



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

PEDODONTİ ANABİLİM DALI

**ÇOCUK DİŞ HEKİMLİĞİNDE
DİŞ HEKİMİ KORKUSUNUN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Özge YAHYAOĞLU

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Özgül BAYGIN

TRABZON-2016



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

PEDODONTİ ANABİLİM DALI

**ÇOCUK DİŞ HEKİMLİĞİNDE
DİŞ HEKİMİ KORKUSUNUN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Özge YAHYAOĞLU

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Özgül BAYGIN

TRABZON-2016

ONAY

Bu Tez Uzmanlık Tezi Standartlarına Uygun Bulunmuştur

Doç. Dr. Adem KUŞGÖZ

Pedodonti Anabilim Dalı Başkanı

.....

Karadeniz Teknik Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı Uzmanlık öğrencisi Özge YAHYAOĞLU'nun hazırladığı "Çocuk Diş Hekimliğinde Diş Hekimi Korkusunun Değerlendirilmesi" başlıklı tez Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca, kapsam ve bilimsel kalite yönünden değerlendirilerek oybirliği / oy çokluğu ile Uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman Doç. Dr. Özgül BAYGIN _____

Jüri Üyesi Doç. Dr. Tamer TÜZÜNER _____

Jüri Üyesi Yrd. Doç. Dr. İpek ERDEMİR _____

Bu tez KTÜ Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı'nın/...../..... tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

.....

Prof. Dr. Hasan DİNÇ

DEKAN V.

BEYAN

Bu tez çalışmasının KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzu standartlarına uygun olarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağılı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

23.03.2016

Özge YAHYAOĞLU

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam süresince benden yardımını hiçbir zaman esirgemeyen, bana her türlü bilgi ve desteğini sunan değerli hocam ve tez danışmanım sayın Doç. Dr. Özgül BAYGIN'a,

Asistanlığım süresince üzerimde emeği geçen, bilgi ve tecrübeleriyle bana yardımcı olan çok değerli hocalarım Doç. Dr. Adem KUŞGÖZ ve Doç. Dr. Tamer TÜZÜNER'e,

Hayatımın her döneminde önemli kararlarımda bana yol gösterici olan, gittiğim yolda beni hep destekleyen, bugünlere gelmemde büyük emekleri olan ve varlıkları ile bana güç veren annem Hülya SEVİKTEKİN, babam Ali Serdar ÖZÜŞ ve kardeşim Berk ÖZÜŞ'e,

Uzmanlık sürecimin ilk gününden bu yana birçok sıkıntıyı sayesinde göğüslediğim, desteğini, sabrını ve sevgisini benden hiçbir zaman esirgemeyen sevgili eşim Görkem YAHYAOĞLU'na,

Tezimin istatistiksel çalışmasında bana çok yardımcı olan sevgili Arş. Gör. Dr. Serdar KARAKULLUKÇU ve değerli hocam Doç. Dr. Ercüment Nazım BEYHUN'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca manevi desteklerini her zaman hissettiğim çok sevgili arkadaşlarım Dt. Fatih ÖNAL ve eşi Dr. Çiğdem ÖNAL'A,

Uzmanlık eğitimim boyunca beraber çalıştığım bölüm arkadaşlarıma ve sevgili personellerimiz Sevcihan ŞEN, Fatma Küçük ÇITLAK ve Canan Yılmaz SEVİM'e

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

Arş. Gör. Dt. Özge YAHYAOĞLU

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İÇ KAPAK SAYFASI	
KABUL ve ONAY	
BEYAN	
TEŞEKKÜR	
TABLOLAR DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiii
KISALTMA, SİMGE VE FORMÜLLER DİZİNİ	xiv
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	4
4.1. Kronolojik Yaş Dönemlerine Göre Çocuk Davranışları	4
4.2. Anksiyete ve Korku Kavramları	5
4.2.1. Anksiyete ve Korku Belirtileri	7
4.3. Dental Anksiyete ve Korku	9
4.3.1. Çocuklarda Görülen Dental Anksiyete Türleri	10
4.3.1.1. Bireysel (Kişiyeye Özgü) Anksiyete	10
4.3.1.2. Maternal Anksiyete	11
4.3.2. Dental Anksiyete Görülme Sıklığı	11
4.3.3. Dental Anksiyetenin Etiyolojisi	11

4.3.3.1. Bireysel Faktörler	13
4.3.3.2. Çevresel Faktörler	14
4.3.3.3. Dişsel Faktörler	15
4.3.4. Ailenin Çocuk Davranışında Etkisi	16
4.3.5. Dental Anksiyetenin Skalalarla Belirlenmesi	17
4.3.5.1. Davranışların Puanlanması Yöntemi	18
4.3.5.2. Fizyolojik Teknikler	19
4.3.5.3. Projektif Teknikler	19
4.3.5.4. Psikometrik Ölçümler	19
4.3.5.4.1. Çocuk Korku Değerlendirme Skalası - Dental Alt Ölçeği (CFSS-DS) (Children Fear Survey Schedule - Dental Subscale)	19
4.3.6. Dental Anksiyete ve Çürük İlişkisi	21
4.3.7. Diş Hekimliğinde Kullanılan Diş Çürükleri ile İlgili İndeksler	22
4.4. Diş Hekimi İmajının Çocuklarda Dental Anksiyete Üzerine Etkisi	24
5. GEREÇ ve YÖNTEM	26
5.1. Çalışma Dizaynı	26
5.2. Hastaların Seçim Kriterleri	26
5.2.1. Hastaların Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	26
5.2.2. Hastaların Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	26
5.3. Araştırma Basamağı	26
5.3.1. Anket 1- Çocuk Korku Değerlendirme Skalası- Dental Alt Ölçeği (CFSS-DS)	27
5.3.2. Anket 2- Çocukların Gözüyle Diş Hekimi Nasıl Olmalı	28
5.3.3. DMFT/ dmft İndeks Hesaplanması	29

5.4. Dental Anksiyete ile Diş Çürükleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	30
5.5. İstatistiksel Değerlendirme	30
6. BULGULAR	31
6.1. Hastaların Cinsiyet ve Yaş Aralığına Göre Değerlendirilmesi	31
6.2. Anksiyete Gruplarının Cinsiyet ve Yaş Aralığına Göre Değerlendirilmesi	31
6.3. CFSS-DS Ortalama Skor Değerlerinin Anksiyete Grupları, Cinsiyet ve Yaş Aralığına Göre Değerlendirilmesi	32
6.4. DMFT Ortalama Değerlerinin Anksiyete Grupları, Cinsiyet ve Yaş Aralığına Göre Değerlendirilmesi	33
6.5. dmft Ortalama Değerlerinin Anksiyete Grupları, Cinsiyet ve Yaş Aralığına Göre Değerlendirilmesi	34
6.6. Hastaların Diş Hekimine Gitme Sıklığının Değerlendirilmesi	35
6.7. Anksiyete Gruplarına Göre Ailede Doktor/Diş Hekimi Varlığının ve Tedavi Esnasındaki Hislerin Değerlendirilmesi	36
6.8. Ailesinde Doktor/Diş Hekimi Varlığına Göre Hastaların Tedavi Esnasındaki Hislerinin Değerlendirilmesi	37
6.9. Daha Önce Diş Hekimine Giden Hastaların Tedavi Esnasındaki Hislerinin Cinsiyet, Yaş Aralığı ve Anksiyete Gruplarına Göre Değerlendirilmesi	38
6.10. Çalışmaya Katılan Hastaların Kardeşlerinin Tedavi Esnasındaki Hislerinin Değerlendirilmesi	39
6.11. Hekim Tercihlerinin Cinsiyet ve Yaş Aralığına Göre Değerlendirilmesi	40
6.12. Hekimin Dış Görünümünün Öneminin Cinsiyet ve Yaş Aralığına Göre Değerlendirilmesi	41
6.13. Erkek Hekimin Tıraş Olmasının Cinsiyete ve Yaş Aralığına Göre Değerlendirilmesi	42

6.14. Hastaların Parfüm Tercihlerinin Cinsiyete ve Yaş Aralığına Göre Değerlendirilmesi	42
6.15. Hekimin Takı- Saat Kullanımının Değerlendirilmesi	43
6.16. Hekimin İsimlik Kullanımının Değerlendirilmesi	44
6.17. Hekimin Koruyucu Ekipman Kullanımının Değerlendirilmesi	45
6.18. Hastaların Maske Tercihlerinin Değerlendirilmesi	46
6.19. Hastaların Eldiven Rengi Tercihlerinin Değerlendirilmesi	46
6.20. Hastaların Tedavi Olmak İstedikleri Klinik Tercihlerinin Değerlendirilmesi	47
6.21. Hastaların Hekimin Kullandığı Ayakkabı Tercihlerinin Değerlendirilmesi	48
6.22. Hastaların Hekimin Kıyafetleri ile İlgili Tercihlerinin Değerlendirilmesi	48
6.23. Hastaların Önlük Rengi Tercihlerinin Değerlendirilmesi	50
6.24. Diş Hekimine Gitme Durumunun Kullanılan Ekipman ve Hekimin Dış Görünümü Üzerine Etkisi	51
6.25. CFSS-DS Skorunu Etkileyebilecek Faktörler	52
6.26. DMFT Ortalama Skorunu Etkileyebilecek Faktörler	54
6.27. dmft Ortalama Skorunu Etkileyebilecek Faktörler	56
7. TARTIŞMA	58
8. SONUÇ ve ÖNERİLER	68
9. KAYNAKLAR	70
10. EKLER	84
EK 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu	84
EK 2. Anket 1- Çocuk Korku Değerlendirme Ölçeği- Dental Alt Ölçeği (CFSS-DS)	85
EK 3. Anket 2- Çocukların Gözüyle Diş Hekimi Nasıl Olmalı	86

11. ETİK KURUL ONAYI

ix

88

12. ÖZGEÇMİŞ

91

TABLolar DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1. CFSS-DS Anketi Değerlendirme Formu	20
Tablo 2. Süt ve Daimi Dentisyonun Kodlanması	23
Tablo 3. Hastaların cinsiyet ve yaş aralığına göre dağılımı	31
Tablo 4. Anksiyete gruplarının cinsiyete ve yaş aralığına göre dağılımı	31
Tablo 5. CFSS-DS ortalama skor değerlerinin anksiyete grupları, cinsiyet ve yaş aralığına göre dağılımı	32
Tablo 6. DMFT ortalama değerlerinin anksiyete grupları, cinsiyet ve yaş aralığına göre dağılımı	33
Tablo 7. dmft ortalama değerlerinin anksiyete grupları, cinsiyet ve yaş aralığına göre dağılımı	34
Tablo 8. Hastaların diş hekimine gitme sıklıklarının cinsiyete ve yaş aralığına göre dağılımı	35
Tablo 9. Anksiyete gruplarına göre ailede doktor/diş hekimi varlığının ve tedavi esnasındaki hislerin dağılımı	36
Tablo 10. Daha önce diş hekimine giden hastaların tedavi esnasındaki hislerinin cinsiyete, yaş aralığına ve anksiyete gruplarına göre dağılımı	38
Tablo 11. Hastaların tedavi esnasındaki hislerine göre kardeşlerinin tedavi esnasındaki hislerinin dağılımı	39
Tablo 12. Hekim tercihlerinin cinsiyet ve yaş aralığına göre dağılımı	40
Tablo 13. Hekimin dış görünümünün öneminin cinsiyet ve yaş aralığına göre dağılımı	41

Tablo 14. Erkek hekimin tıraş olmasının cinsiyete ve yaş aralığına göre dağılımı	42
Tablo 15. Hastaların parfüm tercihlerinin cinsiyete ve yaş aralığına göre dağılımı	42
Tablo 16. Hastaların hekimin takı veya saat kullanımı ile ilgili tercihlerinin cinsiyet ve yaş aralığına göre dağılımı	43
Tablo 17. Hastaların takı veya saat tercihinin cinsiyet ve yaş aralığına göre dağılımı	44
Tablo 18. Hastaların hekimin isimlik kullanımı ile ilgili tercihlerinin cinsiyet ve yaş aralığına göre dağılımı	44
Tablo 19. Hastaların hekimin koruyucu ekipman kullanımı ile ilgili tercihlerinin anksiyete grupları, cinsiyet ve yaş aralığına göre dağılımı	45
Tablo 20. Hastaların hekimin kullandığı maske ile ilgili tercihlerinin cinsiyete ve yaş aralığına göre dağılımı	46
Tablo 21. Hastaların hekimin kullandığı eldivenin rengi ile ilgili tercihlerinin cinsiyete ve yaş aralığına göre dağılımı	46
Tablo 22. Hastaların klinik tercihlerinin cinsiyete ve yaş aralığına göre dağılımı	47
Tablo 23. Hastaların hekimin kullandığı ayakkabı tercihlerinin cinsiyete ve yaş aralığına göre dağılımı	48
Tablo 24. Hastaların hekimin kıyafetleri ile ilgili tercihlerinin cinsiyete ve yaş aralığına göre dağılımı	48
Tablo 25. Hastaların resmi ya da rahat kıyafet ile ilgili tercihlerinin cinsiyet ve yaş aralığına göre dağılımı	49
Tablo 26. Hastaların önlük rengi tercihlerinin cinsiyet ve yaşa göre dağılımı	50
Tablo 27. Diş hekimine gitme durumuna göre hastaların kullanılan ekipman ve hekimin dış görünümü ile ilgili tercihlerinin dağılımı	51

Tablo 28. CFSS-DS skorunu etkileyebilecek faktörler	52
Tablo 29. DMFT ortalama skorunu etkileyebilecek faktörler	54
Tablo 30. dmft ortalama skorunu etkileyebilecek faktörler	56

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
Şekil 1. Hastaların diş hekimine gitme sıklığı	35
Şekil 2. Ailesinde doktor/diş hekimi varlığına göre hastaların tedavi esnasındaki hislerinin dağılımı	37
Şekil 3. Kardeşlerin tedavi esnasındaki hislerinin dağılımı	39

KISALTMA, SİMGE VE FORMÜLLER DİZİNİ**Kısaltmalar**

BII phobia	Yaralanma, iğne olma ve kan fobisi
CFSS-DS	Çocuk Korku Değerlendirme Skalas1 Dental Alt Ölçeği
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
DMFT	Daimi dişlerde çürük belirleme indeksi
dmft/ deft	Süt dişlerinde çürük belirleme indeksi
Örn	Örnek
N	Birey sayısı
Ort	Ortalama
P	Önem düzeyi
SS	Standart sapma

Simgeler

%	Yüzde
Ca	Kalsiyum

ÖZET

Çocuk Diş Hekimliğinde Diş Hekimi Korkusunun Değerlendirilmesi

Dental anksiyete; dental tedavi gören hastalarda çok sık karşılaşılan bir durumdur. Anksiyeteye bağlı olarak tedaviden kaçınma, hastanın oral sağlığını etkileyen ciddi problemlere yol açmaktadır. Bu nedenle, dental anksiyetenin erken dönemlerde belirlenmesi, tedavi işlemlerinde hastanın korkusunu yenmesini sağlayarak, tedavi işlemlerinin başarı şansını arttırmaktadır. Çalışmanın amacı çocuklarda dental korku sıklığını, dental korku ile diş çürüğü arasındaki ilişkiyi belirlemek ve dental tedavi sırasında çocuğun endişesini azaltmaya yardımcı diş hekimi imajını bulmak ve diş hekimi imajının değiştirilerek sağlanan dental hizmeti geliştirmektir. Çalışmada, 6-12 yaşları arasındaki toplamda 810 hastaya “Çocuk Korku Değerlendirme Skalası- Dental Alt Ölçeği (CFSS-DS)” ve “Çocukların Gözüyle Diş Hekimi Nasıl Olmalı” anketleri uygulandı. Anketler uygulandıktan sonra hastalar muayene edildi ve DMFT/dmft indeksleri belirlendi. Çocuk Korku Değerlendirme Skalası- Dental Alt Ölçeği sonuçlarına göre hastalar 3 alt gruba (düşük derece anksiyeteli- orta derece anksiyeteli- yüksek derece anksiyeteli) ayrıldı. Hastaların yaş ve cinsiyete göre anksiyete skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edildi ($p=0.046$, $p=0.001$). Buna göre 6-8 yaş grubunda ve kızlarda anksiyete skorunun fazla olduğu saptandı. Anksiyete ve diş çürüğü arasındaki ilişki değerlendirildiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edildi (DMFT $p=0.030$, dmft $p=0.015$). Buna göre DMFT/dmft değerleri yüksek derece anksiyeteli hastalarda daha fazla bulundu. Ayrıca çocukların hekimin dış görünüşü ile ilgili güçlü bakış açısı ve tercihlere sahip olduğu saptandı. Buna göre anksiyete ile diş çürüğü sıklığı arasında ilişki olabileceği ve hekimin dış görünümünde yapılabilecek küçük değişiklikler ile çocukların anksiyete seviyelerinde azalmaların sağlanabileceği sonucuna varıldı.

Anahtar sözcükler: CFSS-DS, Dental Anksiyete, Dental Korku, Diş Çürüğü, Hekimin Dış Görünümü

SUMMARY

Evaluation of Dental Fear in Pediatric Dentistry

Dental anxiety is a common situation encountered for patients receiving dental treatment. Avoidance of dental care due to dental anxiety leads to problems with several adverse consequences to the patients oral health. Therefore, early identification of dental anxiety increases the success of treatment by eliminating the fear of the patient. The aim of this study was to determine the frequency of dental fear and the relationship between dental fear and dental caries, find the ideal dentist appearance that can reduce anxiety of the child and improve dental treatment by altering the dentist appearance. “Children’s Fear Survey Schedule- Dental Subscale” and “How should be a dentist according to the child?” questionnaires were applied to 810 patients between 6-12 years of age in this study. Patients were examined after the questionnaires and DMFT/dmft indexes were determined. The patients were divided into three subgroups according to CFSS-DS (low anxiety, medium anxiety, severe anxiety). Statistically significant difference was detected between the anxiety scores according to age and gender of the patients ($p=0.046$, $p=0.001$). Accordingly, anxiety score among 6-8 year olds and girls was found to be higher. When the relationship between anxiety and dental caries was evaluated, statistically significant difference was detected. (DMFT $p=0.030$, dmft $p=0.015$). DMFT/dmft scores were found to be higher in patients with high levels of dental anxiety. Additionally, it was detected that children had a high perception and strong preference towards the appearance of the dentist. It can be concluded that anxiety and dental caries are related and little alterations in the dentists’ appearance can reduce the dental anxiety in children.

Key words: CFSS-DS, Dental Anxiety, Dental Fear, Dental Caries, Dentists’ Appearance

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Ağız ve diş sağlığı, birey ve toplum sağlığında önemli bir yere sahiptir. İnsan vücudunun gelişmesi ve sağlıklı bir yaşam sürdürmesi için, ağız içindeki dişlerin normal ve sağlıklı olması gerekmektedir (1).

Tedavi planlamasının uygulanması ve gerçekleştirilmesinde toplumların diş tedavilerine ve diş hekimlerine karşı duydukları korku ve anksiyetenin önemi büyüktür. Diş tedavileri sırasında yapılan işlemlerin çocuklar tarafından korkulu bir işlem olarak algılanması, diş hekimliği kliniğinde gerçekleştirilmesi planlanan tedavileri zorlaştırır. Çocukluk döneminde görülen dental anksiyete problemi, erişkin dönemde de devam ederek kişilerin, diş tedavilerinden kaçınma ve bunun sonucu olarak da ağız diş sağlığının olumsuz etkilenmesine sebep olabilmektedir (1). Bu sebeple, dental anksiyetenin diş hekimleri tarafından erken dönemde belirlenerek, tedavi sırasında özel yaklaşım gerektiren çocukların saptanması, diş tedavisinin başarı şansını artırmaktadır (2).

Ayrıca diş hekiminin dış görünümünün de dental anksiyete üzerine etkisi olduğu bilinmektedir. Psikologlar, fiziksel görünüşün, ilk izlenim ve ikili ilişkiler üzerine etkisinin önemli olduğunu sıklıkla belirtmektedirler. Çocuklar, diş hekimi sözlü iletişime geçmeden önce dış görünümüne dayanarak bir izlenim geliştirmekte ve sıklıkla onların sözlerini, hareketlerini ve mimiklerini kayıt ve analiz etmektedirler. Çocuk, diş hekimi ve dental çevreden memnun olduğu zaman, endişe kaynaklı uyarılarla baş etmesi o kadar kolaylaşmakta ve böylece çocuğun etkili ve yeterli tedavisi sağlanmaktadır. Bunda da diş hekiminin kendisini sunma şekli çok önemli rol oynamaktadır (3).

Bu tez çalışmasının amacı 6-12 yaş arasındaki çocuklarda dental korku sıklığını, korkuya bağlı tedaviden kaçınma davranışını ve bunun sonucunda da artan çürük sıklığını belirlemektir. Ayrıca dental tedavi sırasında çocuğun endişesini azaltmaya yardımcı diş hekimi imajını bulmak ve diş hekimi imajının değiştirilerek sağlanan dental hizmeti geliştirmektir.

4. GENEL BİLGİLER

Psikolojik büyüme ve gelişim süreci içinde bulunan çocukların davranışları çeşitli gelişim dönemlerine göre farklılık göstermektedir. Bu nedenle çocuk-diş hekimi ilişkileri çocuğun psikolojik gelişim dönemine göre değerlendirilmektedir (4).

Çocukların farklı yaşlardaki normal davranış özelliklerinin, çocuk hastalarda teşhis ve tedavi için bilinmesi önemlidir. Çocukların kronolojik ve fizyolojik yaşları her zaman uyumlu olmayabilir. Bu sebeple tedavi planlaması sırasında hekim, her iki durumu da göz önünde bulundurmalıdır (5).

4.1. Kronolojik Yaş Dönemlerine Göre Çocuk Davranışları

Çocuklar, doğduktan sonra iki yaşına kadar olan dönemde yabancılara karşı güvensiz olur ve ancak her gün gördüğü insanlara güvenirlir. Tepkilerini; gözlerini, ellerini, ayaklarını ve sesini kullanarak gösterirler. Çocuğun dental işlemleri anlaması mümkün olmadığından hekimin çocukla etkili bir iletişim kurabilmesi kolay değildir (5, 6).

İki yaş; çocuğun fiziksel, zihinsel ve çevresel gelişiminin başladığı dönemdir. Bu dönemde, anneye bağımlıdır ve yeni durumlara adaptasyonda güçlük çekerler. Konuşma kabiliyetinin artmasıyla birlikte istek ve ihtiyaçlarını dile getirebilirler. Diş hekiminin bu yaş grubunda tedavi sırasında yapması gerekenler; çocukta güven duygusu geliştirebilmek için ebeveynle beraber koltuğa oturtmak, sözel anlatım yerine dokunma, görme, işitme duyularına hitap etmek, birden fazla konu anlatmamak, ani ses ve hareketlerden kaçınmak ve randevu süresini kısa tutmaktır (7).

Üç yaş; okul öncesi dönemin başlangıcıdır. Çocuklar bu dönemde dental durumlarıyla ilgili iletişime girebilirler. Diş hekiminin bu yaş grubunda yapması gerekenler merak özelliğini kullanarak dikkatini toplamak, yapılacak işlemi sözel ve görsel olarak anlatmak, soru sorarak onları olaya dahil etmek ve pozitif geri bildirim vermektir. Ebeveynlerden birinin yanında olması onların tedavi sırasında daha güvenli hissetmesini sağlar. Ancak hekim ve ortama alıştıktan sonra tek başlarına da tedavi edilebilirler (5, 7).

Dört yaşındaki çocuklar; çok meraklı, sabırsız, inatçı, çevreyle ilgili, konuşkan, kendine güvenli ve değişikliğe açık olurlar. Fiziksel yaralanma korkusu nedeniyle az ağrılı işlemlerde bile çok fazla tepki gösterebilirler, abartma özellikleri fazladır. Ancak genel olarak dört yaş çocukları, ailelerinden kolayca ayrılabilirler ve uyumlu bir hasta olabilirler. Diş hekiminin bu yaş grubunda yapması gerekenler çocuğa yardım etmesi için fırsat tanımak, basit işlemleri anlatmak, ara vermeden çalışmak ve kontrolü kaybetmemektir (5, 7, 8).

Beş yaş çocuklarında; korkular genel olarak azalmıştır, daha dengelidirler ve ailesinden ayrı tedaviyi kabul edebilirler. Genellikle uyumlu bir diş hastası olurlar. Davranışları, giysileri ve genel olarak görüntüleri hakkında yapılan pozitif yorumlar tedavi başarısında etkilidir. Diş hekimi, yapılacak dental işlemleri süsleyerek anlatabilir, işlem sırasında eli ile durma işareti yapmasını sağlayabilir (7, 8).

Altı yaş çocukları genelde endişelidirler. Kötü ruh hallerini yansıtıcı cümleler kurarlar. Bu “mantık” dönemine geçiş dönemidir. Kendi fikirlerini mantıksal fikirlerle ve sıkı kanıtlarla savunmaya başlarlar. Okula başlamaları çocuğun hekimle diyalog kurmasına katkı sağlayacaktır (8).

Yedi ile oniki yaşları arasındaki çocuklar ise ebeveynlerinden bağımsız olmaya başlar ve kendi yaş gruplarıyla daha yakın ilişkiye girerler. Çocuklar bu yaşta da korkulara sahip olmasına rağmen genellikle sosyal olarak kabul edilebilir yollarla, bu korkuların daha iyi bir şekilde üstesinden gelebilirler. Bu yaş grubundaki çocuklar kural tanır, sosyal çevreleri vardır, öğrenmeye açıktır ve erişkin gibi davranılmak isterler. Diş hekiminin yapması gerekenler, tedaviyi yaşına uygun anlatmak ve çocuksu konuşmalardan kaçınmaktır. Bu yaş grubundakiler dental işlemlerin açıklanmasıyla hoş olmayan durumlarla daha kolay başa çıkabilmektedirler (5, 7).

4.2. Anksiyete ve Korku Kavramları

Anksiyete ve korku, organizma için tehlike sayılabilecek bir durum karşısında savunma mekanizmalarını harekete geçiren duygulardır (9). Korku, yaşamı veya güvenliği tehdit eden mevcut veya olası bir tehlikeye karşı gösterilen, ruhsal ve bedensel olarak verilen bir reaksiyondur (10). Kaynağı somuttur, gerçek bir alt yapısı vardır. Korkuda kişi şiddetli bir korku duygusuyla beraber fiziksel tepkiler de gösterir ve kendisine korku veren şeylerden kaçıp kurtulma yolları arar (11). Güvenliği tehdit

eden herhangi bir durumda böyle bir tepkinin ortaya çıkışı, yaşamın devamı için gerekli, hatta şarttır. Duyulan korku sayesinde tehdit edici uyarana karşı gerekli acil önlemler alınır ve yaşam güven içinde sürdürülür (10).

Weinstein ve arkadaşları (12); korkunun, kalıtsal olmamasına rağmen, bulaşıcı olarak yayıldığını, kişinin korkularını fobi haline dönüştürmesiyle sürekli hale getirdiği, önceki olumsuz deneyimlerin sebep olduğu istenmeyen hallerin müdahalesinde erken çocukluk dönemine inilmesi gerektiğini bildirmektedirler.

Anksiyete, somatik belirtilerin de eşlik ettiği, bilinmeyen tehlikelere karşı gösterilen nedensiz tedirginlik ve korku durumu olarak tanımlanır. Anksiyete, kaygı, sıkıntı, bunaltı, endişe olarak da adlandırılabilir. Anksiyete yaşayan kişi bu durumu kötü bir şey olacakmış hissi, gereksiz bir endişe hali ya da nedensiz bir korku şeklinde ifade eder. Problemin kaynağı belirsiz ve gözlenebilir olmadığından kişi anksiyetelidir ve karmaşık tepkiler verebilir. Ancak bireyin anksiyete halinde gösterdiği fizyolojik tepkilerin niteliği korkuya verilen tepkilerle benzerlik gösterir (11, 13). Anksiyete çok hafif bir tedirginlik ve gerginlik duygusundan panik derecesine kadar varan değişik yoğunluklarda yaşanabilir (1).

Bununla birlikte anksiyete, sık yaşanan, herkes tarafından zaman zaman hissedilen bir duygudur ve her zaman bir hastalık belirtisi olarak görülmemelidir. Normal anksiyete, organizmanın biyolojik bir korunma sistemidir ve potansiyel bir tehlike algılandığı durumlarda ortaya çıkarak organizmanın tehlikeli durumdan kendini koruyarak yaşamına devam etmesini sağlar. Eğer anksiyete, objektif bir tehlike durumu olmaksızın sanki varmış gibi algılanarak abartılı ve kişinin günlük yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen subjektif bir beklenti hissi, dehşet, endişe veya bir felaketin yaklaştığı duygusu ile karakterize ise “anormal anksiyete” den söz edilebilir (14, 15).

Çocuklarda anksiyete, herhangi bir yaşta ortaya çıkabilir. Bu durum özellikle puberte çağı ve öncesinde görülebilir. Fiziksel ve sosyal çevrede çocukların istenmeyen durumlara karşı gösterdikleri anksiyete ve korku, normal tepkiler olarak kabul edilir. Fizyolojik olarak yararlı olduğu düşünülen bu duyguların uygun olmayan düzeylere ulaşması davranış bozukluklarına yol açması yönünden önemli rol oynayabilir, kavrama ve öğrenme yeteneklerini azaltabilir (6, 11).

4.2.1. Anksiyete ve Korku Belirtileri

Organizmayı tehdit eden ve dengesini bozmaya çalışan dış şartlar otonom sinir sistemi tarafından yönetilen kaçma veya savunma tarzında akut cevaplara yol açar. Otonom sinir sistemi; salgı bezleri, düz kaslar ve kalp kasının fonksiyonlarını düzenler. Sempatik ve parasempatik sinir sistemi olmak üzere iki bölümden oluşur. Bu iki sistem birbirine zıt fonksiyonlar içindedir (11).

Çeşitli araştırmalar sonunda korku ve anksiyete durumlarında kişide görülen somatik belirtiler şunlardır (11):

- a) Nabızda artma, aritmi, ekstrasistol, kan damarlarında vazokonstrüksiyon, sistolik kan basıncının yükselmesi
- b) Solunum sisteminde tıkanma ya da boğulma hissi, hiperventilasyon
- c) Gastrointestinal sistemde damarların vazokonstrüksiyonu sonucu oluşan mide spazmları, ağrılar, kusma ve diyare
- d) Böbreklerin aşırı çalışması sonucu sık tuvalet gereksinimleri
- e) Pupillalarda büyüme
- f) Piloereksiyon
- g) Tükürük bezlerinin fonksiyonundaki azalmaya bağlı ağız kuruluğu
- h) Kan şekeri yükselme
- i) Terleme
- j) Tremor
- k) Periferik damarlardaki dilatasyona bağlı hiperemi
- l) Adrenal bezlerden epinefrin ve kortizol salgılanması
- m) Derinin elektriksel direncinde yükselme

Bunlara ek olarak; kişiler korku ve anksiyete durumunda, duygularını çeşitli davranışlar ile gösterirler. Bu davranışlar, bireyin olgunluğuna, daha önceki korkularına ve karakterine göre değişebilir (11):

- Hızlı göz hareketleri
- Aşırı hareket ya da alışılmamış yorgunluk
- Tırnak yemek
- Dil ısırma
- Sabırsızlık

- Sinirlilik
- Çekingenlik, utanma
- Kayıtsızlık
- Agresif davranış
- Ağlama
- Kekeleme
- Konuşurken önüne bakmak
- Konsantrasyon bozukluğu
- Gergin ve asık yüz ifadesi
- Çok hızlı ve yinelenen gereksiz konuşma
- Bağırarak ve yüksek sesle konuşma

Çocukların korku ve anksiyete karşısında nasıl tepki vereceğini belirleyen faktörler; korkunun derecesi, korkunun üstesinden gelebilme yeteneği ve korkuyla baş etme motivasyonudur (8).

Çocuklar genellikle duygularını, farklı durumlarda olsalar da yetişkinlere göre daha açık ifade ederler. Çocuğun; korku ve anksiyete ifadeleri, olgunluğuna, kişiliğine, kötü tecrübelere, ebeveynlerine ve dış hekiminin kendisinden taleplerine göre çeşitlenir. Bu reaksiyonlar:

- Kaçma
- Saldırganlık
- Ağlamak
- Kaçınmak
- Kayıtsızlık
- Geri çekilme
- Kusma ya da mide ağrılarında yakınma
- Korkuyu baskılamaya ve saklamaya çalışmadır (8).

Ağlayan bir çocuk; genellikle saldırgan, kavga ve küfür eden bir çocuktan daha fazla şefkat görmektedir. Oysaki, bu farklı davranışların altında yatan korku aynı olabilmektedir. Ayrıca çocukların çok iyi davranmasında, altında yatan sebebin, aile

disiplini ile korkutulması olabileceğinin farkına varmak gerekmektedir. Bu durum genellikle çocuğun korku dolu gözlerinden ve gergin tavırlarından anlaşılmaktadır (8).

4.3. Dental Anksiyete ve Korku

Korku ve anksiyete reaksiyonları, insan hayatında birçok etkene karşı gelişebilmektedir. Bunlar yaşamın bir parçası olmakla birlikte, bazen günlük hayatı olumsuz yönde etkileyebilmektedirler (16).

Modern teknolojik uygulamalara rağmen diş hekimliği uygulamaları, hala korku ve anksiyete reaksiyonlarının gelişmesindeki etkenlerden birisidir. Dental anksiyetenin sıklıkla anksiyete duyulan obje ve durumlar arasında beşinci sırada yer aldığı bildirilmektedir (16).

Dental anksiyete, özellikle dış kaynaklı uyarıcı ile ilişkili olmaksızın bireyin her türlü dental işleme karşı hissettiği korku ve endişe olarak tanımlanmaktadır. Her yaşta görülmekle birlikte genellikle çocukluk veya ergenlik döneminde ortaya çıkar (17). Yapılmış olan farklı çalışmalarda çocukluk dönemindeki dental anksiyetenin erişkin dönemde de kalıcılığını sürdürdüğü görülmektedir. Bu nedenle, erken dönemde dental anksiyetenin belirlenmesinin önemli olduğu bildirilmektedir (1).

Kişinin dental anksiyete seviyesinin bilinmesi, tedaviye yardımcı olması yönünden önemlidir. Bu durumda diş hekimi, hastasının ne tip davranışlar ve tepkiler göstereceğini önceden tahmin ederek, çocuğun anksiyete düzeyini en aza indirecek önlemler olarak gereken tedavinin daha kolay uygulanmasını sağlar (16, 18).

Dental korku ise, dental işlemler sırasında ortaya çıkan tehdit edici uyaranlara karşı meydana gelen normal bir duygusal tepkidir (19). Peretz ve Efrat (20), dental korkunun, diş hekimlerinin rahat çalışmasını ve diş tedavisini engelleyen önemli bir sorun olduğunu belirtmektedir. Yapılan başka bir çalışmada; okul çağı çocukların %16'sının diş hekiminden korktuklarını ve buna bağlı olarak da dental tedaviden kaçındıkları rapor edilmektedir (21).

Dental korkuya sahip hastalar ile korkusu olmayan hasta grupları karşılaştırıldığında, korkulu grupta daha fazla ağız diş sağlığı problemi olduğu bildirilmektedir. Bu sebeple, klinik diş hekimliğinde dental korkunun önemi oldukça büyüktür (22, 23).

Çocuklarda diş hekimi korkusu uzun yıllardır hasta yönlendirmesi bakımından problem oluşturmaktadır. Geçmişte olumsuz diş hekimi deneyimi yaşayan çocukların yaşamayanlara göre daha korkulu ve anksiyeteli olacakları kaçınılmaz bir gerçektir. Çocukluk döneminde yaşanabilen bu olumsuz diş hekimi deneyimleri ilerleyen dönemlerde diş hekimine gitme sıklığını azaltmakta ve oral hijyenin kötüleşmesi ile sonuçlanabilmektedir (24-26).

Dental anksiyetesi artarak devam eden çocuk erişkin bir birey olduğunda korkuları dental fobiye dönüşebilmektedir. Dental fobi ise dental anksiyetenin daha şiddetli tipidir. Bireylerin diş tedavisine ihtiyaç duyulduğunda tedaviden kaçınmasına veya son ana kadar dayanmalarına neden olabilmektedir. Bu durum günlük rutin ve sosyal yaşamı önemli derecede etkilemektedir (8). Dental fobisi olan bireyleri, diş tedavisinden korkan bireylerden ayıran en önemli özellik bu kişilerin diş hekimine asla gitmemeleridir. Diş tedavisinden korkan bir kişi zorlanarak da olsa diş hekimine gidebilir. Fakat diş fobisi olan kişilerin korkusu o kadar fazladır ki, bu kişiler diş hekimliğine karşı mantıksız bir tutum içerisine girmişlerdir. Gerçek fobisi olan kişileri, diş hekimi muayanesine getirmek mümkün değildir. Bu durumda da fobi hem kötü bir ağız sağlığına hem de utanç ve aşağılık duygusuna sebep olmaktadır (27, 28).

4.3.1. Çocuklarda Görülen Dental Anksiyete Türleri

Diş hekimliği uygulamaları söz konusu olduğunda, çocuklarda gözlenebilen anksiyete türleri aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

4.3.1.1. Bireysel (Kişiyeye Özgü) Anksiyete

Bazı çocuklar doğası gereği diğerlerinden daha fazla anksiyeteye sahip olabilmektedirler. Bu durum 'Bireysel Anksiyete' olarak tanımlanabilir. Anksiyeteli bireylerin çoğu, başka alanlarda gösterdiği korkularını dental problemlerine de yansıtırlar. Bu kişiyeye özgü anksiyetenin, daima sabit olduğu unutulmamalıdır. Bu hastalar, kliniğe ikinci gelişlerinde de ilk randevularındaki kadar endişeli olabilmektedirler (29).

4.3.1.2. Maternal Anksiyete

Anneye bağılı olarak meydana gelen bir anksiyetedir. Geçmişte çocukların diş muayenesine anneler tarafından götürülmesinin bir gelenek haline gelmesi, çocukların diş randevuları üzerinde maternal anksiyetenin etkisinin, araştırma konusu olmasına yol açmaktadır. Maternal anksiyetenin, küçük çocukların diş hekimini ilk ziyaretleri sırasındaki davranışları üzerinde etkili olduğu gösterilmektedir (29).

4.3.2. Dental Anksiyete Görülme Sıklığı

Yüksek düzeydeki diş hekimi korkusu ve anksiyetesinin toplumdaki yaygınlığının belirlenmesine yönelik yapılan çalışmalarda farklı ölçme yöntemleri ve farklı çalışma grupları kullanıldığı için kesin bir değer saptanamamakla birlikte, Türk popülasyonunda %21.3-%23.5, diğer popülasyonlarda ise %2.5-%20 arasında değiştiği bildirilmektedir (30). Yapılan bir çalışmada dental anksiyetenin %51'inin çocukluk döneminden, %22'sinin ergenlik döneminden kaynaklandığı gösterilmektedir (31). Farklı popülasyonlar üzerinde yapılmış çalışmalarda, çocuklarda dental anksiyete görülme sıklığı %5-28 olarak rapor edilmektedir (1).

Lee ve arkadaşları (32) yaptıkları bir araştırmada, Tayvan'lı çocukların dental korku prevalansının %20.6 olduğunu belirtmektedir. 5-8 yaşları arasındaki çocukların incelendiği bu çalışmada, 5 yaş grubunun %24.8'inin, 6 yaş grubunun %21.1'inin, 7 yaş grubunun %19.2'sinin ve 8 yaşındakilerin de %19.3'ünün dental anksiyeteli olduğu rapor edilmektedir.

Diaz ve arkadaşlarının (33) 147 çocuk hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmanın sonucunda, katılımcıların %13.6'sının dental korkulu hastalar olduğu rapor edilmektedir.

4.3.3. Dental Anksiyetenin Etiyolojisi

Erken dönemlerde, kişinin dental anksiyete seviyesinin belirlenmesi, tedavi esnasında hastalara karşı yaklaşım açısından oldukça önemlidir. Hekimin, tedavi öncesi hastasının anksiyete düzeyi hakkında bilgi sahibi olması, karşılaşılabileceği tepkilere hazırlıklı olmasını ve hastanın anksiyete düzeyini azaltmaya yönelik önlemler alabilmesini sağlamaktadır. Bu durum, özellikle çocuklarda büyük önem taşımaktadır. Çocuklardaki bu duygu ile başa çıkabilmek için diş hekiminin, anksiyetenin derecesi,

etiyojisi ve çocuğun psikolojisi konusunda da bilgi sahibi olması gerekmektedir (9). Dental anksiyete ile ilgili yapılan çalışmalarda, etiyojinin multifaktoriyel olduğu ortaya konmaktadır (15, 34).

Dental anksiyetede; yaş, cinsiyet ve sosyodemografik faktörler gibi pek çok faktörün etkili olduğu bildirilmektedir (17). Genel olarak kadınların ve düşük gelirlili bireylerin anksiyete düzeylerinin toplumun diğer kesimlerine göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Eğitim seviyesi ve yaşın ise, anksiyete düzeyini ne şekilde etkilediği konusunda farklı görüşler bulunmaktadır (35). Bazı araştırmacılar; eğitimin, dental anksiyete düzeyi üzerinde etkili bir faktör olduğunu ve eğitim düzeyi düşük olan gruplarda anksiyete görölme oranının yüksek olduğunu bildirmektedirler (36, 37). Stabholz ve Peretz (36), eğitim düzeyi yüksek kişilerin stresli durumlarla başa çıkma yeteneklerinin daha kolay geliştiğini bildirmektedir. Buna ek olarak, eğitim düzeyi ve dental anksiyete arasındaki ilişkinin belirlenemediği araştırmalar da bulunmaktadır (38, 39).

Genel olarak anksiyetenin etiyojisinde rol oynayan faktörler, geçmişteki travmatik deneyimler (işlem sırasında oluşan ağrı, uzun süreli ve yorucu tedaviler), evre (muayene odası, kullanılan aletlerin sesi ve görüntüsü, ortamın kokusu), düşük ağrı eşiği, hekimin hastaya yaklaşımı (hastanın ağız sağlığı ile ilgili eleştiri, duyarsızlık, tedaviyi açıklamada yetersizlik, eksik veya yanlış tedavi), hastanın hekime yaklaşımı (güvensizlik, hekimi yetersiz bulma), sosyal etkileşimler (ebeveyn, kardeş ve arkadaşların negatif etkisi, dramatize edilmiş çizgi filmler ve televizyon programları) ve kötü deneyimlerin ön plana çıkması şeklinde sıralanabilir (18).

Dental anksiyete ve korku, ocuk popölasyonunda oldukça yaygındır. Çocuklarda dental anksiyetenin gelişiminde direkt ve indirekt faktörler rol oynamaktadır. Çocuğun daha önce edindiği olumsuz dental deneyimler gibi direkt faktörler anksiyete gelişiminde başlıca rolü oynamasına karşın, aile fertleri ve yakın çevresindeki kişilerden duyduğu indirekt deneyimler de önemlidir (1, 2).

Çocuklarda dental anksiyete problemlerinin etiyojik faktörleri; “bireysel faktörler, çevresel faktörler ve dişsel faktörler” şeklinde 3 ana bölümde incelenmektedir (29).

4.3.3.1. Bireysel Faktörler

Dental anksiyete ve davranış idaresi problemlerinin oluşumunda önemli faktörlerden biri “çocuğun yaşı”dır. Her iki durum da küçük çocuklarda daha yaygındır. Çünkü psikolojik gelişimleri henüz diş tedavisine dayanabilecek yeterlilikte değildir (29). Tayvan’lı çocuklarda dental korkunun etiyolojik faktörlerinin araştırıldığı bir çalışmada, yüksek anksiyete seviyeleri ve koopere olmayan davranışların 4 yaşından itibaren azalmaya başladığı rapor edilmektedir (32). Bayrak ve arkadaşları (2) tarafından Türk çocuklarında yapılan bir çalışmada, 3-6 yaş grubu çocukların %30’unun, 7-12 yaş grubu çocukların ise %11’inin dental anksiyeteli olduğu rapor edilmektedir. Folayan ve arkadaşları (40), dental anksiyete seviyesinin 6-7 yaş civarında azalmaya başladığını ve yaş ilerledikçe dental uygulamalarla baş etme yeteneğinin daha da arttığını belirtmektedirler. Winer (41) tarafından yayımlanan bir derlemede de, dental tedaviler sırasında pozitif davranışların görülme sıklığının 3-6 yaşları arasında arttığı rapor edilmektedir.

Dental anksiyete oluşumunda etkili faktörlerden biri de çocuğun cinsiyetidir. On dört farklı popülasyonda yapılan araştırma sonuçlarının incelendiği bir derleme çalışmasında, on popülasyonda kızların erkeklere göre daha fazla dental anksiyeteye sahip olduğu, ikisinde ise cinsiyete bağlı farklılık görülmediği ortaya konmaktadır(42). Başka bir çalışmada, erkeklerin dental anksiyete düzeylerinin kızlara oranla daha yüksek olduğu ifade edilirken (43), diğer bir çalışmada yüksek anksiyete düzeylerine kızlarda daha fazla rastlandığı belirtilmektedir (44). Kızların daha yüksek anksiyeteye sahip olmalarının nedeni duygularını erkeklere göre daha rahat ve istekli bir şekilde açıklayabilmelerine bağlanabilir (27, 45). Milgrom (46) ise çocuklarda cinsiyet farkının dental anksiyeteye doğrudan bir etkisi olmadığını belirtmektedir.

Bireysel etiyolojik faktörlerden bir diğeri de çocuklardaki eksik iletişim becerileridir. Kontrolünü kaybetme, ağrı duyusu ve yabancı insanlar ile bir arada olmak, küçük çocuklarda korku reaksiyonlarının meydana gelmesinde önemlidir (29).

Yaralanma, iğne olma ve kan fobisi de (Blood, injury, injection-BII phobia) sıklıkla diş tedavisini negatif etkilediği görülen özel bir anksiyete etkenidir. Çocuklarda BII fobisi ile dental anksiyete ve diş tedavisi olmaktan kaçınma arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmektedir (8).

Ayrıca kişilik özellikleri de dental anksiyete oluşumu ile ilişkilidir. Sinirlilik, negatif ruh hali ve diğer kaygılar, dental korkusu olan hastalarda daha yaygındır (29).

4.3.3.2. Çevresel Faktörler

Aileye ait dental anksiyetenin, çocukların klinik davranışlarını etkilediği oldukça iyi bilinmektedir (29). Berggren ve Meynert (47) ve Moore (48) ebeveynleri odontofobik olan bireyler üzerinde yaptıkları çalışmalarda, ailenin negatif tutumunun çocukta odontofobi gelişmesinde en önemli etken olduğunu rapor etmektedirler. Ayrıca bu konudaki çalışmalar, dental korkunun emosyonel olarak ya da modellendirme ile aile üyeleri arasında yayılabildiğini ve dental korkunun temelinde genetik bileşenlerin birlikteliği olduğunu göstermektedir (49).

Brezilya'da 2011 yılında yapılan bir araştırmada; anneleri, dental anksiyete sebebiyle düzenli olarak diş hekimine gitmeyen çocuklarda, ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesinin daha düşük seviyede olduğu saptanmaktadır (50). Yine Brezilya'da 2012 yılında yapılan, 2-5 yaş arası çocukların ve annelerinin değerlendirildiği bir anket çalışmasında, bu yaş grubundaki çocukların %79,3'ünün hiç diş hekimine gitmedikleri ve annelerin %60'ının da düzenli olarak ağız ve diş sağlığı muayenesi olmadıkları rapor edilmektedir. Ayrıca bu çalışmada çocukların diş hekimi randevusuna gitmelerinin annelerinin eğitim seviyesi ile ilişkili olduğu sonucu belirtilmektedir (51). Annelerin diş hekimine düzenli olarak gitmemelerinin nedenleri; düşük eğitim seviyesi, sosyoekonomik durum ve negatif diş tedavisi tecrübeleri olarak belirlenmektedir (50).

Ayrıca yapılan araştırmalarda, anne-babaları ayrı yaşayan çocuklarda da, dental korku ve davranış idaresi problemlerine daha sık rastlanıldığı gözlenmektedir (52).

Düşük sosyoekonomik durum dental anksiyete problemlerine neden olmaktadır. Bu durum bazı ülkelerde çocukların diş tedavilerinin ücretsiz sağlanmasıyla aşılmaya çalışılmaktadır (29). Dental anksiyete ve sosyodemografik durum arasındaki ilişkiyi doğrudan araştıran az sayıda çalışma mevcuttur (53). Wright ve arkadaşları (54), 5 yaş grubu yüksek sosyoekonomik düzeye sahip çocukların, dental işlemler sırasında daha olumlu davranış tutumu içerisinde olduğunu bildirmektedir. Folayan ve arkadaşları (40), ailenin sosyoekonomik durumu ile çocuğun anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmektedir. Önçaç ve arkadaşları (9), dişhekimi ziyaretine ilk defa gelen,

3-12 yaş grubu çocuklarla yaptığı çalışmada, ailenin eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durumunun, çocuklarda dental anksiyete düzeyini yükselttiğini belirtmektedir (9).

Çocuğun dental tedavideki davranışını etkileyen önemli faktörlerden biri de diş hekiminin tutumudur. İlk diş hekimi randevusu, çocuğun daha sonraki tedaviler için diş hekimi ve diş tedavileri hakkında nasıl bir tutum sergileyeceği konusunda önemli bir etkidir. Pozitif bir diş hekimi- hasta ilişkisi; hastanın memnuniyeti, uyumu ve diş sağlığı kliniklerine gitme alışkanlığını, ayrıca evde yapacağı koruyucu uygulamalar açısından motivasyonunu olumlu yönde etkilemektedir. Diş hekiminin bu konuda dikkatli olması, çocuğun dental davranış problemini negatif olaylar oluşmadan önce tahmin etmesi ve tanımlaması, ayrıca ilk randevu için etkili bir davranış idaresi stratejisi oluşturması gerekmektedir (29). Tedaviyi gerçekleştirecek olan diş hekiminin psikolojik formasyon eksikliği ve deneyimsizliği çocuğun anksiyetesini arttırıcı bir etki oluşturabilmektedir (55).

2011 yılında Çin’de yapılan, yaşları 2-8 arası değişen çocuklarda ilk ve ikinci dental tedavi arasındaki davranışsal farklılıkların incelendiği bir çalışmada; 97 çocuktan 61’inin davranışlarında değişiklik olmadığı, 29’unun davranışlarında olumlu yönde değişiklik ve 7’sinin de davranış problemlerinin ikinci randevuda arttığı rapor edilmektedir. Çocukların davranışlarını negatif yönde etkileyen faktörün ise, çocuğun diş hekimi ve personeliyle anlaşmazlığa düşmesi olduğu görülmektedir (56).

4.3.3.3. Dişsel Faktörler

Dental anksiyete ya da korkunun oluşmasında yaygın olarak bilinen, önemli faktörlerden biri de “ağrılı diş tedavileri” dir. Sıklıkla dental anksiyetenin başlıca nedeninin negatif dental deneyimler olduğu belirtilir ve çok sayıda çalışma dental anksiyetede koşullanmanın önemini desteklemektedir (57-59). Ancak, tekrarlayan asemptomatik ziyaretler dental anksiyeteye dair profilaktik rol oynamakta ve koruyucu programlara katılan çocuklar daha düşük seviyede dental korku belirtisi göstermektedirler (29). Nicolas ve arkadaşları (60), dişlerine daha önceden dolgu yapılmış olan çocukların, hiç diş tedavisi görmemiş olanlara göre daha az korkuya sahip olduğunu belirtmektedir. Alwin ve arkadaşlarının (61) yaptığı bir araştırmada, kooperasyon güçlüğü olan çocukların % 23’ünün ilk diş hekimi ziyaretinin kötü olduğu, buna karşın kooperasyon problemi olmayan çocuklarda bu oranın %10 olduğu

belirtilmektedir. 1999-2000 yılları arasında İtalya’da yapılan bir çalışmada, problemlili bir ilk diş hekimi ziyareti geçirmenin, ailesel dental anksiyeteden sonra, en sık görülen ikinci dental anksiyete etkeni olduğu rapor edilmektedir. Bu çalışmada ayrıca, çok sayıda negatif diş tedavisi tecrübesi olan çocukların, diş hekimine gitmekten kaçındıkları ve ileride yalnızca diş ağrısı çektiklerinde diş hekimine gidebilecekleri belirtilmektedir (62).

Brezilya’da 2013 yılında gerçekleştirilen 8-11 yaşları arasındaki çocukların incelendiği bir çalışmada, diş ağrısı olan ve olmayan çocukların dental anksiyete seviyeleri karşılaştırılmakta ve diş ağrısı olan çocukların oluşturduğu grupta dental anksiyete seviyelerinin diğer gruptakilere oranla oldukça yüksek olduğu saptanmaktadır. Ayrıca ilk randevuda gözlenen anksiyete derecelerinin, diş ağrısı bulunmayan çocuklarda, daha sonraki randevularda azaldığı, ancak diş ağrısı olanlarda ise yine yüksek seviyede devam ettiği gözlenmektedir (63).

Rantavuori ve arkadaşları (64) ise önceki yıllarda geçirilen dental tecrübelerin dental korku oluşumunda daha zayıf etkili faktörler olduğunu, bunun yerine ebeveynlerin ya da büyük kardeşlerin korku derecelerinin bu konuda daha etkili olduğunu belirtmektedir.

Çocukluk çağında birden fazla ağrılı diş tedavisi yaşadığını belirten Norveçli gençlerle 1998 yılında yapılan bir çalışmada, bu gençlerin, ağrılı diş tedavi hikayesi olmayan veya yalnızca bir kez ağrılı tedavi deneyimi olan gruba oranla, daha yüksek diş hekimi korkusuna sahip oldukları bildirilmektedir (65).

4.3.4. Ailenin Çocuk Davranışında Etkisi

Çocuklarda davranış bozukluğuna sebep olabilecek aile tipleri, aşırı koruyucu tip aileler, aşırı hoşgörülü aileler, aşırı otoriter aileler, aşırı beklentili aileler olmakla birlikte sevgiden yoksun büyütülmüş ve şiddete maruz kalmış çocuklarda da davranış tipleri farklı olabilmektedir.

Aşırı koruyucu tip aileler, çocuğun her davranışını koruyup kollarlar. Çocuklarının yaş grubu ne olursa olsun, onlara diş hekiminin bekleme salonunda ve hatta operasyon sırasında bile refakat etmek için ısrar ederler. Bu aileler çocuklarına problemlerle kendi başlarına başa çıkabilme fırsatı vermezler. Bunun sonucunda

çocuklar utangaç, sıkılgan, korkulu ve kendilerine güven eksikliği içinde olabilmektedirler (7, 15).

Aşırı hoşgörülü ailelerin çocukları, ailelerinin toplumsal konumundan kaynaklanan çarpık bir gelişim gösterirler ve yaşlarından daha küçük çocuklar gibi hareket ederler. Bu çocuklar sözlerini geçirmek ve hükmetmek için iyi bir şekilde rol yaparlar ve istedikleri her şeyin aileleri tarafından tatmin edici bir şekilde gerçekleştirilmesini sağlarlar. Tipik olarak, onlar dental uygulamalarla karşı karşıya geldiklerinde, erken çocukluk dönemine müracaat eder ve şımarık, karşı gelen çocuklar ile davranış olarak benzerlik gösterirler (5, 15).

Otoriter aileler, çocuklarının korkmalarına tahammül edemezler ve sürekli olarak onları eleştirirler. Otoriter aileler çocuklarını büyük kardeşleriyle kıyaslar ve onlarla benzer davranış göstermelerini beklerler. Bu çocuklar açık bir şekilde diş hekimine karşı korkularını gösterecek ve dental uygulamalarda yaygın olarak erteleme taktiklerini kullanacaklardır. Bu çocukların, ailelerine ve aynı uygulamayı yapan diğer kişilere karşı kızgınlıkları iyice artacaktır. Diş hekimi doğal davranmalı, otoriter bir tavır takınmamalıdır (5, 15).

Aşırı beklentili ailelerin, çocuklarından beklentileri çocuğun sınırlarından daha fazladır. En zeki, en çalışkan, en başarılı olma yükünü taşıtırılar. Beklentilere karşılık veremeyince hayal kırıklığı yaşanır ve çocukta suçluluk duygusu gelişir. Ailelerin çocuklarına ilgi ve sevgi eksikliği göstermelerinin sonucunda ciddi psikolojik problemler oluşabilir. Bu ailelerin çocuklarında kişilik ve davranış bozuklukları görülebilir (7, 15).

4.3.5. Dental Anksiyetenin Skalalarla Belirlenmesi

Diş hekimine başvuran bireylerin anksiyete ve korkusunun olup olmadığının tedavi öncesi belirlenmesi, hekimin tedavi sırasında karşılaşılabileceği tepkilere hazırlıklı olmasına ve hastanın anksiyete ve korku düzeyinin azaltılmasına ilişkin birtakım önlemlerin alınmasına olanak sağlamaktadır (9, 66, 67). Diş hekimi anksiyetesi ve korkusunun tüm boyutlarının ortaya çıkartılarak doğru bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle diş hekimi korkusunun değerlendirilmesi için bir çok yöntem geliştirilmektedir (68).

Bir değerlendirme ölçeğinin kullanılabilirliği üç önemli faktörle değerlendirilmelidir;

- a) Kullanılan aracın geçerliliği olmalıdır. Bu özellikle ölçüm indirekt olduğunda problem yaratabilir. Örneğin, fizyolojik yöntemler kullanıldığında anksiyetenin dental nedenlerden değil aletlerin ölçüm hatasına bağlı olarak yanıltıcı olabilmesi mümkündür. Ayrıca görsel teknikler kullanıldığında hikayenin yorumlanması ve puanlama standardında güvenilirlik ve doğruluk tartışma yaratabilir.
- b) Değerlendirme ölçümleri çocuklara uygun olmalıdır. Çocuğun reaksiyonları ve gözlemlenmesine dayanarak yapılan indirekt ölçümler belli bir derecede başarılı olabilmektedir. Çocuğun kendisinin bilgi vermesine dayalı formlara ait teknikler küçük çocuklarda sorun yaşatabilmektedir. Uygulanan sözel yöntemler çocukların algılama ve zeka yeteneklerine bağlı olarak değişkenlik gösterir ve güvenilirliği sınırlıdır.
- c) Görsel teknikler görüşme yapmada ve puanlamada deneyim gerektirir. Görsel test yöntemlerinden biri olan Venham Picture Test'in, çalışmalarda tedaviden önce anksiyeteyi değerlendirmede kullanıldığı belirtilmektedir. Fakat resimlerin bazıları iki anlamlıdır, bu durum küçük hastalar göz önünde bulundurulduğunda problem yaratabilir. Bunun yanında tüm kartlardaki resimler erkektir ve bu durum hasta kız ise problem olabilir (25, 69).

Çocukların diş hekimi korkusunu ve anksiyetesini belirlemek amacıyla günümüzde davranışların puanlanması, psikometrik ölçümler, fizyolojik ve projektif teknikler olmak üzere farklı teknikler kullanılmaktadır (69).

4.3.5.1. Davranışların Puanlanması Yöntemi

Davranışların puanlanması yöntemi, sıkça kullanılan bir değerlendirme biçimi olup, bu yönteme "Frankl Skalası" ve "Yale Preoperatif Kaygı Skalası" dahil edilebilir. Bu yöntem, davranışların gözle değerlendirilerek skorlanması esasına dayanmaktadır (70, 71).

4.3.5.2. Fizyolojik Teknikler

Fizyolojik teknikler, özel bir ekipman kullanılarak tansiyon, nabız ve dorsal deri cevabı gibi ölçümlerin yapıldığı, korku ve anksiyete hakkında indirekt bilgilerin sağlandığı yöntemleri içermektedir. Bu yöntemde kullanılan ekipmanlar, anksiyetesiz çocukta bile dental anksiyeteye neden olabileceğinden yanlış sonuçlara neden olabilmektedir (2).

4.3.5.3. Projektif Teknikler

Projektif teknikler ile, amaçlı olarak çizilen bazı resimlerin hikaye ettirilerek veya korkunun objesi olabilecek nesne ya da canlıların resmedilerek korku ve anksiyete düzeyinin belirlenmesi amaçlanmaktadır (2).

“Venham Picture Test (Venham, 1977)”, “Facial Image Scale”, “Çocukların Diş Hekimi Korkusu Resmedilmesi Testi (Klinberg, 1994)”, “insan figürü çizme (Venham, 1977)”, “dental ortam resimleri (Chapman-Turner, 2002)”, “cümle tamamlama” ve “resim üzerinde gösterme” projektif teknikler arasında yer almaktadır (69).

4.3.5.4. Psikometrik Ölçümler

Psikometrik testler, uygulama kolaylığı nedeniyle en çok tercih edilen testlerdir ve uygulanacak yaşa göre farklılık göstermektedir (2). Corah (72) tarafından geliştirilen Dental Anksiyete Skalası (DAS=Corah Dental Anxiety Scale) genellikle yetişkinler için kullanılırken, çocuklarda Çocuk Korku Değerlendirme Skalası- Dental Alt Ölçeği (CFSS-DS= Children’s Fear Survey Schedule-Dental Subscale) kullanılmaktadır (9, 32, 73, 74). Bu yöntemler karşılıklı soru cevap şeklinde olup, çocuğun kendini sözlü olarak ifade etme temeline dayanmaktadır.

4.3.5.4.1. Çocuk Korku Değerlendirme Skalası – Dental Alt Ölçeği (CFSS-DS) (Children Fear Survey Schedule - Dental Subscale)

Scherer ve Nakamura (75) tarafından 1968 yılında geliştirilen ve 1’den 5’e kadar puanlandırılmış Likert ölçeği üzerinden 80 sorudan oluşan Fear Survey Schedule for Children (FSS-FC), çocuklarda genel korkuları ölçmek için kullanılmaktadır. Psikometrik ölçümler arasında en yaygın kullanılan Cuthbert ve Malamed (34) tarafından geliştirilen Children Fear Survey Schedule- Dental Subscale (CFSS-DS) ise bu testin diş hekimliği ile ilgili modifiye bir alt grubudur. Çocuk diş hekimliğinde bazı

durumlarda dental anksiyeteyi ölçmede Venham Picture Test ve Corah Dental Anksiyete Skalası'ndan daha etkin olduğu gösterilen (68) CFSS-DS bir çok dile çevrilmiş ve yüksek geçerlilik ve tutarlılığa sahip bulunduğu rapor edilmektedir (76-78) Ülkemizde de bir çok çalışmada kullanılmakta ve başarılı sonuçlar alındığı rapor edilmektedir (2, 9, 73, 79, 80). Testin, çocuğun kendisi ve ailesi tarafından cevaplanabilen 2 versiyonu bulunmaktadır.

Her bir madde 1'den (hiç korkmuyorum) 5'e (aşırı korkuyorum) cevaplandırılır (Tablo 1). Toplam puanlar 15-75 arasındadır. 15-31 puan düşük derecede, 32-38 puan orta derecede, 39 ve üzeri ise yüksek derecede anksiyeteyi gösterir.

Tablo 1. CFSS-DS Anketi Değerlendirme Formu

CFSS-DS DEĞERLENDİRME FORMU (ÇOCUK KORKU DEĞERLENDİRME SKALASI- DENTAL ALT ÖLÇEĞİ)					
ÖGELER	Hiç korkmuyorum 1	Çok az korkuyorum 2	Biraz korkuyorum 3	Çok korkuyorum 4	Aşırı korkuyorum 5
1. Diş hekimi	_____	_____	_____	_____	_____
2. Doktor	_____	_____	_____	_____	_____
3. İğne	_____	_____	_____	_____	_____
4. Birinin ağzını muayene etmesi	_____	_____	_____	_____	_____
5. Ağzını 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	_____	_____	_____	_____	_____

4.3.6. Dental Anksiyete ve Çürük İlişkisi

Dental anksiyete ile ağız sağlığı arasındaki ilişkiyi gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır (81-83). Anksiyete geliştiği zaman giderek büyüyebilir, diş tedavisi fobisi gelişebilir ve hasta diş hekimiyle temasa geçmekten sakınır hale gelebilir. Anksiyeteden dolayı tedaviden kaçmak çok sık rastlanan ve ağız diş sağlığının şiddetli bir şekilde kötüye gitmesiyle kendini gösteren bir durumdur. Anksiyeteli hastalar tipik olarak yaşadıklarından daha fazla ağrı hissedecekleri beklentisi içinde olduklarından diş tedavilerini aksatırlar ve diş hekimine gittikleri zaman rahatsız olacaklarını düşünürler. Dental anksiyete kişinin düzenli diş hekimi ziyareti yapıp yapmadığının da önemli bir belirleyicisidir. Düzenli diş hekimi ziyaretine bağlı profesyonel ağız bakımı, ağız diş ve çene hastalıklarında erken tanı ve tedavi imkanı sağlar. Düzenli diş hekimi ziyareti yapan hastaların ağız sağlığı, yapmayanlara ve sadece ihtiyacı olduğunda gidenlere oranla çok daha iyidir (84).

Diş hekimliği korkusu ve anksiyetesinin oral sağlık düzeyi üzerine etkisinin olup olmadığını araştıran çalışmaların sonuçları incelendiğinde, yüksek düzeyde anksiyetesi bulunan bireylerde daha az sayıda diş olduğu (85), çürük diş ve eksik diş sayısının daha fazla, restorasyon bulunan diş sayısının ise daha az olduğu (86) ve bu hastalarda daha fazla dental patoloji bulunduğu saptanmaktadır (87). Fakat bazı çalışmalarda da dental anksiyete ile çürük arasında ilişki bulunmamaktadır (88, 89).

Bakteri plağında bulunan asidojen mikroorganizmaların diyetle alınan karbonhidratları plak içinde metabolize ederek asit üretmesi sonucu dişin sert doku elemanlarının (Ca fosfat kristalleri) çözünmesi ile ilerleyen çok yönlü karmaşık bir hastalık olarak tanımlanan diş çürüğünün; lokalizasyonu, derecesi ve bununla birlikte bir çok özelliğini belirlemek için birden çok indeks mevcuttur (90).

4.3.7. Diş Hekimliğinde Kullanılan Diş Çürükleri ile İlgili İndeksler

Toplum ağız-diş sağlığı uygulamalarının başarılı olabilmesi için bu hastalıkların dağılımını ve risk faktörlerini ortaya çıkararak önleme hedeflerini tespit etmek ve bu belirlemede de standart, uluslararası kullanımı olan ölçütleri kullanmak gerekmektedir (91).

Diş çürükleri ile ilgili indeksler aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir:

1. Çürük prevalans hızı
2. Çürüğün şiddet derecesini belirleyen indeksler
 - a) DMFT
 - b) DMFS
 - c) DİMF
 - d) df
 - e) df-s
 - f) dif
 - g) D₁₋₄MFT
 - h) D₁₋₄MFS
 - i) Kişi başına düşen çürük sayısı
 - j) Riskte olan diş başına düşen çürük sayısı
 - k) Diş mortalite hızı
 - l) Radyografik indeksler
3. Çürük insidans hızı
4. Laboratuvar bulguları ile ilgili indeksler (Çürük aktivite testleri)
5. Tedavi gereksinimlerini belirleyen indeksler

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) epidemiyolojik indekslerde standardizasyon sağlamak amacıyla 2013 yılında yenileyerek yayınladığı genelgede (92), mine üzerindeki beyaz tebeşirimsi renklenmeler, kahverengi-siyah arası değişen renklenmeler, okluzal fissürlerde yumuşamış bir tavan varlığı veya kenarların bulunduğu lezyonlar çürük olarak tanımlanmıştır. Pit ve fissürde ya da diş yüzeyindeki bir lezyon kavite oluşturmuşsa, minenin altı çürümüşse veya taban ya da duvarlarında saptanabilecek yumuşama varsa diş çürük olarak değerlendirilir. Bir diş üzerinde aynı anda bir veya daha fazla daimi restorasyon varsa dolgulu, ancak hem dolgu hem çürük

varsa çürük diş olarak işaretlenir. Renklenme gösteren pit ve fissürler ya da alanlar sond ile incelendiğinde herhangi bir yumuşama göstermiyorlarsa sağlam diş olarak kaydedilir. Abrasyon ve forozis de sağlam diş olarak kabul edilir. Daimi ve süt dişlerinde çürük nedeni ile çekilmiş dişler ve başka nedenle kayıp dişler kayıp olarak işaretlenir (Tablo 2).

Tablo 2. Süt ve Daimi Dentisyonun Kodlanması

Kod			Durum
Süt dentisyon	Daimi dentisyon		
Kron	Kron	Kök	
A	0	0	Sağlam
B	1	1	Çürük
C	2	2	Dolgulu, çürük var
D	3	3	Dolgulu, çürük yok
E	4	-	Çürüğe bağlı kayıp
-	5	-	Başka sebeplerle kayıp
F	6	-	Fissür sealant
G	7	7	Dental protez ayağı, kron-köprü ya da veneer/implant
-	8	8	Sürmemiş diş
-	9	9	Kayıt edilmemiş

Çürüğün şiddet derecesini ölçen indekslerden DMFT indeksi ilk olarak 1938 yılında Klein, Palmer ve Knutson (93) tarafından bulundu, WHO tarafından 1987 yılında modifiye edildi. DMFT indeksi (93) daimi dişler için hesaplanırken, dmft indeksi (ya da deft indeksi) süt dişleri için hesaplanır.

DMFT indeksinde; D (decay) – çürük

M (missing) – kayıp

F (filling) – dolgu

T (teeth) – diş belirtir.

dmft/deft indeksinde ise; d (decay) – çürük

m/e (missing/extracted) – kayıp

f (filling) – dolgu

t (teeth) – diş belirtir.

DMFT indeksi toplumun çürük ve sonuçları açısından hangi düzeyde olduğunu anlamamıza yardımcı olan bir indekstir.

D ve M bileşenlerinin birlikte gözlenmesi ağız-diş sağlığı hizmetleri içinden hangilerine ağırlık verilmesi gerektiğini de ortaya koyar. İndekste M bileşeninin yüksekliği protez gereksinimlerini artırırken, D bileşeninin yüksekliği tek diş restorasyonlarının öncelik alması gerektiğini gösterir. F bileşeni incelenerek toplumun ne kadarının diş hekimliği hizmetlerinden yararlandığı anlaşılabilir.

4.4. Diş Hekimi İmajının Çocuklarda Dental Anksiyete Üzerine Etkisi

Çocuğun diş hekimine gösterdiği ilk davranışlarda çok değişken faktörlerin rol oynadığı bilinmektedir. Çocuğun hekimi algılama şeklinin de bu faktörlerden sadece biri olduğu belirtilmektedir. Algılama şeklinin olumlu yada olumsuz yönde olması, çocuğun diş hekimine olan davranışlarına çeşitli özellikler kazandırabilmektedir. Klinisyenin görünüşündeki sözlü olmayan iletişim çocuk- hekim ilişkisinde rol oynayan faktörlerden bir diğeridir (94, 95).

Davranış bilimci Morris'e göre (96), "sosyal mesaj göndermeden giyinmek mümkün değildir. Her kıyafet, giyen kişi ile ilgili hikayeler anlatır." Psikologlar fiziksel görünüşün önemini, ilk izlenim ve ikili ilişkiler üzerine etkisini sıklıkla belirtmektedir (97). Çocuklar, diş hekimini sözlü iletişime geçmeden önce onun kıyafetlerine, hazırlığına, temizliğine dayanarak bir izlenim geliştirirler ve sıklıkla onların sözlerini, hareketlerini ve mimiklerini kayıt ve analiz ederler (98). Bunda diş hekiminin kendisini sunma şekli çok önemli rol oynar. Bu yüzden diş hekiminin kıyafetleri uygun olmalıdır. Pediatriye "palyaço doktor"ların çocukların anksiyetesini preoperatif olarak yönetmede etkili olduğu görülmektedir (99). Bu yüzden pedodontistlerin de çocukların hangi dental kıyafetleri tercih edebileceğini düşünmeleri gerekir. Panda ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (3), çocukların diş hekimleri ile ilgili güçlü tercihleri ve bakış açıları olduğu gösterilmektedir. Yapılan bir çalışmada yetişkin hastaların, hekimin geleneksel (örn: beyaz önlük) ya da resmi giyinmesini tercih ettiği rapor edilmektedir (100). Ancak literatürde çocukların kıyafet tercihleri ile ilgili çelişkili sonuçlar mevcuttur. Bazı çalışmalarda çocukların hekimin rahat kıyafetler giymesini tercih ederken (100, 101); Kuşçu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (79), çocukların hekimin geleneksel kıyafet giymesini tercih ettiği ancak anksiyeteli çocuklar için "çocuk dostu" kıyafet giyilmesinin uygun olduğu belirtilmektedir.

Diş hekimiyle kurulan arkadaşça bir ilişki, hastaların anksiyeteye sebep olduğu bilinen anestezi, aeretör sesi ve görüntüsü gibi spesifik uyaranlarla başa çıkmasına yardımcı olur. İlk ziyaretinde çocukla güçlü ve arkadaşça bir ilişki kurmak, çocuğun kendini tehlikede hissetmediği rahat bir atmosfer yaratmaya yardımcı olur. Diş hekimiyle daha pozitif bir ilişkiye sahip olan çocuklarda dental korkunun gelişme olasılığı daha azdır ve randevu sırasında daha az anksiyete gösterir. Sonucunda yetişkinliklerinde diş hekimini daha fazla ziyaret ederler ve daha iyi bir ağız hijyenine sahip olurlar (98, 102).

Diş hekimleri hastaların algıları, tercihleri ve korkuları olabileceğinin farkında olmalı ve anksiyetenin azaltılmasına yardımcı olacak iyi kalitede sağlık hizmeti vermelidirler. Bekleme odaları çocuk hastalar ve aileleri için alacakları dental hizmet adına ilk izlenimdir. Bekleme odasının çekiciliği çocukların rahatlamasına ve yapılacak tedaviye karşı pozitif bir tutum sergilemelerine yardımcı olur (103). Çocuk diş hekimi ve dental çevreden memnun olduğu zaman, endişe kaynaklı uyaranlarla baş etmesi o kadar kolaylaşır ve etkili ve yeterli tedavi sağlanmış olur (3).

Yaş ve cinsiyet de hastanın diş hekimine bakışını etkileyebilir. Yetişkin hastaların hekimin yaşı ve cinsiyeti ile ilgili önemli tercihleri bulunmazken (104), diğer tarafta çocukların güçlü cinsiyet tercihleri bulunmuştur (100).

Bu tez çalışmasında, çocuklarda dental anksiyete ve korkunun varlığını, dental anksiyete ve korkuya bağlı diş çürüğü sıklığını belirlemek ve ayrıca hekimin dış görünümünün, kullandığı ekipmanların ve çocuğun bulunduğu dental çevrenin anksiyete üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

5. GEREÇ ve YÖNTEM

Tez çalışması için, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik kurul onayı alındı (2014/169).

Çalışma için, tedavi öncesinde hasta ve ebeveynleri bilgilendirildi ve uygulanacak anketler için ebeveynlerden bilgilendirilmiş onam kağıdı alındı (Ek 1).

5.1. Çalışma Dizaynı

Çalışma, Karadeniz Teknik Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı Kliniği'ne Mayıs 2015-Temmuz 2015 boyunca toplamda 3 ay içinde başvuran, 6-12 yaşları arasındaki 810 çocuk hastada gerçekleştirildi.

5.2. Hastaların Seçim Kriterleri

5.2.1. Hastaların Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Herhangi bir sistemik rahatsızlığı bulunmayan,
- Acil tedavi gereksinimi bulunmayan,
- Mental ve/veya fiziksel rahatsızlığı bulunmayan,
- Psikiyatrik bir sebeple ilaç kullanmayan,
- ASA I grubu,

kriterlerine sahip hastalar araştırmaya dahil edildi.

5.2.2. Hastaların Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Sistemik bir hastalığı bulunan
- Acil tedavi gereksinimi bulunan
- Mental ve/veya fiziksel rahatsızlığı bulunan
- Psikiyatrik bir sebeple ilaç kullanan,

kriterlerine sahip hastalar araştırmaya dahil edilmedi.

5.3. Araştırma Basamağı

Karadeniz Teknik Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı Kliniği'ne 3 ay içinde başvuran, çalışmaya dahil olma kriterlerine uygun toplamda 810 hastaya, kliniğe alınmadan önce bekleme salonunda; 'Anket 1: Çocuk Korku Değerlendirme Skalası- Dental Alt Ölçeği', 'Anket 2 : Çocukların Gözüyle Diş Hekimi

Nasıl Olmalı’ olmak üzere 2 adet anket uygulandı. Hastalar kliniğe alınarak muayeneleri yapıldıktan sonra daimi dişler için “DMFT” ve süt dişleri için “dmft” indeksi hesaplandı.

5.3.1. Anket 1- Çocuk Korku Değerlendirme Skalası- Dental Alt Ölçeği (CFSS-DS) (34) (Ek 2)

Bu skala, çocuklarda dental anksiyete düzeyinin değerlendirilmesinde kullanılan en yaygın skalalardan biridir. Dental tedavinin farklı yönlerini içeren 15 sorudan oluşur:

1. Diş hekimi
2. Doktor
3. İğne
4. Birinin ağzını muayene etmesi
5. Ağzını açmak zorunda olmak
6. Bir yabancıнын 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

Çocuklardan her bir soru için 1’den (hiç korkmuyorum) 5’e (aşırı korkuyorum) kadar puan verilmesi istendi (1= Hiç korkmuyorum, 2= Çok az korkuyorum, 3=Biraz korkuyorum, 4= Çok korkuyorum, 5= Aşırı korkuyorum). Tüm puanlar toplandı. Toplam puan 15-75 arasındadır. 15-31 puan düşük derecede, 32-38 puan orta derecede, 39 ve üzeri ise yüksek derecede anksiyeteyi gösterecek şekilde değerlendirildi.

5.3.2. Anket 2- Çocukların Gözüyle Diş Hekimi Nasıl Olmalı (Ek 3)

Bu anket, bir çocuğun gözünden diş hekiminin dış görünümünün nasıl olması gerektiği ile ilgili sorular içermektedir. Anket 18 sorudan oluşur, içlerinde resimli sorular da bulunmaktadır:

1. Daha önce diş hekimine gittin mi?
2. Ailende doktor/diş hekimini var mı?
3. Tedavi esnasında ne hissettin?
4. Kardeşin diş hekimini ziyaret ettiğinde ne hissetmiş?
5. Erkek diş hekimini mi istersin, bayan diş hekimini mi?
6. Hekimin nasıl görüldüğü senin için önemli mi?
7. Erkek hekim tıraş olsun mu?
8. Hekimin güzel kokmasını tercih eder misin, parfüm kullansın mı?
9. Hekimin takı veya kol saati kullanması seni rahatsız eder mi? Hangisini tercih edersin?
10. Hekim isimlik kullansın mı?
11. Hekimin hangi koruyucu ekipmanları kullanmasını istersin?
12. Hekimin hangi maskeyi kullanmasını istersin?
13. Hekimin hangi renk eldiven giymesini tercih edersin?
14. Nasıl bir klinikte tedavi olmak istersin?
15. Hekimin nasıl bir ayakkabı giymesini tercih edersin?
16. Hekimin nasıl giyinmesini istersin? Beyaz önlük, renkli önlük?
17. (Cevap beyaz önlük ise) Hekimin nasıl giyinmesini istersin? Takım elbise, günlük elbise?
18. (Cevap renkli önlük ise) Hekimin ne renk önlük giymesini istersin?

Çocukların yukarıda belirtilen sorulara verdikleri cevaplar değerlendirildi ve istatistiksel analiz için kayıt edildi.

5.3.3. DMFT/dmft İndeks Hesaplanması

Dental anksiyete ile çürük arasındaki ilişkiyi belirlemek için her 2 anket, diş hekimi tarafından çocuklara uygulandıktan sonra dental ünit ışığı altında, ayna-sond eşliğinde rutin muayeneler yapıldı. Her bir diş, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 2013 yılında yayınladığı genelgede önerdiği kodlarla kodlanarak daimi dişler için "DMFT", süt dişleri için "dfmt" skorları hesaplandı (DMFT indeksi).

DMFT indeksinde: D (decay) – çürük

M (missing) – kayıp

F (filling) – dolgu

T (teeth) – dişi belirtir.

dmft/deft indeksinde ise; d (decay) – çürük

m/e (missing/extracted) – kayıp

f (filling) – dolgu

t (teeth) – dişi belirtir.

DMFT indeksi oluşturulurken;

1. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 2013 yılında epidemiyolojik indekslerde standardizasyon sağlamak amacıyla yayınladığı genelge baz alınarak mine üzerindeki beyaz tebeşirimsi renklenmeler, kahverengisiyah arası değişen renklenmeler, okluzal fissürlerde yumuşamış bir tavan varlığı veya kenarların bulunduğu lezyonlar çürük olarak tanımlandı.
2. Pit ve fissürde ya da diş yüzeyindeki bir lezyon kavite oluşturmuşsa, minenin altı çürümüşse veya taban ya da duvarlarında saptanabilecek yumuşama varsa diş çürük olarak değerlendirildi.
3. Bir diş üzerinde aynı anda bir veya daha fazla daimi restorasyon varsa dolgulu, ancak hem dolgu hem çürük varsa çürük diş olarak işaretlendi.
4. Renklenme gösteren pit ve fissürler ya da alanlar sond ile incelendiğinde herhangi bir yumuşama göstermiyorlarsa sağlam diş olarak kaydedildi.
5. Abrazyon ve florozis de sağlam diş olarak kabul edildi.

6. Daimi ve süt dişlerinde çürük nedeni ile çekilmiş dişler ve başka nedenle kayıp dişler kayıp olarak işaretlendi.

$$\text{DMFT/dmft} = \frac{\text{Muayene edilen bireylerdeki çürük+dolgulu+çürük nedeniyle eksik diş sayısı}}{\text{Toplam muayene edilen birey sayısı}}$$

DMFT/dmft değerleri hesaplanırken;

1. Kliniğe muayene için gelen bireylerdeki,
 - a. Çürük dişler
 - b. Dolgulu dişler
 - c. Çürük nedeniyle eksik dişlerin sayısının toplamının,
2. Toplam muayene edilen birey sayısına oranı dikkate alındı.

5.4. Dental Anksiyete ile Diş Çürükleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Yapılan anketlerin sonuçlarına göre ‘dental anksiyeteli’ bireyler cinsiyet ile “6-8” ve “9-12” yaş gruplarına ayrılarak, hesaplanan DMFT/dmft skorlarının sonuçları ile beraber, “anksiyete” ve ‘diş çürükleri’ arasındaki ilişkinin belirlenmesi için gerekli istatistiksel değerlendirmeler yapıldı.

5.5. İstatistiksel Değerlendirme

Çalışmada istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, version 13, SPSS Inc, Chicago, Ill, USA) istatistik analiz için kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanıldı. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile belirlendi. Kategorik değişkenler için “ki kare testi” kullanıldı. Normal dağılım gösteren sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında “Student-T” ve “one way ANOVA”, normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” ve “Kruskal-Wallis” testleri kullanıldı. Korku ölçeğinden alınan puanlarla ve DMFT skorları arasındaki ilişkiyi incelemek için Spearman korelasyon analizi uygulandı. p değerinin 0.05’in altında olması istatistiksel anlamlılık olarak kabul edildi.

6. BULGULAR

6.1. Hastaların Cinsiyet ve Yaş Aralığına Göre Değerlendirilmesi

Çalışma, 6-12 yaş arası (yaş ortalaması 8.81 ± 1.84) 402'si (%49.6) kız, 408'i (%50.4) erkek olmak üzere 810 çocuk üzerinde gerçekleştirildi. Hastaların cinsiyet ve yaş aralığına göre dağılımları Tablo 3'de gösterildi.

Tablo 3. Hastaların cinsiyet ve yaş aralığına göre dağılımı

Yaş aralığı	Cinsiyet				Toplam	
	Kız		Erkek			
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
6 - 8	209	(%54.0)	178	(%46.0)	387	(%100)
9 - 12	193	(%45.6)	230	(%54.4)	423	(%100)
Toplam	402	(%49.6)	408	(%50.4)	810	(%100)

6.2. Anksiyete Gruplarının Cinsiyet ve Yaş Aralığına Göre Değerlendirilmesi

CFSS-DS anket sonucuna göre hastaların aldığı skorların, düşük (15-31 puan), orta (32-38 puan) ve yüksek (39-75 puan) derece anksiyete gruplarına göre dağılımı yapıldı. Anksiyete gruplarının cinsiyete ve yaş aralığına göre dağılımı Tablo 4'de gösterildi.

Tablo 4. Anksiyete gruplarının cinsiyete ve yaş aralığına göre dağılımı

	Anksiyete grupları								p
	Düşük		Orta		Yüksek		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet									
Kız	344	85.6	38	9.5	20	5.0	402	100.0	0.208
Erkek	361	88.5	25	6.1	22	5.4	408	100.0	
Toplam	705	87.0	63	7.8	42	5.2	810	100.0	
Yaş aralığı									
6-8	342	88.4	25	6.5	20	5.2	387	100.0	0.405
9-12	423	85.8	38	9.0	22	5.2	423	100.0	
Toplam	705	87.0	63	7.8	42	5.2	810	100.0	

Cinsiyete ve yaş aralığına göre anksiyete skor dağılımları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p=0.208$, $p=0.405$).

6.3. CFSS-DS Ortalama Skor Değerlerinin Anksiyete Grupları, Cinsiyet ve Yaş Aralığına Göre Değerlendirilmesi

CFSS-DS anket sorularına verilen cevapların ortalama skor değerleri ve standart sapmalarının anksiyete gruplarına, cinsiyete ve yaş aralığına göre dağılımı Tablo 5’de gösterildi.

Tablo 5. CFSS-DS ortalama skor değerlerinin anksiyete grupları, cinsiyet ve yaş aralığına göre dağılımı

Yaş Aralığı	KIZ				ERKEK				TOPLAM			
	Düşük	Orta	Yüksek	Toplam	Düşük	Orta	Yüksek	Toplam	Düşük	Orta	Yüksek	Toplam
	n Ort±SS	n Ort±SS	n Ort±SS	n Ort±SS	n Ort±SS	n Ort±SS	n Ort±SS	n Ort±SS	n Ort±SS	n Ort±SS	n Ort±SS	n Ort±SS
6 - 8	182 23.52±6.35	16 36.38±0.72	11 46.45±4.59	209 25.71±8.48	160 21.30±4.36	9 34.11±1.90	9 46.44±7.65	178 23.22±7.53	342 22.48±5.62	25 35.56±1.66	20 46.45±5.98	387 24.57±8.14
9 - 12	162 21.35±4.41	22 33.64±1.26	9 48.00±7.09	193 23.99±7.88	201 20.79±4.52	16 33.88±1.75	13 45.23±5.46	230 23.08±7.76	363 21.04±4.48	38 33.74±1.46	22 46.36±6.18	423 23.50±7.82
Toplam	344 22.50±5.62	38 34.79±1.73	20 47.15±5.73	402 24.89±8.23	361 21.01±4.45	25 33.96±1.77	22 45.73±6.30	408 23.14±7.65	705 21.74±5.11	63 34.46±1.78	42 46.40±6.01	810 24.00±7.99

Cinsiyete ve yaş aralığına göre CFSS-DS ortalama skor değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p=0.001$, $p=0.046$). Buna göre kızların erkeklere göre CFSS-DS ortalama skor değerlerinin daha fazla olduğu ve “6-8” yaş aralığındaki hastaların “9-12” yaş aralığındaki hastalara göre CFSS-DS ortalama skor değerlerinin daha fazla olduğu bulundu.

6.4. DMFT Ortalama Değerlerinin Anksiyete Grupları, Cinsiyet ve Yaş Aralığına Göre Değerlendirilmesi

Çalışmaya dahil edilen hastaların DMFT skorlarının ortalama değeri 1.57 ± 2.01 'dir. Ortalama değerlerin anksiyete grupları, cinsiyet ve yaş aralığına göre dağılımı Tablo 6'da gösterildi.

Tablo 6. DMFT ortalama değerlerinin anksiyete grupları, cinsiyet ve yaş aralığına göre dağılımı

KIZ					ERKEK				TOPLAM			
Yaş Aralığı	Düşük n DMFT	Orta n DMFT	Yüksek n DMFT	Toplam n DMFT	Düşük n DMFT	Orta n DMFT	Yüksek n DMFT	Toplam n DMFT	Düşük n DMFT	Orta n DMFT	Yüksek n DMFT	Toplam n DMFT
6 - 8	182 0.59±1.17	16 0.44±1.09	11 1.27±0.79	209 0.61±1.56	160 0.66±1.21	9 0.56±1.33	9 1.44±1.01	178 0.70±1.22	342 0.62±1.19	25 0.48±1.16	20 1.35±0.88	387 0.65±1.18
9 - 12	162 2.42±2.37	22 2.59±2.30	9 2.22±1.09	193 2.43±2.31	201 2.44±2.24	16 1.94±1.91	13 2.15±1.07	230 2.39±2.17	363 2.43±2.29	38 2.32±2.14	22 2.18±1.05	423 2.41±2.23
Toplam	344 1.45±2.05	38 1.68±2.16	20 1.70±1.03	402 1.49±2.02	361 1.65±2.05	25 1.44±1.83	22 1.86±1.08	408 1.65±2.00	705 1.55±2.05	63 1.59±2.02	42 1.79±1.05	810 1.57±2.01

Cinsiyete göre DMFT ortalama değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p=0.114$). Yaş aralığına ve anksiyete gruplarına göre DMFT ortalama değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p<0.001$, $p=0.030$). Buna göre “9-12” yaş aralığındaki hastaların DMFT ortalama değerlerinin, “6-8” yaş aralığındaki hastalardan daha fazla olduğu bulguları. Ayrıca yüksek derece anksiyeteye sahip hastaların DMFT ortalama değerlerinin, orta ve düşük derece anksiyeteye sahip hastalardan fazla olduğu saptandı.

6.5. dmft Ortalama Değerlerinin Anksiyete Grupları, Cinsiyet ve Yaş Aralığına Göre Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan hastaların dmft skorlarının ortalama değeri 4.64 ± 3.60 'dır. Ortalama değerlerin anksiyete grupları, cinsiyet ve yaş aralığına göre dağılımı Tablo 7'de gösterildi.

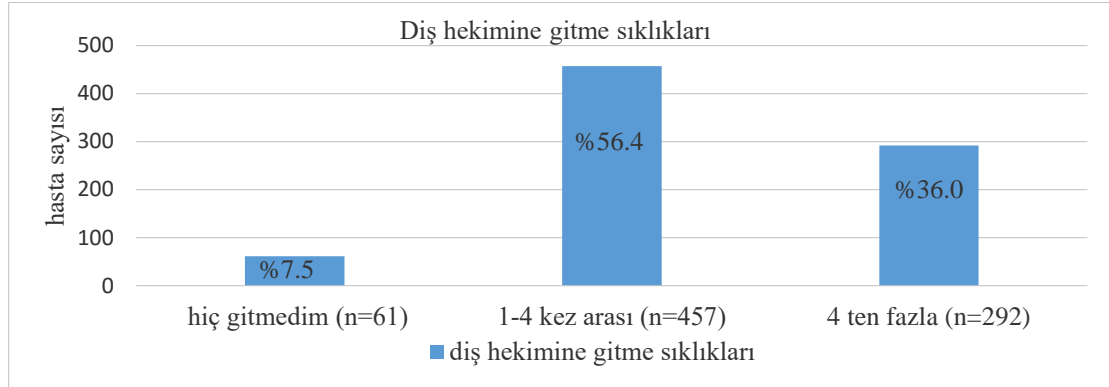
Tablo 7. dmft ortalama değerlerinin anksiyete grupları, cinsiyet ve yaş aralığına göre dağılımı

KIZ					ERKEK				TOPLAM			
Yaş Aralığı	Düşük n dmft	Orta n dmft	Yüksek n dmft	Toplam n dmft	Düşük n dmft	Orta n dmft	Yüksek n dmft	Toplam n dmft	Düşük n dmft	Orta n dmft	Yüksek n dmft	Toplam n dmft
6 - 8	182 6.46±3.87	16 6.31±2.68	11 7.91±3.18	209 6.53±3.76	160 6.01±3.01	9 5.11±2.15	9 6.33±3.20	178 5.98±2.97	342 6.25±3.50	25 5.88±2.52	20 7.20±3.21	387 6.27±3.43
9 - 12	162 2.88±3.02	22 2.32±3.06	9 5.44±3.00	193 2.93±3.06	201 3.26±3.08	16 3.50±2.68	13 4.31±3.15	230 3.33±3.06	363 3.09±3.06	38 2.82±2.93	22 4.77±3.07	423 3.15±3.07
Toplam	344 4.77±3.93	38 4.00±3.50	20 6.80±3.27	402 4.80±3.88	361 4.48±3.34	25 4.08±2.58	22 5.14±3.26	408 4.49±3.29	705 4.62±3.64	63 4.03±3.14	42 5.93±3.33	810 4.64±3.60

Cinsiyete göre dmft ortalama değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p=0.573$). Yaş aralığına ve anksiyete gruplarına göre dmft ortalama değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p<0.001$, $p=0.015$). Buna göre “6-8” yaş aralığındaki hastaların dmft ortalama değerlerinin, “9-12” yaş aralığındaki hastalara göre daha fazla olduğu bulguları. Ayrıca yüksek derece anksiyeteye sahip hastaların dmft ortalama değerlerinin, orta ve düşük derece anksiyeteye sahip hastalardan fazla olduğu saptandı.

6.6. Hastaların Diş Hekimine Gitme Sıklığının Değerlendirilmesi

Çalışmaya dahil edilen hastaların diş hekimine gitme sıklıkları Şekil 1’de gösterildi.



Şekil 1. Hastaların diş hekimine gitme sıklığı

Buna göre hastaların diş hekimine gitme sıklıklarına bakıldığında diş hekimine “1-4 kez arası” giden hasta sayısı daha yüksek olduğu bulguları.

Hastaların diş hekimine gitme sıklıklarının cinsiyete ve yaş aralığına göre dağılımı Tablo 8’de gösterildi.

Tablo 8. Hastaların diş hekimine gitme sıklıklarının cinsiyete ve yaş aralığına göre dağılımı

	Diş hekimine gitme sıklıkları						p		
	Hiç gitmeyenler		1-4 kez arası gidenler		4'ten fazla gidenler			Toplam	
	n	CFSS ort	n	CFSS ort	n	CFSS ort	n	CFSS ort	
Cinsiyet									
Kız	31	27.65±7.40	234	25.18±8.67	137	23.78±7.48	402	24.89±8.23	0.025*
Erkek	30	25.73±7.75	223	22.87±7.06	155	23.03±8.37	408	23.14±7.65	0.048*
Toplam	61	26.70±7.57	457	24.05±8.00	292	23.38±7.96	810	24.00±7.99	
Yaş aralığı									
6-8	46	27.07±7.54	238	24.24±7.67	103	24.20±9.08	387	24.57±8.14	0.020*
9-12	15	25.60±7.83	219	23.84±8.26	189	22.94±7.26	423	23.50±7.82	0.238
Toplam	61	26.70±7.57	457	24.05±8.00	292	23.38±7.96	810	24.00±7.99	

(*p<0.05)

Cinsiyete göre hastaların diş hekimine gitme sıklıkları karşılaştırıldığında kızlar ve erkekler için istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu (p=0.025, p=0.048). Buna göre kızlar ve erkekler için diş hekimine daha önce gitmemiş olanların CFSS-DS skor ortalamasının daha fazla olduğu saptandı. Yaş aralığına göre hastaların diş hekimine gitme sıklıkları karşılaştırıldığında “6-8” yaş aralığındaki hastalar için istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu (p=0.020). Ancak “9-12” yaş aralığındaki hastalar için

istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p=0.238$). Buna göre “6-8” yaşındaki hastalar için diş hekimine daha önce gitmemiş olanların CFSS-DS skor ortalamasının daha fazla olduğu saptandı.

6.7. Anksiyete Gruplarına Göre Ailede Doktor/Diş Hekimi Varlığının ve Tedavi Esnasındaki Hislerin Değerlendirilmesi

Hastaların anksiyete gruplarına göre ailesinde doktor/diş hekimi varlığının ve anksiyete gruplarına göre tedavi esnasında hissettiklerinin dağılımı Tablo 9’da gösterildi.

Tablo 9. Anksiyete gruplarına göre ailede doktor/diş hekimi varlığının ve tedavi esnasındaki hislerin dağılımı

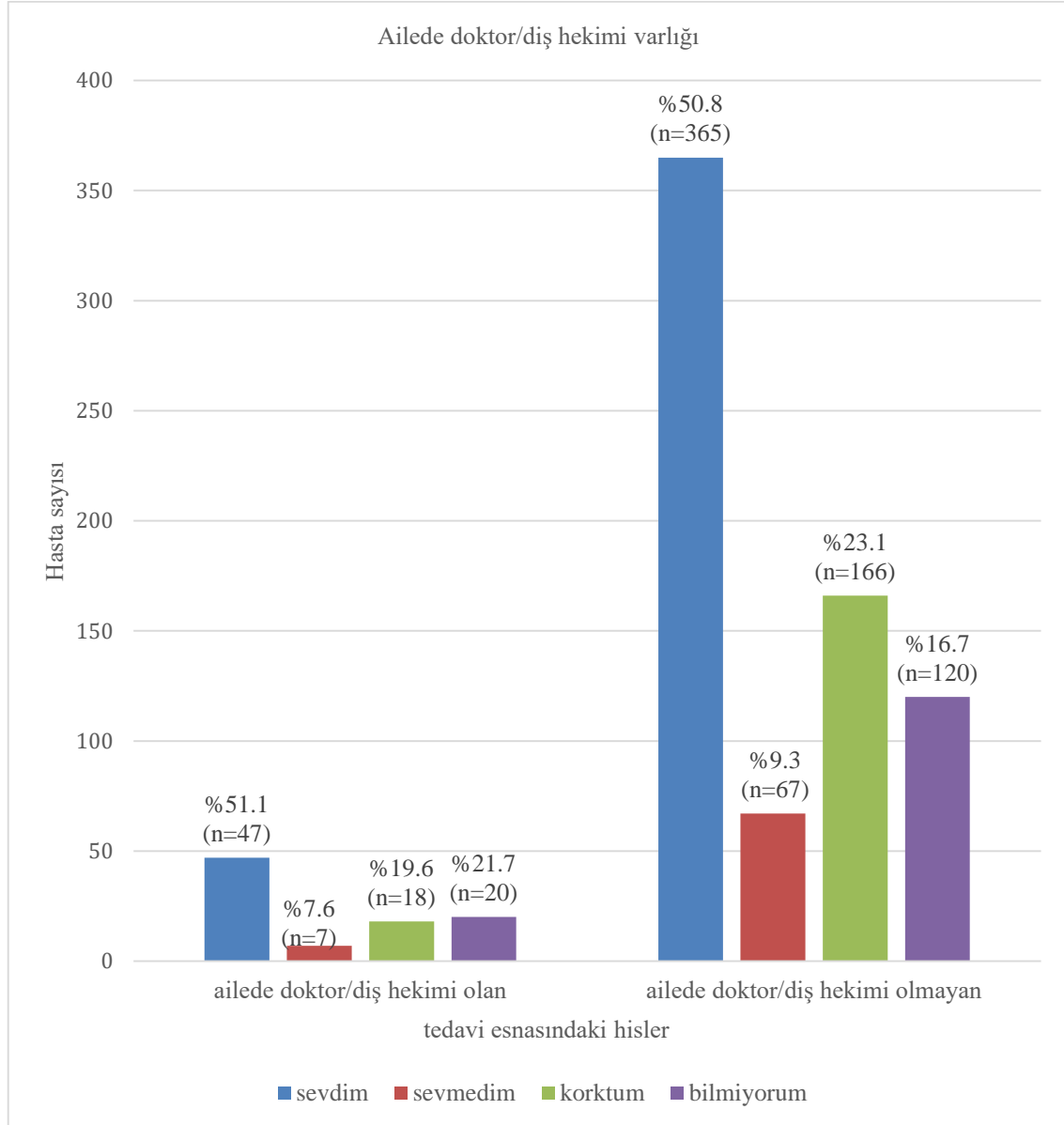
		Anksiyete Grupları								
		Düşük		Orta		Yüksek		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Ailede doktor/diş hekimi varlığı	Yok	623	88.4	56	88.9	39	92.9	718	88.6	0.671
	Var	82	11.6	7	11.1	3	7.1	92	11.4	
	Toplam	705	100.0	63	100.0	42	100.0	810	100.0	
Tedavi esnasında his	Sevdim	394	55.9	12	19.0	6	14.3	412	50.9	<0.001*
	Sevmedim	62	8.8	5	5.0	7	16.7	74	9.1	
	Korktum	129	18.3	34	54.0	21	50.0	184	22.7	
	Bilmiyorum	120	17.0	12	19.0	8	19.0	140	17.3	
	Toplam	705	100.0	63	100.0	42	100.0	810	100.0	

(* $p<0.05$)

Ailede doktor/diş hekimi varlığı yönünden anksiyete grupları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p=0.671$). Katılımcıların tedavi esnasındaki hisleri yönünden anksiyete grupları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p<0.001$). Buna göre anksiyete gruplarına göre istatistiksel açıdan anlamlılığa bakıldığında farkın “sevdim”den kaynaklandığı, düşük ve orta derece anksiyete gruplarındaki hastaların yapılan tedaviyi daha çok sevdiği saptandı.

6.8. Ailesinde Doktor/Diş Hekimi Varlığına Göre Hastaların Tedavi Esnasındaki Hislerinin Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan hastaların ailesinde doktor/diş hekimine varlığına göre tedavi esnasındaki hislerinin dağılımı Şekil 2’de gösterildi.



Şekil 2. Ailesinde doktor/diş hekimine varlığına göre hastaların tedavi esnasındaki hislerinin dağılımı

Buna göre ailesinde doktor/diş hekimine varlığına göre hastaların tedavi esnasındaki hislerinin dağılımına bakıldığında ailesinde doktor/diş hekimine olan ve olmayan hasta gruplarının ikisinde de daha çok sayıda hastanın yapılan tedaviyi sevdiği görüldü.

6.9. Daha Önce Diş Hekimine Giden Hastaların Tedavi Esnasındaki Hislerinin Cinsiyet, Yaş Aralığı ve Anksiyete Gruplarına Göre Değerlendirilmesi

Daha önce diş hekimine giden 749 hastanın tedavi esnasındaki hislerinin cinsiyete, yaş aralığına ve anksiyete gruplarına göre dağılımı Tablo 10’da gösterildi.

Tablo 10. Daha önce diş hekimine giden hastaların tedavi esnasındaki hislerinin cinsiyete, yaş aralığına ve anksiyete gruplarına göre dağılımı

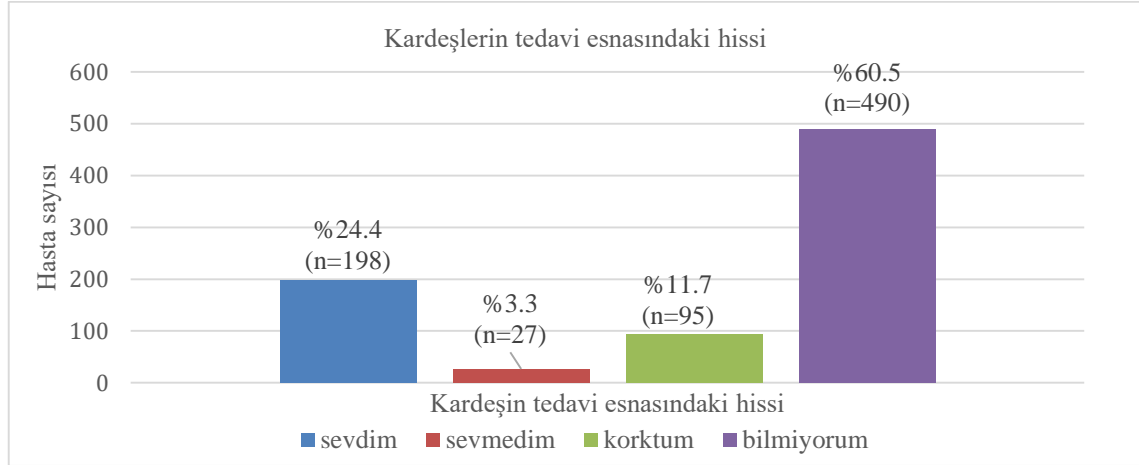
	Tedavi Esnasındaki Hisler						p
	Sevdim n %	Sevmedim n %	Korktum n %	Bilmiyorum n %	Toplam n %		
Cinsiyet							
Kız	199 53.6	28 7.5	106 28.6	38 10.2	371 100.0	0.027*	
Erkek	213 56.3	46 12.2	78 20.6	41 10.8	378 100.0		
Toplam	412 55.0	74 9.9	184 24.6	79 10.5	749 100.0		
Yaş aralığı							
6-8	204 59.8	30 8.8	73 21.4	34 10.0	341 100.0	0.106	
9-12	208 51.0	44 10.8	111 27.2	45 11.0	408 100.0		
Toplam	412 55.0	74 9.9	184 24.6	79 10.5	749 100.0		
Anksiyete grupları							
Düşük	394 60.2	62 9.5	129 19.7	70 10.7	655 100.0	<0.001*	
Orta	12 21.4	5 8.9	34 60.7	5 8.9	56 100.0		
Yüksek	6 15.8	7 18.4	21 55.3	4 10.5	38 100.0		
Toplam	412 55.0	74 9.9	184 24.6	79 10.5	749 100.0		

(*p<0.05)

Cinsiyete ve anksiyete gruplarına göre hastaların tedavi esnasındaki hisleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p=0.027$, $p<0.001$). Buna göre cinsiyete göre istatistiksel açıdan anlamlılığa bakıldığında farkın “sevmedim” ve “korktum” dan kaynaklandığı, erkeklerin kızlara göre daha çok sevmediği ve kızların erkeklere göre daha çok korktuğu saptandı. Anksiyete gruplarına göre istatistiksel açıdan anlamlılığa bakıldığında ise farkın “sevdim” den kaynaklandığı, düşük ve orta anksiyete grubundaki hastaların yapılan tedaviyi daha çok sevdiği bulguları. Yaş aralığına göre hastaların tedavi esnasındaki hisleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p=0.106$).

6.10. Çalışmaya Katılan Hastaların Kardeşlerinin Tedavi Esnasındaki Hislerinin Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan hastaların kardeşlerinin diş hekimi ziyaretlerinde ne hissettikleri sorusuna verdikleri cevapların dağılımı Şekil 3'te gösterildi.



Şekil 3. Kardeşlerin tedavi esnasındaki hislerinin dağılımı

Buna göre çalışmaya dahil edilen hastaların kardeşlerinin tedavi esnasındaki hislerine göre en çok verilen cevabın “bilmiyorum” olduğu görüldü.

Çalışmaya katılan hastaların tedavi esnasındaki hislerine göre kardeşlerinin hislerinin dağılımı Tablo 11’de gösterildi.

Tablo 11. Hastaların tedavi esnasındaki hislerine göre kardeşlerinin tedavi esnasındaki hislerinin dağılımı

Kardeşlerin tedavi esnasındaki hisleri	Hastaların tedavi esnasındaki hisleri							
	Sevdim diyenler		Sevmedim diyenler		Korktum diyenler		Bilmiyorum diyenler	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sevmiş	140	34.0	11	14.9	27	14.7	20	14.3
Sevmemiş	15	3.6	5	6.8	4	2.2	3	2.1
Korkmuş	44	10.7	8	10.8	30	16.3	13	9.3
Bilmiyorum	213	51.7	50	67.6	123	66.8	104	74.3
Toplam	412	100.0	74	100.0	184	100.0	140	100.0

Çalışmaya katılan hastaların hislerine göre kardeşlerinin tedavi esnasındaki hisleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı (p=0.085).

6.11. Hekim Tercihlerinin Cinsiyet ve Yaş Aralığına Göre Değerlendirilmesi

Çalışmaya dahil edilen 810 hastanın diş hekimi tercihleri değerlendirildiğinde hekim tercihlerinin cinsiyet ve yaş aralığına göre dağılımları Tablo 12’de gösterildi.

Tablo 12. Hekim tercihlerinin cinsiyet ve yaş aralığına göre dağılımı

Yaş Aralığı	KIZ				ERKEK				TOPLAM															
	Kadın hekim		Erkek hekim		Fark etmez		Toplam		Kadın hekim		Erkek hekim		Fark etmez		Toplam									
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%								
6 - 8	181	86.6	18	8.6	10	4.8	209	100	61	34.3	106	59.6	11	6.2	178	100	242	62.5	124	32.0	21	5.4	387	100
9 - 12	167	86.5	18	9.3	8	4.5	193	100	102	44.3	108	47.0	20	8.7	230	100	269	63.6	126	29.8	28	6.6	423	100
Toplam	348	68.1	36	9.0	18	4.5	402	100	163	40.0	214	52.5	31	7.6	408	100	511	63.1	250	30.9	49	6.0	810	100

Cinsiyete göre diş hekimi tercihleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p<0.001$). Buna göre kızların erkeklere göre daha çok bayan hekim, erkeklerin kızlara göre daha çok erkek hekimini tercih ettikleri saptandı. Yaş aralığına göre diş hekimi tercihleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p=0.656$).

6.12. Hekimin Dış Görünümünün Öneminin Cinsiyet ve Yaş Aralığına Göre Değerlendirilmesi

Çalışmaya dahil edilen 810 hastanın hekimin dış görünümünün önemi sorusuna verdikleri cevapların cinsiyet ve yaş aralığına göre dağılımı Tablo 13’de gösterildi.

Tablo 13. Hekimin dış görünümünün öneminin cinsiyet ve yaş aralığına göre dağılımı

Yaş Aralığı	KIZ								ERKEK								TOPLAM							
	Evet		Hayır		F. etmez		Toplam		Evet		Hayır		F. etmez		Toplam		Evet		Hayır		F. etmez		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
6 - 8	77	36.8	127	60.8	5	2.4	209	100.0	61	34.3	113	63.5	4	2.2	178	100.0	138	35.7	240	62.0	9	2.3	387	100.0
9 - 12	62	32.1	126	65.3	5	2.6	193	100.0	60	26.1	166	72.2	4	1.7	230	100.0	122	28.8	292	69.0	9	2.1	423	100.0
Toplam	139	34.6	253	62.9	10	2.5	402	100.0	121	29.7	279	68.4	8	2.0	408	100.0	260	32.1	532	65.7	18	2.2	810	100.0

Cinsiyete ve yaş aralığına göre katılımcıların hekimin dış görünümü sorusuna verdiği cevaplar karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p=0.260$, $p=0.107$).

6.13. Erkek Hekimin Tıraş Olmasının Cinsiyete ve Yaş Aralığına Göre Değerlendirilmesi

Çalışmaya dahil edilen hastaların “erkek hekim tıraş olsun mu” sorusuna verdikleri cevapların cinsiyet ve yaş aralığına göre dağılımı Tablo 14’de gösterildi.

Tablo 14. Erkek hekimin tıraş olmasının cinsiyete ve yaş aralığına göre dağılımı

	Erkek hekimin tıraşlı olması						p		
	Evet		Hayır		F. etmez			Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet									
Kız	317	78.9	56	13.9	29	7.2	402	100.0	0.036*
Erkek	301	73.8	84	20.6	23	5.6	408	100.0	
Toplam	618	76.3	140	17.3	52	6.4	810	100.0	
Yaş aralığı									0.080
6-8	295	76.2	74	19.1	18	4.7	387	100.0	
9-12	323	76.4	66	15.6	34	8.0	423	100.0	
Toplam	618	76.3	140	17.3	52	6.4	810	100.0	

(* p<0.05)

Cinsiyete göre hastaların erkek hekimin tıraş olması tercihleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu (p=0.036). Buna göre kızların erkeklere göre, erkek hekimi tıraşlı tercih ettikleri saptandı. Yaş aralığına göre hastaların erkek hekimin tıraş olması tercihleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı (p=0.080).

6.14. Hastaların Parfüm Tercihlerinin Cinsiyete ve Yaş Aralığına Göre Değerlendirilmesi

Çalışmaya dahil edilen hastaların hekimin parfüm kullanımı ile ilgili tercihlerinin cinsiyete ve yaş aralığına göre dağılımı Tablo 15’de gösterildi.

Tablo 15. Hastaların parfüm tercihlerinin cinsiyete ve yaş aralığına göre dağılımı

	Hekimin parfüm kullanması						p		
	Evet		Hayır		Fark etmez			Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet									
Kız	299	74.4	87	21.6	16	4.0	402	100.0	0.007*
Erkek	262	64.2	123	30.1	23	5.6	408	100.0	
Toplam	561	69.3	210	25.9	39	4.8	810	100.0	
Yaş aralığı									0.172
6-8	274	70.8	100	25.8	13	3.4	387	100.0	
9-12	287	67.8	110	26.0	34	6.1	423	100.0	
Toplam	561	69.3	210	25.9	39	4.8	810	100.0	

(*p<0.05)

Cinsiyete göre hastaların hekimin parfüm kullanımı ile ilgili tercihleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p=0.007$). Buna göre kızların erkeklere göre hekimin parfüm kullanmasını daha çok tercih ettikleri saptandı. Yaş aralığına göre hastaların hekimin parfüm kullanımı ile ilgili tercihleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p=0.172$).

6.15. Hekimin Takı- Saat Kullanımının Değerlendirilmesi

Çalışmaya dahil edilen hastaların hekimin takı veya saat kullanımı ile ilgili tercihlerinin cinsiyet ve yaş aralığına göre dağılımı Tablo 16’da gösterildi.

Tablo 16. Hastaların hekimin takı veya saat kullanımı ile ilgili tercihlerinin cinsiyet ve yaş aralığına göre dağılımı

	Hekimin takı-saat kullanımı						p
	Rahatsız eder		Rahatsız etmez		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet							
Kız	66	16.4	336	83.6	402	100.0	0.026*
Erkek	45	11.0	363	89.0	408	100.0	
Toplam	111	13.7	699	86.3	810	100.0	
Yaş aralığı							
6-8	60	15.5	327	84.5	387	100.0	0.154
9-12	51	12.1	372	87.9	423	100.0	
Toplam	111	13.7	699	86.3	810	100.0	

(* $p<0.05$)

Cinsiyete göre hastaların hekimin takı veya saat kullanımı ile ilgili tercihleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p=0.026$). Buna göre kızların erkeklere göre hekimin takı-saat kullanımından daha çok rahatsız olduğu saptandı. Yaş aralığına göre hastaların hekimin takı veya saat kullanımı ile ilgili tercihleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p=0.154$).

Hekimin takı veya saat kullanmasından rahatsız olmayan 699 hastanın, “hekimin takı veya saatten hangisini kullanmasını tercih edersin” sorusuna verdikleri cevapların cinsiyete ve yaş aralığına göre dağılımı Tablo 17’de gösterildi.

Tablo 17. Hastaların takı veya saat tercihinin cinsiyet ve yaş aralığına göre dağılımı

	Hastaların takı veya saat tercihi						p
	takı		saat		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet							
Kız	89	26.5	247	73.5	336	100.0	<0.001*
Erkek	40	11.0	323	89.0	363	100.0	
Toplam	129	18.5	570	81.5	699	100.0	
Yaş aralığı							
6-8	58	17.7	269	82.3	327	100.0	0.646
9-12	71	19.1	301	80.9	372	100.0	
Toplam	129	18.5	570	81.5	699	100.0	

(*p<0.05)

Cinsiyete göre hastaların hekimin takı ve saat kullanımı ile ilgili tercihleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p<0.001$). Buna göre kızlar erkeklere göre hekimin daha çok takı, erkekler kızlara göre ise hekimin daha çok saat kullanmasını tercih ettiği saptandı. Yaş aralığına göre hastaların hekimin takı ve saat kullanımı ile ilgili tercihleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p=0.646$).

6.16. Hekimin İsimlik Kullanımının Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan hastaların hekimin isimlik kullanımıyla ilgili tercihlerinin cinsiyet ve yaş aralığına göre dağılımı Tablo 18’de gösterildi.

Tablo 18. Hastaların hekimin isimlik kullanımı ile ilgili tercihlerinin cinsiyet ve yaş aralığına göre dağılımı

	Hekimin isimlik kullanması						p		
	Evet		Hayır		Fark etmez			Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet									
Kız	359	89.3	31	7.7	12	3.0	402	100.0	0.224
Erkek	350	85.8	46	11.3	12	2.9	408	100.0	
Toplam	709	87.5	77	9.5	24	3.0	810	100.0	
Yaş aralığı									
6-8	339	87.6	38	9.8	10	2.6	387	100.0	0.804
9-12	370	87.5	39	9.2	14	3.3	423	100.0	
Toplam	709	87.5	77	9.5	24	3.0	810	100.0	

(* p<0.05)

Cinsiyete ve yaşa göre hastaların hekimin isimlik kullanması ile ilgili tercihleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p=0.224$, $p=0.804$).

6.17. Hekimin Koruyucu Ekipman Kullanımının Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan hastaların hekimin koruyucu ekipman kullanımı ile ilgili tercihlerinin anksiyete grupları, cinsiyet ve yaş aralığına göre dağılımı Tablo 19'da gösterildi.

Tablo 19. Hastaların hekimin koruyucu ekipman kullanımı ile ilgili tercihlerinin anksiyete grupları, cinsiyet ve yaş aralığına göre dağılımı

	Hekimin koruyucu ekipman kullanımı										p
	K. gözlük		Maske		Maske ve k.gözlük		Hiçbiri		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Anksiyete grupları											
Düşük	43	6.1	316	44.8	305	43.3	41	5.8	705	100.0	0.072
Orta	6	9.5	28	44.4	23	36.5	6	9.5	63	100.0	
Yüksek	4	9.5	17	40.5	13	31.0	8	19.0	42	100.0	
Toplam	53	6.5	361	44.6	341	42.1	55	6.8	810	100.0	
Cinsiyet											
Kız	27	6.7	188	46.8	160	39.8	27	6.7	402	100.0	0.591
Erkek	26	6.4	173	42.4	181	44.4	28	6.9	408	100.0	
Toplam	53	6.5	361	44.6	341	42.1	55	6.8	810	100.0	
Yaş aralığı											
6-8	27	7.0	174	45.0	158	40.8	28	7.2	387	100.0	0.864
9-12	26	6.1	187	44.2	183	43.3	27	6.4	423	100.0	
Toplam	53	6.5	361	44.6	341	42.1	55	6.8	810	100.0	

Anksiyete gruplarına, cinsiyete ve yaş aralığına göre hastaların koruyucu ekipman kullanımı ile ilgili tercihleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p=0.072$, $p=0.591$, $p=0.864$).

6.18. Hastaların Maske Tercihlerinin Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan 810 hastanın hekimin kullandığı maske ile ilgili tercihlerinin cinsiyete ve yaş aralığına göre dağılımı Tablo 20’de gösterildi.

Tablo 20. Hastaların hekimin kullandığı maske ile ilgili tercihlerinin cinsiyete ve yaş aralığına göre dağılımı

	Hastaların maske tercihleri						p
	Düz beyaz maske		Çizgi film karakterli maske		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet							
Kız	314	78.1	88	21.9	402	100.0	0.328
Erkek	330	80.9	78	19.1	408	100.0	
Toplam	644	79.5	166	20.5	810	100.0	
Yaş aralığı							
6-8	312	80.6	75	19.4	387	100.0	0.452
9-12	332	78.5	91	21.5	423	100.0	
Toplam	644	79.5	166	20.5	810	100.0	

Cinsiyete ve yaş aralığına göre hastaların hekimin kullandığı maske ile ilgili tercihleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı (p=0.328, p=0.452).

6.19. Hastaların Eldiven Rengi Tercihlerinin Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan hastaların hekimin kullandığı eldivenin rengi ile ilgili tercihlerinin cinsiyete ve yaş aralığına göre dağılımı Tablo 21’de gösterildi.

Tablo 21. Hastaların hekimin kullandığı eldivenin rengi ile ilgili tercihlerinin cinsiyete ve yaş aralığına göre dağılımı

	Hastaların eldiven rengi tercihleri								p		
	Beyaz		Mavi		Pembe		Yeşil			Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%
Cinsiyet											
Kız	185	46.0	51	12.7	140	34.8	26	6.5	402	100.0	<0.001*
Erkek	235	57.6	137	33.6	9	2.2	27	6.6	408	100.0	
Toplam	420	51.9	188	23.2	149	18.4	53	6.5	810	100.0	
Yaş aralığı											
6-8	168	43.4	105	27.1	81	20.9	33	8.5	387	100.0	<0.001*
9-12	252	59.6	83	19.6	68	16.1	20	4.7	423	100.0	
Toplam	420	51.9	188	23.2	149	18.4	53	6.5	810	100.0	

(* p<0.05)

Cinsiyete ve yaş aralığına göre hastaların hekimin kullandığı eldiven rengi ile ilgili tercihleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p<0.001$, $p<0.001$). Buna göre cinsiyete göre anlamlılığa bakıldığında farkın “mavi” ve “pembe” renkten kaynaklandığı, erkeklerin kızlara göre daha çok mavi ve kızların erkeklere göre daha çok pembe rengi tercih ettiği saptandı. Yaş aralığına göre anlamlılığa bakıldığında farkın tüm renklerden kaynaklandığı, “6-8” yaş aralığındaki hastaların daha çok mavi, pembe ve yeşil rengi, “9-12” yaş aralığındaki hastaların daha çok beyaz rengi tercih ettiği görüldü.

6.20. Hastaların Tedavi Olmak İstedikleri Klinik Tercihlerinin Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan hastaların klinik tercihlerinin cinsiyete ve yaş aralığına göre dağılımı Tablo 22’de gösterildi.

Tablo 22. Hastaların klinik tercihlerinin cinsiyete ve yaş aralığına göre dağılımı

	Hastaların klinik tercihleri					p	
	Düz, sade klinik		Dekore klinik		Toplam		
	n	%	n	%	n		%
Cinsiyet							
Kız	213	53.0	189	47.0	402	100.0	0.017*
Erkek	250	61.3	158	38.7	408	100.0	
Toplam	463	57.2	347	42.8	810	100.0	
Yaş aralığı							
6-8	201	51.9	186	48.1	387	100.0	0.004*
9-12	262	61.9	161	38.1	423	100.0	
Toplam	463	57.2	347	42.8	810	100.0	

(* $p<0.05$)

Cinsiyete ve yaş aralığına göre hastaların tedavi olmak istedikleri klinik tercihleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p=0.017$, $p=0.004$). Buna göre kızların erkeklere ve “6-8” yaş aralığındaki hastaların “9-12” yaş aralığındaki hastalara göre daha çok dekore klinikte tedavi olmayı tercih ettikleri saptandı.

6.21. Hastaların Hekimin Kullandığı Ayakkabı Tercihlerinin Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan hastaların hekimin kullandığı ayakkabı ile ilgili tercihlerinin cinsiyete ve yaş aralığına göre dağılımı Tablo 23’de gösterildi.

Tablo 23. Hastaların hekimin kullandığı ayakkabı tercihlerinin cinsiyete ve yaş aralığına göre dağılımı

	Hastaların hekimin kullandığı ayakkabı tercihleri						p
	Kapalı, spor ayakkabı		Açık ayakkabı (terlik)		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet							
Kız	298	74.1	104	25.9	402	100.0	<0.001*
Erkek	360	88.2	48	11.8	408	100.0	
Toplam	658	81.2	152	18.8	810	100.0	
Yaş aralığı							
6-8	312	80.6	75	19.4	387	100.0	0.668
9-12	346	81.8	77	18.2	423	100.0	
Toplam	658	81.2	152	18.8	810	100.0	

(*p<0.05)

Cinsiyete göre hastaların hekimin kullandığı ayakkabı ile ilgili tercihleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p<0.001$). Buna göre kızların erkeklere göre daha çok açık ayakkabı kullanımını tercih ettikleri saptandı. Yaş aralığına göre hastaların hekimin kullandığı ayakkabı ile ilgili tercihleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p=0.668$).

6.22. Hastaların Hekimin Kıyafetleri ile İlgili Tercihlerinin Değerlendirilmesi

Çalışmaya dahil olan hastaların hekimin kıyafetleri ile ilgili tercihlerinin cinsiyete ve yaş aralığına göre dağılımı Tablo 24’de gösterildi.

Tablo 24. Hastaların hekimin kıyafetleri ile ilgili tercihlerinin cinsiyete ve yaş aralığına göre dağılımı

	Hastaların hekimin kıyafetleri ile ilgili tercihleri						p
	Beyaz önlük		Renkli önlük		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet							
Kız	188	46.8	214	53.2	402	100.0	<0.001*
Erkek	262	64.2	146	35.8	408	100.0	
Toplam	450	55.6	360	44.4	810	100.0	
Yaş aralığı							
6-8	210	54.3	177	45.7	387	100.0	0.479
9-12	240	56.7	183	43.3	423	100.0	
Toplam	450	55.6	360	44.4	810	100.0	

(*p<0.05)

Cinsiyete göre hastaların kıyafet tercihleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p<0.001$). Buna göre kızların erkeklere göre daha çok renkli önlük tercih ettikleri saptandı. Yaş aralığına göre hastaların kıyafet tercihleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p=0.479$).

Hekimin beyaz önlük giymesini tercih eden 450 hastanın hekimin beyaz önlükle beraber resmi (takım elbise vb.) ya da rahat kıyafetler giymesi ile ilgili tercihlerinin cinsiyet ve yaş aralığına göre dağılımı Tablo 25’de gösterildi.

Tablo 25. Hastaların resmi ya da rahat kıyafet ile ilgili tercihlerinin cinsiyet ve yaş aralığına göre dağılımı

	Hastaların resmi ya da rahat kıyafet ile ilgili tercihleri						p
	Resmi kıyafet (takım elbise)		Rahat kıyafet		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet							
Kız	25	13.3	163	86.7	188	100.0	0.378
Erkek	44	16.8	218	83.2	262	100.0	
Toplam	69	15.3	381	84.7	450	100.0	
Yaş aralığı							
6-8	42	20.0	168	80.0	210	100.0	0.010*
9-12	27	11.3	213	88.8	240	100.0	
Toplam	69	15.3	381	84.7	450	100.0	

(* $p<0.05$)

Cinsiyete göre hastaların tercihleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p=0.378$). Yaş aralığına göre hastaların tercihleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p=0.010$). Buna göre “9-12” yaş aralığındaki hastaların “6-8” yaş aralığındaki hastalara göre daha çok rahat kıyafet giyilmesini tercih ettikleri bulguları.

6.23. Hastaların Önlük Rengi Tercihlerinin Değerlendirilmesi

Hekimin renkli önlük giymesini tercih eden 360 hastanın renk tercihlerinin cinsiyete ve yaş aralığına göre dağılımı Tablo 26'da gösterildi.

Tablo 26. Hastaların önlük rengi tercihlerinin cinsiyet ve yaşa göre dağılımı

	Hastaların önlük rengi tercihleri												p										
	Bordo		Turuncu		Pembe		Mor		Mavi		Açık Mavi			Yeşil		Açık Yeşil		Sarı		Kırmızı		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet																							
Kız	13	6.1	8	3.7	98	45.8	19	8.9	13	6.1	16	7.5	1	0.5	14	6.5	11	5.1	21	9.8	214	100.0	<0.001*
Erkek	23	15.8	12	8.2	4	2.7	3	2.1	26	17.8	38	26.0	6	4.1	10	6.8	8	5.5	16	11.0	146	100.0	
Toplam	36	10.0	20	5.6	102	28.3	22	6.1	39	10.8	54	15.0	7	1.9	24	6.7	19	5.3	37	10.3	360	100.0	
Yaş aralığı																							
6-8	16	9.0	11	6.2	58	32.8	13	7.3	17	9.6	21	11.9	3	3.4	6	3.4	11	6.2	21	11.9	177	100.0	0.130
9-12	20	10.9	9	4.9	44	24.0	9	4.9	22	12.0	33	18.0	4	2.2	18	9.8	8	4.4	16	8.7	183	100.0	
Toplam	36	10.0	20	5.6	102	28.3	22	6.1	39	10.8	54	15.0	7	1.9	24	6.7	19	5.3	37	10.3	360	100.0	

(*p<0.05)

Cinsiyete göre hastaların renk seçimleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu (p<0.001). Buna göre kızlar en çok pembe rengi , erkekler en çok açık mavi rengi tercih ettiği bulguları. Yaş aralığına göre hastaların renk seçimleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı (p=0.130).

6.24. Diş Hekimine Gitme Durumunun Kullanılan Ekipman ve Hekimin Dış Görünümü Üzerine Etkisi

Diş hekimine gitme durumuna göre hastaların koruyucu ekipman, maske, eldiven rengi, klinik ve önlük tercihlerinin dağılımı Tablo 27’de gösterildi.

Tablo 27. Diş hekimine gitme durumuna göre hastaların kullanılan ekipman ve hekimin dış görünümü ile ilgili tercihlerinin dağılımı

	Diş hekimine gitme durumu				p
	Giden		Gitmeyen		
	n	%	n	%	
Koruyucu ekipman tercihi					
K. gözlük	50	6.7	3	4.9	0.061
Maske	338	45.1	23	37.7	
K. gözlük ve maske	313	41.8	28	45.9	
Hiçbiri	48	6.4	7	11.5	
Maske tercihi					
Düz beyaz maske	601	80.2	43	70.5	0.070
Çizgi film kar. maske	148	19.8	18	29.5	
Eldiven rengi tercihi					
Beyaz	395	52.7	25	41.0	0.071
Mavi	168	22.4	20	32.8	
Pembe	140	18.7	9	14.8	
Yeşil	46	6.1	7	11.5	
Klinik tercihi					
Düz klinik	437	58.3	26	42.6	0.017*
Dekore klinik	312	41.7	35	57.4	
Hekimin önlük tercihi					
Beyaz önlük	429	57.3	21	34.4	0.001*
Renkli önlük	320	42.7	40	65.6	
TOPLAM	749	100.0	61	100.0	

(*p<0.05)

Diş hekimine gitme yönünden hastaların koruyucu ekipman, maske ve eldiven rengi tercihleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı (p=0.061, p=0.070, p=0.071). Diş hekimine gitme yönünden hastaların klinik ve önlük tercihleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu (p=0.017, p=0.001). Buna göre diş hekimine gidenlerin gitmeyenlere göre daha çok düz, sade kliniği ve beyaz önlüğü tercih ettikleri saptandı.

6.25. CFSS-DS Skorunu Etkileyebilecek Faktörler

CFSS skor ortalamalarını etkilediği düşünülen faktörler Tablo 28’de gösterildi.

Tablo 28. CFSS-DS skorunu etkileyebilecek faktörler

Etkileyebilecek faktörler	CFSS-DS Skoru		
	Ort ± SS	Median	p
Cinsiyet			
Erkek	23.14±7.65	21	0.001*
Kız	24.89±8.23	23	
Toplam	24.00±7.99	22	
Yaş			
6-8	24.57±8.14	22	0.046*
9-12	23.50±7.82	21	
Toplam	24.00±7.99	22	
Diş hekimine gitme durumu			
Gitmiş	23.79±7.97	21	0.001*
Gitmemiş	26.70±7.57	26	
Ailede doktor/diş hekimi varlığı			
Var	23.34±6.44	22.5	0.856
Yok	24.09±8.17	22	
Tedavi esnasındaki hissi			
Sevdim	20.96±5.78	19	<0.001*
Sevmedim	25.34±9.08	22.5	
Korktum	28.97±9.06	28	
Bilmiyorum	25.76±7.56	25	
Kardeşin diş hekimi ziyareti			
Sevmiş	21.68±7.21	20	<0.001*
Sevmemiş	21.74±5.78	22	
Korkmuş	25.41±8.06	24	
Bilmiyorum	24.80±8.18	23	
Diş hekimi tercihi			
Bayan	24.66±8.17	22	0.003*
Erkek	22.78±7.55	21	
Fark etmez	23.45±7.56	21	
Hekimin dış görünümünün önemi			
Evet	23.87±8.56	21	0.176
Hayır	24.14±7.71	22	
Fark etmez	22.06±7.61	20	
Koruyucu ekipman			
Koruyucu gözlük	24.57±7.95	22	<0.001*
Maske	23.56±7.62	21	
Koruyucu gözlük+ maske	23.45±7.53	21	
Hiçbiri	29.87±10.61	27	
Tedavi olunan klinik özelliği			
Düz klinik	23.29±7.95	21	<0.001*
Dekore klinik	24.96±7.95	23	
Hekimin önlük tercihi			
Beyaz önlük	23.43±7.61	21	0.021*
Renkli önlük	24.73±8.39	22.5	

(* p<0.05)

Cinsiyete ve yaş aralığına göre CFSS-DS skor ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p=0.001$, $p=0.046$). Buna göre kızların erkeklere göre ve “6-8” yaş aralığındaki hastaların “9-12” yaş aralığındaki hastalara göre CFSS-DS ortalama skor değerlerinin daha fazla olduğu bulundu.

Diş hekimine gidip gitmeme açısından CFSS-DS skor ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p=0.001$). Buna göre daha önce diş hekimine gitmemiş hastalarda gidenlere göre daha yüksek CFSS-DS skor ortalaması gözlemlendi.

Ailede doktor/diş hekimi varlığına göre CFSS-DS skor ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p=0.856$).

Hastaların ve kardeşlerinin tedavi esnasındaki hislerine göre CFSS-DS skor ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p<0.001$, $p<0.001$). Buna göre hastaların tedavi esnasındaki hislerine göre anlamlılığa bakıldığında farkın “sevdim- sevmedim”, “sevmedim- korktum”, “sevdim- bilmiyorum”, “korktum- bilmiyorum” ve “sevdim- korktum” dan kaynaklandığı saptandı. Kardeşlerin tedavi esnasındaki hislerine göre anlamlılığa bakıldığında ise farkın “sevmiş- korkmuş” ve “sevmiş- bilmiyorum” dan kaynaklandığı bulundu.

Çalışmaya katılan hastaların diş hekimi tercihlerine göre CFSS-DS skor ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p=0.003$). Buna göre bayan hekimi tercih eden hastaların CFSS-DS skor ortalamalarının daha fazla olduğu gözlemlendi.

Hekimin dış görünümünün önemliliğine göre CFSS-DS skor ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p=0.176$).

Koruyucu ekipman tercihlerine göre CFSS-DS skor ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p<0.001$). Buna göre farkın “koruyucu gözlük- hiçbiri”, “maske- hiçbiri” ve “koruyucu gözlük+ maske- hiçbiri” den kaynaklandığı saptandı.

Tedavi olunan klinik ve hekimin kıyafet tercihlerine göre CFSS-DS skor ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p<0.001$, $p=0.021$). Buna göre dekore klinik ve renkli önlük tercih edenlerin CFSS-DS skor ortalamasının daha yüksek olduğu bulguları.

6.26. DMFT Ortalama Skorunu Etkileyebilecek Faktörler

DMFT ortalamalarını etkilediği düşünülen faktörler Tablo 29’da gösterildi.

Tablo 29. DMFT ortalama skorunu etkileyebilecek faktörler

Etkileyebilecek faktörler	DMFT		
	Ort ± SS	Median	p
Cinsiyet			
Erkek	1.65±2.00	1	0.114
Kız	1.49±2.02	1	
Toplam	1.57±2.01	1	
Yaş			
6-8	0.65±1.18	0	<0.001*
9-12	2.41±2.23	2	
Toplam	1.57±2.01	1	
Diş hekimine gitme durumu			
Gitmiş	1.65±2.04	1	<0.001*
Gitmemiş	0.58±1.18	0	
Ailede doktor/diş hekimi varlığı			
Var	1.77±2.26	1	0.518
Yok	1.54±1.97	1	
Tedavi esnasındaki hissi			
Sevdim	1.60±1.97	1	<0.001*
Sevmedim	2.32±2.82	1	
Korktum	1.58±1.78	1	
Bilmiyorum	1.06±1.75	0	
Kardeşin diş hekimi ziyareti			
Sevmiş	1.66±2.01	1	0.074
Sevmemiş	2.51±2.74	2	
Korkmuş	1.72±2.00	1	
Bilmiyorum	1.45±1.96	1	
Anksiyete skor grupları			
Düşük	1.55±2.05	1	0.030*
Orta	1.59±2.02	1	
Yüksek	1.79±1.05	1	
Toplam	1.57±2.01	1	

(* $p<0.05$)

Cinsiyete göre DMFT ortalama skorları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p=0.114$).

Yaş aralığına ve diş hekimine gidilmesine göre DMFT ortalama skorları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p<0.001$, $p<0.001$). Buna göre “9-12” yaş aralığındaki hastaların ve daha önce diş hekimine giden hastaların DMFT ortalama skorlarının daha yüksek olduğu bulguları.

Ailede doktor/ diş hekimi varlığına göre DMFT ortalama skorları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p=0.518$).

Hastaların tedavi esnasındaki hislerine göre DMFT ortalama skorları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p<0.001$). Buna göre farkın “sevmedim- bilmiyorum”, “sevdim- bilmiyorum” ve “korktum- bilmiyorum” dan kaynaklandığı saptandı.

Hastaların kardeşlerinin tedavi esnasındaki hislerine göre DMFT ortalama skorları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p=0.074$).

Hastaların anksiyete gruplarına göre DMFT ortalama skorları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p=0.030$). Buna göre yüksek derece anksiyeteye sahip hastaların, orta ve düşük derece anksiyeteye sahip hastalara göre daha fazla DMFT ortalama skor değerine sahip olduğu bulguları.

6.27. dmft Ortalama Skorunu Etkileyebilecek Faktörler

dmft ortalamalarını etkilediği düşünülen faktörler Tablo 30’da gösterildi.

Tablo 30. dmft ortalama skorunu etkileyebilecek faktörler

Etkileyebilecek faktörler	dmft		
	Ort ± SS	Median	p
Cinsiyet			
Erkek	4.49±3.29	4	0.573
Kız	4.80±3.88	4	
Toplam	4.64±3.60	4	
Yaş			
6-8	6.27±3.43	6	<0.001*
9-12	3.15±3.07	3	
Toplam	4.64±3.60	4	
Diş hekimine gitme durumu			
Gitmiş	4.64±3.60	4	0.929
Gitmemiş	4.69±3.63	4	
Ailede doktor/diş hekimi varlığı			
Var	4.10±3.31	4	0.157
Yok	4.71±3.63	4.5	
Tedavi esnasındaki hissi			
Sevdim	4.85±3.59	5	0.171
Sevmedim	4.01±3.64	3.5	
Korktum	4.36±3.46	4	
Bilmiyorum	4.74±3.74	4	
Kardeşin diş hekimi ziyareti			
Sevmiş	4.68±3.75	4	0.097
Sevmemiş	3.30±3.50	2	
Korkmuş	4.18±3.27	4	
Bilmiyorum	4.80±3.59	5	
Anksiyete skor grupları			
Düşük	4.62±3.64	4	0.015*
Orta	4.03±3.14	4	
Yüksek	5.93±3.33	6	
Toplam	4.64±3.60	4	

(*p<0.05)

Cinsiyete göre dmft ortalama skorları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı (p=0.573).

Yaş aralığına göre dmft ortalama skorları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu (p<0.001). Buna göre “6-8” yaş aralığındaki hastaların dmft ortalamalarının daha yüksek olduğu bulgulandı.

Diş hekimine gidilmesine ve ailede doktor/ diş hekimi varlığına göre dmft ortalama skorları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p=0.929$, $p=0.157$).

Hastaların ve kardeşlerinin tedavi esnasındaki hislerine göre dmft ortalama skorları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p=0.171$, $p=0.097$).

Anksiyete gruplarına göre dmft skor değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p=0.015$). Buna göre yüksek derece anksiyeteye sahip hastaların, orta ve düşük derece anksiyeteye sahip hastalara göre daha fazla dmft ortalama skor değerine sahip olduğu bulgulandı.

7. TARTIŞMA

Dental anksiyete; diş tedavisi gören hastalarda çok sık karşılaşılan, hekim ve hasta yönünden sorun oluşturabilen bir durumdur (105). Çocuklarda diş tedavisi korkusu, ciddi sağlık problemlerinin kaynağı olarak görülmektedir. Ayrıca bu durum diş tedavisi sırasında rahatsız edici davranış, tedaviden kaçınma olarak devam edebilir ve ağız sağlığında şiddetli yan etkilere sebep olabilir. Bu tür davranışı önleyebilmek için endişeli çocuğu mümkün olan en erken yaşta belirleyebilmek önemlidir (73).

Dental anksiyetenin subjektif bir konu olması ve her bireyde değişik derecelerde olması sebebiyle ölçümü zor bir işlemdir. Diş hekimlerinin, hastalarda mevcut olabilen dental anksiyete düzeylerini etkin olarak değerlendirebilmeleri, hastaların tedavi gereksinimlerinin ve planlamalarının yapılmasında kolaylık sağlamasının yanı sıra, klinik zaman kaybını önlemektedir. Bu amaçla dental korku ve anksiyeteyi değerlendirmede çeşitli yöntemler geliştirilmiştir (106). Çocuk Korku Değerlendirme Skalası Dental Alt Ölçeği (CFSS-DS) 1982 yılında geliştirilen, çocuklarda dental korkuyu ölçmede kullanılan ve iyi bilinen bir psikometrik skaladır. Bu çalışmanın amaçlarından biri dental anksiyete ve korkuyu CFSS-DS kullanarak değerlendirmek ve ayrıca dental anksiyete ile çürüğün ilişkisini belirleyebilmektir.

Literatürde dental anksiyetenin CFSS-DS skalası ile değerlendirildiği çalışmalar mevcuttur (9, 32, 74, 76). Bu çalışmalara benzer şekilde sunulan çalışmada da CFSS-DS skorları değerlendirilirken 2 adet sınır (cut-off) puan belirlenmiştir. CFSS-DS skoru 39 ve 39'dan fazla olanlar yüksek dereceli anksiyeteli bulunurken, 32 ve 39 puan arasında olanlar orta dereceli anksiyeteli bulunmuş ve dental korku için sınır bir alan belirlenmiştir. Çalışmaya dahil olan hastaların %5.2'si yüksek derece anksiyeteli, %7.8'si ise orta derece anksiyeteli bulunmuştur. Bu çocukların belirli derecede dental korkusu vardır ve yüksek derecede dental korku ya da fobi geliştirme riskine sahiptirler. Bu çocuklara ekstra ilgi ve önem gösterilirse dental korku ve fobi gelişimi önlenebilir (107-109). Ancak Yamada ve arkadaşları (110) yaptıkları çalışmada düşük anksiyeteye sahip bir çok olumsuz davranış gösteren çocuk hasta olabileceği gibi yüksek anksiyeteye sahip olup da olumlu davranış gösteren çocukların da olabileceğine dikkat çekmişlerdir.

Literatürde CFSS-DS ile ilgili yapılan çalışmalarda çeşitli anksiyete skorları belirtilmiştir. Alvesalo ve arkadaşları (111) tarafından Finlandiya’da yapılan çalışmada ortalama anksiyete skoru 22.1, Klingberg ve arkadaşları (112) tarafından İsveç’te yapılan çalışmada ortalama anksiyete skoru 23.1, ten Berge ve arkadaşları (113) tarafından Hollanda’da yapılan çalışmada ortalama anksiyete skoru 23.2 bulunurken bu çalışmalara benzer şekilde sunulan çalışmada ortalama anksiyete skoru 24.0 bulunmuştur. Ancak bu bulgu Chellappah ve arkadaşları (26) tarafından Singapur’da yapılan çalışmadaki ortalama anksiyete skorundan (30.6) ve Raj ve arkadaşları (107) tarafından Hindistan’da yapılan çalışmadaki ortalama anksiyete skorundan (27.1) düşüktür.

Dental anksiyetenin yaşla ilgisini araştırdığımızda günümüze kadar yapılan çalışmalarda, çoğunlukla dental anksiyete ile yaş arasında negatif yönde bir korelasyon olduğu bildirilmiştir. Folayan ve arkadaşları (40) ve Cuthbert ve Malamed (34), dental anksiyete seviyesinin 6-7 yaş civarında azalmaya başladığını ve yaş ilerledikçe dental uygulamalarla baş etme yeteneğinin daha da arttığını bildirmektedirler. Le Baron ve Zeltzer’e (114) göre, çocuklar yaşları büyüdükçe korkularını kontrol etmeyi öğrenebilirler. Türk çocukları ile yapılan bir çalışmada 3-6 yaş grubu çocukların %30’unun, 7-12 yaş grubu çocukların %11’inin dental anksiyeteli oldukları belirlenmiştir (2). Sunulan çalışmada ise bu çalışmalara benzer şekilde yaş ile dental anksiyete arasında negatif yönde bir korelasyon olduğu gözlemlenmiş ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0.046$). Sunulan çalışmanın aksine, yaşla dental anksiyete arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (115-117). Rantavuori ve arkadaşları (83) 12-15 yaşındaki çocukların dental korkularının küçük yaşlara oranla yüksek olduğunu bildirmektedirler. Ayrıca Vassend’in (118) yaptığı çalışmada yaşla dental anksiyete arasında bir ilişki olmadığı bildirilmiştir. Çalışmalar arasındaki yaş grupları yönünden saptanan bu farklılıkların, dental anksiyete etiolojisinin multifaktöriyel yapısından kaynaklandığı düşünülebilir.

Dental anksiyeteyi belirleyici faktörlerin bir diğerinin de cinsiyet farkı olduğu bildirilmektedir. Cinsiyetin dental anksiyete gelişiminde doğal bir etioloji olduğunu açıklayan Corah’ın (72) yanısıra yapılan araştırmalarda genellikle kızların dental anksiyete seviyesinin erkeklerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir (32, 35-37, 44, 47, 77, 119). Liddell ve Murray (117) de 9 yaşından sonra cinsiyet farklılığının ortaya

çıkmaya başladığını ve kızlarda dental anksiyetenin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Klingberg (52) ise, 9 ile 11 yaş arasındaki erkek çocukların aynı yaşta kız çocuklarına göre dental anksiyete geliştirmeye daha eğilimli olduğunu bildirmiştir. Bodrumlu ve arkadaşlarının (22) yaptığı çalışmada ise erkeklerde dental anksiyetenin kadınlara oranla daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Sunulan çalışmada ise kızların dental anksiyetesinin erkeklerden fazla olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu saptanmıştır (p=0.001). Çalışmanın bulguları Liddell ve Murray'ın (117) çalışmasının bulgularıyla örtüşürken; Klingberg (52) ve Bodrumlu ve arkadaşlarının (22) yaptığı çalışmaların bulgularıyla örtüşmemektedir.

Yapılan araştırmalarda kadınlardaki anksiyete skorlarının daha yüksek bulunmasının sebebinin, erkeklerin korku ve anksiyetelerini kadınlar kadar kolay dışa vuramamalarından kaynaklandığı savunulmuştur (120, 121). Yapılan bir çalışmada kadınlarda dental anksiyetenin daha yüksek olmasının sosyal şartlanmanın yanısıra biyolojik orijinle de açıklanabileceği belirtilmiştir (9). Erkeğin gerek biyolojik gerekse toplumun verdiği görev nedeniyle tehlikeli işlerle daha çok uğraşan birey olması, travmatik uygulamalara daha dirençli olmasını sağlayabilir. Ataerkil özellik gösteren toplum yapımızda erkeğin korkusunu belli etmeme eğilimi, ölçekleri doldurma sırasında etkili olabilmektedir. Thompson (122) ise bu farklılığın cinsiyetler arasındaki genel anksiyete düzeyi farklılığının bir yansıması olabileceğini belirtmiştir. Jongh ve arkadaşları (123) yapmış oldukları çalışmada, kadın hastalardaki anksiyete skorlarının erkek hastalardan yüksek olduğunu rapor etmişler ve bunun sebebinin kadın bireylerin sorulan sorulara daha dürüst cevap vermelerinden kaynaklanabileceğini ifade etmişlerdir.

Ancak dental anksiyetenin cinsiyete bağlı olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (1, 2, 40, 53, 55, 73, 74, 115, 124-128). Folyan ve arkadaşları (40), cinsiyetin tek başına dental anksiyete üzerinde etkili olmadığını, ancak diğer değişkenlerle etkileşerek dental anksiyeteye yatkınlık oluşturabileceğini bildirmektedir. Sarı ve arkadaşları (129) 6-12 yaş arası 70 çocukta dental anksiyete düzeyini altı farklı değerlendirme yöntemi ile inceledikleri çalışmalarında, bir yöntem dışında testlerde kız ve erkek çocuklar arasında dental anksiyete düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptamamışlardır. Cinsiyet tek başına dental anksiyete üzerinde etkili olmasa dahi diğer değişkenlerle etkileşerek dental anksiyeteye yatkınlık oluşturabilmektedir.

Dental korku diş çürüğünün önemli bir göstergesi ve risk faktörüdür (46, 112, 113). Dental korku ve diş çürüğü, birbirleri için hem sebep hem sonuç olabilir. Kruger ve arkadaşları (82) dental korkunun çürükler için önemli bir belirleyici olduğunu belirtmişlerdir. Yapılan çalışmalarda dental korku ile çürük arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür (82, 83, 111, 130, 131). Hägglin ve arkadaşları (85) ve Schuller ve arkadaşları (86) tarafından yapılan DMFT skorları ve anksiyete ile ilgili çalışmalarda, yüksek anksiyeteye sahip bireylerde çürük diş/diş yüzeyi ve eksik diş sayısının fazla, restore edilmiş diş sayısının az olduğu rapor edilmiştir. Münevveroğlu ve arkadaşları (132) yaptıkları çalışmada, DMFT/dmft değerleri ve dental korku arasında güçlü bir ilişki bulmuşlar ve dental korkuya sahip çocuklarda DMFT/dmft değerlerinin yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Sunulan çalışmada ise, bu çalışmaların bulgularına benzer şekilde DMFT/dmft değerlerinin yüksek derece anksiyeteli hastalarda fazla olduğu saptanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.030$, $p=0.015$). Yüksek anksiyeteli hastalarda çürük sıklığının fazla gözlemlenmesi, çürük ile anksiyete arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir. Ayrıca zaman içerisinde korkuya bağlı olarak tedaviden kaçınma ile ağız sağlıklarının daha da kötüleşebileceği ve çürük sayılarının artabileceği düşünülebilir. Bu yüzden dental korkulu hastalarda anksiyetenin azaltılması için alınacak önlemler büyük önem taşır.

Dental anksiyete ve korku hastada oluşturduğu fizyolojik, düşünsel ve davranışsal farklılıklar sebebiyle gerek ağız sağlığı gerek genel sağlık üzerinde olumsuz etkiler yaratarak bireyin yaşam kalitesini düşürmektedir (18). Diş hekimliği korkusu ile daha az diş hekimine gitme, kötü ağız bakımı ve ciddi düzeyde fonksiyonel bozukluklar arasında bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda anksiyete varlığının diş hekimi ziyaretlerinin sayı ve düzenini değiştirdiği ve anksiyetik hastaların diş hekimi ziyaret sayısını azaltmaya veya ertelemeye yönelik isteklerini bildirdikleri ortaya konulmuştur (35, 47, 85, 133, 134). Schuller ve arkadaşlarının (86) yaptıkları bir çalışmada, diş hekimi korku düzeyi yüksek olan bireylerin diş hekimini daha az ziyaret ettikleri ve randevularını daha fazla erteledikleri veya iptal ettikleri rapor edilmiştir. Bu çalışmalarla benzer olarak sunulan çalışmada anksiyeteye sahip hastaların diş tedavisi hizmeti almaktan kaçınmaları sebebiyle, Çocuk Korku Değerlendirme Skalası Dental Alt Ölçeği sonuçlarına göre yüksek dereceli anksiyeteli hasta sayısı az bulunmuştur.

İlk dental ziyaret önemli bir faktördür, anksiyetenin ve devam eden ziyaretlerde dental korkunun belirleyicisi olarak görülmektedir (60). Kırbaş ve arkadaşları (1) yaptıkları çalışmada ilk kez diş muayene ve tedavisine gelen çocukların, daha önce diş muayenesi ve tedavisine gelmiş çocuklardan daha anksiyeteli olduğunu saptamışlardır. Folayan ve arkadaşları (40) ise kliniğe ilk defa gelen 8-13 yaşları arasındaki çocuklarda, tedavi öncesi çocuğun dental anksiyete seviyesi ile yaşı ve cinsiyeti arasında istatistiksel bir ilişki bulamamışlardır. Bu çalışmada ise Kırbaş ve arkadaşlarının (1) yaptığı çalışmayla benzer olarak daha önce diş hekimine gitmemiş olanların gidenlere göre CFSS-DS anksiyete skoru daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0.001$). Daha önce diş hekimine gitmeyen hastalarda anksiyetenin fazla olmasına, ailedeki bireylerin ve çocuğun arkadaş çevresinin kötü dental tecrübelerini çocuğa aktarması, günümüz teknoloji devrinin sağladığı sosyal medya, televizyon gibi olanaklara çocuğun daha rahat ulaşması ve bunun sonucunda edindiği yanlış bilgiler gibi çevresel faktörler sebep olarak düşünülebilir.

Dental korku, diş hekimleri tarafından tedavi edilen çocukların tedavi sayılarıyla da ilişkilendirilebilir. Tekrarlayan asemptomatik ziyaretler dental anksiyeteye dair profilaktik rol oynamakta ve koruyucu programlara katılan çocuklar daha düşük seviyede dental korku belirtisi göstermektedir (29, 74). Klingberg ve arkadaşları (135) tekrarlanan ziyaretlerle daha iyi bir iletişimin sağlanabildiğini ve korkunun azaldığını bulmuşlardır. Thomson ve arkadaşları (115) dental anksiyetenin daha önce hiç diş hekimine gitmeyen kişilerde en yüksek, düzenli olarak diş hekimine gidenlerde ise oldukça düşük olduğunu bildirmişlerdir. Rantavuori ve arkadaşlarının (62) yaptıkları çalışmaya göre diş hekimine 3'den fazla kez gitmiş olan çocuklar, 3 yada daha az sayıda gitmiş olanlara göre daha az anksiyeteli bulunmuş ve tedaviye karşı daha olumlu davranış sergilemişlerdir. Yapılan çalışmaları destekler şekilde bu çalışmada ise diş hekimine 4'den fazla giden çocuklar, 1 ile 4 kez arası giden ve hiç gitmeyen çocuklara göre daha az anksiyeteli bulunmuştur.

Literatürde önceki medikal ve dental deneyimlerin çocukların anksiyetesi üzerine etkisi ile ilgili çalışmalar değerlendirildiğinde, önceki hastane ya da diş kliniği deneyiminde negatif tecrübeleri olan çocukların daha anksiyeteli olduğu görülmüştür (136). Yine benzer şekilde önceki tedavilerinde pozitif bir deneyim geçiren çocukların, hiç diş tedavisi görmemiş olanlara göre daha az korkuya sahip olduklarının görüldüğü

çeşitli çalışmalar da bulunmaktadır (29, 62). Maha AlSarheed (137) yaptığı çalışmada çocukların %63'ünün tedaviyi sevdiğini, %11'inin sevmediğini ve %12'sinin diş hekiminden korktuğunu bildirmiştir. Bu çalışmaları destekler şekilde sunulan çalışmada da önceki tedavilerinde negatif tecrübeye sahip olan hastaların daha anksiyeteli olduğu gözlemlenmiştir.

Kardeşlerin önceki diş hekimi ziyaretleri ile ilgili korkutucu hikayeleri çocukların diş hekimi korkularını etkileyebilmektedir. Özellikle diş hekimi ile ilgili ilk negatif izlenimlerin üstesinden gelinmesi güçtür (137). Maha AlSarheed (137) yaptığı çalışmada, hastaların %10'unun kardeşinin diş hekimi ziyaretini sevmediğini, %18'inin ise kardeşinin diş hekiminden korktuğunu bildirmiştir. Bu çalışmada ise benzer şekilde hastaların %3'ünün kardeşinin diş hekimi ziyaretini sevmediği, %11'inin ise kardeşinin diş hekiminden korktuğu saptanmıştır. Bu bulgu çocukların diş hekimi ziyaretleri sırasında rahatlığının ve pozitif bir deneyimin sağlanması gerektiğini vurgulamaktadır. Aksi takdirde negatif dental deneyime sahip çocuklar bunu diğer çocuklara aktarabilirler.

Hekimin cinsiyeti, hastaların anksiyete seviyeleri üzerine etkili olabilmektedir (4, 100). Daha önce yapılan çalışmalarda bulguları destekler şekilde bu çalışmadaki çocukların, aynı cinsiyetteki diş hekimi tarafından tedavi edilmeyi tercih etmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$) (137-139). Bununla beraber bu bulgunun, yapılan bazı çalışmalarda bulgularla benzeşmediği görülmüştür (104, 140). Ancak aynı cinsiyete göre çocukların diş hekimi tarafından tedavi edilmesi, dental klinikte tedavi kalitesini artırabilir.

Hekimin görünüşündeki sözlü olmayan iletişim çocuk-hekim ilişkisinde büyük rol oynayabilmektedir (100). Çocuklar diş hekiminin dış görünüşüne dayanarak erken bir kanı oluşturur ve dental muayene boyunca diş hekiminin her kelimesini, hareketini ve jestlerini kayıt ve analiz ederler (98). Dunn JJ ve arkadaşları (141) dış görünüşün bireyin aile doktoru seçmesinde önemli bir faktör olduğunu ve doktor-hasta ilişkisinin gelişmesinde önemli rol oynadığını bulmuşlardır. Bu çalışmanın amaçlarından bir diğeri de, çocukların diş hekimleriyle ilgili güçlü tercihleri ve bakış açıları olduğunu göstermektir. Çocukların hekimin dış görünümüyle ilgili tercihlerini belirlemenin amacı, tercihlere göre hekimin dış görünümünde pozitif değişiklikleri yapmak ve

sonucunda çocukların klinikte daha rahat olmasını sağlamak ve dental ziyaretin kalitesini geliştirmektir.

Çalışmadaki çocukların büyük bir çoğunluğu (%55), diş hekiminin kıyafet tercihleriyle ilgili yapılan diğer çalışmaların (3, 79, 100, 137, 138, 142) sonuçlarıyla uyumlu bir şekilde diş hekiminin geleneksel beyaz önlüğü giymesini tercih etmiştir. Bu bulgu, McCarthy ve arkadaşları (143) ve Panda ve arkadaşları (3) tarafından yapılan, yaygın inanışın aksine çocukların beyaz önlüklü doktorlardan korkmadığını ve daha resmi giyinen doktorların daha yetkin ve ilgili olduklarını bulan çalışmaları destekler. Çocuklar, beyaz önlük ile yaşadıkları ülkenin sosyoekonomik şartlarına bağlı olarak, pediatristler ve aile doktorları ya da medya aracılığı ile erkenden tanışırlar. Çocuklar beyaz önlüklü birisini “doktor-diş hekimi” konsepti ile birleştirmiş olabilir. Beyaz önlüğe bu erken alışma, beyaz önlükle ilgili bir ön yargıya sebep olmuş olabilir (79). Çocuklar beyaz önlüğü, iyileşmenin sembolü olarak gördükleri ve geçmiş deneyimlerinden dolayı diş hekiminin beyaz önlük giymesini beklemeye şartlandıkları için tercih edebilirler (103, 137).

Bir çok diş hekimi rahat kıyafetlerin kullanımını, hastaların çevrelerinde daha rahat olmasını sağlamak için destekler. Bu çalışmanın sonucunda çocukların beyaz önlükle beraber rahat kıyafetleri resmi kıyafetlere göre daha çok tercih ettiği görülmüştür. Ancak bu bulgu resmi kıyafetin tercih edildiği çalışmalardan farklıdır (3, 79, 137, 138, 144, 145).

Münevveroğlu ve arkadaşlarının (132) yaptığı çalışmada çocukların %76'sının beyaz önlük yerine renkli önlükleri tercih etmesi bulgusunu destekler şekilde, sunulan çalışmada da renkli önlükler %44 oranında tercih edilmiştir. Ayrıca Kuşçu ve arkadaşlarının (79) çocuk dostu kıyafet konseptinin endişeli çocuklarda ilk iletişimi güçlendirir bulgusunu destekler şekilde, sunulan çalışmada renkli önlüğü tercih eden hastaların CFSS-DS anksiyete skoru beyaz önlüğü tercih edenlere göre yüksek bulunmuştur. Buna göre hekimler, anksiyetesi yüksek hastalarda pedodontik önlük konseptinin çocukların rahatlamasını ve dolayısıyla anksiyetenin azalmasını sağlayabileceğini göz önünde bulundurmalıdır.

Literatürde isimlik kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalarda, hastalar tarafından isimlik kullanımının tercih edildiği görülmüştür (3, 144-146). Buna benzer olarak bu çalışmada ise hastaların %87'si isimlik kullanımını tercih etmiştir. Ancak Shulman ve arkadaşlarının (147) yaptığı çalışmada isimlik kullanımı tercih edilmemiştir. Panda ve arkadaşları (3) hastaların daha önce görmedikleri doktorlarla iletişimde bulunurken tanıma amacıyla isimlik kullanımını tercih ettiği, ancak dental klinikte hangi hekimin kendisine bakacağını önceden bilen çocukların isimlik kullanılmasını gerekli görmediğini bildirmiştir. İsimlikler çapraz enfeksiyon için risk olarak düşünülmektedir. Daha uygun bir çözüm olarak üniformanın parçası şeklinde birleştirilmiş bir isimlik düşünülebilir (3).

Diş hekimliği mesleğinde, hasta ve hekim arasında enfeksiyonun bulaşımı ile ilgili yüksek risk vardır. Bu yüzden eldiven, yüz maskesi, gözlük ve bone gibi koruyucu ekipmanların kullanımı oldukça önerilmektedir (3). Panda ve arkadaşlarının (3) yaptığı çalışmada, çoğu çocuk diş hekiminin gözlük ya da bone kullanmasını tercih etmemiştir. Maha AlSarheed'in (137) yaptığı çalışmada ise, çocukların sadece %40'ı koruyucu ekipman kullanımını tercih etmiştir. Ancak McKenna ve arkadaşlarının (145) yaptığı çalışmada, katılımcıların büyük çoğunluğu (%56) diş hekiminin koruyucu gözlük kullanmasını tercih etmiştir. Çocuklar ve ebeveynleri üzerinde yapılan bir başka çalışmada, çocukların %66'sı ve ebeveynlerin %71'i diş hekimlerinin koruyucu ekipman kullanmasını tercih etmiştir (138). Shulman ve Brehm'in (147) yaptığı çalışmada ise, çocukların %70'inin diş hekiminin koruyucu ekipman kullanımını tercih ettiği görülmüştür. Münevveroğlu ve arkadaşlarının (132) yaptığı çalışmada ise, Shulman ve Brehm'in çalışmasındaki bulgulara çok benzer olarak hastaların %70.5'i diş hekiminin maske kullanmasını tercih etmiştir. Mistry ve arkadaşlarının (100) yaptığı çalışmada ise, koruyucu gözlük kullanımının daha az tercih edildiği, sebebinin ise çocuklarla göz kontağının kısıtlanması olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada ise benzer olarak çocukların %44'ünün maske kullanımını, %42'sinin maske ve koruyucu gözlük kullanımını tercih ettiği görülmüştür. Çocuklar bu ekipmanlardan korkabilir ve koruyucu amaçlarından haberdar olmayabilirler. Bu korku, koruyucu ekipmanların amaçları anlatılarak sakinleştirilebilir.

Bu çalışmada, çocuklardan diş hekiminin kullanmasını tercih ettikleri eldivenin rengini seçmeleri istendiğinde, Panda ve arkadaşlarının (3) yaptığı çalışmayı destekler şekilde çocukların büyük çoğunluğunun (%51) beyaz eldiveni tercih ettiği görülmüştür. Bunun sebebi, geçmişte kendi diş hekimlerinin sadece beyaz eldiven kullandıklarını deneyimlemeleri ve rengin aşinalığı sebebiyle akıllarının beyaza şartlanması olabilir.

Ayrıca bu çalışmadaki çocukların büyük bir çoğunluğu Panda ve arkadaşlarının yaptığı (3) çalışmayı destekler şekilde diş hekimlerinin çizgi film karakterli maske yerine düz, beyaz maske takmalarını tercih etmiştir. Bunun sebebi de düz maskenin aşinalığı olabilir. Özellikle büyük yaş gruplarının daha önce diş hekimini ziyaret etmiş olmaları daha olasıdır. Daha küçük yaş grupları büyüklerle karşılaştırıldığında, büyük ihtimalle onları büyülediği ve dental ziyaret kaynaklı endişeyi azalttığı için çizgi film karakterleri çizilmiş pedodontik maske fikrini daha kolay kabul edebilir.

Bu çalışmadaki çocukların büyük çoğunluğunun hekimin parfüm kullanmasını ve erkek hekimin tıraş olmasını tercih etmeleri, beyaz önlüğün getirdiği temizlik ve profesyonellik imajını destekler niteliktedir. Bu durum diş hekiminin iyi kişisel bakım yapması konusunda vurgu yapar. Literatür gözden geçirildiğinde Panda ve arkadaşlarının (3) ve Maha AlSarheed'in (137) yaptıkları çalışmalarda, çocukların büyük çoğunluğu diş hekimini ziyaret ettiklerinde hekimin güzel koktuğunu ve bunu sevdiklerini söylemişlerdir.

Diş hekimlerinin profesyonellik imajını tamamlar şekilde takı ve aksesuar kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında; Panda ve arkadaşlarının (3) yaptığı çalışmada çocukların büyük çoğunluğu kol saati kullanımını tercih etmişlerdir. Buna benzer olarak bu çalışmadaki çocukların çoğu diş hekiminin takı veya saat kullanmasından rahatsız olmadıklarını, ancak kol saati kullanımını tercih ettikleri bildirmişlerdir. Bu büyük ihtimalle kafalarındaki profesyonel diş hekimi görüntüsüyle eşleşmiştir, ancak kol saatleri çapraz enfeksiyon riski olarak düşünüldüğü için, tedavi prosedürü sırasında kullanılmaları önerilmemektedir. Ara çözüm olarak diş hekiminin çocukla başlangıç etkileşim sırasında kol saatini takması ancak muayene esnasında çıkarması ve çocuğa neden böyle yaptığını açıklaması olabilir.

Literatür taramasında Maha AlSarheed (137), McCarthy ve arkadaşları (143) ve Münevveroğlu ve arkadaşları (132) tarafından yapılan çalışmalarda, hastaların çoğu oyuncaklar ve posterlerle dizayn edilmiş dekore kliniği tercih etmişlerdir. Ancak sunulan çalışmada çocukların %57'si düz, sade bir klinikte tedavi olmayı tercih etmişlerdir. Bu farklılığın sebebi olarak çocukların önceki diş kliniği deneyimleri gösterilebilir. Dekore kliniği tercih eden hasta grubunun ise CFSS-DS anksiyete skoru daha yüksek bulunmuştur. Buna göre anksiyeteli hasta grubunda dental klinik ortamında bulunan oyuncak ve posterler dikkat dağıtıcı unsur olarak işlev görebilir ve çocuğun dental tedaviyi daha kolay kabullenebilmesini sağlayabilir.

Dental korkulu çocuklar diş hekimleriyle tanı, davranış yönlendirmesi ve tedavi seçenekleri konusunda mücadele içine girmektedirler. Özellikle çocuk hastalarla uğraşan diş hekimleri tedaviye başlamadan önce çocukla dostça ilişki kurmaya çalışmalıdırlar. Pozitif bir hekim-hasta ilişkisinin; çocuk hastanın uyumunu, diş hekimine gitme alışkanlığını ve hekimin evde yapacağı koruyucu uygulamalar açısından motivasyonu sağlayacağı göz ardı edilmemelidir. Diş hekimi çocuktaki dental korkunun azalarak tedaviye karşı daha iyimser bir tutum geliştirmesine ve iyi bir ağız diş sağlığı kazanmasına yardımcı olmalıdır. Ayrıca hekimin görünüşü üzerinde küçük değişiklikler yapmak çocuğun kendini daha rahat hissetmesini ve endişe seviyesinin azalmasını sağlayabilir. Böylece çocuğun tedaviyi kabul etme şansı artmış olur. Fakat bütün bu görüşler ile ilgili kesin yargılara varabilmek için daha geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

Yaş ve cinsiyetin dental anksiyete üzerine etkisinin, dental anksiyete ile çürük arasındaki ilişkinin ve çocukların hekimin dış görünüşüyle ilgili tercihlerinin değerlendirildiği bu çalışmada;

1. Çalışmaya dahil olan hastaların Çocuk Korku Değerlendirme Skalası- Dental Alt Ölçeği (CFSS-DS) sonucuna göre “6-8” yaş grubundaki hastaların anksiyete skorunun “9-12” yaş grubundaki hastalardan fazla olduğu saptanmıştır.
2. Çalışmaya dahil olan hastaların Çocuk Korku Değerlendirme Skalası- Dental Alt Ölçeği (CFSS-DS) sonucuna göre kızların anksiyete skorunun erkeklerden fazla olduğu bulunmuştur.
3. Çocuk Korku Değerlendirme Skalası- Dental Alt Ölçeği (CFSS-DS) sonucu ile çürük arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, yüksek derece anksiyeteli hastalarda DMFT/dmft değerleri fazla bulunmuştur.
4. Çalışmaya dahil edilen hastaların diş hekimine gitme sıklıkları ile anksiyete skorları değerlendirildiğinde;
 - a) Diş hekimine gitme sıklığı arttıkça anksiyete skorlarının azaldığı,
 - b) İlk defa diş hekimine gelen “6-8” yaş grubundaki hastaların diş hekiminden daha çok korktuğu bulunmuştur.
5. Yüksek derece anksiyete grubundaki hastaların yarısından fazlasının daha önce yapılan tedaviden korktuğu ve buna bağlı olarak hastaların önceki deneyimlerinin kişinin anksiyete seviyesi üzerine etkisinin fazla olduğu bulunmuştur.
6. Çalışmaya dahil edilen kız hastaların çoğunlukla bayan hekimi, erkek hastaların ise çoğunlukla erkek hekimi tercih ettiği saptanmıştır.

7. Çalışmaya katılan hastaların dış hekiminin görünüşü ile ilgili tercihleri değerlendirildiğinde,
- a. Çocukların büyük bir çoğunluğunun hekimin beyaz önlük giymesini tercih ettiği, sanılanın aksine çocuklarda beyaz önlük korkusunun olmadığı ve geçmiş deneyimlerinden kaynaklı beyaz önlük tercihlerinde buldukları,
 - b. Pedodontik önlük konseptinin anksiyetesi yüksek hasta grubunda kullanılabileceği,
 - c. Beyaz önlükle birleşen profesyonellik imajının vermiş olduğu temizlik ve düzen anlayışının çocukların tercihlerinde ön plana çıktığı,
 - d. Çocukların büyük bir çoğunluğunun hekimin isimlik kullanmasını tercih ettiği,
 - e. Çocukların büyük bir çoğunluğunun hekimin koruyucu ekipman kullanmasını tercih ettiği bulunmuştur.
8. Çalışmaya dahil edilen hastaların genellikle düz, sade bir klinikte tedavi olmak istediği, ancak anksiyetesi yüksek hastaların dekore kliniği tercih ettiği saptanmıştır.

Bu bulgular doğrultusunda yaş ve cinsiyetin dental anksiyete üzerinde etkisinin olduğu, dental anksiyetenin zaman içerisinde tedaviden kaçınmaya bağlı olarak ağız sağlığında kötüleşmeye ve çürük sayılarında artışa sebep olabileceği; ayrıca çocukların hekimin dış görünüşüyle ilgili güçlü bakış açıları ve tercihleri olduğu, hekimin üzerinde yapılacak küçük değişiklikler ile çocuklarda anksiyete seviyelerinde azalmanın sağlanabileceği kanısındayız.

9. KAYNAKLAR

1. Kırbaş ZO, Özkan H (2014). Ağız diş sağlığı merkezine başvuran 9-12 yaş grubu çocukların durumluk kaygı düzeylerinin belirlenmesi. Behçet Uz Çocuk Hast Derg 4: 128-134.
2. Bayrak S, Şen ET, Eğilmez T, Tüloğlu N (2010). Ebeveyn dental kaygısı ve sosyodemografik faktörlerin çocukların dental kaygısı üzerine etkileri. Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg 20: 181-188.
3. Panda A, Garg I, Bhobe AP (2014). Children's perspective on the dentist's attire. Int J Paediatr Dent 24: 98-103.
4. Aktören O, Akıncı T (1989). Tedavi edecek diş hekimi cinsiyetinin seçiminde çocuk ve ebeveynin tercihi. İstanbul Üniv Diş Hek Fak Derg 23: 154-158.
5. McTigue DJ (1984). Behavior management of children. Dent Clin North Am 28: 81-93.
6. Cüceloğlu D (1991). İnsan ve Davranışı. 2. baskı. Remzi Kitabevi, İstanbul; 34-276.
7. McDonald RE, Avery DR (1983). Dentistry for the Child and Adolescent. 4th ed. St Louis: Mosby Elsevier, 437-440.
8. Koch G, Poulsen S (1991). Pedodontics: A clinical approach. 1st ed. Copenhagen: Munksgaard, 65-70.
9. Önçağ O, Çoğulu D (2005). Ailenin sosyoekonomik durumu ve eğitim düzeyinin çocuklarda dental kaygı üzerine etkisi. A.Ü. Diş Hek Fak Derg 32: 45-54.
10. Sungur MZ (1997). Fobik bozukluklar. Psikiyatri Dünyası 1: 5-11.
11. Morgan CT (1991). A Brief Introduction to Psychology. Psikolojiye Giriş. 8th ed. Çeviren: Arıcı H, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Meteksan Ltd, Ankara, 60-229.
12. Weinstein P, Getz T, Ratener P, Domoto P (1982). The effect of dentist's behaviours on fear-related behaviours in children. J Am Dent Assoc 104: 32-38.

13. Brown DF, Wright FAC, McMurray NE (1986). Psychological and behavioral factors associated with dental anxiety in children. *J Behav Med* 9: 213-218.
14. Uzbay IT (2002). Anksiyetenin nörobiyolojisi. *Klin Psikiyatı Derg*: 5-13.
15. Freeman RE (1985). Dental anxiety: A multifactorial aetiology. *Br Dent J* 159: 406-408.
16. Akarşlan Z, Erten H (2009). Diş hekimliği korkusu ve kaygısı. *Hacettepe Diş Hek Fak Derg* 1: 62-68.
17. Özdaş Öner D, Zorlu S (2015). Diş kliniğinde "kim, neden, niye korkar?". *Türkiye Klinikleri J Pediatr Dent-Special Topics* 1: 18-23.
18. Ay ZY, Çağlar F, Orun B, Uskun E (2014). Hastaların ağız sağlığı, dental anksiyete düzeyleri ve olası belirleyicileri ile ilgili bildirimlerinin ölçek sonuçlarıyla tutarlılığı. *SDÜ Sağ Bil Derg* 5: 56-61.
19. Gustafsson A, Broberg A, Bodin L, Berggren U, Arnrup K (2010). Behaviour management problems: the role of child personal characteristics. *Int J Ped Dent* 20: 242-253.
20. Peretz B, Mann J (2000). Dental Anxiety Among Israeli Dental Students: a 4-year longitudinal study. *Eur J Dent Educ* 4: 133-137.
21. Kent GG (1991). *The Psychology of Dental Care*. 2nd ed. Bristol: Wright, 43-65.
22. Bodrumlu E, Sümer AP, Sümer M, Köprülü H (2006). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesine başvuran bireylerde dental korkunun değerlendirilmesi. *Hacettepe Diş Hek Fak Derg* 30: 51-56.
23. Locker D, Poulton R, Thomson WM (2001). Psychological disorders and dental anxiety in a young adult population. *Commun Dent Oral Epidemiol* 29: 456-463.
24. Folayan MO, Ufomata D, Adekoya-Sofowora CA, Otuyemi OD, Idehen E (2003). The effect of psychological management on dental anxiety in children. *J Clin Pediatr Dent* 27: 365-370.

25. Buchanan H, Niven N (2002). Validation of a facial image scale to assess child dental anxiety. *Int J Paediatr Dent* 12: 47-52.
26. Chellappah NK, Vignasha H, Milgrom P, Lam LG (1990). Prevalance of dental anxiety and fear in children in Singapore. *Community Dent Oral Epidemiol* 18: 269-271.
27. Rubin JG, Slovin M, Krochak M (1988). The Psychodynamics of Dental Anxiety and Dental Phobia. *Dent Clin North Am* 32: 647-655.
28. Ayer WA, Domoto PK, Gale EN, Joy ED, Malamed BG (1983). Overcoming dental fear strategies for its prevention and management. *J Am Dent Assoc* 107: 18-27.
29. Yetiş C, Küçükemen Ç (2013). Çocuk hastalarda dental kaygı ve davranış idaresi problemlerinin görülme sıklığı ve etiyolojik faktörleri. *Balıkesir Sağlık Bil Derg* 2: 62-68.
30. Yıldırım TT, Kaya AF, Uysal E (2013). Diş hekimi korkusu ile cinsiyet, yaş, medeni durum, diş hekimine gitme sıklığı, eğitim, sosyo-ekonomik ve periodontal durum arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Dental Sci* 19: 77-85.
31. Locker D, Liddell A, Dempster L, Shapiro D (1999). Age of onset of dental anxiety. *J Dent Res* 78: 790-796.
32. Lee CY, Chang YY, Huang ST (2007). Prevalence of Dental Anxiety among 5- to 8-Year-Old Taiwanese Children. *Am Assoc Pub Health Dent* 67: 36-41.
33. Diaz MC, Crego A, Armfield JM, Maroto MR (2012). Treatment experience, frequency of dental visits, and childrens dental fear: a cognitive approach. *Eur J Oral Sci* 120: 75-81.
34. Cuthbert MI, Malamed BG (1982). A screening device: children at risk for dental fear and management problems. *ASDC J Dent Child* 49: 432-436.
35. Çağırankaya LB, Kansu Ö (2005). Dişhekimliği öğrencilerinde dental anksiyetenin sebep ve sonuçları. *Hacettepe Diş Hek Fak Derg* 29: 8-11.

36. Stabholz A, Peretz B (1999). Dental Anxiety Among Patients Prior To Different Dental Treatments. *Int Dent J* 49: 90-94.
37. Peretz B, Moshonov J (1998). Dental anxiety among patients undergoing endodontic treatment. *J Endod* 24: 435-437.
38. Kleinknecht RA, Thorndike RM, McGlynn FD, Harkavy J (1984). Factor analysis of the dental fear survey with cross-validation. *J Am Dent Assoc* 108: 59-61.
39. Hakeberg M, Breggren U, Carlsson SG (1992). Prevalence of dental anxiety in an adult population in a major urban area in Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol* 20: 97-101.
40. Folayan MO, Idehen EE, Ufomata D (2003). The effect of sociodemographic factors on dental anxiety in children seen in a suburban Nigerian hospital. *Int J Paediatr Dent* 13: 20-26.
41. Winer GA (1982). A review and analysis of children's fearful behavior in dental settings. *Child Dev* 53: 1111-1133.
42. Milgrom P, Vignehsa H, Weinstein P (1992). Adolescent dental fear and control: prevalence and theoretical implications. *Behav Res Ther* 30: 367-373.
43. Kleiman MB (1982). Fear of dentists as an inhibiting factor in children's use of dental services. *J Dent Child (Chic)* 49: 209-13.
44. Peretz B, Efrat JI (2000). Dental anxiety among young adolescent patients in Israel. *Int J Paediatr Dent* 10: 126-132.
45. Shuurs AH, Hoogstraten J (1993). Appraisal of dental anxiety and fear questionnaires: a review. *Community Dent Oral Epidemiol* 21: 329-339.
46. Milgrom P, Mance IL, King B, Weinstein P (1995). Origins of childhood dental fear. *Behav Res Ther* 33: 313-319.
47. Berggren U, Meynert G (1984). Dental fear and avoidance: causes, symptoms and consequences. *J Am Dent Assoc* 109: 247-251.

48. Moore R, Brodsgaard I, Birn H (1991). Manifestations, acquisition and diagnostic categories of dental fear in a self-referred population. *Behav Res Ther* 29: 51-60.
49. Diaz MC, Crego A, Armfield JM, Maroto MR (2012). Assessing the relative efficacy of cognitive and non-cognitive factors as predictors of dental anxiety. *Eur J Oral Sci* 120: 82-88.
50. Goettems ML, Ardenghi TM, Romano AR, Demarco FF, Torriani DD (2011). Influence of maternal dental anxiety on oral health-related quality of life of preschool children. *Qual Life Res* 20: 951-959.
51. Goettems ML, Ardenghi TM, Demarco FF, Romano AR, Torriani DD (2012). Children's use of dental services: Influence of maternal dental anxiety, attendance pattern, and perception of children's quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 40: 451-458.
52. Klingberg G (1995). Dental fear and behavior management problems in children. A study of measurement, prevalence, concomitant factors and clinical effects. Phd thesis, Göteborg University, Göteborg, Sweden.
53. Çubukçu ÇE, Ercan İ (2008). Tıp fakültesi bünyesindeki ağız ve diş sağlığı birimine başvuran çocuklarda sosyodemografik faktörlerin dental anksiyete üzerine etkisi. *Güncel Pediatri* 6: 53-57.
54. Wright GZ, Alpern GD (1971). Variables influencing children co-operative behaviour at first dental visit. *ASDC J Dent Child* 38: 126-128.
55. Baygin O, Tuzuner T, Isık B, Arslan İ, Tanrıver M (2012). Preoperatif Anksiyetenin Süt Dişi Çekimi Yapılan Çocuklarda Ağrı Düzeyi İle Korelasyonunun Değerlendirilmesi. *İstanbul Üniv Diş Hek Fak Derg* 46: 32-42.
56. Xia B, Wang C, Ge L (2011). Factors associated with dental behaviour management problems in children aged 2–8 years in Beijing, China. *Int J Ped Dent* 21: 200-209.
57. Lindell A, Locker D (2000). Changes in levels of dental anxiety as a function of dental experience. *Behavioral Modif* 24: 57-68.

58. Locker D, Shapiro D, Lindell A (1996). Negative dental experiences and their relationship to dental anxiety. *Community Dent Health* 13: 25-37.
59. Davey GCL (1989). Dental phobias and anxieties: Evidence for conditioning processes in the acquisition and modulation of a learned fear. *Behav Res Ther* 27: 51-58.
60. Nicolas E, Bessadet M, Collado V, Carrasco P, Rogerleroi V, Hennequin M (2010). Factors affecting dental fear in French children aged 5–12 years. *Int J Paediatr Dent* 20: 366-373.
61. Alwin NP, Murray JJ, Britton PG (1991). An assessment of dental anxiety in children. *Br Dent J* 171: 201-207.
62. 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 Odontol Scand* 60: 297-300.
63. Ramos-Jorge J, Marques LS, Homem MA, Paiva SM, Ferreira MC, Ferreira FO et al. (2013). Degree of dental anxiety in children with and without toothache: prospective assessment. *Int J Paediatr Dent* 23: 125-130.
64. Rantavuori K, Tolvanen M, Hausen H, Lahti S, Seppa L (2009). Factors associated with different measures of dental fear among children at different ages. *J Dent Child (Chic)* 76: 13-19.
65. Skaret E, Raadal M, Berg E, Kvale G (1998). Dental anxiety among 18-yr-olds in Norway. Prevalence and related factors. *Eur J Oral Sci* 106: 835-843.
66. Milgrom P, Fiset L, Melnick S, Weinstein P (1988). The prevalence and practice management consequences of dental fear in a major US city. *J Am Dent Assoc* 116: 641-647.
67. Ragnarsson E (1998). Dental fear and anxiety in an adult Icelandic population. *Acta Odontol Scand* 56: 100-104.

68. Aartman IH, van Everdingen T, Hoogstraten J, Schuurs AH (1998). Self-report measurements of dental anxiety and fear in children: a critical assessment. *ASDC J Dent Child* 65: 229-258.
69. Klinberg G, Hwang CP (1994). Children's dental fear picture test (CDFP): A projective test for the assessment of child dental fear. *ASCDJ Dent Child* 61: 89-96.
70. Frankl SN, Shiere FR, Fogels HR (1999). Should the parent remain with the child in the dental operator? *ASDCJ Dent Child* 2: 150-163.
71. 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"? *Anesth Analg* 85: 783-788.
72. Corah NL (1969). Development of a dental anxiety scale. *J Dent Res* 48: 596.
73. Akbay Oba A, Dülgergil CT, Saroğlu Sönmez I (2009). Prevalence of dental anxiety in 7- to 11-year-old children and its relationship to dental caries. *Med Princ Pract* 18: 453-457.
74. Wogelius P, Poulsen S, Sørensen T (2003). Prevalence of dental anxiety and behaviour management problems among six to eight years old Danish children. *Acta Odontol Scand* 61: 178-183.
75. Scherer MW, Nakamura CY (1968). A Fear Survey Schedule for Children (FSS-FC): a factor analytic comparison with manifest anxiety (CMAS). *Behav Res Ther* 6: 173-182.
76. Klingberg G (1994). Reliability and validity of the Swedish version of the Dental Subscale of the Children's Fear Survey Schedule, CFSS-DS. *Acta Odontol Scand* 52: 255-256.
77. Nakai Y, Hirakawa T, Milgrom P, Coolidge T, Heima M, Mori Y et al. (2005). The Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale in Japan. *Community Dent Oral Epidemiol* 33: 196-204.

78. Singh P, Pandey RK, Nagar A, Dutt K (2010). Reliability and factor analysis of children's fear survey schedule-dental subscale in Indian subjects. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 28: 151-155.
79. Kuscu OO, Caglar E, Kayabasoglu N, Sandalli N (2009). Preferences of dentist's attire in an group of Istanbul school children related with dental anxiety. *Eur Arch Paediatr Dent* 10: 38-41.
80. Tekin U, Ersin N, Oncag O, Bent B, Menderes M, Kocanali B (2012). Comparison of Inferior Alveolar Nerve Block and Intraligamentary Anesthesia on the Discomfort of Children. *J Int Dent Med Res* 5: 143-148.
81. Bedi R, Sutcliffe P, Donnan PT, McConnachie J (1992). The prevalence of dental anxiety in a young group of 13 and 14 year old Scottish children. *Int J Paediatr Dent* 2: 17-24.
82. Kruger E, Thomson WM, Poulton R, Davies S, Brown RH, Silva PA (1998). Dental caries and changes in dental anxiety in late adolescence. *Community Dent Oral Epidemiol* 26: 355-359.
83. Rantavuori K, Lahti S, Hausen H, Seppa L, Karkkainen S (2004). Dental fear and oral health and family characteristics of Finnish children. *Acta Odontol Scand* 62: 207-213.
84. Bulut E, Poyrazoğlu E, Bek Y (2009). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi öğrencilerinde dental anksiyetenin incelenmesi. *Ondokuz Mayıs Univ Dis Hekim Fak Derg* 10: 16-24.
85. Hägglin C, Hakeberg M, Ahlqwist M, Sullivan M, Berggren U (2000). Factors associated with dental anxiety and attendance in middle-aged and elderly women. *Community Dent Oral Epidemiol* 28: 451-460.
86. Schuller AA, Willumsen T, Holst D (2003). Are there differences in oral health and oral health behavior between individuals with high and low dental fear? *Community Dent Oral Epidemiol* 31: 116-121.

87. Wisløff TF, Vassend O, Asmyhr O (1995). Dental anxiety, utilization of dental services, and DMFS status in Norwegian military recruits. *Community Dent Health* 12: 100-103.
88. Taani DQ, El-Qaderi SS, Abu Alhaija ESJ (2005). Dental anxiety in children and its relationship to dental caries and gingival condition. *Int J Dent Hyg* 3: 83-87.
89. Vignehsa H, Chellappah NK, Milgrom P, Going R, Teo CS (1990). A clinical evaluation of high- and low-fear children in Singapore. *ASDC J Dent Child* 57: 224-228.
90. Koçanalı B, Ak AT, Çoğulu D (2014). Çocuklarda Diş Çürüğüne Neden Olan Faktörlerin İncelenmesi. *J Pediatr Res* 1: 76-79.
91. Gökalp S, Doğan BG, Tekçiçek M, Berberoğlu A, Ünlüer S (2007). Beş, On İki ve On Beş Yaş Çocukların Ağız Diş Sağlığı Profili, Türkiye-2004. *Hacettepe Diş Hek Fak Derg* 31: 3-10.
92. World Health Organization Oral Health Surveys: Basic Methods (2013). 5th ed. WHO, Geneva.
93. Klein H, Palmer CE, Knutson JW (1938). Studies on dental caries. I. Dental status and dental needs of elementary school children. *Pub Health Rep* 53: 751-765.
94. Pinkham JR (1982). The dentist and child-patient encounter: An adlerian analysis. *J Dent Child* 49: 266.
95. Quirk MP (1977). Human relations with dental personnel. *J Dent Child* 44: 35.
96. Morris D (1977). *Manwatching: A field Guide to Human Behaviour*. New York: Harry N. Abrams, 5-15.
97. Bersheid E, Gangestad S (1982). The social psychological implications of facial physical attractiveness. *Clin Plast Surg* 9: 289-296.
98. Kleinknecht RA, Klepac RK, Alexander LD (1973). Origins and characteristics of fear of dentistry. *J Am Dent Assoc* 86: 842-846.

99. Vagnoli L, Caprilli S, Robiglio A, Messeri A (2005). Clown doctors as a treatment for preoperative anxiety in children: A randomized, prospective study. *Pediatr* 116: 563-567.
100. Mistry D, Tahmassebi JF (2009). Children's and parents' attitudes towards dentists' attire. *Eur Arch Paediatr Dent* 10: 237-240.
101. Brosky ME, Keefer OA, Hodges JS, Pesun IJ, Cook G (2003). Patient perceptions of professionalism in dentistry. *J Dent Educ* 67: 909-915.
102. Mathewson RJ, Primosch RE (1995). Behavioral and Physical Assessment. *Fundamentals of Pediatric Dentistry Carol Stream, IL*, 7-23.
103. Panda A, Garg I, Shah M (2015). Children's preferences concerning ambiance of dental waiting rooms. *Eur Arch Paediatr Dent* 16: 27-33.
104. Keenum AJ, Wallace LS, Stevens AR (2003). Patients' attitudes regarding physical characteristics of family practice physicians. *South Med J* 96: 1190-1194.
105. K ro glu A, Durkan R (2010). Diş hekimliği uygulamalarında karşılaşılan dental anksiyete sendromunun etiyolojisinin ve tedavi yöntemlerinin değerlendirilmesi. *Atatürk  niv Diş Hek Fak Derg* 20: 205-212.
106. Erg ven SS, IŐık B, Kılınç Y (2013). Diş hekimliği fakültesi birinci sınıf  ğrencileri ile son sınıf  ğrencilerinin dental kayđı-korku düzeylerinin karŐılaŐtırmalı olarak değerlendirilmesi. *Acta Odontol Turc* 30: 70-76.
107. Raj S, Agarwai M, Aradhya K, Konde S, Nagakisore V (2013). Evaluation of Dental Fear in Children during Dental Visit using Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale. *Int J Clin Pediatr Dent* 2013: 12-15.
108. Shore GM, Rapport MD (1998). The fear survey schedule for children- revised (FSSC-HI): Ethnocultural variations in children's fearfulness. *J Anxiety Disord* 12: 437-461.

109. Majstorovic M, Veerkamp JS, Skrinjaric I (2003). Reliability and validity of measures used in assessing dental anxiety in 5- to 15-year-old Croatian children. *Eur J Paediatr Dent* 4: 197-202.
110. Yamada MKM, Tanabe Y, Sano T, Noda T (2002). Cooperation during dental treatment: the Children's Fear Survey Schedule in Japanese children. *Int J Ped Dent* 12: 404-409.
111. Alvesalo I, Murtooma P, Milgrom P, Honkanen A, Karja-lainen M, Tay KM (1993). The Dental Fear Survey Schedule: a study with Finnish children. *Int J Paediatr Dent* 3: 193-198.
112. Klingberg G, Berggren U, Norén JG (1994). Dental fear in an urban Swedish child population: Prevalence and concomitant factors. *Community Dent Health* 11: 208-214.
113. ten Berge M, Veerkamp JS, Hoogstraten J, Prins PJ (2002). Childhood dental fear in the Netherlands: prevalence and normative data. *Community Dent Oral Epidemiol* 30: 101-107.
114. Le Baron S, Zeltzer L (1984). Assessment of acute pain and anxiety in children and adolescents by self-reports, observer reports and a behavior checklist. *J Consult Clin Psychol* 52: 729-738.
115. Thomson WM, Locker D, Poulton R (2000). Incidence of dental anxiety in young adults in relation to dental treatment experience. *Community Dent Oral Epidemiol* 28: 289-94.
116. Tunç EP, Fırat D, Onur OD, Sar V (2005). Reliability and validity of the modified dental anxiety scale (MDAS) in a Turkish population. *Community Dent Oral Epidemiol* 33: 357-362.
117. Liddell A, Murray P (1989). Sex and age differences in children's reports of dental anxiety and self-efficacy relating to dental visits. *Canad J Behav* 21: 270-278.
118. Vassend O (1993). Anxiety, pain and discomfort associated with dental treatment. *Behav Res Ther* 31: 659-666.

119. Bergdahl M, Bergdahl J (2003). Temperament and character personality dimensions in patients with dental anxiety. *Eur J Oral Sci* 111: 93-98.
120. Stouthard MEA, Hoogstraten J (1990). Prevalance of dental anxiety in Nederland. *Community Dent Oral Epidemiol* 18: 139-142.
121. Moore R, Birn H, Kirkegaard E, Brodsgaard I, Scheutz F (1993). Prevalance and characteristic of dental anxiety in Danish adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 21: 292-296.
122. Thompson W, Stewart J, Carter K, Adelaide J (1996). Dental anxiety among Australians. *Int Dent J* 46: 320-324.
123. Jongh A, Ollf M, Hoolwerff H, Aartman IHA, Broekman B, Lindauer R, et al. (2008). Anxiety and post- traumatic stress symptoms following wisdom tooth removal. *Behav Res Ther* 46: 1305-1310.
124. Neverlien PO (1990). Assessment of a single-item dental anxiety question. *Acta Odontol Scand* 48: 365-369.
125. Locker D, Liddell AM (1991). Correlates of dental anxiety among older adults. *J Dent Res* 70: 198-203.
126. Smith TA, Kroeger RF, Lyon HE, Mullins MR (1990). Evaluating a behavioral method to manage dental fear: a 2-year study of dental practices. *J Am Dent Assoc* 121: 525-530.
127. Oktay EA, Koçak MM, Şahinkesen G, Topçu FT (2009). The role of age, gender, education and experiences on dental anxiety. *Gülhane Tıp Derg* 51: 145-148.
128. 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 (VST)'in korelasyonunun saptanması. *GÜ Diş Hek Fak Derg* 24: 145-149.

129. Sarı S, Tunç ES, Bilgin Z (2002). Çocuklarda dental kaygının farklı test yöntemleri ile değerlendirilmesi:Karşılaştırılmalı bir çalışma. Ankara Üniv Diş Hekim Fak Derg 29: 127-135.
130. Bedi R, Sutcliffe P, Donnan P, Barrett N, McConnachie J (1992). Dental caries experience and prevalence of children afraid of dental treatment. Community Dent Oral Epidemiol 20: 368-371.
131. Versloot J, Veerkamp JSJ, Hoogstraten J, Martens LC (2004). Children's coping with pain during dental care. Community Dent Oral Epidemiol 32: 456-461.
132. Münevveroğlu AP, Akgöl BB, Erol T (2014). Assessment of the feelings and attitudes of children towards their dentist and their association with oral health. ISRN Dent; 2014:867234. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/867234>.
133. Doerr PA, Lang WP, Nyquist LV, Ronis DL (1998). Factors associated with dental anxiety. J Am Dent Assoc 129: 1111-1119.
134. Abrahamsson KH, Berggren U, Carlsson SG (2000). Psychosocial aspects of dental and general fears in dental phobic patients. Acta Odontol Scand 58: 37-43.
135. Klingberg G, Berggren U, Carlsson SG, Noren JG (1995). Child dental fear: Cause-related factors and clinical effects. Eur J Oral Sci 103: 405-412.
136. Gupta A, Marya CM, Bhatia HP, Dahiya V (2014). Behaviour management of an anxious child. Stomatologija 16: 3-6.
137. AlSarheed M (2011). Children's Perception of their dentists. Eur J Dent 5: 186-190.
138. Ellore VPK, Mohammed M, Taranath M, Ramagoni NK, Kumar V, Gunjalli G (2015). Children and Parent's Attitude and Preferences of Dentist's Attire in Pediatric Dental Practice. Int J Clin Pediatr Dent 8: 102-107.
139. Tong HJ, Khong J, Ong C, Ng B, Lin Y, Ng JJ et al. (2014). Children's and parents' attitudes towards dentists' appearance, child dental experience and their relationship with dental anxiety. Eur Arch Paediatr Dent 15: 377-384.

140. Rehman SU, Nietert PJ, Cope DW, Kilpatrick AO (2005). What to wear today? Effect of doctor's attire on the trust and confidence of patients. *Am J Med* 118: 279-286.
141. Dunn JJ, Lee TH, Percelay JM, Fitz JG, Goldman L (1987). Patient and officer attitudes on physician attire and etiquette. *JAMA* 257: 65-68.
142. Barrett TG, Booth W (1994). Sartorial eloquence: Does it exist in the paediatrician-patient relationship? *Br Med J* 309: 1710-1712.
143. McCarthy JJ, McCarthy MC, Eilert RE (1999). Children's and parents' visual perception of physicians. *Clin Pediatr* 38: 145-152.
144. Kelly GR, Shroff B, Best AM, Tufekci E, Lindauere SJ (2014). Parents' preferences regarding appearance and attire of orthodontists. *Angle Orthod* 84: 404-409.
145. McKenna G, Lillywhite GRR, Maini N (2007). Patient preferences for dental attire: a cross-sectional survey in a dental hospital. *Brit Dent J* 203: 681-685.
146. Lill MM, Wilkinson TJ (2005). Judging a book by its cover: descriptive survey of patients' preferences for doctors' appearance and mode of address. *BMJ* 331: 1524-1527.
147. Shulman ER, Brehm WT (2001). Dental clinical attire and infection-control procedures: Patients' attitudes. *J Am Dent Assoc* 132: 508-516.

10.EKLER

EK 1: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Özge ÖZÜŞ tarafından yürütülen “Çocuk Diş Hekimliğinde Diş Hekimliği Korkusunun Değerlendirilmesi” başlıklı **anket çalışması** için çocuğunuzun klinik araştırmaya dahil edilmesi gerekçesiyle bu form hazırlanmıştır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Lütfen aşağıdaki açıklamayı dikkatlice okuyunuz. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz araştırmacıya sorunuz.

Bu araştırmada, KTÜ Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı Kliniği'ne diş tedavilerini yaptırmak için başvuran ve herhangi başka bir hastalığı bulunmayan çocuklara, kliniğe alınmadan önce bekleme salonunda ailesiyle birlikte görüşülerek çocuklara diş hekimi korkusuyla ilgili diş tedavilerinin farklı yönlerini içeren 15 sorudan oluşan bir anket uygulanacaktır. Sonrasında ise hastalara “Çocukların Gözüyle Diş Hekimi Nasıl Olmalı” başlığı altında içlerinde resimlerin de bulunduğu 18 sorudan oluşan ikinci bir anket uygulanacaktır. Anketler uygulandıktan sonra çocuklar kliniğe alınarak diş koltuğunun ışığı altında normal bir şekilde diş muayenesi yapılarak ağızdaki çürük/dolgulu diş sayısı belirlenecektir.

Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım.**

Bu koşullarda hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın velisi bulunduğum.....'ın klinik araştırmaya dahil edilmesini kabul ediyorum.

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı-

Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-











Soyadı:.....

İmzası:

EK 3: Anket 2- Çocukların Gözüyle Diş Hekimi Nasıl Olmalı

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ PEDODONTİ ANA BİLİM DALI

ÇOCUKLARIN GÖZÜYLE DİŞ HEKİMİ NASIL OLMALI?

1. Daha önce diş hekimine gittin mi?	hiç gitmedim :..... 1-4 kez arası :..... 4'ten fazla :.....
2. Ailende doktor/diş hekimini var mı?	var :..... yok :.....
3. Tedavi esnasında ne hissettin?	sevdim :..... sevmedim :..... korktum :..... bilmiyorum :.....
4. Kardeşin diş hekimini ziyaret ettiğinde ne hissetmiş?	sevmiş :..... sevmemiş :..... korkmuş :..... bilmiyorum :.....
5. Erkek diş hekimini mi istersin bayan diş hekimini mi?	erkek :..... bayan :.....
6. Hekimin nasıl görüldüğü senin için önemli mi?	evet :..... hayır :.....
7. Erkek hekimin mi tercih edersin?	evet :..... hayır :.....
8. Hekimin güzel kokması tercih eder misin, parfüm kullanır mı?	evet :..... hayır :.....
9. Hekimin takı veya kol saati kullanması seni rahatsız eder mi? Hangisini tercih edersin?	eder :..... etmez :..... takı :..... saat :.....
10. Hekim isimlik kullanır mı?	evet :..... hayır :.....
11. Hangisini kullanır?	koruyucu gözlük :..... maske :..... maske + koruyucu gözlük :..... hiç biri :.....
12. Hekimin hangi maskeyi kullanmasını tercih edersin ?	düz beyaz maske :..... çizgi film karakterli maske :.....
	 
13. Hekimin hangi renk eldiven giymesini tercih edersin?	beyaz renk :..... mavi renk :..... pembe renk :..... yeşil renk :.....
	   
14. Nasıl bir klinikte tedavi olmak istersin?	düz klinik :..... dekore klinik :.....
	 
15. Hekimin nasıl bir ayakkabı giymesini tercih edersin?	kapalı ayakkabı :..... açık ayakkabı :.....
	 

16. Hekimin nasıl giyinmesini istersin?

beyaz önlük :.....

renkli önlük :.....

17. (cevap beyaz önlük ise) hekimin nasıl giyinmesini istersin?

takım elbise üzeri beyaz önlük :.....

günlük, rahat kıyafet üzeri beyaz önlük :.....

18. (cevap renkli önlük ise) hekimin ne renk önlük giymesini istersin?

bordo :.....



turuncu:.....



pembe:.....



mor:.....



mavi:.....



açık mavi:.....



yeşil:.....



açık yeşil:.....



sarı:.....



kırmızı:.....



11. ETİK KURUL ONAYI

T.C. KARADENİZ
TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ KLİNİK
ARAŞTIRMALAR
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI



KARADENİZ
TECHNICAL UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE
ETHIC COUNCIL

Sayı: 24237859- 224
Konu: Onay Belgesi

Tarih:01/04/2015

Sayın; Doç.Dr.Özgül BAYGIN
Pedodonti ABD.

“Çocuk Diş Hekimliğinde Diş Hekimliği Korkusunun Değerlendirilmesi” başlıklı etik kurul 2014/169 no.lu tez çalışması raportör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Faruk AYDIN
Etik Kurul Başkanı

Eki : 1 onay belgesi

**KTÜ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMALAR KARAR FORMU**

BASVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Çocuk Diş Hekimliğinde Diş Hekimliği Korkusunun Değerlendirilmesi”			
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2014/169			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Özgül BAYGIN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Pedodonti			
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRICILAR, ÜNVANI/ADI/SOYADI	Arş.Gör.Dt.Özge ÖZÜŞ, Arş.Gör.Dr.Serdar KARAKULLUKÇU, Doç.Dr.Nazım Ercüment BEYHUN			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ				
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	UZMANLIK TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>		AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI		
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU				Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
OLGU RAPOR FORMU				Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			

**KTÜ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
İLAC DIŞI ARAŞTIRMALAR KARAR FORMU**

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 3	Tarih: 23/03/2015
	Doç.Dr.Özgül BAYGIN'ın sorumluluğunda yürütülen Arş.Gör.Dt.Özge ÖZÜŞ'e ait "Çocuk Diş Hekimliğinde Diş Hekimliği Korkusunun Değerlendirilmesi" başlıklı 2014/169 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma/tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

KTÜ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU İLAC DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALARI KARAR FORMU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Faruk AYDIN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
Prof.Dr.Faruk AYDIN Başkan:	Tıbbi Mikrobiyoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Gamze ÇAN Başkan Yrd.	Halk Sağlığı	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.S.Caner KARAHAN Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr .Hafiz AYDIN Üye:	Ortopedi ve Travmatoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Yüksel ALİYAZICIOĞLU Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLİ
Prof.Dr.S. Murat KESİM Raportör:	Farmakoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Murat LİVAOĞLU Üye:	Plastik, Rekons. ve Estetik Cer	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Gülay KARAGÜZEL Üye:	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLİ
Doç.Dr.Şafak ERSÖZ Üye:	Patoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLİ
Doç.Dr. Evrim ÖZKORUMAK Üye:	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Fatih Mehmet GÖKÇE Üye:	Fizyoloji	RTE Üniv. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Bahanur ÇEKİÇ Üye:	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr.Dilek MALKOÇ Üye:	Aile Hekimi	Sürmene Aile Sağlığı Merkezi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLİ
Miraç ÇELİK Üye:	Hukuk	KTÜ Hukuk Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Tufan SAĞLAM Üye:	Tekstil	Serbest (Tekstil Mühendisi)	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Araştırma ile İlişki / ** :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

T.C. Kimlik No : 29977043506
Soyadı, Adı : Yahyaoğlu, Özge
Uyruğu : T.C.
Doğum Tarihi ve Yeri : 13.08.1988- Antalya
Medeni Hali : Evli
Telefon : 0 (462) 377 4772/4808
E-posta : moozus@hotmail.com
Yazışma Adresi : KTÜ Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti A.D.
Trabzon

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans/ Yüksek Lisans	Hacettepe Üniversitesi Diş Hek. Fak.	2011
Lise	Adem Tolunay Anadolu Lisesi	2006

AKADEMİK/ MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl- Yıl)
1. Araştırma Görevlisi	KTÜ Diş Hekimliği Fakültesi	2013 –

YABANCI DİL

İngilizce

ULUSLARARASI VE ULUSAL BİLİMSEL TOPLANTILARDA SUNULAN VE BİLDİRİ KİTABINDA BASILAN BİLDİRİLER

1. **Ozus O**, Tuzuner T, Yahyaoglu G, Baygin O. Treatment of Laterally luxated Root Fracture with Open Apices. 8. Uluslararası Akdeniz Ülkeleri Pedodonti Dernekleri Kongresi & 21. Türk Pedodonti Derneği Kongresi, 13-15 Kasım 2014, İstanbul, Türkiye.