanın kaygısı üzerine durumsal faktörlerin, düşüncelerin, duyguların, davranışların ve fiziksel semptomların etkisini açıklayan “Beş Alan Modeli”ni öne sürmüşlerdir (şekil 1.7). Bu modelin amacı hekime kaygının değerlendirilmesinde yardım etmek ve hastaya kaygıya sebep olan kısır döngüyü gösterip hastanın bu döngüyü kırmasını sağlamaktır. Bu sayede dental

kaygıyı azaltmak için en uygun müdahalenin bulunması sağlanır (De Jongh ve ark 2005, ten Berg 2008).



Şekil 1.5: Beş Alan Modeli (Williams ve Garland 2002)

Her çocuk özeldir ve her birinin kaygılarının devam etmesine sebep olan farklı duygu, düşünce ve deneyimleri vardır. Bu nedenle çocuklarının dental kaygısının değerlendirilmesi ve etkili yönetilmesi için bu faktörlerin net bir şekilde anlaşılması gereklidir.

## 1.10. Dental Kaygının Olası Sonuçları

Dental kaygının çocuk, çocuğun ailesi, diş hekimi ve dental ekip üzerine pek çok etkisi vardır (Campbell 2017).

### 1.10.1. Dental Kaygının Çocuk ve Aile İçin Etkileri

Dental kaygının en önemli sonucu tedaviden kaçınmadır (Berggren ve Meynert 1984). Klepac ve ark'larının (1982) da belirttiği gibi “*oral sağlık ve korku biraraya gelince bunun muhtemel sonucu ihmal edilen sağlık endişelerinin her yerde görülebilen kısır döngüsünün bir tezahürüdür; ihmal kaçınmaya sebep olan sağlık endişelerinin artmasına neden olur.*” Dental kaygının, dental tedavinin ihmal ve devamında yetersiz ağız sağlığı ile sonuçlanan dental tedaviden kaçınmaya sebep

olduğu hipotezi ilk olarak 1984'te Berggren ve Meynert (1984) tarafında ortaya atılmıştır. Hasta, sıkıntı ve utanç duyguları ile uzun süren bir kaçınma döneminden sonra yani daha invaziv tedavi gereken dönemde tedaviye katılım sağlar ancak bu durum var olan dental kaygı durumunu daha güçlendirir ve ileri seviyeye taşır (şekil 1.8) (Berggren ve Meynert 1984).



Şekil 1.6: Berggren ve Meynert'in "kısır döngüsü" (Berggren ve Meynert 1984)

Berggren ve Meynert'in bu modeli yapılan son araştırmalarla da desteklenmiş ve genişletilmiştir. Armfield (2013) bu kısır döngüyü 1036 tane Avustralyalının diş hekimine gitme sıklığı, tedavi gereksinimleri ve dental kaygısını ölçerek değerlendirmeyi düşünmüştür. Elde edilen sonuçlara göre orta ve yüksek seviyede dental kaygı gösteren katılımcıların %39'unun, dental kaygı göstermeyen, tedavi ihtiyacı olan ve bir sorun nedeni ile diş hekimine başvuran sadece %1'lik kısmı ile karşılaştırıldığında bu "korkudan dolayı tedaviye gidememe kısır döngüsü" ne uyduğu görülmüştür (Armfield 2013).

Bu araştırmaya göre diş hekimi korkusunun tedaviye katılımını etkilediği gösterilse de; dental kaygının başlangıcı ve devamı ile önceki korkutucu dental deneyimler arasındaki ilişki değerlendirilmemiştir. Dahası önceden tatsız dental deneyim yaşanmış olan herkesin neden bu kısır döngüye girmediğine dair bir açıklama yapılamamıştır (Campbell 2017).

Willumsen ve ark (2013) ise bu konuyu daha detaylı değerlendirmiştir. Araştırmacılar, hastaların diş tedavisini tehdit olarak algıladıklarını öne sürdüğü, içsel bir kısır döngünün varlığını iddia etmiştir. Bu duruma yanıt olarak hastaların kaslarındaki gerilim, kan basınçları ve terlemeleri artar ki bu durum var olan kaygıyı daha da artırır. Hastanın yaşadığı bu fiziksel değişimler hastanın iç dünyasında bir tehdit olarak algılansa da, panik ve kaygı durumuna yol açar. Bu içsel kısır döngü ve fiziksel değişimlerin yanlış yorumlanması teorisi, panik atak durumunun sersemlik ve çarpıntının katastrofik bir yorumlanması olduğunu öne süren Clark'ın Bilişsel Panik Modeli'nin (1986) modifikasyonudur (Willumsen ve ark 2013).

Çocukların yaşadığı dental kaygı sadece çocuklar için değil aileler için de streslidir. Çocuğu dental randevuya ikna edebilmek (Hallberg ve ark 2008) ve çocuğunu kaygılı ve üzgün görmek de ebeveynler için zordur (Campbell 2017).

### **1.10.2. Dental Kaygının Diş Hekimi ve Dental Ekip İçin Zorluğu**

Dental kaygısı olan bir çocuğu tedavi edebilmek diş hekimi ve ekibi için de zordur. Bu hastaları tedavi etmek zaman alıcı ve streslidir (Moore ve Brodsgaard 2001). Karşılaşılacak en önemli sorunlardan biri de davranış yönetim sorunlarıdır.

Pek çok çocuk ve adolesan için dental tedavi stresli ve zahmetli bir durumdur. Yeni yetişkinlerle tanışmak, yeni sesler ve tatlar, diş hekimi koltuğuna uzanmak zorunda kalmak, ağzını açık tutmak zorunda kalmak stresi tetikler ve bu durum “dental davranış yönetim sorunları” olarak tanımlanan uyumsuz davranışlara sebep olur. Dental davranış yönetim sorunları, tedaviyi geciktiren yada yapılmasını imkansız kılar (Koch ve Paulsen 2009).

Dental kaygı ve davranış yönlendirme sorunları dental kliniklerde en sık karşılaşılan durumlardır, ancak dental kaygı ve davranış yönetim sorunlarını klinikte ayırabilmek mümkün müdür? Bu sorunun cevabı çok da kolay değildir. Diş hekimleri klinik tecrübelerine dayanarak davranış yönetim sorunları olan bir çocuğu tanıyabilmelidir. Dental kaygısı olan çocuklar genel davranışlarıyla durumun üstesinden gelebilirken bazen de çok sessiz ve pasif durabilirler. Çocuğun uyumlu davranışlarını rahat olduğunun göstergesi saymak bazen hatalı olabilir. Davranış yönlendirme sorunu klinisyenin gözlemlediği iken, dental kaygı hastanın hissettiğidir. Bu iki durum her zaman tutarlı olmak zorunda değildir (Koch ve Paulsen 2009).

Diş hekimi dental kaygıyı dikkate almayıp hasta için bireysel hazırlanmış tedavi planı hazırlamayı var olan kaygıyı daha da arttırabilir (Öst Lars-Göran 2013). Bu verilen örneklerde dental kaygı ile davranış yönlendirme sorunları arasında bir ayrım var gibi gözükmektedir, ancak bazen iki durum birden görülebilir. Bu kesişimin derecesi farklı popülasyonlarda yaş, bilişsel özellikler, önceki dental deneyimler gibi pek çok faktörden etkilenmektedir. İsveç'te 1990'larda 4-11 yaş arası çocuklarda yapılan çalışmada davranış yönetim sorunu olan çocukların %27'sinde dental kaygı da görülmüştür. Dental kaygılı çocukların da %61'inde davranış yönetim sorunu da görülmüştür (Klingberg ve ark 1995).

Bu gibi durumlarda diş hekimleri dental kaygısı olan hastaları tedavi etmekte hastanın kaygısını daha da arttırabileceği korkusu ya da kaygıyı iyi yönetememe düşüncesinden dolayı tereddüt edebilirler (Weinstein 2008). Diğer taraftan diş hekiminin bu gibi durumlarda bir diğer tereddüt nedeni finansal da olabilir; çünkü bu hastalarla ilgilenmek zaman ister hem de hastalar randevularına gelmeyebilir (Hill ve ark 2008). Bu sebeplerden dolayı çocuklar ikincil sağlık merkezlerine yönlendirilirler bu durum da uzmanlık servislerine talebin artmasına ve bu hastaların uzun süre randevu beklemelerine sebep olur (Harris ve ark 2008).

### **1.11. Ebeveynlik**

Ebeveynler, çocuklarının şu andaki ve gelecekteki duygusal sağlığı, kişilik ve karakter gelişiminde önemli etki yaratır. Anne-babalar çocuklarını büyütürken değer ve inançları hakkında konuşarak, söylediklerini davranışlarıyla da göstererek çocuklarına modellik yaparlar (Gordon 2015). Baumrind'in (1971) da dediği gibi "*ebeveynlerin çocukların kişiliği ve karakterini etkilememesi mümkün değildir*"; ancak ebeveynlik her çocuğu farklı şekillerde etkiler. Hatalı anne-baba tutumu ve bozuk aile yapısı, sağlıksız bir gelişimin ve sorunların başlıca kaynağı olabilir. Çoğu ebeveyn, çocuklarını "kendi uzantıları" olarak görür. Bundan dolayı da kendi olamadıkları ya da kendi yapamadıkları şeyleri çocuklarının yapmasını isterler. Bir başka deyişle ebeveynler, çocuklarının kendi "iyi çocuk" tanımlarına uyması için çaba gösterirler ve çocuğun biricikliğine zarar verirler (Gordon 2015). Ebeveynler, kimi zaman çocuğa çok şey vererek onun kendi gelişimine yön vermesini engellerken; kimi zaman da çok az şey vererek ona gerekli desteği sağlayamaz ve uygunsuz davranış örüntülerinin gelişimine neden olur (Geçtan 1993).

Çocuk, edilgen değil, çevresiyle sürekli etkileşimde olan bir bireydir. Aile, çocuğun sosyalleşmesinde en etkili olan kurumdur ve ancak uyumlu ve özgür bir aile ortamı içinde, tutarlı ve sağlıklı ilişkiler içinde yetişen çocuk, özerk bir birey olabilir (Yavuzer 2001).

### 1.11.1 Ebeveynlik Tarzları

Psikolojinin bağımsız bir bilim dalı olarak ortaya çıkmasından beri araştırılan en temel konulardan birisi ebeveynlerin çocukları üzerindeki etkileri olmuştur (Sümer 2010). Belki de anne babalar çocuklarını kendi varlıklarını geleceğe taşıyacak bir “ölümsüzlük sembolü” olarak gördükleri için kendi değer ve inanç sistemlerini aktarmayı güvence altına alacak bir çocuk yetiştirme tarzı benimserler (Greenberg ve ark 1997, Cox ve ark 2008). Sosyalizasyon olarak tanımlanan bu aktarım süreci çocuğun içinde yaşadığı kültürel ortama ve aileye uyum sağlaması için kazanması gereken temel tutum ve davranışların, çocuk yetiştirme yöntemleri, eğitim sistemi, disiplin vb. yollarla çocuğa taşınması ya da kazandırılması olarak tanımlanabilir (Maccoby ve Martin 1983, Darling 1993). Aslında ana-babaların sosyalizasyon yoluyla taşımayı amaçladıkları değer, tutum ve davranışlar çocukları tarafından farklı düzeylerde kabul edilir ve içselleştirilir (Grusec ve ark 2000). Bu nedenle sosyalizasyon, aynı zamanda, toplumun aile aracılığıyla çocuktan talep ve beklentileri ile çocuğun bunlara gösterdiği tepkiler arasındaki dengeyi açıklayan bir mekanizma olarak da görülebilir. Darling ve Stenberg (1993) ebeveynlik tarzını çocukların içinde yetiştiği duygusal iklim olarak tanımlarken, ebeveynlik uygulamalarını çocuğun sosyalizasyonunda başvurulan belirli davranışlar olarak tanımlamaktadırlar.

Ebeveynlik konusunda belki de en kapsamlı çalışma Baumrind (1971) tarafından yapılmıştır ve yaptığı sınıflama bu alanda yapılan çalışmalara öncülük etmiştir. Baumrind (1971), üç özel ebeveynlik tarzı tanımlamıştır: demokratik (yetkili), otoriter (yetkeci) ve izin veren.

**Demokratik (Yetkili) ebeveyn:** Demokratik anne-baba tutumu, kuralların açıklamalara dayandırıldığı ve gerektiğinde aile içinde tartışıldığı, çocuğa gerektiği kadar özerkliğin tanındığı, ödül ve sevginin davranışları pekiştirme amacıyla sıklıkla kullanıldığı anne baba tutumunu ifade eder. Ebeveyn, çocuğuna uyması gereken kurallar ve standartlara uymasında yardım eder. Ebeveynler çocukların, çocuklar

anne-babaların görüşlerine değer verirler. Haklar karşılıklı olma temeline dayandırılır. Sorumluluk bilinci yanında çocuğun bağımsız bir kişilik geliştirmesi desteklenir. Demokratik aileler, hoşgörülü, güven verici ve destekleyici bir tutum içinde, çocuğun da kabul edeceği mantıklı bir denetime başvururlar. Kesin sınırlamalar yoktur; çocuğa söz ve tercih hakkı veren seçenekler sunup bu anlayış doğrultusunda isteklerde bulunurlar (Özgüven 2001).

Demokratik ebeveynler çocukları için iyi bir rehberdir, çocuğa yol gösterir; ancak alacağı kararlar için de özgür bırakır. Çocuğun uyacağı kuralların sınırlarını çizer. Bu ebeveynlerin çocukları kendine güvenli ve saygılı, sınırını bilen, girişken, aktif, etkin ve atılgan, farklı fikirlere saygılı, kendi düşüncesini ve duygularını savunabilen, kendi ile barışık, kendini ve başkalarını sevebilen, hoşgörülü, açık fikirli, bağımsızlığına düşkün bireyler olmaktadır (Yavuzer 2001).

Aile içinde kendini ifade edebilen, aile kararlarına dahil edilen, düşüncelerini açıkça söyleyebilen çocukların daha bağımsız, kendilerine karşı saygılı, öfke davranışlarını kontrol edebilen gençler olarak yetiştikleri görülmüştür. Demokratik ebeveyn rasyonel olarak tarif edilebilir, çocuğunun bağımsızlığını destekler. Baumrind'e (1971) göre bu çocuklar yaşlılarıyla daha iyi iletişime geçebilip daha kabul edilebilir sosyal davranışlar gösterebilmektedir.

**Otoriter (Yetkeci) Ebeveyn:** Çocuğun kendine olan güvenini kaybetmesine yol açan, çocuğun kişiliğine önem vermeyen tutumdaki ebeveynlerdir. Bu ebeveynler sert fiziksel ceza, bağırma ve emirlere başvururlar. Baskı altındaki çocuk sessiz, uslu ve nazik olmasına karşın silik, çekingen ve başkalarından kolayca etkilenebilen bir kişiliğe sahiptir. Bu aile ortamında “zor yoluyla denetleme” ve “sevgiyi esirgeyerek denetleme” durumları hakimdir. Sürekli kontrol edilen çocuk hareketlerinin nasıl bir tepki ile karşılaşacağını bilmediğinden sürekli kaygı halindedir ve kolayca ağlayan hassas yapıdadır. (Yavuzer 2004).

Otoriter ebeveynlik, sert cezalandırma ve yıkıcı eleştiricilik ile bağlantılıdır; bu etkisiz cezalandırma metodlarını kullanan ebeveynler soğuk, reddedici ve sık sık aşağılayıcı bir tutum sergilemektedirler. Bu tip ailelerde çocukların düşünce ve duygularını ifade etmede güçlük yaşadığı ve öfke düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur (Garbarino ve Haslam 2005).

**İzin Veren Ebeveyn:** Baumrind'e (1971) göre izin veren ebeveynlik tarzı aile içinde ilgi ve denetimin olmadığı, çocuklar ile anne-babanın duygusal bağının zayıf



olduğu ve çocukların bütün konularda kararlarını kendilerinin vermesine izin verildiği bir çocuk yetiştirme tutumudur. İzin veren ebeveynlerin çocukları da adeta ev sahiplerinden biridir; kurallar koyarlar ancak sorumluluk almazlar. Bu ilişkide ebeveyn çocuğun kaynağıdır; çocuk istediği gibi ebeveyni kullanıp mutlu olur (Baumrind 1971). Çocuğun her yaptığı hoş karşılanır. Bu tür ailelerin çocukları ile olan ilişkileri zayıftır. Çocuğa karşı bazen ilgisizdirler, duygusal bağları zayıftır, bazen de sıcak ve yakındırlar. Çocuk hiçbir şekilde denetim altında değildir. Bu bakımdan çocuklar bir çeşit aile otoritesi eksikliği çekmektedirler (Mansager ve Volk 2004). İzin verici tutumda, anne-baba çocuğun istekleri doğrultusunda hareket eder. Çocuktan olgun davranış talebinde bulunulmaz Bu çocuklar daha bencil olup tepkilerini kontrol edemezler, dürtüsel davranış ve saldırganlık yüksektir (Potts ve Mandlco 2002).

Bunun yanında otoriter anne babalara göre, isteklerini yaptırmak için asla şiddete başvurmamaktadırlar. İzin verici anne babalar, tüm bu yaklaşımlarıyla çocuğun gelecekteki yapısını belirleyen, davranışlarını biçimlendiren aktif rolden kaçmaktadırlar. Böyle bir aile ortamından gelen çocuklar güvenilir ortamdaki gelen çocuklara göre kendilerini daha az ifade etmekte ve daha az başarı güdüsüne sahip olmaktadır (Erdinc 2009).

İzin verici tutum, “ihmal edici” ve “aşırı hoşgörölü” olmak üzere iki ayrı boyut içerir. İhmal edici tutumdaki ebeveynler çocuğun yaşamı ile ilgili değildir; bu tutum sosyal yönü zayıf, özellikle benlik kontrolü düşük, bağımsızlığı kolayca elde edemeyen çocuklar yetişmesine neden olur. Çocuk anne-babanın kendisiyle ilgilenmesini ister ancak istediğini göremeyince saldırganlığa başvurur, çevreye zarar vermeye başlar. Aşırı hoşgörölü tutumda olan ebeveynler ise çocuklarının ısrarlı isteklerini yerine getirir, çocuklarının karşısında boyun eğip yumuşak başlı ve tutarsız davranır. Çocuklarının üzerinde çok başarısız bir kontrol sağlayıp az talepte bulunurlar. Bu ortam sosyal gelişim için yetersiz olup, bu ortamda yetişen çocukların benlik kontrolü düşüktür. Anne-babası tarafından her isteği yerine getirilen çocuk, çevresindekilerin de aynı şekilde davranmasını bekler (Yavuzer 2003).

Baumrind (1971)'in yaklaşımını esas alan sonraki araştırmacılar ebeveynlik tarzlarının sıcak ilgi (ya da kabul) ve kontrol (ya da disiplin) olarak isimlendirilen iki temel boyutunu kesişmesinden ortaya çıkan dört temel kategoride ele alınmasının daha doğru olacağını belirtmişlerdir (Maccoby ve Martin 1983, Darling 1993,

Steinberg 2001). Dört kategori iki temel boyutun yüksek ve düşük düzeylerinin farklı bileşimleri olarak düşünülebilir. Boyut düzeyinde sınıflamada demokratik dengeli (yüksek sıcak ilgi ve yüksek kontrol) ve yetkeci (düşük sıcak ilgi ve yüksek kontrol) çocuk yetiştirme tarzları Baumrind'in demokratik dengeli ve yetkeci tarzına karşılık gelmektedir. Bu modelde Baumrind'in izin verici ebeveynlik tarzı iki farklı kategoride tanımlanmıştır. Yüksek düzeyde sıcak ilgi ve düşük düzeyde kontrolün birlikte görülmesi "izin verici-şımartan yetiştirme tarzı" olarak tanımlanırken; hem sıcak ilginin hem de kontrolün düşük düzeyde olduğu tutum "ihmkar çocuk yetiştirme tarzı" olarak tanımlanmıştır. Şımartan ailelerde tutarsızlık ve kararsızlık en göze çarpanıdır. Anne-babalar tek yönlü duyarsız iletişimde bulunup çocuğun gerçekçi olmayan isteklerine karşı duramazlar. En olumsuz ebeveynlik tarzı olarak kabul edilen ihmkar ebeveynlikte ise ebeveynler çocuklarına tamamen ilgisiz ve duyarsızdır. Çatışma ve tartışma sorun çözme yöntemi olarak kullanılır (Sümer 2010).

Son yıllarda Barber ve arkadaşları (2005) demokratik dengeli ve yetkeci ana-babalıkta yüksek düzeyde olduğu bilinen "disiplin (kontrol) boyutu" yerine "davranışsal ve psikolojik kontrol" kavramını ileri sürmüşlerdir. Davranışsal kontrol ebeveynlerin çocuğun davranışlarını gözlemleyerek ve düzenleyici kurallar koyarak denetleme ve kontrol girişimi olarak tanımlanabilir. Çocuğun davranışlarını izleme, onun hakkında bilgi sahibi olma ve disiplinde tutarlılık davranışsal kontrolün en temel özellikleridir. Psikolojik kontrol ise bir anlamda çocuğun ne hissedeceğini ve düşüneceğini kontrol etmek isteği olarak tanımlanabilir. Çok boyutlu bir ebeveyn davranışı olan psikolojik kontrol genellikle aşırı müdahale, suçluluk yaratma, sevgiyi geri çekme ve disiplin amaçlı aşırı mesafeli davranma gibi ebeveyn davranışlarını içerir. Davranışsal kontrol, genellikle olumlu davranışsal ve gelişimsel sonuçlarla ilişkili iken psikolojik kontrolün başta içselleştirme davranışı olmak üzere olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Barber ve ark 1994, Öztürk 2007).

Batı ülkelerinde yapılan çalışmalara göre ebeveynlik tarzlarının çocuğun psikolojisi üzerine etkilerinin genellikle beklenen yönde olduğu görülmüştür. Ancak bazı istisnalar da yok değildir. Bazı yazarlara göre ebeveynlik tarzlarının etkisi kültürel bağlama göre değişebilmektedir. Örneğin Steinberg ve ark.'larına (1994) göre Asya kökenli Amerikalı çocuklarda otoriter ebeveynlik tarzının demokratik/dengeli tarza oranla "psikolojik uyum" ve "akademik başarı"yla daha yüksek

düzeyde ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Özünde ebeveynlik tarzı kültürel değerleri aktarmayı amaçlayan bir sosyalleşme aracı olduğundan kültürden bağımsız olması beklenemez. Dolayısıyla, ebeveynler her bir ebeveynlik tarzına yaşadıkları kültürün öngördüğü şekilde başvururlar (Darling 1993, Chao 1994).

Ebeveynlikten bahsederken son yıllarda ortaya atılmış olan “aşırı ebeveynlik”ten de bahsetmek gerekir (Segrin ve ark 2013, Janssen 2015):

“Helikopter ebeveyn”ler, çocuklarını tüm tehlikelerden koruyup, çocuklarının problemlerini çözen ebeveynlerdir.

“Küçük imparator ebeveyn”ler çocuklarının tüm maddi isteklerini yerine getiren ebeveynlerdir. Çocukları ise huysuz ve despot olup, anne-babalarının otoritesine karşı gelir.

“Kaplan anne”ler ise çocuklarından başarı beklentisi çok yüksek olan annelerdir.

“Belirli bir düzene ve kurala göre büyütmeye” (concerted cultivation) prensibini benimseyen ebeveynler ise çocuklarının hayatlarının ders dışı organize etkinlikler ve çocuklarının yeteneklerini geliştirmeye yönelik girişimleriyle belirlendiğini düşünürler. Bu ebeveynlik tipi Anette Lareau (Lareau 2003) tarafından ortaya atılmıştır.

Aşırı ebeveynlik, çocuğun mutluluğu ile fazla ilgili olma ve çocuğun problem yaşamaması için oluşmasını engellemeye çalışmakla ilgilidir. Çocukların yollarındaki engelleri kaldırmaya çok isteklidirler (Segrin ve ark 2013).

### **1.11.2. Kültürün Ebeveyn Tarzları Üzerine Etkisi**

Kültürün aile hayatı ve ebeveynlerin çocuklarını sosyalleştirme şekline çeşitli etkileri vardır. Ebeveynlik stilleri ve uygulamaları, psikolojik ve kültürel anlamları taşır ve kültürler arasında farklılık gösterir. Örneğin; ebeveyn sertliği, katı davranış kontrollerine değer veren bir kültür içerisinde bir dikkat ve endişe mesajı taşır. Ancak, daha az katı bir kültürde ise bu durum anlamsız eleştiri mesajı taşır. İlk başta yetkili ebeveynlik muhtemelen tüm etnik ve kültürel gruplardan çocuklar için iyi psikososyal sonuçlar doğurur. Bununla birlikte farklı kültürlerde otoriter ebeveynlikle ilgili daha olumlu sonuçlara da ulaşılmıştır (Ho ve ark 2008). Ancak izin veren ya da ihmalkar ebeveynlerle ilgili daha olumlu sonuçlara ulaşan hiçbir araştırma yoktur (Wright ve Kupietzky 2014).

Ebeveynlik tarzlarının prevalansı kültürden kültüre değişir. Sosyologlar ve eğitimcilerin Amerika Birleşik Devletleri'nde yaptığı bir dizi çalışmaya göre izin veren ebeveynliğin oranı pek çok kültürde artmıştır (Long 2004). Geleneksel ebeveynlikte (otoriter ve yetkili ebeveynlik) ebeveyn çocuğun kurallarını belirler, iletir, açıklar ve uygular. İzin veren ebeveynlikte ise çocuk, ebeveynin otoritesini sorgular, ebeveyn “çocuk iyi hissetmeli” inancını benimser. Ebeveyn iyi niyetlidir, çocuğunun yapmak istediğini yapmasından memnundur. Bazı durumlarda ebeveyn çocuk ile arkadaş bile olmaya çalışır, gelenekselleşmiş ebeveyn rolünü ortadan kaldırır (Wright ve Kupietzky 2014).

Ebeveynliği ve çocuğa etkisini etkileyen faktörlerden biri de teknolojinin yaygınlaşmasıdır. Günümüzde cep telefonlarının ucuzlaşp yaygınlaşmasıyla beraber ebeveynler fiziksel olarak çocuklarından uzak da olsalar istedikleri her an çocukları ile iletişime geçebilmektedirler. Ebeveyn-çocuk bağlantısının bu şekilde normalden fazla olmasının çocuğun ebeveyne bağımlılığını arttırdığı teorisini öne sürenler olmuştur (Cline ve Fay 1990).

Kültür, ebeveynlik ve çocuk davranışı arasındaki etkileşimler karmaşıktır ve kapsamlı bir şekilde tanımlamak ve incelemek için zordur. Mevcut araştırmalar öncelikle değişen metodolojilerle kesitsel, neredeyse sadece anneler üzerinde odaklanır ve ebeveyn davranışlarının gözlemlenmesi yerine, davranış uygulamalarına ilişkin ebeveyn raporları gibi subjektif verilere dayanır. Gelişim aşamasında ve belirli bir sosyal bağlamda uygun ebeveynlik davranışları, çocuğun gelişim aşamasına bağlı olarak tahminen farklılaşacaktır. Basit bir örnek vermek gerekirse, bir caddeyi trafikte geçmek güzel bir örnektir: ebeveynler küçük bir çocuğun elini tutar. Sokaktan güvenli bir şekilde geçmede ustalашmış okul çağındaki çocuğun ise elini tutmaya gerek yoktur (Paulussen-Hoogeboom ve ark 2007).

Tüm çocuklar için evrensel bir “en iyi” ebeveynlik stili yoktur. Çocuktan alınacak en iyi sonuçlar ise, ebeveynlik tarzının çocuğun mizacına uygun olduğu durumlarda alınır. Örneğin daha fazla hoşgörü ve daha az disiplinin olduğu ebeveynlik, kaygılı çocuklar için daha optimum kaygı seviyesinin sağlanmasını sağlayabilirken daha çok cezanın olduğu zorba ebeveynlik tam tersi sonuçlar doğurabilir (Kochanska ve ark 2007).

### **1.11.3. Ebeveynlik ile İlgili Kullanılan Anketler**

#### **1.11.3.1. Birincil Bakıcıların Uygulamaları Raporu (BBUR)**

BBUR'den alınan skorlarla ebeveynlerin ebeveynlik tarzları Baumrind'in sınıflamasına göre değerlendirilir (Aminabadi ve Farahani 2008) : otoriter (yüksek kontrol, düşük sevgi), izin veren (düşük kontrol, fazla sevgi) ve yetkili (yüksek kontrol, fazla sevgi). Yetkili ölçekte (27 madde) bulunan alt ölçekleri ise şunlardır: sıcaklık ve katılım için (11 madde), akıl yürütme / indüksiyon (7 madde), demokratik katılım (5 madde) ve iyi huyluluk (4 madde). Otoriter ölçeğin (20 madde) içerdiği alt ölçekler ise; sözlü düşmanlık için (4 madde), fiziksel ceza (6 madde), akıl yürütmeyen / cezalandırıcı stratejiler (6 madde) ve yönlendiricilik (4 madde). İzin veren ölçekteki (15 madde) alt ölçekler ise; takip eksikliği (6 madde), yanlış davranışlar (4 madde) ve kendine güvenini göz ardı eden davranışlar (5 madde). Her soru 1-5 puan arası Likert skalasına göre puanlanır. Hangi ebeveynliğin puanı yüksekse o ebeveynlik tarzının sergilendiği kabul edilir (Aminabadi ve Farahani 2008).

#### **1.11.3.2. Anne-Babalık Stilleri ve Boyutları Ölçeği – Kısa Form (ASBÖ-KF)**

ASBÖ-KF; anne-baba tutumlarını değerlendiren bir ölçektir. Anne ya da babalar, kendi çocuklarıyla kurdukları etkileşim örüntülerini değerlendirmektedir. Toplam 32 maddeden oluşan ölçekteki ifadeleri anne ya da babalar “1 = Hiçbir zaman”, “2 = Seyrek”, “3 = Yarı yarıya”, “4 = Çok sık”, “5 = Her zaman” biçiminde değerlendirmektedir. Orjinal ölçek, 62 maddeden oluşmuştur. Daha sonraki yıllarda yapılan çalışmalar sonucu, ölçekteki madde sayısı 32'ye indirilmiştir (Erdinc 2009).

Ölçeğin anne formu, baba formu, annenin eşini değerlendirdiği ve babanın eşini değerlendirdiği 4 ayrı versiyonu bulunmaktadır. Bu 4 versiyonun da 3 faktörden oluştuğu bildirilmektedir. Yetkin/demokratik anne-babalığı ölçen 1.faktör “Yetkin” olarak adlandırılmıştır (1. 3. 5. 7. 9. 11. 12. 14. 18. 21. 22. 25. 27. 29. 31. maddeler). Örneğin “Çocuğumun duygu ve ihtiyaçlarına duyarlıyım” ifadesi yetkin anne-babalığı ölçmektedir. Yetkeci ya da otoriter anne-babalığı ölçen 2. faktör ise “2, 4, 6, 10, 13, 16, 19, 23, 26, 28, 30 ve 32.” maddelerden oluşmaktadır. Örneğin

“Çocuğumu disipline sokmak için fiziksel cezalandırmayı kullanırım” maddesi yetkeci anne-babalığı değerlendirmektedir. İzin verici olarak adlandırılan 3. faktör ise, 8, 15, 17, 20, 24. maddeler olmak üzere toplam 5 maddeden oluşmuştur. Örneğin “Çocuğumu cezalandıracağımı söylerim ama aslında cezalandırmam” ifadesi izin verici anne-babalığı ölçmektedir (Erdinc 2009)

### **1.11.3.3. Ebeveynlik Ölçeği (EÖ)**

Arnold ve ark (1993) tarafından geliştirilmiştir. 18-48 aylık çocukların ebeveynlerinde yanlış ebeveynlik uygulamalarını ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçeğin psikometrik özellikleri ve faktör yapısı, birçok araştırmacı tarafından farklı demografik özellikler sergileyen örneklemeler üzerinde test edilmiştir. Toplam 30 madde içerir.

Maddeler 1-7 ölçekli likert türünden sorulardan oluşmuştur. Her bir soruda ebeveynlerin belirli çocuk davranışları karşısında sergiledikleri tutumu iki uç davranış arasında kendilerini konumlandırarak belirtmeleri istenmektedir. En yüksek puan en olumsuz disiplin yöntemini ifade etmektedir. Örneğin, ölçeğin ilk maddesinde ebeveynlere çocuğunun yaramazlık yapması durumunda nasıl bir tepki verdikleri sorulmaktadır (çocuğum yaramazlık yaptığında derhal bir şey yaparım ya da daha sonra bir şey yaparım gibi) (Akcan 2016).

### **1.11.3.4. Çocuk Yetiştirme Uygulamaları Raporu (ÇYUR)**

Bu anket farklı pek çok ülkede çeşitli boylamsal çalışmalarda kullanılmıştır. Anketteki 40 soru iki alt ölçek içerir. İlk skala, “kısıtlayıcılık” olarak adlandırılan ebeveynlik uygulamaları ile ilgilidir. Çocuğun davranışlarının kontrolü üzerine odaklanmıştır; örneğin “eğer başarısız olma ihtimalleri varsa çocuklarımin bir şeyleri denememesini tercih ederim.” gibi. İkinci skala ise “destekleyicilik” olarak adlandırılan ebeveynlik uygulamaları ile ilgilidir. Duyguları paylaşmak üzerine odaklanmıştır; örneğin “çocuğumu onayladığımı ona kucaklayarak ifade ederim.” gibi. 1-5 ölçekli likert türünden sorulardan oluşmuştur (Rickel ve Biasatti 1982).

#### 1.11.4. Ebeveynlik Tarzlarının Çocuğun Dental Kaygı Üzerine Etkisi

Dental kaygının önceki ağrı deneyimleri ve çocuğun sorunlarla baş edebilme becerisi arasındaki ilişki ortaya konmuş olsa da (Versloot ve ark 2004), ebeveynlerin ve ebeveynliğin etkisi ile ilgili sınırlı sayıda çalışmalar yapılmış olup, ebeveynlerin çocuklarını zor durumlarla başa çıkma konusunda yol gösterici olabildiği ileri sürülmüştür (Bailey ve ark 1973). Bu ilişkiyi diş hekimliğinde incelemek ise daha da ilginçtir (Muris ve ark 2000).

Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalar ebeveynliğin çocuğun tedavi esnasındaki davranışlarına olan etkisi üzerine odaklanmış olup daha çok dental tedavi esnasında ebeveyn varlığının yararları üzerinde durulmuştur (Fenlon ve ark 1993, ten Berge ve ark 1998, Marzo ve ark 2003). Rapee (1997), ebeveynlik tarzı ve ebeveyne bağlanma şekli gibi ailesel faktörlerin çocuklarda kaygının şiddetini etkilediğini belirtmiştir. Diğer bir çalışmada ise ebeveynlik tarzı ile ürkeklik ve içselleştirme davranış problemleri arasında ilişki bulunamamışken olumsuz ebeveynlik davranışları ile dışsallaştırma davranış problemleri arasında pozitif ilişki bulunmuştur (Muris ve ark 1996). Ebeveynlik tarzlarının çocuğun günlük streslerle baş etme stratejisi (özellikle sorunlarla baş ederken kaçınma gösteren ya da agresif şekilde baş eden çocuklarda) ile ilgisi de bulunmuştur (Hardy ve ark 1993). Yapılan bir diğer çalışmada ise ebeveyn varlığının çocuğun olumsuz medikal durumlarla baş etmesinde etkili olabileceği sonucuna ulaşılmıştır (Blount ve ark 1991).

Diş hekimliği ile ilgili yapılan bir araştırmada ise yapılan ölçümlerde daha hızlı kalp atışı ve daha yüksek kaygı skorlarına sahip çocukların ebeveynlerinin daha fazla izin verici tutuma, daha az güven ve disipline sahip ebeveynler olduğu belirtilmiştir (Venham ve ark 1979). Yapılan çalışmaların sonuçlarına göre ebeveynlik tarzının, çocuğun davranışları ve baş edebilme becerisine etkisi olabileceği söylenebilir ancak mekanizması net açıklanamamıştır.

Bununla birlikte, diş kliniğinde tanık olunan bazı rahatsız edici ebeveynlik tarzları, ev durumunu yansıtmayabilir; baskı altındaki endişeli bir anne, alıştığı üzere kullandığı kişiye farklı bir ebeveynlik stili sergileyebilir. Bunun sebebi ebeveynin aslında kendiyi mücadele ediyor olmasıdır çünkü, çocuğunun içinde bulunduğu durum onun da kaygılarını tetiklemiştir ya da çocuğunu destekleyemeyen ya da

çocuğunu kontrol edemeyen ebeveyn olacak olmaktan utanıyor ya da çekiniyor olabilir (McMurtry ve ark 2010).

Son yıllarda çocuk diş hekimlerinin ortak dertlerinden biri ebeveynlik tarzlarında meydana gelen değişimdir. The Diplomates of the American Board of Pediatric Dentistry'nin (Casamassimo ve ark 2002) yayınladığı çalışmaya göre katılımcıların %92'si ebeveynlik tarzlarının değiştiğini, bu grubun %85'i de bu değişimin çocuk hastaların davranışlarını olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir. Aynı anket ebeveynlerin pozitif pekiştirmeyi daha fazla kullanıp çocukla daha fazla konuştuklarını göstermiştir. Ebeveynlerin daha az fiziksel cezalandırmaya ve daha çok rüşvete başvurduğu, çocukların kabul edilemeyecek saygısızlıklarını daha çok kabul ettikleri de elde edilen diğer sonuçlardandır. Geleneksel ebeveynler sınır koyabilip "hayır" diyebilirken, günümüz ebeveynlerinin sınır koyarken kararsız bir duruş sergiledikleri gözlenmiştir. Ankete katılan diş hekimlerinin büyük kısmı otoriter ve demokratik ebeveynlerin azalıp, izin veren ebeveynlerin arttığını düşündüklerini belirtmiştir (Casamassimo ve ark 2002).

Çalışmaya katılan diş hekimleri, aile yapısındaki değişimlerin (tek ebeveynli aileler, annelerin de çalışmasından dolayı aile gelirindeki artış vs.) etkili olduğunu düşündüklerini belirtmiştir. Diş hekimlerine göre bu değişimler, çocukların dental tedavi esnasındaki uyumlarını kötü etkilemiş, azalan hasta iş birliği ile beraber ebeveynlerin çocuklarının dental randevuları ile ilgili beklentileri artıp ulaşılamaz hale gelmiştir. Bu değişime bağlı olarak da dental hastalıkların gelişim potansiyelinde artış, çocukların davranışsal kapasitesinde sınırlama ve ebeveynlerin çocuklar üzerindeki kontrol düzeyinde azalış gözlemlendiği belirtilmektedir (Law 2007).

Ebeveynlerin çocuklarının acı çekmelerini önlemek için uğraştığı; bu aşırı korumacı tavırlarıyla çocuklarının egolarını korumak için çaba sarf ettiği de ortaya çıkmaktadır. Yani çocuklarının psikolojik olarak rahatsız olma olasılığı, ebeveynleri çocuklarının tedavi sırasında fiziksel olarak rahatsızlık olasılığı kadar ilgilendiriyor gibi görünmektedir (Casamassimo ve ark 2002). Ebeveynler artık çocuklarının davranışlarının sorumluluğunu daha az üstlenmekte, çocuklarına daha az disiplin sağlayabilip, tıbbi ve psikolojik yönetim yöntemlerine daha fazla güvenmektedirler (Sheller 2004). Ebeveyn tarzlarındaki bu değişimin, çocukların medikal müdahalelerle başa çıkma yeteneklerinin azalmasına da sebep olabileceği açıktır (Casamassimo ve ark 2002).



### 1.11.5. Ebeveyn Dental Kaygısı ile Çocuğun Dental Kaygısı Arasındaki İlişki

Dental kaygı çok bileşenli bir fenomendir. Dental tedavi ile ilişkili ağrılı ve hoş olmayan uyaranlar bu kaygının başlamasında önemli rol oynasa da benzer tecrübeleri olan çocukların bir kısmında dental kaygı gelişmektedir. Kaygının ve korkunun başlangıcında aile önemli rol oynamaktadır. Aile ortamı ve kültür, dental fobiyle ilişkili olabilmektedir ve bu durum aile ortamının öğrenme için bir model olup, diş kaygısı gelişimini etkileyebileceği ile ilgilidir (Klingberg ve ark 2006).

Ebeveynlerin, özellikle de annelerin, çocukları üzerine etkileri diş hekimliğinde ilgi çeken ve üzerine pek çok araştırma yapılan konulardan biridir. Bu araştırmaların özünü çocuk ve anne arasındaki ilişkinin kalitesi özellikle de annenin çocuğun kaygısı ile başa çıkabilme yeteneği oluşturmaktadır (Chapman ve Kirby-Turner 2002).

Anneler ve çocuklar ile yapılan gözlemsel çalışmalar, bu bağlamda uygun olduğu düşünülen bir dizi etkileşime dikkat çekmiştir. Ebeveyn ve çocuk arasındaki bu etkileşimler korumacı tutumları, izin veren tutumları ve otoriter tutumları içermektedir. Bu gözlemler anne-çocuk ilişkisinin işlevselliğini yansıtan üç tanınabilir anne-çocuk çiftini ortaya çıkarmıştır. Bu anne-çocuk çiftlerinin ilki, psikolojik büyümeyi destekleyen “nitelikli anne-çocuk çifti”dir. İkinci anne-çocuk çifti, tutarsızlık ve duygusal mesafe ile karakterize “agresif anne-çocuk çifti”dir. Üçüncü ve son anne-çocuk çifti ise kararsızlık ve müdahalecilik ile karakterize “kaygılı anne-çocuk çifti”dir. Kaygılı ya da agresif anne-çocuk çiftindeki dental olarak kaygılı çocuk, annesinin tutarsız ve kararsız davranışlarıyla yoğunlaşan kaygısını yönetmek zorunda bırakılır. Freeman’ın (2007) da bahsettiği gibi ailenin işlevselliği ve ebeveynlerin çocuklarıyla olumlu, tutarlı ve destekleyici etkileşimler oluşturma becerisi, çocuğun dental tedavi esnasında kaygıyla baş edebilme becerisinin oluşmasında önemlidir.

Ebeveynlerin geçmişteki olumsuz dental deneyimlerinin ve oral alışkanlıklarının çocuklarının dental kaygıları ile ilişkili olduğunu ileri süren çalışmalar da vardır. Bu durumun gelişmesindeki mekanizmanın ise psiko-analitik formülasyonlarla açıklanabileceği belirtilmiştir. Buna göre anılar, kelimelerle değil eylemlerle ifade edilir yani; kelimeyi hatırlamaktan ziyade deneyimi tekrardan hatırlamak önemlidir. “Diş ağrısı” kelimesi ebeveyne geçmişte yaşadığı diş ağrısı

deneyimini hatırlatacaktır. Ebeveynler çocukluğunda yaşadığı dental anıları, çocuğunun dental tedavilerinin geciktirilmesi eylemiyle ifade edecek ve kendi çocukluk deneyimlerini yansıtacak olan acil diş tedavisi ihtiyacına neden olacaktır. Bu durum çocuklarının da dental tedavi tecrübelerine yansıyacaktır (Smith ve Freeman 2010).

Diş hekimliği kliniğinde ebeveynler, çoğu zaman yanlış ve kaygı uyandırıcı olan bilgiye girmeye çok hevesli olabilirler. Araştırmacıların deneyimine göre çoğu ebeveyn çocuklarının yeterli bilgiyi almamaları gerektiğine inandıklarında bunu yaparlar. Burada diş hekimine düşen ise, eğer diş hekimleri çocuğun kaygısını azaltmak için çocuğa onun anlayacağı şekilde süreci anlatacaklarsa, ebeveynlere de bunu uygun dille açıklamaktır. Ancak bu açıklamaların yapılması, annelerin var olan durumu kendi kafalarında olduğundan daha zor şekilde yorumlamalarına ve felaket senaryoları yazmalarına sebep olabilmektedir. Anneyle çocuk randevuya giderken çocuk tedavi ile ilgili soru sorduğunda, anne soruları kendi korkularını yansıtacak şekilde cevaplayabilir (Chapman ve Kirby-Turner 2002).

Dental kaygı gelişen modern diş hekimliği uygulamalarına rağmen çocuk hastalarda hiç de azımsanmayacak düzeyde sorun teşkil etmektedir. Bu sorun sadece hastaları değil çocuğun ailesi ve diş hekimini de ilgilendirmektedir. Dental kaygının öncelikli etkisi çocuk üzerindedir. Var olan dental kaygı, tedavilerden kaçınmaya, bu durum diş dizisinde bozulmaya, bu bozulma durumu suçluluk ve utanç duygusuna, ve bu durum da yine dental kaygıya sebep olan bir kısır döngüye sebep olmaktadır (Berggren ve Meynert 1984). Dental kaygı, aileler için de stresli ve zor bir durumdur. Dental kaygısı olan bir çocuğu tedavi edebilmek, aynı zamanda diş hekimi ve ekibi için de zaman alıcı ve streslidir (Moore ve Brodsgaard 2001). Diş hekimlerinin de hastasıyla iletişimini engelleyip doğru tedavilerin yapılamamasının en önemli sebebi olabilmektedir. Pek çok diş hekimi kaygılı hastalara nasıl yaklaşmaları gerektiğini bilememektedir. Bu hastalara nasıl yaklaşacağını bilememek de hekim için kaygı sebebi olmaktadır. Dental olarak kaygılı çocukları tedavi etmenin bu zorlukları, hekimleri kaygıyı iyi yönetme konusunda tereddüte düşürmekte; bu durum da pedodonti servislerine yönlendirilen çocuk sayısını arttırıp hastaların uzun süre randevu beklemelerine sebep olmaktadır (Harris ve ark 2008).

Konu çocuk olduğunda ebeveynlerin etkisini göz ardı etmemek doğru bir yaklaşım olacaktır çünkü ebeveynlerin çocuğunu etkilememesi söz konusu değildir.

Zira çocukluk döneminde görülen pek çok kaygı bozukluğunun sebebi ebeveynler olabilmektedir. Ebeveynlik tarzı, çocukların sorunlarla başa çıkma tarzının da temel bir belirleyicisidir ve bir çocuğun yetişkinlere yönelik davranışları farklı ebeveynlik stillerine göre değişir. Bu durum, diş hekimliği ofisine de yansır ve diş hekimi ile etkileşimi etkiler (Bailey ve ark 1973). Aynı şekilde ebeveynin dental kaygısı da çocuğun dental kaygısını etkileyebilmektedir. Ebeveynlerin geçmişteki olumsuz dental deneyimlerinin ve oral alışkanlıklarının çocuklarının dental kaygıları ile ilişkili olduğunu ileri süren çalışmalar mevcuttur ancak ilişki net değildir.

Ebeveynler ile çocuğun etkileşiminin önemi düşünüldüğünde, diş hekimliğinde ebeveynlerin çocuğa etkisi ile ilgili çalışmaların sayıca azlığı dikkat çekicidir. Bu durum, ebeveynlerin ve ebeveynliğin çocuk hastanın dental kaygısı üzerine etkisi ile ilgili daha fazla çalışma yapılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Bu tez çalışmasının amacı Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı'na çeşitli şikayetlerle başvuran çocuk hastaların dental kaygıları ile ebeveynlerinin dental kaygısı ve ebeveynlik tarzları arasındaki ilişkiyi araştırmaktır. Yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular ile ebeveynlerin çocuğun dental kaygısı üzerine etkileri değerlendirilip, dental kaygının daha iyi anlaşılması için katkı sağlamak hedeflenmektedir.

## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu tez çalışmasına 2018 yılı içinde Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı'na çeşitli dental şikayetler ile başvuruda bulunan 7-14 yaş arası 101 adet sağlıklı hasta ve ebeveynleri dahil edildi. Seçilen çocuk hasta ve ebeveynlere uygulanan anketlerden elde edilen veriler incelenmiştir.

Çalışmaya Selçuk Üniversitesi Diş hekimliği Fakültesi Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu'ndan 21.06.2017 tarihli etik kurul onayı alınarak başlanmıştır (Ek-A).

### 2.1. Verilerin Elde Edilmesi ve Değerlendirilmesi

Tez çalışmamızda 2018 yılı içinde Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Kliniğine çeşitli dental şikayetlerle başvuran 7-14 yaş arası 101 adet çocuk hasta ve ebeveynlerine uygulanan anketler incelenmiştir (Şekil 2.1, 2.2, 2.3 ve 2.4).

Tedavi öncesinde hasta ve ebeveynleri bilgilendirilip, kliniğe alınmadan önce bekleme salonunda çocuk hastalara CFSS-DS (Şekil 2.1) uygulanmıştır. Bu anket çocuklarda dental kaygı seviyesinin değerlendirilmesinde en sık kullanılan anketlerden biridir. Toplam puan 15-75 arası skorlanıp; 15-31 skor düşük seviye, 32-38 skor orta seviye, 39 ve üzeri ise yüksek dental kaygıyı gösterecek şekilde değerlendirilmiştir.

Ebeveynlere ise 2 adet anket uygulanmıştır:

Birinci anket olarak, ebeveynin dental kaygısını değerlendirmek üzere MDKS (Şekil 2.2) uygulanmıştır. Toplamda 5 sorudan oluşan bu anket Humphris ve arkadaşları (1995) tarafından oluşturulmuştur. Bu anketten alınacak en düşük skor 5 olup en yüksek skor ise 25'tir. Türkiye' de kullanılması geçerli ve güvenli olan bu ankette dental kaygı sınır değeri 15'tir (Tunc ve ark 2005).

İkinci anket ise ebeveynin ebeveynlik tarzının değerlendirilmesinde kullanılan ASBÖ (Şekil 2.3, 2.4). 32 adet sorudan oluşan ankette alınan skorlara göre ebeveynlik tarzları Baumrind (1971)'in sınıflamasına göre değerlendirilir: otoriter, izin veren ve yetkili.

ÖĞELER	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Aşırı
	korkmuyorum 1	korkuyorum 2	korkuyorum 3	korkuyorum 4	korkuyorum 5
1. Diş hekimi	_____	_____	_____	_____	_____
2. Doktor	_____	_____	_____	_____	_____
3. İğne	_____	_____	_____	_____	_____
4. Birinin ağzını muayene etmesi	_____	_____	_____	_____	_____
5. Ağızını açmak zorunda olmak	_____	_____	_____	_____	_____
6. Bir yabancınn sana dokunması	_____	_____	_____	_____	_____
7. Birinin sana bakması	_____	_____	_____	_____	_____
8. Diş hekiminin diş temizleme aleti	_____	_____	_____	_____	_____
9. Diş hekiminin diş temizlerkenki görüntüsü	_____	_____	_____	_____	_____
10. Diş temizleme aletinin sesi	_____	_____	_____	_____	_____
11. Birinin ağzına aletler koyması	_____	_____	_____	_____	_____
12. Nefes alamamak	_____	_____	_____	_____	_____
13. Hastaneye gitmek	_____	_____	_____	_____	_____
14. Beyaz önlüklü insanlar	_____	_____	_____	_____	_____
15. Diş hekiminin dişlerini temizlemesi	_____	_____	_____	_____	_____

Şekil 2.1. Çocuk Korku Değerlendirme Skalası- Dental Alt Ölçeği (Yahyaoglu ve Baygin 2017)

1. Yarın diş hekimiyile randevunuz olacak olsa nasıl hissedersiniz?
- a) Tederjin olmam
  - b) Hafif tederjin olurum
  - c) Tederjin olurum
  - d) Çok tederjin olurum
  - e) Aşırı tederjin olurum
2. Diş tedavisi için bekleme salonunda olsanız nasıl hissedersiniz?
- a) Tederjin olmam
  - b) Hafif tederjin olurum
  - c) Tederjin olurum
  - d) Çok tederjin olurum
  - e) Aşırı tederjin olurum
3. Dişinize dolgu yaptıracak olsanız nasıl hissedersiniz?
- a) Tederjin olmam
  - b) Hafif tederjin olurum
  - c) Tederjin olurum
  - d) Çok tederjin olurum
  - e) Aşırı tederjin olurum
4. Dişlerinize diş taşı temizliği ve parlatma işlemi yaptıracak olsanız kendinizi nasıl hissedersiniz?
- a) Tederjin olmam
  - b) Hafif tederjin olurum
  - c) Tederjin olurum
  - d) Çok tederjin olurum
  - e) Aşırı tederjin olurum
5. Dişiniz iğneyle uyuşturulacak olsa kendinizi nasıl hissedersiniz?
- a) Tederjin olmam
  - b) Hafif tederjin olurum
  - c) Tederjin olurum
  - d) Çok tederjin olurum
  - e) Aşırı tederjin olurum

Şekil 2.2. Modifiye dental kaygı skalası (M-DKS) (Doğaner ve ark 2015)

	Hiçbir zaman	Seyrek	Yarı yarıya	Çok sık	Her zaman
1. Çocuğumun duygu ve ihtiyaçlarına duyarlıyım.	1	2	3	4	5
2. Çocuğumu disipline sokmak için fiziksel cezalandırmayı kullanırım.	1	2	3	4	5
3. Çocuğumdan bir şey yapmasını istemeden önce O'nun isteklerini dikkate alırım.	1	2	3	4	5
4. Çocuğum niçin "söz dinlemek zorunda olduğunu" sorduğunda 'çünkü ben öyle diyorum' veya 'çünkü ben senin annenim ve böyle davranmanı istiyorum' derim.	1	2	3	4	5
5. Çocuğumun iyi ve kötü davranışları hakkında ne hissettiğimi O'na açıklarım.	1	2	3	4	5
6. Çocuğum itaat etmediğinde O'na bir şaplak atarım.	1	2	3	4	5
7. Çocuğumu sorunları hakkında konuşmaya teşvik ederim.	1	2	3	4	5
8. Çocuğumu disipline sokmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5
9. Çocuğum benimle aynı görüş paylaşmadığında bile kendisini rahatça ifade etmesine teşvik ederim.	1	2	3	4	5
10. Çocuğuma çok az bir açıklama yapıp, O'na tanıdığım ayrıcalıkları kaldırarak, çocuğumu cezalandırırım.	1	2	3	4	5
11. Kuralların nedenlerini vurgularım.	1	2	3	4	5
12. Çocuğum üzgün olduğunda O'nu rahatlatır ve anlayışlı davranırım.	1	2	3	4	5
13. Çocuğum yanlış davranışlarda bulunduğunda O'na bağırıp çağırırım.	1	2	3	4	5
14. Çocuğum iyi davrandığında O'nu överim.	1	2	3	4	5
15. Çocuğum herhangi bir şeye isyan ettiğinde, pes ederim.	1	2	3	4	5
16. Çocuğuma karşı öfkeden patlarım.	1	2	3	4	5
17. Çocuğumu gerçekten cezalandırmak yerine, O'nu cezalandırmakla tehdit ederim.	1	2	3	4	5
18. Aile için plan yaparken çocuğumun tercihlerini dikkate alırım.	1	2	3	4	5

Şekil 2.3. Anne-babalık stilleri ve boyutları anketi ön yüz (Erdinc 2009)

	Hicbir zaman	Seyrek	Yarı yarıya	Çok sık	Her zaman
19. İtaat etmediğinde çocuğumu tutup sarsarım.	1	2	3	4	5
20. Çocuğumu cezalandıracağımı söylerim ama aslında cezalandırmam.	1	2	3	4	5
21. Görüşlerini ifade etmesine teşvik ederek, çocuğuma saygı gösteririm.	1	2	3	4	5
22. Çocuğumun, aile kurallarına katkıda bulunmasına olanak sağlarım.	1	2	3	4	5
23. Çocuğumun gelişmesi için O'nu azarlar ve eleştiririm.	1	2	3	4	5
24. Çocuğumu şımartırım.	1	2	3	4	5
25. Kurallara neden uyulması gerektiğini çocuğuma anlatırım.	1	2	3	4	5
26. Hiçbir gerekçe göstermeden ya da çok az gerekçe göstererek, ceza olarak çocuğumu tehdit ederim.	1	2	3	4	5
27. Çocuğumla birlikte sıcak ve samimi vakit geçiririm.	1	2	3	4	5
28. Hiç açıklama yapmadan ya da çok az bir açıklama yapıp, çocuğumu bir yerde tek başına bırakarak cezalandırırım.	1	2	3	4	5
29. Çocuğumu, yaptıklarının sonuçları hakkında konuşmaya teşvik ederek, davranışlarının etkisini anlamasına yardımcı olurum.	1	2	3	4	5
30. Çocuğumun davranışları beklentilerime uymadığında, O'nu azarlar ya da eleştiririm.	1	2	3	4	5
31. Çocuğuma, davranışlarının sonuçlarını açıklarım.	1	2	3	4	5
32. Çocuğum yanlış davrandığında tokat atarım.	1	2	3	4	5

Şekil 2.4. Anne-babalık stilleri ve boyutları anketi arka yüz (Erdinc 2009)



## 2.2. Çalışmada İncelenen Kriterler

Çalışmamızda sırasıyla şu kriterler incelenmiştir:

Hastaya ait incelenmiş kriterler;

- Dental kaygı (çocuk korku değerlendirme skalası-dental alt ölçeği kullanılarak)

Hastanın ebeveynine ait incelenmiş kriterler;

- Dental kaygı (modifiye dental kaygı skalası kullanılarak)
- Ebeveynlik tarzı (ebeveynlik stilleri ve boyutları anketi kullanılarak)

## 2.3. İstatiksel Değerlendirme

Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 21.0 paket programı ile değerlendirilmiştir. Toplam 101 çocuğa ve bu 101 çocuğun ebeveynlerine anket uygulanmıştır. Demografik verilerin frekans ve yüzdesel dağılımları verilmiş ve bu veriler grafiklere aktarılmıştır.

Uygulanacak olan testin parametrik test veya parametrik olmayan test olduğunu saptayabilmek adına; verilerin normal dağılıma uygunluğunun incelenmesi amacıyla Kolmogrov-Smirnov normallik testi uygulanmıştır. Normallik varsayımını sağlayan değişkenler için parametrik test normallik varsayımını sağlamayanlar için ise non-parametrik test kullanılacaktır. İki grup arasındaki farklılık incelenirken bağımsız iki örneklem t-testi veya Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Sürekli değişkenler arası Pearson Korelasyon testi ile analiz edilmiştir. Ayrıca kategorik değişkenler arasındaki ilişki incelenirken verilere Ki-Kare analizi uygulanmıştır. Anlamlılık seviyesi olarak 0,05 kullanılmış olup  $p < 0,05$  olması durumunda anlamlı ilişkinin olduğu,  $p > 0,05$  olması durumunda ise anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirtilmiştir.

Anket çalışmasının Güvenirlilik Analizi Cronbach Alpha değeri kullanılarak elde edilmiştir. Cronbach alpha katsayısı likert tipi ölçek içinde bulunan maddelerin homojenliğinin bir ölçüsüdür. İlgili ölçeğin alpha katsayısı ne kadar yüksek olursa bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçekte birbirleri ile tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluştuğu yorumu yapılabilir.

**Çizelge 2.1:** Alpha katsayısı açıklaması

Alpha Katsayısı	Açıklaması
0,80-1,00	Ölçek yüksek güvenilirliğe sahiptir
0,60-0,79	Ölçek oldukça güvenilirdir.
0,40-0,59	Ölçek güvenilirliği düşüktür.
0,00-0,30	Ölçek güvenilir değildir.

### **Güvenilirlik Analizi Sonuçları**

**Çizelge 2.2:** Anket sorularının Cronbach Alpha değerleri

Ölçek	Soru Sayısı	Cronbach Alpha Değeri
Ebeveyn Dental Kaygısı	5	0,865
Ebeveynlik Tarzı	32	0,735
Çocuk Dental Kaygısı	15	0,898

Çizelge 2.2’de gösterildiği gibi ebeveyn dental kaygısı ve çocuk dental kaygısı ölçekleri yüksek güvenilirliğe sahip iken ebeveynlik tarzı oldukça güvenilirdir.

## Kolmogorov-Smirnov Normallik Testi

Çizelge 2.3: Kolmogorov-Smirnov Normallik Testi

	Ebeveyn Dental Kaygısı	Ebeveynlik Tarzı	Çocuk Dental Kaygısı
N	101	101	101
Kolmogorov Smirnov Z	1,850	0,994	1,655
p-değeri	0,002	0,276	0,008

Çizelge 2.3'te görüldüğü gibi ebeveyn dental kaygısı ve çocuk dental kaygısı ölçekleri normal dağılıma uygunluk göstermez iken ebeveynlik tarzı normal dağılıma uygundur.

### 3. BULGULAR

Bu tezde 2018 yılı içinde anabilim dalımıza çeşitli dental şikayetlerle başvurmuş 7-14 yaş arası 101 sağlıklı çocuğa ve ebeveynine uygulanan anketler sonucu elde edilen veriler incelenmiştir. Verilerin frekans dağılımları verilmiş ve bu verilere ki-kare testi uygulanmıştır. Verilerin yüzdesel dağılımları pasta dilimi grafikler ve sütun grafikler kullanılarak gösterilmiştir.

#### 3.1. Hasta Verileri

##### 3.1.1. Yaş

Anket yapılan hastaların yaş dağılımını yukarıdaki çizelge ve şekilde verilmiştir (çizelge 3.1). Ortalama değerin  $9,96 \pm 2,10$  olduğu bulunmuştur.

Çizelge 3.1: Yaş dağılımı

Yaş	Frekans	Yüzde(%)
7	9	8,9
8	24	23,8
9	16	15,8
10	12	11,9
11	18	17,8
12	6	5,9
13	7	6,9
14	9	8,9
Toplam	101	100,0

### 3.1.2. Cinsiyet

Anket uygulanan hastaların 57'si (%56,6) erkek iken 44'ü (%43,4) kızdır (çizelge 3.2).

**Çizelge 3.2:** Katılımcı çocuk hastaların cinsiyete göre dağılım tablosu

Cinsiyet	Frekans	Yüzde(%)
Erkek	57	56,6
Kız	44	43,4
Toplam	101	100,0

### 3.1.3. Çocuğun Dental Kaygısı

**Çizelge 3.3:** Katılımcı çocuk hastaların dental kaygı görülme yüzdeleri

	Frekans	Yüzde
Klinik olmayan aralık	80	79,2
Sınır aralığı	10	9,9
Klinik aralık	11	10,9
Toplam	101	100,0

Çocukların 80'i (%79,2) klinik olmayan aralıkta, 10'u (%9,9) sınır aralığında ve 11' i (%10,9) klinik aralıkta yer almaktadır (çizelge 3.3). Ayrıca dental kaygı

görülmesi durumları ile cinsiyet ve yaş arasındaki ilişki istatistiksel olarak incelenecektir.

### 3.2. Ebeveyne Ait Veriler

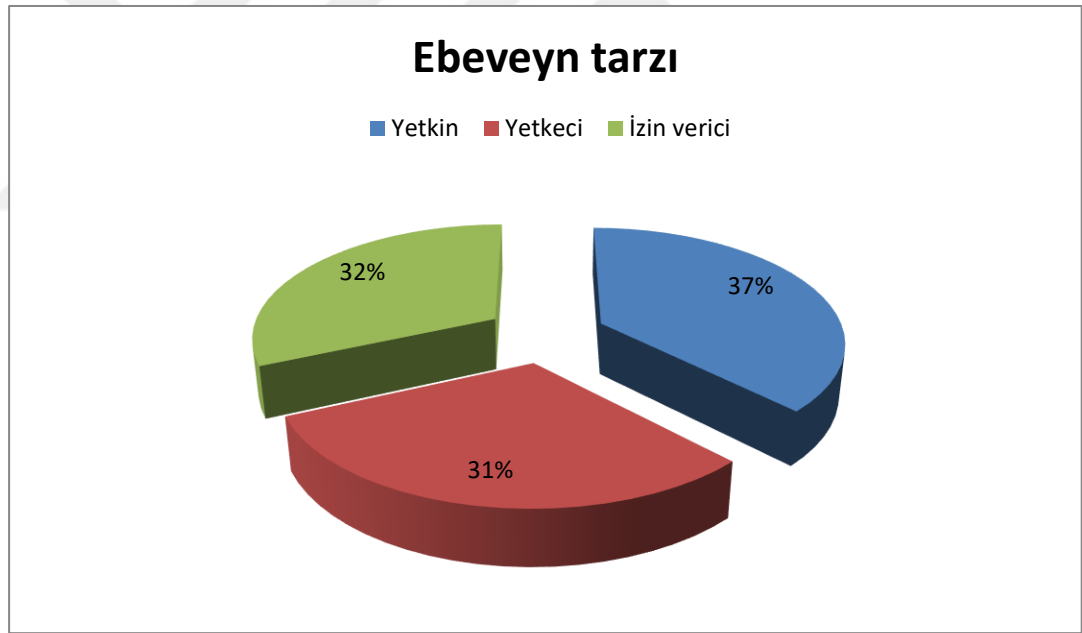
#### 3.2.1. Cinsiyet

Çalışmamıza katılan ebeveynlerin %65'ini anneler oluştururken %35'ini babalar oluşturmaktadır.

#### 3.2.2 Dental Kaygı

Çalışmamıza katılan ebeveynlerin 11'inde (%11) dental kaygı görülürken, 90'ında (% 89) dental kaygı görülmemektedir.

#### 3.2.3 Ebeveynlik Tarzları



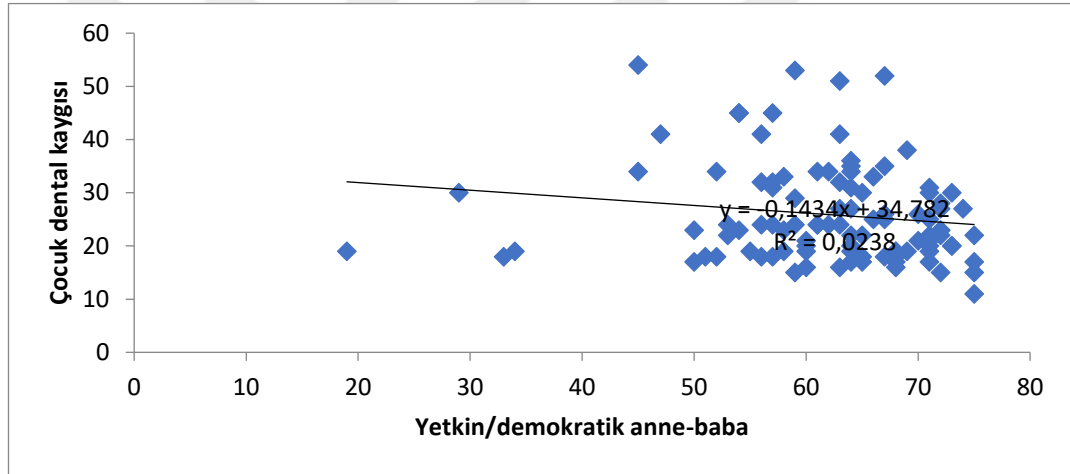
Şekil 3.1: Ebeveynlik tarzlarının dağılım grafiği

Çalışmamıza katılan ebeveynlerin %37'si demokratik (yetkin) ebeveynlik tarzını, %31'i otoriter (yetkeci) ebeveynlik tarzını ve %32'si izin verici ebeveynlik tarzını göstermektedir (şekil 3.1).

### 3.3. İlişkilerin İncelenmesi

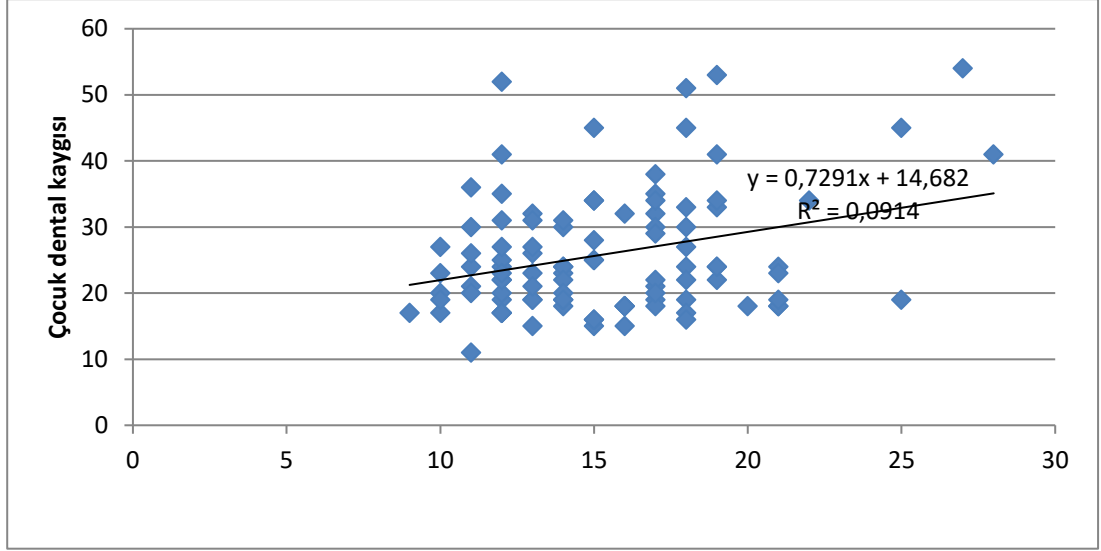
#### 3.3.1. Çocuğun Dental Kaygısı ile Ebeveynlik Tarzları Arasındaki İlişki

Ebeveynlik tarzı ölçeğinin yetkin/demokratik anne-babalığı alt boyutu ile çocuğun dental kaygısı arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi aracılığıyla incelenmiştir. Ebeveynlik tarzı ölçeğinin yetkin/demokratik anne-babalığı alt boyutu ile çocuğun dental kaygısı arasında negatif yönde %17,1'lik bir ilişki vardır ancak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,087>0,05$ ) (şekil 3.2). Buradan ebeveynlik tarzı ölçeğinin yetkin/demokratik anne-babalığı alt boyutu çocuğun dental kaygısı üzerinde bir etkisi olmadığı yani çocuğun dental kaygısını etkilemediği sonucuna varılabilir.



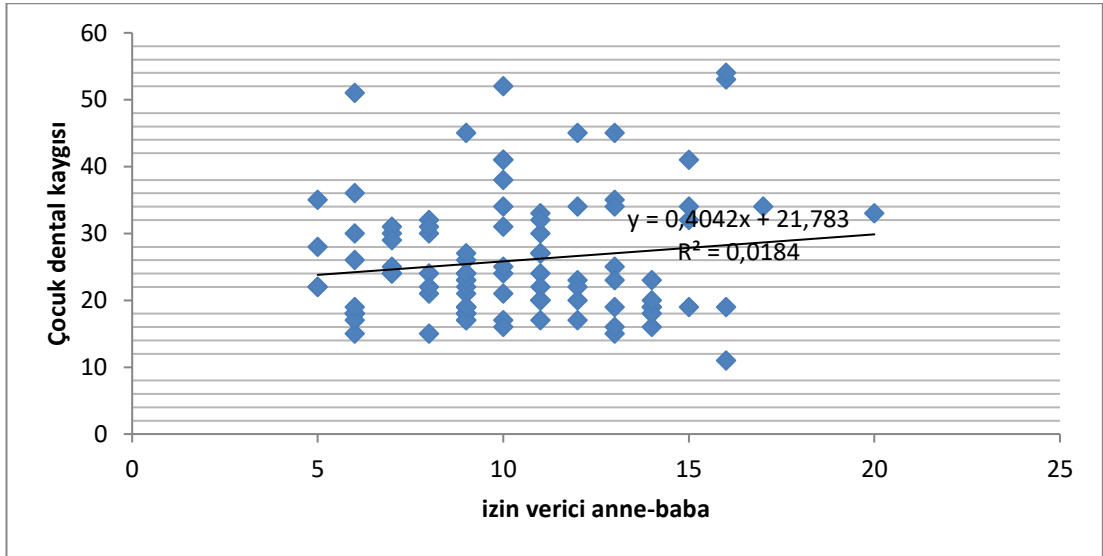
Şekil 3.2: çocuk dental kaygı-yetkin/demokratik ebeveynlik tarzı arası ilişki grafiği

Ebeveynlik tarzı ölçeğinin yetkeci ya da otoriter anne-babalığı alt boyutu ile çocuğun dental kaygısı arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi aracılığıyla incelenmiştir. Ebeveynlik tarzı ölçeğinin yetkeci ya da otoriter anne-babalığı alt boyutu ile çocuğun dental kaygısı arasında pozitif yönde %11,75'lik bir ilişki vardır ancak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,244>0,05$ ) (şekil 3.3). Buradan Ebeveynlik tarzı ölçeğinin yetkeci ya da otoriter anne-babalığı alt boyutunun çocuğun dental kaygısı üzerinde bir etkisi olmadığı yani çocuğun dental kaygısını etkilemediği sonucuna varılabilir.



Şekil 3.3: çocuk dental kaygı- yetkeci/otoriter ebeveynlik tarzı arası ilişki grafiği

Ebeveynlik tarzı ölçeğinin izin verici anne-babalığı alt boyutu ile çocuğun dental kaygısı arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi aracılığıyla incelenmiştir. Ebeveynlik tarzı ölçeğinin izin verici anne-babalığı alt boyutu ile çocuğun dental kaygısı arasında pozitif yönde %31'lik bir ilişki vardır ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,002<0,05$ ) (şekil 3.4). Buradan Ebeveynlik tarzı ölçeğinin izin verici anne-babalığı alt boyutunun çocuğun dental kaygısı üzerinde bir etkisi olduğu yani çocuğun dental kaygısını etkilediği sonucuna varılabilir.

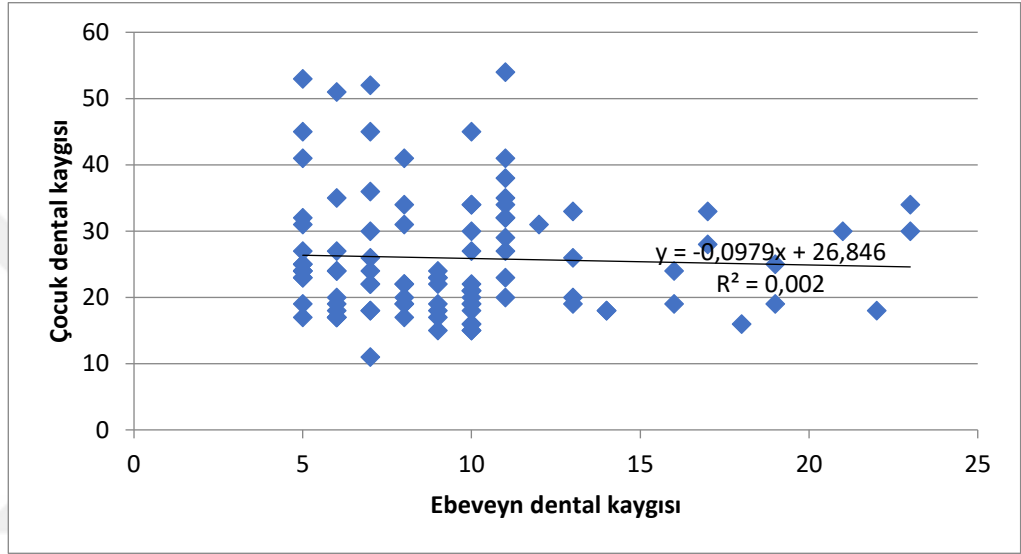


Şekil 3.4: çocuk dental kaygı-izin veren ebeveynlik tarzı arası ilişki grafiği



### 3.3.2. Çocuğun Dental Kaygısı ile Ebeveynin Dental Kaygı İlişkisi

Ebeveyn dental kaygısı ile çocuğun dental kaygısı arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi aracılığıyla incelenmiştir. Ebeveyn dental kaygısı ile çocuğun dental kaygısı arasında pozitif yönde %7,2'lik bir ilişki vardır ancak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,477>0,05$ ) (şekil 3.5). Buradan ebeveyn dental kaygısının çocuğun dental kaygısı üzerinde bir etkisi olmadığı yani çocuğun dental kaygısını etkilemediği sonucuna varılabilir.



Şekil 3.5: Çocuk dental kaygısı- ebeveyn dental kaygısı ilişkisi grafiği

#### 4. TARTIŞMA

Dental kaygı, özel dış kaynaklı uyarıcı ile ilişkili olmaksızın bireyin her türlü dental işleme karşı hissettiği korku ve endişe olarak tanımlanmaktadır (Folayan ve ark 2004). Dış hekimliğinin en büyük sorunlarından olan dental kaygı (Gao ve ark 2013), dış hekimisi ile iş birliği yapamayan çocukların tedavilerinin gerçekleştirilememesinin en önemli sebeplerinden biri olarak görülmektedir (Malamed 2003). Dental kaygısı olan çocuk ve ergenler çoğu kez dış hekimisi ile iş birliği yapamadığından, bu çocukların dental tedavileri zor ya da imkansız hale gelebilir (Klingberg ve Broberg 2007). Çocuğun tedaviye olan bu tutumu tedavi sonucunu etkiler, dental ekipte mesleki strese sebep olur ve sıklıkla dış hekimisi ile çocuk ya da ebeveyni arasındaki anlaşmazlığın nedenidir (Hakeberg ve ark 1993).

Çocukların dental tedavilerini gerçekleştirirken ortaya çıkabilen dental kaygı durumunun ve davranış sorunlarının ortadan kaldırılmasında bu sorunların sebebini anlayabilmek önemlidir (Krikken ve ark 2013). Dental kaygı çok bileşenli etyolojisi olan bir fenomendir (Freeman 1985). Yaş, sosyal ve duygusal gelişim düzeyi, mizaç, mental ya da gelişimsel bozukluklar, genetik faktörler, geçmişteki travmatik dental ziyaretler dental kaygı seviyesini etkileyebildiği gibi ebeveynlik tarzı ve ebeveynin dental kaygı durumu da çocuğun dental kaygı seviyesini etkileyebilmektedir (Aminabadi ve Farahani 2008).

Literatürde çocukların dental kaygıları ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde genellikle dental kaygı etyolojisi ve dental kaygı seviyesi için kullanılan ölçüm yöntemlerinin karşılaştırıldığı çalışmalardan oluşmaktadır (Skaret ve ark 1998, Folayan ve ark 2004, Tüzüner 2007, Bayrak ve ark 2010). Ebeveynlik tarzının ve ebeveyn dental kaygısının çocuğun dental kaygısı üzerine yapılan çalışmaların büyük kısmının yabancı kaynaklı olduğu dikkat çekmektedir (Krikken ve Veerkamp 2008, Themessl-Huber ve ark 2010, Gao ve ark 2013). Türk toplumunda bu konularla ilgili sınırlı sayıda çalışma yapılmış olup sınırlı sayıda veriye ulaşılabilmektedir (Sarı ve ark 2002).

Bu tezin amacı, ebeveynlik tarzı ve ebeveyn dental kaygısının çocuğun dental kaygısını ne şekilde etkilediğini ortaya koymaktır. Bu çalışmada kliniğimize gelen çocuklarda dental kaygı seviyesi incelenirken, ebeveynlerde ise dental kaygı seviyesi ve ebeveynlik tarzı incelenmiştir.

Ebeveynlik tarzı ile çocuğun dental kaygısı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar incelendiğinde bu çalışmaların hem sayıca az olduğunu hem de elde edilen sonuçların tartışmalı olduğu görülmektedir. Literatürdeki mevcut çalışmalar arasında ebeveynlik tarzı ile çocuğun dental kaygısı arasında anlamlı ilişki olmadığını bildiren çalışmalar (ten Berge ve ark 2003, Krikken ve Veerkamp 2008, Krikken ve ark 2012, Krikken 2013, Krikken ve ark 2013, Wu ve Gao 2018) olduğu kadar, ebeveynlik tarzı ile çocuğun dental kaygısı arasında pozitif korelasyon olduğunu savunan çalışmalar da mevcuttur (Venham ve ark 1979, Aminabadi ve Farahani 2008, Aminabadi ve ark 2015, Aminabadi ve ark 2016).

Bu tez çalışmasında elde edilen sonuçlara göre ise, demokratik ve otoriter ebeveynlik tarzı ile çocuğun dental kaygısı arasında anlamlı ilişki bulunamazken; izin veren ebeveynlik ile çocuğun dental kaygısı arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Çıkan bu sonuç Venham ve arklarının (1979) okul öncesi çocuklarla ve ebeveynleriyle yaptığı çalışmanın sonucu ile paraleldir. Yazarlar daha yüksek kaygı seviyesine sahip çocukların ebeveynlerinin daha fazla izin verici tutuma, daha az güven ve disipline sahip ebeveynler olduğunu belirtmişlerdir (Venham ve ark 1979).

Uyumsuz davranışları sebebiyle pedodonti kliniğine yönlendirilen çocukların kaygı seviyesi ve ebeveynlerinin ebeveynlik tarzlarının incelendiği bir çalışmada, diş hekimlerinin çocuğun davranışı yönetebilme etkinliğinin, pre-operatif ebeveyn beklentisi ve ebeveynlik tarzından etkilendiği; otoriter ebeveynlerin, çocuklarının davranışlarının diş hekimi tarafından yönetilmesi beklentisi içinde oldukları, izin veren ebeveynlerin ise diş hekiminde güven duymadıkları belirtilmiştir (Krikken ve Veerkamp 2008). Bu çalışmada ebeveynler, işlem esnasında çocuklarının yanına alınmamıştır. Ebeveynlik tarzının, çocuğun pre-operatif dental kaygısına ve tedavi sürecindeki kooperasyonuna etkisi olmadığı sonucuna ulaşılan bu çalışmada, ebeveynler işlem sonrasında çocuk-diş hekimi ilişkisine daha çok güven duyduklarını ve dental işlemler sırasında çocuklarının yanında olmalarına daha az ihtiyaç olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir (Krikken ve Veerkamp 2008).

Aminabadi ve ark (2012), çocuğun dental kaygısı ve davranışları üzerinde ebeveynlik tarzının etkili olmadığı ancak annenin duygusal zekasının çocuğun davranışlarının belirleyicisi olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Bu çalışmada dikkat çeken nokta ise duygusal zekanın demokratik ebeveynlerde daha yüksek bulunmuş olmasıdır (Aminabadi ve ark 2012)

Ebeveynlik tarzlarının çocuğun dental kaygısına etkisini araştıran Krikken ve ark (2012) ise kliniklerine özel olarak yönlendirilen çocuklar ve herhangi bir yönlendirme olmaksızın kliniklerine gelen çocuklar ve ebeveynleri ile yaptıkları araştırmada, her iki grupta da ebeveynlik tarzı ile çocuğun dental kaygısı arasında anlamlı ilişki bulamamışlardır. Ancak herhangi bir yönlendirme olmaksızın kliniklerine gelen hastalarda ebeveynleri otoriter ebeveynlik tarzına sahip olan hastaların daha kaygılı olduğu görülmüştür (Krikken ve ark 2012).

Korku, stres, duygusal durum, kişilik özellikleri, ebeveynlik gibi pek çok faktörün çocuğun davranış ve tepkilerini etkileyebildiğini ileri süren Aminabadi ve Farahani (2008), kaygının olumsuz pediatrik reaksiyonların önemli bir göstergesi olduğunu ve ebeveynlik tarzının bu konuya ışık tuttuğunu ve ebeveynlik davranışlarının muhtemel kaygı bozukluklarının aktarım mekanizmasında rol oynayabileceğini ileri sürmüşlerdir (Aminabadi ve Farahani 2008). Yine aynı çalışmada ebeveynlik tarzları ile çocukların davranışları arasındaki ilişki incelenmiş; izin veren ebeveynlerin çocuklarının diş hekimini ile iş birliği yapamadığını, daha fazla ağladığını ve el-ayak hareketlerinin daha yoğun olduğu sonucuna varılmıştır. Araştırmacılar, izin veren ebeveynlerde hasta ile fiziksel temas (%74), tedaviyi durdurma (%70), anestezinin etkinliği ile ilgili sorular sorma (%50) gibi davranışlar gözlemediklerini; izin veren ve otoriter ebeveynlerin çocuklarının daha olumsuz davranışlar sergilediğini; izin veren ve otoriter ebeveynlerin çocuklarının fiziksel kısıtlama, sedasyon gibi ileri davranış yönlendirme tekniklerine daha çok ihtiyaç duyduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca; demokratik ebeveynlerin, izin veren ve otoriter ebeveynlere göre diş hekiminin çocuğun davranışlarını ynetebileceğine, daha çok inandığını ve izin veren ebeveynlerin, yetkili ebeveynlerle kıyaslandığında diş hekimin çocuğuna zarar vermeyeceğine daha az inandığı tespit edilmiştir (Aminabadi ve Farahani 2008).

Aminabadi ve ark.larının (2016) yaptığı bir başka çalışmada da izin veren ebeveynlik tarzı ile çocuğun olumsuz davranışları ve dental kaygısı arasında pozitif korelasyon olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ebeveynlik tarzının uygun dental davranış yönlendirme tekniği seçimi yapılırken göz önünde bulundurulması gerektiğinin altı çizilmiştir.

Ebeveynlik tarzının, çocukların sorunlarla başa çıkma şeklinin temel bir belirleyicisi olduğunu ve bu durumun bir çocuğun yetişkinlerle olan iletişimine de

yansıdığını savunan Bailey ve ark (1973), ebeveynlik tarzının bir çocuğun diş hekimi koltuğunda yaşayabileceği stres gibi çeşitli stres ve uyaranlarla ne şekilde başa çıkacağını etkilediğini savunmaktadır.

Venham ve Gaulin-Kremer (1979) de doğru yapılandırılmış ev ortamının, duyarlı ve kendinden emin annelerin, sınır koyabilen ve bolca ödül-ceza sistemini kullanan ebeveynlerin, çocukların stres toleransını yükseltip onların bu gibi zor durumlarla başa çıkabilme yeteneğini geliştirdiğini öne sürmüşlerdir (Venham ve Gaulin-Kremer 1979).

Rapee (1997) ise kaygılı çocukların ebeveynlerinin, çocuklarına karşı kontrol, reddetme ve aşırı koruyuculuk ile karakterize edilebilen şekilde davrandıklarını öne sürmüştür. Bu sonuçla paralel olarak başka bir çalışmada da benzer şekilde ebeveynlerinin sevgi gösterdiği ve daha az kontrolcü davrandığı çocukların streslerle daha iyi baş edebildiği ancak otoriter ebeveynlerin çocuklarının daha stresli oldukları olduğu belirtilmiştir (Wood ve ark 2003). Daha yakın tarihte yapılan araştırmalarda ise kaygı bozukluğu olan yetişkinler ebeveynlerini davranışlarını aşırı koruyucu, sevgisini ve gerekli bakımı göstermede eksik olarak hatırladıklarını belirtmişlerdir (Gerlsma ve ark 1990, Rapee 1997).

Kaygı bozukluğu olan çocuklarda da benzer algılar olduğunu ve algılanan ebeveyn psikolojik kontrolü ile kaygı belirtileri arasında pozitif korelasyon olduğunu ileri süren araştırmalar da mevcuttur (Barber ve ark 1994, Muris ve Merckelbach 1998). Kaygı modülasyonu, merkezi algı mekanizmalarını etkileme yolu ile ebeveynlik tarzı ve çocuğun dental klinikte sorunlarla baş edebilme yeteneği arasındaki korelasyonun altında yatan sebep olabilir (Aminabadi ve ark 2016).

Ebeveynlik tarzının çocuğun dental kaygısı ile ilişkisini araştıran çalışmalarda tartışmalı sonuçların çıkması, ebeveynlik tarzının çocuk ile ebeveyn arasındaki statik değil uzun dinamik bir sürecin sonucu olması ile ilgili olmasına atfedilebilir. Bu varsayım Kiff ve arkadaşlarının (2011) çalışması ile desteklenmiştir, çocuğun davranışları ve ebeveynlik tarzı karşılıklı etkileşim içindedir. Çocuğun davranışı, ebeveynliğe tepkisi ile ilişkili olabildiği gibi, ebeveynlik tarzından da etkilenebilir. Ayrıca zaman geçtikçe çocuğun davranışları, çocuğun karakterini etkileyebilecek ebeveyn davranışlarını da etkileyebilip çift yönlü etkileşime sebep olabilir. Benzer şekilde Guajardo ve arkadaşları (2009) da ebeveynlik, ebeveynlik stresi, çocuğun

davranışları ve çocuğun bilişsel sosyal performansı arasındaki kompleks ilişkiye dikkat çekmiştir.

Literatürdeki çalışmalarda ebeveynlik tarzının belirlenmesi için birincil bakıcıların uygulamaları raporu (BBUR), çocuk yetiştirme uygulamaları raporu (ÇYUR) ve anne-babalık stilleri ve boyutları ölçeği (ASBÖ) pek çok ölçek kullanılmıştır. Bu anketler uzun olmaları dolasıyla zaman isteyen anketlerdir (Robinson ve ark 2001). Bu dezavantajlarının yanı sıra ASBÖ'nün de içinde bulunduğu BBUR, ÇYUR gibi ebeveynlerin kendilerinin uyguladığı ölçüm yöntemlerinin sınırlamalarından biri, sosyal tercih edilebilirlik etkilerinden muzdarip olmasıdır. Diğer bir deyişle, ebeveynler aslında oldukları ebeveynliğe değil de, sosyal olarak daha kabul edilebilir veya daha iyi olduğu algılanan ebeveynliğe dahil olduklarını bildirmeye meyilli olabilirler (Krikken ve ark 2012). İleride ASBÖ ile yapılacak çalışmalarda, ASBÖ'nün hem ebeveynin kendisini değerlendirmek hem de eşini değerlendirmek için kullanılması bu ölçeğin orijinal fikrine daha uygun olacaktır (Oliveira ve ark 2018). Bu ölçek ile ilgili diğer bir sınırlama ise ölçeğin izin verici ebeveynlik tarzı ve cezalandırıcı boyutunun güvenilirliğinin düşük olmasıdır (Pedro ve ark 2015). Ancak ASBÖ'nün diğer anketlere oranla daha az sayıda sorudan oluşması ve Türkiye'de yapılan çalışmalarda güvenilirliğinin ve geçerliliğinin yüksek olması (Onder ve Gulay 2009) nedeniyle bu tez çalışmasında ASBÖ'nün kullanması uygun görülmüştür.

Bu tezde incelenen diğer bir parametre, çocuğun ve ebeveynin dental kaygısı arasındaki ilişkidir. Çocuklar ile ebeveynlerinin dental kaygıları arasındaki ilişki konusunda da fikir birliği mevcut değildir. Çocuğun dental kaygısı ile ebeveynin dental kaygısı arasında anlamlı ilişki olmadığını öne süren pek çok çalışma olduğu gibi (Bailey ve ark 1973, Alwin ve ark 1991, Veerkamp ve ark 1992, Townend ve ark 2000, Ten Berge 2001, Folayan ve ark 2002, Klaassen ve ark 2003, Arnrup ve ark 2004, Leal ve ark 2013, Wu ve Gao 2018), ebeveynin dental kaygısı ile çocuğun dental kaygısı arasında anlamlı ilişki olmadığını öne süren çalışmaların tersine, ebeveynin ve çocuğun dental kaygısı arasında pozitif korelasyon olduğunu savunan çalışmalar da mevcuttur (Klingberg ve Berggren 1992, Corkey ve Freeman 1994, Bankole ve ark 2002, Colares ve Richman 2002, Rantavuori ve ark 2002, Milsom ve ark 2003, Cardoso ve ark 2004, Peretz ve ark 2004, Gustafsson ve ark 2007, Klaassen ve ark 2007).

Bu tez çalışmasında da ebeveynin dental kaygısı ile çocuğun dental kaygısı arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Çıkan sonuçlar Wu ve Gao (2018)'nin yaptıkları çalışmanın sonucu ile paraleldir. Yazarlar, ebeveynin dental kaygı seviyesinin ölçümü için CDKS kullanılırken, çocuğun dental kaygısı için bizim de çalışmamızda olduğu gibi CFSS-DS kullanmışlardır. Yazarlar çıkan sonucu, daha büyük çocukların diş tedavisine yönelik algılarının, ağırlı prosedür ve profesyonel davranışlar gibi gerçek diş hekimliği deneyimlerinden daha fazla etkilenmesine dayandırmaktadırlar (ten Berge ve ark 2003)

Bailey ve ark. (1973), 40 tanesi akut ağrıyla başvurmuş, diğer 40 tanesi ise koruyucu uygulamalar için başvurmuş toplamda 80 çocuk ve ebeveynine anket uygulamıştır. 9 ve 10 yaş çocuklarının kaygı skoru ile annelerinin kaygı skorları korele bulunurken, 11 ve 12 yaş çocuklarda anne ve çocukların kaygı skorları arasında önemli bir ilişki bulunamamıştır (Bailey ve ark 1973). Alwin ve ark. (1991) çocuklar ve ebeveynlerinin dental kaygıları arasında zayıf bir ilişki olduğunu dolayısıyla da ebeveyn dental kaygısı ile çocuğun dental kaygısı arasında bir ilişki kurulamayacağını belirtirken; aynı araştırmacılar yaptıkları başka bir çalışmada ise annelerin, çocuğun bakımı birincil üstlenen ebeveynlerin, çocuğun kaygı gibi stresli durumlarda sorunlarla başa çıkabilme yeteneğini etkileyebileceği bildirmişlerdir (Alwin ve ark 1994).

Diğer taraftan, kaygısız annelerin çocuklarının da stresli durumlarda kaygısız kalabildikleri gözlemlenmiştir (Alwin ve ark 1994). Ancak kaygılı çocukların annelerinde durum değişiklik gösterebilmektedir. Alwin ve arkları (1994), Rachman'ın korku oluşmasını açıklarken öne sürdüğü 3 mekanizmanın etkili olduğunu ancak çocuğun ağrı gibi yaşadığı travmaların daha etkili olduğunu, dolaylı öğrenmenin ise daha minör rol oynadığını belirtmişlerdir (Townend ve ark 2000). Folayan ve ark. (2002) da bu sonuca paralel olarak ebeveyn ve çocuk dental kaygısı arasında pozitif korelasyon olmadığı sonucuna varmışlardır. Ancak, annenin dental kaygısının babanın dental kaygısına göre, çocuğun dental kaygısı üzerinde daha etkili olduğunu ama bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olmadığını da belirtmişlerdir. Araştırmacılar bu çalışmada, çocuk ve ebeveynin dental olarak kaygıları arasında korelasyon bulamama sebeplerinden birinin de kültür olabileceğini ifade etmişlerdir. Yazarlara göre kültürleri özellikle korku, kaygı, incinme gibi duyguları göstermeye

teşvik etmediği için, ebeveynler bu duyguları sıklıkla çocuklarından saklamaktadırlar (Folayan ve ark 2002).

Klaassen ve ark. (2003) ise çocuğun CFSS-DS skorlarına bakarak tedavinin başlangıcındaki dental kaygının tedavi sonrasında azaldığını ancak kaygının ebeveyn kaygısı ile korele olmadığını belirtmiştir. Yazarlara göre çıkan sonuçlar korku ve kaygının oluşmasında çok etkenli modelin etkili olduğu sonucunu desteklemektedir (Klaassen ve ark 2003). Bir başka çalışma ise genel anestezi altında çekim tedavileri yapılan çocuklarda kaygı seviyesinin ebeveyn kaygısı ile ilişkili olmadığını ancak yaş ve çekim yapılan diş sayısı ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (Gazal ve Mackie 2007).

Klingberg ve Berggren (1992) şiddetli dental korkusu olan ebeveynlerin çocuklarını araştırmalarına dahil etmiş ve araştırmaya katılan çocukların %45'inin dental korkusunun ebeveynlerinin dental korkusu ile ilişkisi olduğu görülmüştür. Dental korku sebebiyle dental tedaviden kaçınıldığı ve randevulara gelinmediği vurgulanmıştır (Klingberg ve Berggren 1992). Diğer bir benzer araştırmada, 7 yaşındaki okul çocuklarından seçilmiş ve bu çocukların annelerinin dental kaygısı ile çocuğunki ilişkili bulunmuştur. Ayrıca psikolojik gelişim faktörleri ve dental faktörlerin de kaygıyı etkilediği belirtilmiştir (Corkey ve Freeman 1994). Bankole ark. (2002) Nijerya'da bir şehirdeki üç ayrı dental kliniğe başvuran 2-15 yaş arası 260 çocukla çalışma yapmış ve anneye ait kaygının bazı çocuklarda dental davranışı, tedavinin belli dönemlerinde etkileyebildiği sonucuna ulaşmıştır. Rantavuori ve ark. (2002) da ebeveyn kaygısının çocuğun kaygısında önemli rol oynadığını, zorlu geçen ilk randevunun dental kaygının güçlü bir ön görücüsü olduğu belirtirken; başka bir çalışmada kaygılı çocukların daha fazla çürüğü olduğu, randevularının takip edilmediği, daha kaygılı ebeveynlere sahip oldukları ve geçmişte çekim tecrübesi yaşadıklarını belirtmişlerdir (Milsom ve ark 2003).

Tedavi esnasında fiziksel olarak kısıtlanan ve kısıtlanmayan çocuklar ile annelerinin çalışmaya dahil edildiği diğer bir çalışmada, fiziksel olarak kısıtlama yapılan çocukların annelerinin, kısıtlamanın yapılmadığı çocukların annelerine göre daha kaygılı olduğu bulunmuştur (Cardoso ve ark 2004). Peretz ve ark (2004)'nın diş hekimliği öğrencileri ile gerçekleştirdikleri araştırmada, çocuğun kaygısı ile ebeveynin kaygısı arasında güçlü bir korelasyon bulunurken; öğrencinin deneyimi, en son gerçekleştirilen dental tedavinin içeriği ve süresi ve bu tedavinin ne kadar



önce yapıldığının da çocuğun kaygısını etkileyen faktörlerden olduğu bildirilmiştir. Davranış yönetim problemleri ile yönlendirilmiş çocuklardan oluşan heterojen grupta Gustafsson ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada bu çocukların ebeveynlerinin yüksek kaygısı olduğu bildirilirken; kontrol grubundaki çocuklarla karşılaştırıldığında, bu çocukların daha başarısız sosyal ilişkiler kurduğu, ayrıca ebeveynlerin de beraber yaşamadığı ve ailelerinin de sosyoekonomik seviyelerinin düşük olduğunu belirtilmiştir. Klaassen ve ark. da (2007) dental korku sebebiyle pedodonti kliniğine yönlendirilmiş çocuklarda annenin dental korku skoru ile çocuğun çocuk korku değerlendirme skalası (CFSS-DS) skorları arasında orta seviyede korelasyon bulmuştur. Yazarlar korku ve kaygı oluşumunda çocuk-ebeveyn-diş hekimi arasındaki ilişkinin de önemini belirtmişlerdir (Klaassen ve ark 2007)

Metodolojik olarak, mevcut literatürde ebeveyn ve çocuk diş hekimliği korkusu arasında bağlantı kurulmasına ilişkin iki konuda eleştiri yapılmıştır. Yapılan eleştirilerden biri kullanılan ölçme araçları ile ilgilidir (Wright ve ark 1973). Elde edilen ilk raporlar nesnel geçerliliğe sahip olmasa da, daha sonra yapılan çalışmalar hem ebeveynlerde hem de çocuklarda kaygıyı değerlendirmek için sıklıkla kullanılan ve onaylanmış araçları kullanmıştır (Taylor 1953). Diğer bir eleştirilen konu ise, dental kaygı ile ilgili çalışmalarda dental davranış yönetim sorunlarının var olan dental kaygının yansıması kabul edilmesi olmuş ve kaygı ile dental davranış yönetim sorunları arasındaki ilişki sorgulanmıştır (Klingberg ve ark 1995); çünkü dental davranış yönetim sorunları çocuğun bulunduğu psikolojik gelişim aşaması ve mizaç gibi pek çok faktörden etkilenabilmektedir (Klingberg ve ark 1994).

Ebeveynin dental kaygısı ile çocuğun dental kaygısı arasındaki ilişki araştırılırken kullanılan ölçüm yöntemleri ile ilgili dikkat edilmesi gereken diğer bir konu da farklı ölçüm yöntemlerinin sonucu etkileyebildiğidir. Ebeveynin ve çocuğun dental kaygıları arasındaki bağlantıyı araştırırken farklı türdeki ölçümlerin farklı eğilimler ürettiği gerçeği, metodolojik kaygıları artırmaktadır. Bu kaygılar arasında, kullanılan tedbirlerin internal ve eksternal geçerliliği, diş korkusunun kavramsallaştırılması ve özellikle çocuklarda diş korkusunun değerlendirilmesinin uygulanabilirliği hakkında sorular yer almaktadır (Haynes ve ark 2006).

Bu tez çalışmasında çocuğun dental kaygı seviyesinin ölçümü için çocuk korku değerlendirme skalası-dental alt ölçeği (CFSS-DS) kullanılırken, ebeveynin dental

kaygı seviyesinin ölçümü için ise modifiye dental kaygı skalası (MDKS) kullanılmıştır. CFSS-DS, çocuklarda dental kaygıyı değerlendirmek için 1982 yılında geliştirilmiş bilinen bir psikometrik ölçektir (ten Berge ve ark 1998). Son yıllarda pek çok ülkede çeşitli dillere çevrilerek kullanılmış, iyi bir güvenilirlik ve geçerliliğe sahip olduğu gösterilmiştir (Nakai ve ark 2005). Bu şekilde, kültürel olarak belirlenmiş farklılıklar değerlendirilebilir ve gerekirse, dental kaygı kavramının daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunabilir. Bu gibi özelliklerinden dolayı CFSS-DS dental kaygının incelendiği pek çok çalışmada kullanılmıştır (Koplik ve ark 1992, Klingberg ve ark 1995, Folayan ve ark 2002, ten Berge ve ark 2003, Arnrup ve ark 2004, Nakai ve ark 2005). Bu sebepler, CFSS-DS'nin, venham resim testi (VRT) ve dental kaygı skalası (DKS)'a göre daha tercih edilebilir olmasını sağlamıştır. CFSS-DS sayesinde uygulanacak dental prosedürler hakkında daha geniş ve net bilgi edinilmesi mümkündür. VPT ile kıyaslama yapıldığında, VRT'nin dezavantajlarından biri çocuk ve ergenlerin testteki resimlerle kendilerini özdeşleştirmenin zor olmasıdır; bu durum da VRT'nin geçerliliğini azaltmaktadır (Aartman ve ark 1998). Modifiye çocuk dental kaygı skalası (MÇDKS) ve modifiye çocuk dental kaygı skalası-resimli versiyon MÇDKSf gibi bazı ölçeklerde de bu geçerlidir. Bu ölçekler, kaygının ardındaki bazı nedenlerin araştırılmasına olanak sağlayabilir, ancak daha önce hastaların yüzleri nasıl algıladıkları ile ilgili sorunlar vardır. Anksiyete durumları, 1, 2 ve 3 numaralı yüzlerin rahat bir yanıt olarak görülebileceğini ve endişe verici bir cevap olarak 4 ve 5'inin yüz yüze gelebileceğini düşündürmektedir (Dailey ve ark 2001). Yapılan diğer bir çalışmada ise CFSS-DS'nin madde sayısının fazla olması eleştirilmiş ama olumsuz bir çocuk davranışını öngörme yeteneği göz önüne alındığında MÇDKS'a göre daha uygun bir ölçek olduğu belirtilmiştir (Paglia ve ark 2017). Bu bilgiler ışığında bu tezde çocuk dental kaygısının tespiti için CFSS-DS anketi kullanılmıştır.

Bu tezde yetişkinlerde dental kaygıyı tespit etmek için kullanılan Corah dental kaygı skalası (CDKS), MDKS ve dental korku skalası günümüzde sıklıkla kullanılan anketlerdendir (Dailey ve ark 2001, Armfield 2010). MDKS'ın Türk toplumu üzerinde güvenilir ve geçerli bir skala olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Ilguy ve ark 2005, Tunc ve ark 2005). Bu sebeple ebeveynin dental kaygısının belirlenmesi için ise modifiye dental kaygı skalası (MDKS) kullanılmıştır.

Çocuğun dental kaygısı araştırılırken dikkat edilmesi gereken diğer bir konu ise diş hekimi ziyaretinin nerde gerçekleşmiş olduğudur (hastane, dental klinik, uzman diş merkezleri vs.). Bu durum pek çok araştırmacının ilgisini çekmekte ve değişik ortamların ebeveyn ve çocukların dental kaygısını nasıl etkilediğini araştırmaktadırlar. Gerçekten de, diş ziyaretinin gerçekleştiği bazı ortamlar, ebeveyn ve çocuk diş hekimliği korkusu arasındaki ilişkiyi etkiliyor gibi görünmektedir. Bu sebeple içinde olduğu ortamı da değerlendirme gerekli olabilir (Hoghugi 1992).

Hastane ortamında yapılan bir çalışmada, ebeveyn ve çocuğun dental kaygıları korele bulunurken, benzeri bir çalışmada ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu tez çalışmasının tersine diş hekimliği fakültelerinde yapılan çalışmaların tamamında ebeveyn ve çocuğun dental kaygıları korele bulunurken, uzman diş merkezlerinde yapılan çalışmaların yarısında anlamlı ilişki bulunup diğer yarısında bulunamadığından dental kaygının ölçüldüğü mekanın dental kaygıya etkisi hakkında net bir sonuç çıkmamaktadır (Themessl-Huber ve ark 2010).

Bu çalışma ile çocuğun dental kaygısı ile ebeveyn tarzı ve ebeveyn dental kaygısı arasındaki ilişkiye ışık tutulmaya çalışılmıştır. Bu tez çalışmasında elde edilen veriler değerlendirildiğinde, üç ebeveynlik tarzından sadece izin veren ebeveynlik tarzı ile çocuğun dental kaygısı arasında pozitif korelasyon kurulabildiği yani izin veren ebeveynlerin çocuklarının dental olarak daha kaygılı oldukları görülmüştür. Ebeveynin dental kaygısı ile çocuğun dental kaygısı arasındaki ilişki incelendiğinde ise ebeveynin dental kaygısının çocuğun dental kaygısını etkilemediği görülmüştür. Bu konu ile ilgili çalışmalar incelendiğinde tartışmalı sonuçların çıkması, dental kaygı konusunun kompleks yapısını düşündürmektedir.

## 5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu tez çalışmasında ebeveynlik tarzının ve ebeveyn dental kaygısının çocuğun dental kaygısı üzerine etkisi araştırılmış olup, elde edilen sonuçlar kısaca;

1. Demokratik ve otoriter ebeveynlik ile çocuğun dental kaygısı arasında anlamlı ilişki bulunmadığı,
2. İzin veren ebeveynlik ile çocuğun dental kaygısı arasında pozitif yönde ilişki bulunduğu,
3. Ebeveynin dental kaygısı ile çocuğun dental kaygısı arasında ise anlamlı ilişki bulunmadığıdır.

Ebeveynlik tarzının çocuğun dental kaygısına etkisini araştırırken elde edilen verilerin ve çocuğun ebeveynlik tarzlarına olan cevabının tartışmalı olması, ebeveynin çocuğu tek yönlü etkilemeyip etkileşimin karşılıklı olmasına atfedilebilir.

Ebeveynlik tarzı ve ebeveyn dental kaygısının çocuğun dental kaygısına etkisini araştırırken çocuğun yaşı, önceki dental tecrübeleri, randevularına anne ya da babayla gitmesi, ebeveynin ve çocuğun diş hekimi ile kurduğu ilişki gibi pek çok faktörü de göz ardı etmemek gerekir. Dental kaygının bu çok etkenli yapısı, bu konuda yapılacak araştırmalarda karşılaşılabilecek zorluklardandır.

Çocuğun ve ebeveynin dental kaygısı ile ebeveynlik tarzlarını belirlemek için kullanılan anket, dahil edilen çocukların yaş aralığı, çalışmanın yapıldığı ortam gibi pek çok kısıtlamadan bahsedilebilir. Çalışmanın sonuçlarını değerlendirirken bu kısıtlamaların göz önünde bulundurulması önemlidir.

Çocuk diş hekimliğinde esas amaç, çocuk hastaların dental kaygılarını yenerek diş hekimi ile iş birliği yapmasını sağlayabilmek ve yetişkinliğinde de olumlu davranışlar geliştirmesini sağlayarak kaliteli tedaviler gerçekleştirmektir. Dental kaygı hakkındaki bilgi ve tecrübe eksikliği sebebiyle, hekimler kaygılı hastalara bakmaktan kaçınmaktadırlar. Çocuk hasta bakan diş hekimlerinin bu konu hakkındaki bilgi ve farkındalığının artmasının, toplum ağız diş sağlığına katkı sağlayabileceğini düşünmekteyiz. Ebeveynlik tarzının ve ebeveyn dental kaygısının çocuğun dental kaygısı üzerine etkisi ile ilgili çalışmaların sayıca yetersiz olduğu ortadır ve daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

## KAYNAKÇA

- Aartman IH, van Everdingen T, Hoogstraten J, Schuurs AH, 1998. Self-report measurements of dental anxiety and fear in children: a critical assessment. *ASDC journal of dentistry for children*, 65, 4, 252-8, 29-30.
- Aartman IHA, van Everdingen T, Hoogstraten J, Schuurs AHB, 1996. Appraisal of behavioral measurement techniques for assessing dental anxiety and fear in children: A review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 18, 2, 153-71.
- Akcan A, Deniz, U., 2016. An Investigation Of Preschool Children's Behaviors In Relation To Parenting Practices And Demographics
- Alvesalo I, Murtomaa H, Milgrom P, Honkanen A, Karjalainen M, Tay KM, 1993. The Dental Fear Survey Schedule: a study with Finnish children. *International journal of paediatric dentistry*, 3, 4, 193-8.
- Alwin N, Murray JJ, Niven N, 1994. The effect of children's dental anxiety on the behaviour of a dentist. *International journal of paediatric dentistry*, 4, 1, 19-24.
- Alwin NP, Murray JJ, Britton PG, 1991. An assessment of dental anxiety in children. *British dental journal*, 171, 7, 201-7.
- Aminabadi NA, Deljavan AS, Jamali Z, Azar FP, Oskouei SG, 2015. The Influence of Parenting Style and Child Temperament on Child-Parent-Dentist Interactions. *Pediatric dentistry*, 37, 4, 342-7.
- Aminabadi NA, Farahani RM, 2008. Correlation of parenting style and pediatric behavior guidance strategies in the dental setting: preliminary findings. *Acta odontologica Scandinavica*, 66, 2, 99-104.
- Aminabadi NA, Najafpour E, Erfanparast L, Jamali Z, Pournaghi-Azar F, Tamjid-Shabestari S, Shirazi S, 2016. Oral health status, dental anxiety, and behavior-management problems in children with oppositional defiant disorder. *European journal of oral sciences*, 124, 1, 45-51.
- Aminabadi NA, Pourkazemi M, Babapour J, Oskouei SG, 2012. The impact of maternal emotional intelligence and parenting style on child anxiety and behavior in the dental setting. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal*, 17, 6, e1089-95.
- Armfield JM, 2010. Development and psychometric evaluation of the Index of Dental Anxiety and Fear (IDAF-4C+). *Psychological assessment*, 22, 2, 279-87.
- Armfield JM, 2010. How do we measure dental fear and what are we measuring anyway? *Oral health & preventive dentistry*, 8, 2, 107-15.
- Armfield JM, 2013. What goes around comes around: revisiting the hypothesized vicious cycle of dental fear and avoidance. *Community dentistry and oral epidemiology*, 41, 3, 279-87.
- Armfield JM, Slade GD, Spencer AJ, 2008. Cognitive vulnerability and dental fear. *BMC oral health*, 8, 2.
- Armfield JM, Spencer AJ, Stewart JF, 2006. Dental fear in Australia: who's afraid of the dentist? *Australian dental journal*, 51, 1, 78-85.
- Arnold DS, O'Leary SG, Wolff LS, Acker MM, 1993. The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological assessment*.
- Arnrup K, Berggren U, Broberg AG, Bodin L, 2004. A short-term follow-up of treatment outcome in groups of uncooperative child dental patients. *European journal of paediatric dentistry : official journal of European Academy of Paediatric Dentistry*, 5, 4, 216-24.
- Arnrup K, Broberg AG, Berggren U, Bodin L, 2002. Lack of cooperation in pediatric dentistry- the role of child personality characteristics. *Pediatric dentistry*, 24, 2, 119-28.

- Bailey PM, Talbot A, Taylor PP, 1973. A comparison of maternal anxiety levels with anxiety levels manifested in the child dental patient. *ASDC journal of dentistry for children*, 40, 4, 277-84.
- Bajric E, Kobaslija S, Huseinbegovic A, Selimovic-Dragas M, Muratbegovic AA, Markovic N, 2018. Reliability and Validity of the Modified Version of Children's Fear Survey Schedule-dental Subscale in 9-12 Years Old Schoolchildren in Bosnia and Herzegovina. *Medical archives (Sarajevo, Bosnia and Herzegovina)*, 72, 3, 192-6.
- Bankole OO, Aderinokun GA, Denloye OO, Jeboda SO, 2002. Maternal and child's anxiety--effect on child's behaviour at dental appointments and treatments. *African journal of medicine and medical sciences*, 31, 4, 349-52.
- Barber BK, Maughan SL, Olsen JA, 2005. Patterns of parenting across adolescence. *New directions for child and adolescent development*, 108, 5-16.
- Barber BK, Olsen JE, Shagle SC, 1994. Associations between parental psychological and behavioral control and youth internalized and externalized behaviors. *Child development*, 65, 4, 1120-36.
- Barlow DH, & Klerman, G. L., 2002. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic.* , New York, Guilford Press, p. 37-63.
- Baumrind D, 1971. Current Patterns of Parental Authority, p.
- Bayrak S, Egilmez T, Tunç ES, 2010. Ebevyn Dental Kaygısı ve Sosyodemografik Faktörlerin Çocukların Dental Kaygısı Üzerine Etkileri. . *J Dent Fac Atatürk Uni*, 20(3), 181-8.
- Bedi R, Sutcliffe P, Donnan PT, McConnachie J, 1992. The prevalence of dental anxiety in a group of 13- and 14-year-old Scottish children. *International journal of paediatric dentistry*, 2, 1, 17-24.
- Bee H, Boyd D, 2006. *The developing child*, MA:Pearson, p.
- Berggren U, Meynert G, 1984. Dental fear and avoidance: causes, symptoms, and consequences. *Journal of the American Dental Association (1939)*, 109, 2, 247-51.
- Bernson JM, Elfstrom ML, Hakeberg M, 2013. Dental coping strategies, general anxiety, and depression among adult patients with dental anxiety but with different dental-attendance patterns. *European journal of oral sciences*, 121, 3 Pt 2, 270-6.
- Bird ML, Callisaya ML, Cannell J, Gibbons T, Smith ST, Ahuja KD, 2016. Accuracy, Validity, and Reliability of an Electronic Visual Analog Scale for Pain on a Touch Screen Tablet in Healthy Older Adults: A Clinical Trial. *Interactive journal of medical research*, 5, 1, e3.
- Blount RL, Davis N, Powers SW, Roberts MC, 1991. The influence of environmental factors and coping style on children's coping and distress. *Clinical psychology review*, 11, 1, 93-116.
- Buchanan H, Niven N, 2002. Validation of a Facial Image Scale to assess child dental anxiety. *International journal of paediatric dentistry*, 12, 1, 47-52.
- Burnham JJ, Gullone E, 1997. The Fear Survey Schedule for Children--II: a psychometric investigation with American data. *Behaviour research and therapy*, 35, 2, 165-73.
- Campbell C, 2017. *Dental Fear and Anxiety in Pediatric Patients. Practical Strategies to Help Children Cope*, Springer, p.
- Campbell C, Soldani F, Busuttill Naudi A, Chadwick B, 2012. Non-pharmacological behaviour management guideline - *Clinical Guidelines in Paediatric Dentistry*, p.
- Cardoso CL, Loureiro SR, Nelson-Filho P, 2004. Pediatric dental treatment: manifestations of stress in patients, mothers and dental school students. *Brazilian oral research*, 18, 2, 150-5.
- Carlsen A, Humphris GM, Lee GTR, Birch RH, 1993. The effect of pre-treatment enquiries on child dental patient's post-treatment ratings of pain and anxiety. *Psychology & Health*, 8, 2-3, 165-74.

- Carrillo-Diaz M, Crego A, Armfield JM, Romero-Maroto M, 2012. Treatment experience, frequency of dental visits, and children's dental fear: a cognitive approach. *European journal of oral sciences*, 120, 1, 75-81.
- Casamassimo PS, Wilson S, Gross L, 2002. Effects of changing U.S. parenting styles on dental practice: perceptions of diplomates of the American Board of Pediatric Dentistry presented to the College of Diplomates of the American Board of Pediatric Dentistry 16th Annual Session, Atlanta, Ga, Saturday, May 26, 2001. *Pediatric dentistry*, 24, 1, 18-22.
- Caspi A, Moffitt TE, 1991. Individual differences are accentuated during periods of social change: the sample case of girls at puberty. *Journal of personality and social psychology*, 61, 1, 157-68.
- Chadwick BL, Hosey MT, Wilson NHF, 2003. *Child taming: how to manage children in dental practice*, London, Quintessence, p.
- Chadwick BL, M.T. Hosey, 2003. *Child Taming How to Manage Children in Dental Practice*, Quintessence Publishing Co. Ltd., p.
- Chao RK, 1994. Beyond parental control and authoritarian parenting style: understanding Chinese parenting through the cultural notion of training. *Child development*, 65, 4, 1111-9.
- Chapman HR, Kirby-Turner N, 2002. Visual/verbal analogue scales: examples of brief assessment methods to aid management of child and adult patients in clinical practice. *British dental journal*, 193, 8, 447-50.
- Clark DM, 1986. A cognitive approach to panic. *Behaviour research and therapy*, 24, 4, 461-70.
- Colares V, Richman L, 2002. Factors associated with uncooperative behavior by Brazilian preschool children in the dental office. *ASDC journal of dentistry for children*, 69, 1, 87-91, 13.
- Corah NL, 1969. Development of a dental anxiety scale. *Journal of dental research*, 48, 4, 596.
- Corkey B, Freeman R, 1994. Predictors of dental anxiety in six-year-old children: findings from a pilot study. *ASDC journal of dentistry for children*, 61, 4, 267-71.
- Cox CR, Arndt J, Pyszczynski T, Greenberg J, Abdollahi A, Solomon S, 2008. Terror management and adults' attachment to their parents: the safe haven remains. *Journal of personality and social psychology*, 94, 4, 696-717.
- Craske MG, 2003. Origins of Phobias and Anxiety Disorders. In. Eds: Elsevier Ltd., p. 21-31.
- Cuthbert MI, Melamed BG, 1982. A screening device: children at risk for dental fears and management problems. *ASDC journal of dentistry for children*, 49, 6, 432-6.
- Dailey YM, Humphris GM, Lennon MA, 2001. The use of dental anxiety questionnaires: a survey of a group of UK dental practitioners. *British dental journal*, 190, 8, 450-3.
- Dailey YM, Humphris GM, Lennon MA, 2002. Reducing patients' state anxiety in general dental practice: a randomized controlled trial. *Journal of dental research*, 81, 5, 319-22.
- Darling N, & Steinberg, L. , 1993. Parenting style as context: An integrative model. *Psychological bulletin*, 487-96.
- Darling N, Steinberg L, 1993. *Parenting Style as Context: An Integrative Model*, p.
- Davey G, 1989. Dental phobias and anxieties: Evidence for conditioning processes in the acquisition and modulation of a learned fear, p.
- de Jongh A, Aartman IH, Brand N, 2003. Trauma-related phenomena in anxious dental patients. *Community dentistry and oral epidemiology*, 31, 1, 52-8.
- De Jongh A, Adair P, Meijerink-Anderson M, 2005. Clinical management of dental anxiety: what works for whom? *International dental journal*, 55, 2, 73-80.

- de Jongh A, Oosterink FM, Kieffer JM, Hoogstraten J, Aartman IH, 2011. The structure of common fears: comparing three different models. *The American journal of psychology*, 124, 2, 141-9.
- de Jongh A, ter Horst G, 1993. What do anxious patients think? An exploratory investigation of anxious dental patients' thoughts. *Community dentistry and oral epidemiology*, 21, 4, 221-3.
- Doğaner Y, Aydoğan U, Sarı H, Koc B, 2015. Gen bireylerde dental anksiyete ve ilişkili faktörler. *Gulhane Medical Journal* Vol. 57, 2, 160-4.
- Durhan M, Kargöl B, 2018. Diş Hekimi Korkusu/Kaygısı ve Etiyolojik Faktörler. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Dent-Special Topics*, 4, 2, 105-9.
- Erdinc S, 2009. OKUL ÖNCESİ DÖNEM ÇOCUKLARINDA FİZİKSEL VE İLİŐKİSEL SALDIRGANLIğIN ÇEŞİTLİ DEğİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ, Ankara University, Ankara.
- Fagerstad A, Lundgren J, Arnrup K, 2015. Dental fear among children and adolescents in a multicultural population--a cross-sectional study. *Swedish dental journal*, 39, 2, 109-20.
- Fenlon WL, Dabbs AR, Curzon ME, 1993. Parental presence during treatment of the child patient: a study with British parents. *British dental journal*, 174, 1, 23-8.
- Firat D, Tunc E, Sar V, 2006. Dental Anxiety Among Adults in Turkey. *The Journal of Contemporary Practice*.
- Folayan MO, Adekoya-Sofowora CA, O DO, Ufomata D, 2002. Parental anxiety as a possible predisposing factor to child dental anxiety in patients seen in a suburban dental hospital in Nigeria. *International journal of paediatric dentistry*, 12, 4, 255-9.
- Folayan MO, Idehen EE, Ojo OO, 2004. The modulating effect of culture on the expression of dental anxiety in children: a literature review. *International journal of paediatric dentistry*, 14, 4, 241-5.
- Freeman R, 2007. A fearful child attends: A psychoanalytic explanation of children's responses to dental treatment, p.
- Freeman RE, 1985. Dental anxiety: a multifactorial aetiology. *British dental journal*, 159, 12, 406-8.
- Fyer AJ, Mannuzza S, Chapman TF, Martin LY, Klein DF, 1995. Specificity in familial aggregation of phobic disorders. *Archives of general psychiatry*, 52, 7, 564-73.
- Gao X, Hamzah SH, Yiu CK, McGrath C, King NM, 2013. Dental fear and anxiety in children and adolescents: qualitative study using YouTube. *Journal of medical Internet research*, 15, 2, e29.
- Garbarino J, Haslam RHA, 2005. Lost boys: Why our sons turn violent and how we can save them. *Paediatrics & Child Health*, 10, 8, 447-50.
- Gazal G, Mackie IC, 2007. Distress related to dental extraction for children under general anaesthesia and their parents. *European journal of paediatric dentistry : official journal of European Academy of Paediatric Dentistry*, 8, 1, 7-12.
- Getan E, 1993. Çağdaş Yaşam ve Normal Dişi Davranışlar, İstanbul, Remzi Kitabevi, p.
- Gerlsma C, Emmelkamp PMG, Arrindell WA, 1990. Anxiety, depression, and perception of early parenting: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 10, 3, 251-77.
- Gordon T, 2015. Etkili Anne-Baba Eğitimi, Profil Yayıncılık, p.
- Greenberg J, Solomon S, Pyszczynski T, 1997. Terror Management Theory of Self-Esteem and Cultural Worldviews: Empirical Assessments and Conceptual Refinements, p.
- Gregory AM, Eley TC, 2007. Genetic influences on anxiety in children: what we've learned and where we're heading. *Clinical child and family psychology review*, 10, 3, 199-212.



- Grusec JE, Goodnow JJ, Kuczynski L, 2000. New directions in analyses of parenting contributions to children's acquisition of values. *Child development*, 71, 1, 205-11.
- Guajardo N, Snyder G, Petersen R, 2009. Relationships among Parenting Practices, Parental Stress, Child Behaviour, and Children's Social-Cognitive Development, p.
- Guinot Jimeno F, Yuste Bielsa S, Cuadros Fernandez C, Lorente Rodriguez AI, Mercade Bellido M, 2011. Objective and subjective measures for assessing anxiety in paediatric dental patients. *European journal of paediatric dentistry : official journal of European Academy of Paediatric Dentistry*, 12, 4, 239-44.
- Gullone E, 2000. The development of normal fear: a century of research. *Clinical psychology review*, 20, 4, 429-51.
- Gustafsson A, Arnrup K, Broberg AG, Bodin L, Berggren U, 2007. Psychosocial concomitants to dental fear and behaviour management problems. *International journal of paediatric dentistry*, 17, 6, 449-59.
- Gustafsson A, Arnrup K, Broberg AG, Bodin L, Berggren U, 2010. Child dental fear as measured with the Dental Subscale of the Children's Fear Survey Schedule: the impact of referral status and type of informant (child versus parent). *Community dentistry and oral epidemiology*, 38, 3, 256-66.
- Hakeberg M, Berggren U, Grondahl HG, 1993. A radiographic study of dental health in adult patients with dental anxiety. *Community dentistry and oral epidemiology*, 21, 1, 27-30.
- Hallberg U, Camling E, Zickert I, Robertson A, Berggren U, 2008. Dental appointment no-shows: why do some parents fail to take their children to the dentist? *International journal of paediatric dentistry*, 18, 1, 27-34.
- Hardy DF, Power TG, Jaedicke S, 1993. Examining the relation of parenting to children's coping with everyday stress. *Child development*, 64, 6, 1829-41.
- Harris RV, Pender SM, Merry A, Leo A, 2008. Unravelling referral paths relating to the dental care of children: a study in Liverpool. *Primary dental care : journal of the Faculty of General Dental Practitioners (UK)*, 15, 2, 45-52.
- Harsha L, Jeevanandan, G., 2017. A SCALE TO ASSESS CHILD'S DENTAL ANXIETY. *International Journal of Multidisciplinary Research and Modern Education*.
- Haynes R, Sackett D, Guyatt G, Tugwell P, 2006. *Clinical Epidemiology*, Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, p.
- Hettema JM, Annas P, Neale MC, Fredrikson M, Kendler KS, 2008. The genetic covariation between fear conditioning and self-report fears. *Biological psychiatry*, 63, 6, 587-93.
- Hill KB, Hainsworth JM, Burke FJ, Fairbrother KJ, 2008. Evaluation of dentists' perceived needs regarding treatment of the anxious patient. *British dental journal*, 204, 8, E13; discussion 442-3.
- Ho C, Bluestein DN, Jenkins JM, 2008. Cultural differences in the relationship between parenting and children's behavior. *Developmental psychology*, 44, 2, 507-22.
- Hoghugi M, 1992. *Assessing Child and Adolescent Disorders: A Practice Manual*, London, Sage, p.
- Holmes RD, Girdler NM, 2005. A study to assess the validity of clinical judgement in determining paediatric dental anxiety and related outcomes of management. *International journal of paediatric dentistry*, 15, 3, 169-76.
- Howard KE, Freeman R, 2007. Reliability and validity of a faces version of the Modified Child Dental Anxiety Scale. *International journal of paediatric dentistry*, 17, 4, 281-8.
- Humphris GM, Dyer TA, Robinson PG, 2009. The modified dental anxiety scale: UK general public population norms in 2008 with further psychometrics and effects of age. *BMC oral health*, 9, 20.

- Humphris GM, Morrison T, Lindsay SJ, 1995. The Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. *Community dental health*, 12, 3, 143-50.
- İlguy D, İlguy M, Dincer S, Bayırlı G, 2005. Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale in Turkish patients. *The Journal of international medical research*, 33, 2, 252-9.
- İşık E, Taner, YI., 2006. Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları p.
- Janssen I, 2015. Hyper-parenting is negatively associated with physical activity among 7–12year olds. *Preventive Medicine*, 73, 55-9.
- Jones LM, Huggins TJ, 2013. The rationale and pilot study of a new paediatric dental patient request form to improve communication and outcomes of dental appointments. *Child: care, health and development*, 39, 6, 869-72.
- Kain ZN, Mayes LC, Cicchetti DV, Bagnall AL, Finley JD, Hofstadter MB, 1997. The Yale Preoperative Anxiety Scale: how does it compare with a "gold standard"? *Anesthesia and analgesia*, 85, 4, 783-8.
- Kakkar M, Wahi A, Thakkar R, Vohra I, Shukla AK, 2016. Prevalence of dental anxiety in 10-14 years old children and its implications. *Journal of dental anesthesia and pain medicine*, 16, 3, 199-202.
- Kanegane K, Penha SS, Munhoz CD, Rocha RG, 2009. Dental anxiety and salivary cortisol levels before urgent dental care. *Journal of oral science*, 51, 4, 515-20.
- Kent G, Gibbons R, 1987. Self-efficacy and the control of anxious cognitions, p.
- Kent GG, 1991. The psychology of dental care, p.
- Khatri A, Kalra N, 2012. A comparison of two pain scales in the assessment of dental pain in East delhi children. *ISRN dentistry*, 2012, 247351.
- Kiff CJ, Lengua LJ, Zalewski M, 2011. Nature and nurturing: parenting in the context of child temperament. *Clinical child and family psychology review*, 14, 3, 251-301.
- Klaassen M, Veerkamp J, Hoogstraten J, 2003. Predicting dental anxiety. The clinical value of anxiety questionnaires: an explorative study. *European journal of paediatric dentistry : official journal of European Academy of Paediatric Dentistry*, 4, 4, 171-6.
- Klaassen MA, Veerkamp JS, Hoogstraten J, 2007. Dental fear, communication, and behavioural management problems in children referred for dental problems. *International journal of paediatric dentistry*, 17, 6, 469-77.
- Klein U, Manangkil R, DeWitt P, 2015. Parents' Ability to Assess Dental Fear in their Six- to 10-year-old Children. *Pediatric dentistry*, 37, 5, 436-41.
- Kleinknecht RA, Klepac RK, Alexander LD, 1973. Origins and characteristics of fear of dentistry. *Journal of the American Dental Association (1939)*, 86, 4, 842-8.
- Klepac RK, Dowling J, Hauge G, 1982. Characteristics of clients seeking therapy for the reduction of dental avoidance: reactions to pain. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 13, 4, 293-300.
- Klingberg G, 1995. Dental fear and behavior management problems in children. A study of measurement, prevalence, concomitant factors, and clinical effects. *Swedish dental journal. Supplement*, 103, 1-78.
- Klingberg G, Berggren U, 1992. Dental problem behaviors in children of parents with severe dental fear. *Swedish dental journal*, 16, 1-2, 27-32.
- Klingberg G, Berggren U, Carlsson SG, Noren JG, 1995. Child dental fear: cause-related factors and clinical effects. *European journal of oral sciences*, 103, 6, 405-12.
- Klingberg G, Berggren U, Noren JG, 1994. Dental fear in an urban Swedish child population: prevalence and concomitant factors. *Community dental health*, 11, 4, 208-14.
- Klingberg G, Broberg AG, 2007. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *International journal of paediatric dentistry*, 17, 6, 391-406.

- Klingberg G, Dahllof G, Erlandsson AL, Grindefjord M, Hallstrom-Stalin U, Koch G, Lundin SA, 2006. A survey of specialist paediatric dental services in Sweden: results from 2003, and trends since 1983. *International journal of paediatric dentistry*, 16, 2, 89-94.
- Koch G, Paulsen S, 2009. *Pediatric Dentistry: a clinical approach*. , p. 17-43.
- Kochanska G, Aksan N, Joy ME, 2007. Children's fearfulness as a moderator of parenting in early socialization: Two longitudinal studies. *Developmental psychology*, 43, 1, 222-37.
- Koplik EK, Lamping DL, Reznikoff M, 1992. The Relationship of Mother–Child Coping Styles and Mothers' Presence on Children's Response to Dental Stress. *The Journal of Psychology*, 126, 1, 79-92.
- Krikken JB, van Wijk AJ, ten Cate JM, Veerkamp JS, 2012. Child dental anxiety, parental rearing style and referral status of children. *Community dental health*, 29, 4, 289-92.
- Krikken JB, van Wijk AJ, ten Cate JM, Veerkamp JS, 2013. Measuring dental fear using the CFSS-DS. Do children and parents agree? *International journal of paediatric dentistry*, 23, 2, 94-100.
- Krikken JB, Veerkamp JS, 2008. Child rearing styles, dental anxiety and disruptive behaviour; an exploratory study. *European archives of paediatric dentistry : official journal of the European Academy of Paediatric Dentistry*, 9 Suppl 1, 23-8.
- Kumar P, Tripathi L, 2014. Challenges in pain assessment: Pain intensity scales. *Indian Journal of Pain*, 28, 2, 61-70.
- Lang P, 1968. Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct, p.
- Lareau A, 2003. *Unequal childhoods : class, race, and family life*, Berkeley : University of California Press, [2003] ©2003, p.
- Law CS, 2007. The impact of changing parenting styles on the advancement of pediatric oral health. *Journal of the California Dental Association*, 35, 3, 192-7.
- Leal AM, Serra KG, Queiroz RC, Araujo MA, Maia Filho EM, 2013. Fear and/or anxiety of children and parents associated with the dental environment. *European journal of paediatric dentistry : official journal of European Academy of Paediatric Dentistry*, 14, 4, 269-72.
- Lee CY, Chang YY, Huang ST, 2007. Prevalence of dental anxiety among 5- to 8-year-old Taiwanese children. *Journal of public health dentistry*, 67, 1, 36-41.
- Locker D, Liddell A, Dempster L, Shapiro D, 1999. Age of onset of dental anxiety. *Journal of dental research*, 78, 3, 790-6.
- Long N, 2004. The changing nature of parenting in America. *Pediatric dentistry*, 26, 2, 121-4.
- Maccoby EE, Martin JA, 1983. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In: *Handbook of child psychology: Vol. 4: Socialization, personality and social development* ; E. Mavis Hetherington, volume editor. Eds: Mussen PH, Hetherington EM, 4th ed. New York  
Chichester: Wiley, p. 1-101.
- Majstorovic M, Veerkamp JS, 2005. Developmental changes in dental anxiety in a normative population of Dutch children. *European journal of paediatric dentistry : official journal of European Academy of Paediatric Dentistry*, 6, 1, 30-4.
- Malamed S, 2003. *SEDATION A Guide to Patient Management*, Mosby Co., p.
- Mansager E, Volk R, 2004. Parents' Prism: Three Dimensions of Effective Parenting. *Journal of Individual Psychology*, 60, 3, 277-93.
- Marzo G, Campanella V, Albani F, Gallusi G, 2003. Psychological aspects in paediatric dentistry: parental presence. *European journal of paediatric dentistry : official journal of European Academy of Paediatric Dentistry*, 4, 4, 177-80.

- McMurtry CM, Chambers CT, McGrath PJ, Asp E, 2010. When "don't worry" communicates fear: Children's perceptions of parental reassurance and distraction during a painful medical procedure. *Pain*, 150, 1, 52-8.
- Milsom KM, Tickle M, Humphris GM, Blinkhorn AS, 2003. The relationship between anxiety and dental treatment experience in 5-year-old children. *British dental journal*, 194, 9, 503-6; discussion 495.
- Mineka S, Zinbarg R, 2006. A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders: it's not what you thought it was. *The American psychologist*, 61, 1, 10-26.
- Moore R, Brodsgaard I, 2001. Dentists' perceived stress and its relation to perceptions about anxious patients. *Community dentistry and oral epidemiology*, 29, 1, 73-80.
- Muris P, Bögels S, Meesters C, van der Kamp N, van Oosten A, 1996. Parental rearing practices, fearfulness, and problem behaviour in clinically referred children. *Personality and Individual Differences*, 21, 5, 813-8.
- Muris P, Meesters C, Merckelbach H, Hulsbeck P, 2000. Worry in children is related to perceived parental rearing and attachment. *Behaviour research and therapy*, 38, 5, 487-97.
- Muris P, Merckelbach H, 1998. Perceived parental rearing behaviour and anxiety disorders symptoms in normal children. *Personality and Individual Differences*, 25, 6, 1199-206.
- Mussen P, H., Conger, J. J., & Kagan, J., 1984. *Child development and personality*, Harper & Row, p.
- Nakai Y, Hirakawa T, Milgrom P, Coolidge T, Heima M, Mori Y, Ishihara C, Yakushiji N, Yoshida T, Shimono T, 2005. The Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale in Japan. *Community dentistry and oral epidemiology*, 33, 3, 196-204.
- Nicolas E, Bessadet M, Collado V, Carrasco P, Rogerleroi V, Hennequin M, 2010. Factors affecting dental fear in French children aged 5-12 years. *International journal of paediatric dentistry*, 20, 5, 366-73.
- Nuttall NM, Gilbert A, Morris J, 2008. Children's dental anxiety in the United Kingdom in 2003. *Journal of dentistry*, 36, 11, 857-60.
- Oliveira TD, Costa DS, Albuquerque MR, Malloy-Diniz LF, Miranda DM, de Paula JJ, 2018. Cross-cultural adaptation, validity, and reliability of the Parenting Styles and Dimensions Questionnaire - Short Version (PSDQ) for use in Brazil. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*, 40, 4, 410-9.
- Onder A, Gulay H, (2009). Reliability and validity of parenting styles & dimensions questionnaire. World Conference on Educational Sciences.
- Oosterink FM, de Jongh A, Aartman IH, 2008. What are people afraid of during dental treatment? Anxiety-provoking capacity of 67 stimuli characteristic of the dental setting. *European journal of oral sciences*, 116, 1, 44-51.
- Öst Lars-Göran SE, 2013. *Cognitive Behaviour Therapy for dental phobia*, John Wiley & Sons, Ltd, p.
- Özgülven İE, 2001. *Ailede İletişim ve Yaşam*, PDREM Yayınları, p.
- Öztürk A, Kındap, Y. ve Sayıl, M, (2007). Associations between parental psychological and behavioral control and youth internalized and externalized behaviors. . Ulusal Psikoloji Lisansüstü Öğrencileri Kongresi'nde sunulan bildiri.
- Paglia L, Gallus S, de Giorgio S, Cianetti S, Lupatelli E, Lombardo G, Montedori A, Eusebi P, Gatto R, Caruso S, 2017. Reliability and validity of the Italian versions of the Children's Fear Survey Schedule - Dental Subscale and the Modified Child Dental

- Anxiety Scale. *European journal of paediatric dentistry : official journal of European Academy of Paediatric Dentistry*, 18, 4, 305-12.
- Patel H, Reid C, Wilson K, Girdler NM, 2015. Inter-rater agreement between children's self-reported and parents' proxy-reported dental anxiety. *British dental journal*, 218, 4, E6.
- Paul-Dauphin A, Guillemin F, Virion JM, Briancon S, 1999. Bias and precision in visual analogue scales: a randomized controlled trial. *American journal of epidemiology*, 150, 10, 1117-27.
- Paulussen-Hoogeboom MC, Stams GJ, Hermanns JM, Peetsma TT, 2007. Child negative emotionality and parenting from infancy to preschool: a meta-analytic review. *Developmental psychology*, 43, 2, 438-53.
- Pedro MF, Carapito E, Ribeiro T, 2015. Parenting Styles and Dimensions Questionnaire – versão portuguesa de autorrelato. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(2), 302-12.
- Peretz B, Nazarian Y, Bimstein E, 2004. Dental anxiety in a students' paediatric dental clinic: children, parents and students. *International journal of paediatric dentistry*, 14, 3, 192-8.
- Pinkham JR, 1982. The dentist and child-patient encounter: an Adlerian analysis. *ASDC journal of dentistry for children*, 49, 4, 266-72.
- Porritt J, Buchanan H, Hall M, Gilchrist F, Marshman Z, 2013. Assessing children's dental anxiety: a systematic review of current measures. *Community dentistry and oral epidemiology*, 41, 2, 130-42.
- Potts N, Mandleco B, 2002. *Pediatric Nursing. Caring for Children and Their Families.*, Delmar Thomson Learning, p. 66-67.
- Quirk MP, 1977. Human relations with dental personnel. *ASDC journal of dentistry for children*, 44, 3, 203-6.
- Raadal M, Milgrom P, Weinstein P, Mancl L, Cauce AM, 1995. The prevalence of dental anxiety in children from low-income families and its relationship to personality traits. *Journal of dental research*, 74, 8, 1439-43.
- Rachman S, 1977. The conditioning theory of fear-acquisition: a critical examination. *Behaviour research and therapy*, 15, 5, 375-87.
- Raja GH, Malik FS, Bashir U, Attaullah, 2015. DENTAL ANXIETY AMONG CHILDREN OF AGE BETWEEN 5 TO 10 YEARS VISITING A TEACHING DENTAL HOSPITAL IN ISLAMABAD, PAKISTAN. *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad : JAMC*, 27, 3, 587-90.
- Rantavuori K, Lahti S, Hausen H, Seppä L, Karkkainen S, 2004. Dental fear and oral health and family characteristics of Finnish children. *Acta odontologica Scandinavica*, 62, 4, 207-13.
- Rantavuori K, Zerman N, Ferro R, Lahti S, 2002. Relationship between children's first dental visit and their dental anxiety in the Veneto Region of Italy. *Acta odontologica Scandinavica*, 60, 5, 297-300.
- Rapee RM, 1997. Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical psychology review*, 17, 1, 47-67.
- Ray J, Boman UW, Bodin L, Berggren U, Lichtenstein P, Broberg AG, 2010. Heritability of dental fear. *Journal of dental research*, 89, 3, 297-301.
- Rickel A, Biasatti L, 1982. Modification of the Block Child Rearing Practice Report, p.
- Robinson C, Mandleco B, Roper S, Hart C, 2001. The Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ), p.
- Rose RJ, Miller JZ, Pogue-Geile MF, Cardwell GF, 1981. Twin-family studies of common fears and phobias. *Progress in clinical and biological research*, 69 Pt B, 169-74.
- Sarı Ş, Şen T, Bilgin Z, 2002. Çocuklarda dental kaygının farklı test yöntemleri ile değerlendirilmesi. *AÜ Diş Hek Fak Derg*, 29, 127-35.

- Schienze A, Scharmüller W, Leutgeb V, Schäfer A, Stark R, 2013. Sex differences in the functional and structural neuroanatomy of dental phobia. *Brain structure & function*, 218, 3, 779-87.
- Segrin C, Wozidlo A, Givertz M, Montgomery N, 2013. Parent and Child Traits Associated with Overparenting. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32, 6, 569-95.
- Sheller B, 2004. Challenges of managing child behavior in the 21st century dental setting. *Pediatric dentistry*, 26, 2, 111-3.
- Shetty RM, Khandelwal M, Rath S, 2015. RMS Pictorial Scale (RMS-PS): an innovative scale for the assessment of child's dental anxiety. *Journal of the Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 33, 1, 48-52.
- Skaret E, Raadal M, Berg E, Kvale G, 1998. Dental anxiety among 18-yr-olds in Norway. Prevalence and related factors. *European journal of oral sciences*, 106, 4, 835-43.
- Skre I, Onstad S, Torgersen S, Philos DR, Lygren S, Kringlen E, 2000. The heritability of common phobic fear: a twin study of a clinical sample. *Journal of anxiety disorders*, 14, 6, 549-62.
- Smith PA, Freeman R, 2010. Remembering and repeating childhood dental treatment experiences: parents, their children, and barriers to dental care. *International journal of paediatric dentistry*, 20, 1, 50-8.
- Steen WM, 1891. Our relation to children. *Dent Rev.*, 534-7.
- Steinberg L, 2001. We know some things: Adolescent-parent relationships in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence*, 1-20.
- Steinberg L, Lamborn SD, Darling N, Mounts NS, Dornbusch SM, 1994. Over-time changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child development*, 65, 3, 754-70.
- Sümer N, Aktürk, EG., Helvacı, E., 2010. Anne-Baba Tutum ve Davranışlarının Psikolojik Etkileri: Türkiye’de Yapılan Çalışmalara Toplu Bakış. *Türk Psikoloji Yazıları*, 13, 25, 42-59.
- Taylor A, 1953. A Personality Scale of Manifest Anxiety, p.
- ten Berge M, 2008. Dental fear in children: clinical consequences. Suggested behaviour management strategies in treating children with dental fear. *European archives of paediatric dentistry : official journal of the European Academy of Paediatric Dentistry*, 9 Suppl 1, 41-6.
- Ten Berge M, 2001. Dental fear in children: prevalence, etiology and risk factors [dissertation]. 97-152.
- ten Berge M, Hoogstraten J, Veerkamp JS, Prins PJ, 1998. The Dental Subscale of the Children's Fear Survey Schedule: a factor analytic study in The Netherlands. *Community dentistry and oral epidemiology*, 26, 5, 340-3.
- ten Berge M, Veerkamp JS, Hoogstraten J, Prins PJ, 2002. Childhood dental fear in the Netherlands: prevalence and normative data. *Community dentistry and oral epidemiology*, 30, 2, 101-7.
- ten Berge M, Veerkamp JS, Hoogstraten J, Prins PJ, 2003. Childhood dental fear in relation to parental child-rearing attitudes. *Psychological reports*, 92, 1, 43-50.
- Themessl-Huber M, Freeman R, Humphris G, MacGillivray S, Terzi N, 2010. Empirical evidence of the relationship between parental and child dental fear: a structured review and meta-analysis. *International journal of paediatric dentistry*, 20, 2, 83-101.
- Townend E, Dimigen G, Fung D, 2000. A clinical study of child dental anxiety. *Behaviour research and therapy*, 38, 1, 31-46.

- Tunc E, Firat D, Onur O, Sar V, 2005. Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) in a Turkish population. . *Community dentistry and oral epidemiology*, 33, 73-80.
- Tüzüner T, Karamüftüoğlu, N. , Ulusu, T. , 2007. Çocuklarda diş hekimliği işlemlerine karşı duyulan kaygı düzeylerinin Facial Image Scale (FIS) ile değerlendirilmesi ve FIS ile Venham Picture Test (VPT)'in korelasyonunun saptanması. . *Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*,.
- Veerkamp JS, Gruythuysen RJ, van Amerongen WE, Hoogstraten J, 1992. Dental treatment of fearful children using nitrous oxide. Part 2: The parent's point of view. *ASDC journal of dentistry for children*, 59, 2, 115-9.
- Venham LL, Gaulin-Kremer E, 1979. A self-report measure of situational anxiety for young children. *Pediatric dentistry*, 1, 2, 91-6.
- Venham LL, Murray P, Gaulin-Kremer E, 1979. Child-rearing Variables Affecting the Preschool Child's Response to Dental Stress. *Journal of dental research*, 58, 11, 2042-5.
- Versloot J, Veerkamp JS, Hoogstraten J, Martens LC, 2004. Children's coping with pain during dental care. *Community dentistry and oral epidemiology*, 32, 6, 456-61.
- Vika M, Skaret E, Raadal M, Ost LG, Kvale G, 2008. Fear of blood, injury, and injections, and its relationship to dental anxiety and probability of avoiding dental treatment among 18-year-olds in Norway. *International journal of paediatric dentistry*, 18, 3, 163-9.
- Watson AT, Visram A, 2003. Children's preoperative anxiety and postoperative behaviour. *Paediatric anaesthesia*, 13, 3, 188-204.
- Weinstein P, 2008. Child-Centred child management in a changing world. *European archives of paediatric dentistry : official journal of the European Academy of Paediatric Dentistry*, 9 Suppl 1, 6-10.
- Widmer RP, McNeil DW, McNeil CB, Hayes-Cameron L, 2013. 2 - Child development, relationships and behaviour management. In: *Handbook of Pediatric Dentistry (Fourth Edition)*. Eds: Cameron AC, Widmer RP: Mosby, p. 9-24.
- Williams C, Garland A, 2002. A cognitive-behavioural therapy assessment model for use in everyday clinical practice, p.
- Williams C, Garland A, 2002. A cognitive-behavioural therapy assessment model for use in everyday clinical practice. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 3, 172-9.
- Willumsen T, Haukebø K, Raadal M, 2013. Aetiology of Dental Phobia. In: *Cognitive Behaviour Therapy for Dental Phobia and Anxiety*. Eds: John Wiley & Sons, p. 45-61.
- Wogelius P, Poulsen S, 2005. Associations between dental anxiety, dental treatment due to toothache, and missed dental appointments among six to eight-year-old Danish children: a cross-sectional study. *Acta odontologica Scandinavica*, 63, 3, 179-82.
- Wong DL, Baker CM, 1988. Pain in children: comparison of assessment scales. *The Oklahoma nurse*, 33, 1, 8.
- Wood JJ, McLeod BD, Sigman M, Hwang WC, Chu BC, 2003. Parenting and childhood anxiety: theory, empirical findings, and future directions. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 44, 1, 134-51.
- Wright G, Kupietzky A, 2014. *Behavior Management in Dentistry for Children*, p.
- Wright GZ, Alpern GD, Leake JL, 1973. The modifiability of maternal anxiety as it relates to children's cooperative dental behavior. *ASDC journal of dentistry for children*, 40, 4, 265-71.
- Wu L, Gao X, 2018. Children's dental fear and anxiety: exploring family related factors. *BMC oral health*, 18, 1, 100.

- Yahyaoglu Ö, Baygin Ö, 2017. ÇOCUK DIŞ HEKİMLİĞİNDE DIŞ HEKİMİ KAYGI VE KORKUSUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ, p.
- Yavuzer H, 2001. Ana-Baba ve Çocuk, İstanbul, Remzi Kitabevi
- Yavuzer H, 2001. Anne-Baba ve Çocuk, İstanbul, Remzi Kitabevi
- Yavuzer H, 2003. Çocuğu Tanımak ve Anlamak, İstanbul, Remzi Kitabevi
- Yavuzer H, 2004. Çocuk Psikolojisi, İstanbul, Remzi Kitabevi
- Yetiş C, Kucukesmen C, 2013. Prevalence and etiologic factors of "dental anxiety and behavioral management problems" in pediatric patients, p.
- Yildirim T, Kaya F, Uysal E, 2013. Diş Hekimi Korkusu ile Cinsiyet, Yaş, Medeni Durum, Diş Hekimine Gitme Sıklığı, Eğitim, Sosyo-Ekonomik ve Periodontal Durum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Evaluating the Relations of the Dental Fear with Sex, Age, Marital Status, Frequency of Dental Visits, Education Levels, Socio-Economic and Periodontal Status., 19, 2, 77-85.
- Zhou Y, Cameron E, Forbes G, Humphris G, 2011. Systematic review of the effect of dental staff behaviour on child dental patient anxiety and behaviour. Patient education and counseling, 85, 1, 4-13.





## 7. EKLER

### 7.1. EK-A Etik Kurul Kararı



SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

#### GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KOMİSYONU

Toplantı Sayısı : 11

Toplantı Tarihi : 08.06.2017

Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalından Prof.Dr.Sibel YILDIRIM ve aynı Anabilim Dalından Araştırma Görevlisi İrem YAVUZ tarafından sunulan "Ebeveynlik Tarzının ve Ebeveyn Dental Kaygısının Çocuğun Dental Kaygısı Üzerine Etkileri" araştırma projesi 10 üyenin katılımı ile değerlendirildi.

Değerlendirme sonucunda, Projenin, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Yönergesi İlkelerine uygun olduğundan "**kabulüne**" oybirliği ile karar verildi.

Prof.Dr.Nimet ÜNLÜ  
Katılmadı

Doç.Dr.Özge YÖNDEM  
Üye

Doç.Dr.Nevin ÇOBANOĞLU  
Üye

Prof.Dr.Doğan DOLANMAZ  
Üye

Prof.Dr.Sema S.HAKKA  
Üye

Prof.Dr.Duygu HENDİK  
Üye

Prof.Dr.Ender ERDOĞAN

Katılmadı

Prof.Dr.Hale ARİAYDINBELGE  
Üye

Prof.Dr.Faahik AKGÜNLÜ  
Üye

Prof.Dr.Sibel YILDIRIM

Katılmadı

Doç.Dr.Mehmet AKIN  
Üye

Doç.Dr.Hüsamettin VATANSEV  
Üye

Doç.Dr.K.Hakan DOĞAN  
Üye

**NOT:**3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Ek 10.madde hükümleri uyarınca; bazı çalışmalar için etik kurul onayı alındıktan sonra, Sağlık Bakanlığı veya bağlı kuruluşlarından izin alınması zorunlu olduğundan araştırmacıların bu hususa dikkat etmeleri gerekmektedir.

Doküman No: KU.FR.90 -Yürürlüğe Gir. Tar: Haziran 2015

- Revizyon Tarihi:

- Revizyon No: 00 - Sayfa No: 1/1

## 8. ÖZGEÇMİŞ

1991 yılında Malatya’da doğdu. İlkokulu Rize 50. Yıl Cumhuriyet İlköğretim Okulu ve Tekirdağ Cumhuriyet İlköğretim Okulu’nda, ortaokulu Tekirdağ Namık Kemal İlköğretim Okulu’nda okudu. Lise eğitimini ise Tekirdağ Anadolu Öğretmen Lisesi’nde tamamladı. 2009 yılında başladığı İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi’ni 2014 yılında bitirdi. 2016 yılında Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı’nda uzmanlık eğitimine başladı. Eğitimine aynı bölümde, uzmanlık öğrencisi olarak devam etmektedir.

