



**ÇOCUK DIŞ HEKİMLİĞİNDE “ASK-TELL-ASK” YÖNTEMİNİN ETKİNLİĞİNİN
DAVRANIŞ YÖNLENDİRMESİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Ahmet COŞKUN

**DOKTORA TEZİ
PEDODONTİ ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

ŞUBAT 2018

Ahmet COŞKUN tarafından hazırlanan "Çocuk Diş Hekimliğinde "Ask-Tell-Ask" Yönteminin Etkinliğinin Davranış Yönlendirmesi Açısından Değerlendirilmesi" adlı tez çalışması aşağıdaki jüri OY BİRLİĞİ / ~~OY ÇOKLUĞU~~ ile Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Pedodonti Anabilim Dalında DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Prof. Dr. Tezer ULUSU
Pedodonti Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum



Başkan Prof. Dr. Melek Dilek TURGUT
Pedodonti Anabilim Dalı, Hacettepe Üniversitesi
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum



Üye Prof. Dr. Nurhan ÖZTAŞ
Pedodonti Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum



Üye Prof. Dr. C. Haluk BODUR
Pedodonti Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum



Üye Doç. Dr. R. Ebru TIRALI
Pedodonti Anabilim Dalı, Başkent Üniversitesi
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum



Tez Savunma Tarihi : 12.02/2018

Jüri üyeleri tarafından DOKTORA tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mustafa ASLAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Ahmet COŞKUN

12/04/2018



ÇOCUK DIŞ HEKİMLİĞİNDE “ASK-TELL-ASK” YÖNTEMİNİN ETKİNLİĞİNİN
DAVRANIŞ YÖNLENDİRMESİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

(Doktora Tezi)

Ahmet COŞKUN

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Şubat 2018

ÖZET

Bu tez çalışmasında 3-5 yaş grubu dental kaygılı çocuk hastalarda 'ask-tell-ask' davranış yönlendirme tekniğinin 'tell-show-do' yöntemi ile muayese edilerek etkinliklerinin değerlendirilmesi hedeflenmiştir. Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı İlk Muayene Birimine başvuran 3-5 yaş grubu hastalarda girişimsel dental tedavi tecrübesi bulunmayan, pulpitis ile ilişkili diş ağrısı hikayesi olmayan, mental-gelişimsel-nöropsikiyatrik bozukluğu bulunmayan 52 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Çocukların dental kaygı düzeylerinin tespit edilmesinde 'Venham Resim Testi' kullanılmıştır. Çocuk hastalar iki gruba ayrılarak ask-tell-ask ve tell-show-do davranış yönlendirme tekniği kullanılarak florid vernik uygulaması yapılmaya çalışılmıştır. Yapılan analizler sonucu 3-5 yaş grubu çocuklarda davranış uyumu açısından 'ask-tell-ask' ve 'tell-show-do' davranış yönlendirme teknikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Yaşın artmasıyla birlikte çocukların davranış yönlendirme tekniklerini daha rahat kabul ettikleri bulgulanmıştır. 'Ask-tell-ask' ve 'tell-show-do' teknikleri ebeveyn kabulü yönünden karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Ülkemizde 'ask-tell-ask' davranış yönlendirme tekniğinin etkinliğini değerlendiren ilk araştırma özelliği taşıyan bu tez çalışması ile aynı alanda yapılacak çalışmalara öncülük etmek amaçlanmıştır.

Bilim Kodu : 1047
Anahtar Kelimeler : Dental kaygı, Davranış yönlendirme tekniği, Ask-tell-ask
Sayfa Adedi : 65
Danışman : Prof. Dr. Tezer ULUSU
EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE "ASK-TELL-ASK" METHOD
IN PEDIATRIC DENTISTRY IN TERMS OF BEHAVIORAL MANAGEMENT

(PhD. Thesis)

Ahmet COŞKUN

GAZI UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES
February 2018

ABSTRACT

The aim of this research was to evaluate the activities of 'ask-tell-ask' behavior management technique by using 'tell-show-do' method in 3-5 year old children with dental anxiety. 52 subjects were selected from the patients who were referred to Gazi University Dentistry Faculty Pediatric Dentistry Department. Patients aged between 3-5 years with no previous experience of invasive dental treatment, no history of pain secondary to pulpitis and no mental-developmental-neuropsychiatric impairment were included the study. Venham Picture Test was used to quantify the level of dental anxiety in children. Child patients were divided into two groups and tried to apply fluoride varnish using ask-tell-ask and tell-show-do behavior management technique. It has been found that there is no statistically significant difference between the behavior of 'ask-tell-ask' and 'tell-show-do' in terms of behavior adaptation in 3-5 year old children. It was also found that children are more comfortable adopting behavior-orienting techniques with increasing age. 'Ask-tell-ask' and 'tell-show-do' techniques have been found to be statistically insignificant when compared against parental acceptance. In Turkey, carrying the first study evaluating the efficacy of 'ask-tell-ask' functionality, behavior management techniques aimed to lead the work to be done in the same space with this thesis.

Science Code : 1047
Key Words : Dental anxiety, Behavior management technique, Ask-tell-ask
Page Number : 65
Advisor : Prof. Dr. Tezer ULUSU
TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince bana engin bilgi ve tecrübelerinden yararlanma fırsatı

tanıyan; bana dünya insanı olmayı öğreten ve beni tüm renklerle kucaklayan çok değerli danışman hocam Prof. Dr. Tezer ULUSU'ya; başta bölüm başkanımız Prof. Dr. Alev ALAÇAM olmak üzere tez jürimde yer alan ve ikinci danışman hocam gibi üzerimde emeği çok olan canım hocam Prof.Dr.Nurhan ÖZTAŞ'a ve tüm Pedodonti Anabilim Dalı öğretim üyelerine; yine tez jürimde yer alan ve bana her konuda desteğini esirgemeyen hocam Prof.Dr. Melek Dilek TURGUT'a; sedasyon uygulama günlerinde hem beni çok iyi eğiten hem de her konuda çok şey öğreten hocam Yr.Doç.Dr.Gülay KİP'e; her konuda kendisini ve ailesini gıpta ile örnek aldığım hocam ve ablam Doç.Dr.Didem ATABEK'e; doktora dönemim boyunca yanımdan hiç ayrılmayan, gerçek anlamda arkadaşın ne demek olduğunu bana her geçen gün gösteren ve hala göstermekte olan en kıymetli dostum canım Dr.Medine GÜLVERDIYAVA'ya; enerjisi yüksek güzel arkadaşım Dr.Nagehan AKTAŞ'a, Pedodonti asistan odasındaki tüm arkadaşlarıma; ailem oldukları için Uzm.Dt. Ali Affan KURT, Dr.Esin EKİZ, Dr.Gizem İNAN ve Dr.Cansu OĞAN'a; bu uzun süreçte maddi, manevi beni destekleyen canım aileme; duygusal ikili kavramını hayatıma sunan, ruhumu birlikte eğittiğim ve öncelikle en iyi arkadaşız diye her fırsatta belirttiğim canım Ümit YERLİ' ye sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
TEŞEKKÜR	vii
İÇİNDEKİLER.....	ix
ÇİZELGELERİN LİSTESİ	xi
ŞEKİLLERİN LİSTESİ	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xiii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Çocuk Gelişim Psikolojisi	3
2.1.1. Motor gelişim	3
2.1.2. Bilişsel gelişim	4
2.1.3. Duygusal gelişim.....	5
2.2. Çocuklarda Dental Korku ve Kaygı	7
2.3. Dental Kaygının Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler	11
2.3.1. Gözleme dayalı teknikler.....	11
2.3.2. Psikometrik ölçekler	12
2.3.3. Fizyolojik ölçekler.....	16
2.4. Davranış Yönlendirme Teknikleri	18
2.4.1. Sözsüz iletişim	18
2.4.2. Tell-Show-Do	19
2.4.3. Pozitif yönlendirme.....	20
2.4.4. Ses kontrolü.....	20
2.4.5. Dikkati başka yöne çekme	20

	Sayfa
2.4.6. Modelleme	21
2.4.7. Ebeveyn varlığı/yokluğu	21
2.4.8. Koruyucu stabilizasyon	22
2.4.9. Göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme	23
2.4.10. Ask-Tell-Ask.....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1. Çocuğun Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	27
3.2. Çalışma Protokolü.....	27
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA.....	35
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	45
KAYNAKLAR.....	47
EKLER.....	57
Ek-1. Etik Kurul Onayı	58
Ek-2. Ebeveyn İçin Aydınlatılmış Onam Formu	60
Ek-3. Çocuk İçin Aydınlatılmış Onam Formu	62
Ek-4. Ebeveyne Yönelik Hazırlanmış Uygulanan Davranış Yönlendime Tekniğini Kabul Formu	64
ÖZGEÇMİŞ	65

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 2.1. Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale	12
Çizelge 4.1. 'Ask-tell-ask' yöntemine gösterilen uyum için frekans dağılımı	31
Çizelge 4.2. 'Ask-tell-ask' yöntemine gösterilen uyum için cinsiyet, yaş çapraz tablosu	31
Çizelge 4.3. 'Tell-show-do' yöntemine gösterilen uyum için frekans dağılımı ...	32
Çizelge 4.4. 'Tell-show-do' yöntemine gösterilen uyum için cinsiyet, yaş çapraz tablosu	32
Çizelge 4.5. 'Ask-tell-ask' ve 'tell-show-do' grupları için çapraz tablo	33
Çizelge 4.6. 'Ask-tell-ask' ve 'tell-show-do' için karşılaştırma gruplarının p değerleri	33
Çizelge 4.7. 'Ask-tell-ask' tekniğinin ebeveyn kabulü yönünden incelenmesi...	33
Çizelge 4.8. 'Tell-show-do' tekniğinin ebeveyn kabulü yönünden incelenmesi.	33

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 2.1. Modified Child Dental Anxiety Scale Faces Version	13
Şekil 2.2. Modified Dental Anxiety Scale	14
Şekil 2.3. Venham Picture Test	15
Şekil 2.4. Facial Image Scale	16



SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler **Açıklamalar**

- -

Kısaltmalar **Açıklamalar**

AAPD	The American Academy of Pediatric Dentistry
CFSS-DS	Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale
CgA	Chromogranin A
DAS	Dental Anxiety Scale
DSM-V	Mental Rahatsızlıkların Diagnozu ve İstatistiği
EDA	Elektrodermal Aktivite
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
FIS	Facial Image Scale
MCDAS	Modified Child Dental Anxiety Scale
MCDASf	Modified Child Dental Anxiety Scale Faces Version
MDAS	Modified Dental Anxiety Scale
SFP	Smiley Faces Programme
STAI	State-Trait Anxiety Inventory
VPT	Venham Picture Test

1. GİRİŞ

Çocuklarda diş hekimi kaygısının oluşmasında ve gelişiminde çeşitli faktörler yer almaktadır. Sadece ağrı ya da korkutucu işlem prosedürlerinden korkma değil, aynı zamanda aileden ayrılma, tanıdık olmayan insanlarla ve çevreyle tanışma, tek başına kontrol yönetimi durumunda olmanın kaygıyı oluşturduğu bildirilmektedir (ten Berge, Veerkamp ve Hoogstraten, 1999).

Diş hekimi korkusu, klinik ziyarete engel olarak diş sağlığındaki bozulmaya neden olan veya daha fazla problem odaklı ziyarete yol açan bir kısır döngü şeklinde tanımlanmaktadır. Bu kaçınma, utanç duygusu, suçluluk ve yetersizlik hissi yaratır; bu korku ve kaçınma davranışının tüm davranışları negatif bir şekilde etkilediği belirtilmiştir (ten Berge, Veerkamp ve Hoogstraten, 2002).

Çocukların diş tedavisi için gösterdikleri uyumsuz davranışlar 'davranış yönlendirme problemleri' olarak adlandırılmaktadır. Bu problemler tedavinin ertelenmesine ya da iptaline neden olabilmektedir.

Davranış yönlendirme problemlerine kişisel, çevresel ve durumsal faktörlerin kombinasyonunun sebep olduğu düşünülmektedir. Çocuklar yaş, davranış, kişilik, entelektüel kapasite ve olgunluk açısından büyük farklılıklar göstermektedirler. Ayrıca yaşam tecrübesi, aile durumu ve kültürel taban olarak da geniş bir yelpazededirler. Tüm bu faktörler bir çocuğun tedaviyi tolere etme yeteneğini etkileyebilmektedir. Bazı çocuklar stresli bir tedaviyi rahatça kabul ederken, bazı çocukların korkularıyla baş edemeyerek bazı duygusal ve davranışsal tepkiler gösterebildiği ifade edilmiştir (Klinberg ve Broberg, 2007).

Davranış yönetimi teknikleri, güvensiz ilaç kullanımına olan ihtiyacı azaltmak için kullanılması gereken tekniklerdir. Olumlu davranış yönlendirme tekniklerinin hasta yönetiminde daha iyi sonuçlar verdiği, azalmış ilaç gereksinimleri sağladığı, hasta güvenliğini arttırdığını gösteren kanıtlar vardır (Foreman, 1988).

Bugüne kadar çocuklar üzerinde hangi davranış yönlendirme tekniklerinin daha etkili olabileceğinin saptanması yönünde bir çok çalışma yapılmıştır. Davranış

yönlendirme teknikleri çocuğun anksiyete derecesine göre uygulama önceliği değişen tekniklerdir.

Yapılan bilgi değerlendirmesinde son davranış yönlendirme rehberinde (AAPD 2015) 'ask-tell-ask' tekniği adında çıkış noktasını geri bildirim sisteminden alan ve sandviç bir teknik olarak nitelendirilen bir tekniğin yer aldığı görülmüştür. Ancak literatür taraması yapıldığında 'ask-tell-ask' yöntemi ile ilgili herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Bu tez çalışmasında amaç, çocuk diş hekimliğinde davranış yönlendirmesinde yeni bir teknik olan 'ask-tell-ask' tekniğinin etkinliğini bu konuda rutin kullanılan 'tell-show-do' tekniği ile 3-6 yaş grubu çocuklarda karşılaştırmalı bir şekilde değerlendirmek ve her iki yöntemin ebeveyn kabulü yönündeki etkisini araştırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocuk Gelişim Psikolojisi

Geçmiş yıllardan bugüne insan kişiliğini ve kişilik yapısını anlamaya yönelik belli tanımlar yapılmıştır. Bunlardan en eskisi Sümerlere ait olan Gılgamış destanındaki tanımlamalara dayanır. Hipokrat vücut sıvılarının renklerine göre mizaç yapılarını dört gruba ayırmış ve yaklaşık 5. yüzyıldan 17. yüzyıla kadar genel kabul görmüştür. Vücut sıvılarından safranın kararması ile melankolik kişilerde kaygı ve depresyona eğilim, safranın sararması ile sinirli mizaç ile paralel olduğu bildirilmiştir. Aşırı balgamlı (flegmatik) kişilerin ağırkanlı, duygusuz ve soğukkanlı oldukları, iyimser (sanguine) kişilerde ise mizacın başlıca vücut sıvısı olarak kanla temsil edildiği ve bu kişilerin iyimser oldukları tanımlanmıştır (Taymur ve Türkçapar, 2012).

On dokuzuncu yüzyıla gelindiğinde kişiliğin bir bozukluk olarak görülebileceği ve bu bozuklukta karakter, yapı, mizaç ve kendiliğin önemli olduğu, özellikle de duygulardaki sapmanın etkisi belirtilmiştir. Gelişim psikolojisinin en önemli iki teorisi 20. yüzyılda ortaya çıkan Freud'un psikanalitik kuramı ile Piaget'nin bilişsel gelişim kuramıdır (Miller, 1996; Taymur, 2012).

2.1.1. Motor gelişim

Bebekler ve yenidoğanda gelişimin en belirgin işaretlerinden biri bebeğin önemli motor becerileri kazanmasıdır. Motor becerilerdeki gelişim diğer gelişim basamakları hakkında ön bilgi verebilmektedir (Welbury, 2001).

Motor gelişimin zamanının tahmin edilebilirliği bunun genetik olarak kodlanmış olduğunun bir göstergesidir ancak çevrenin de motor gelişimi etkilediğine dair kanıtlar vardır. Bu da motor problemlerin erken teşhisi ve dolayısıyla erken müdahalesi için çok önemlidir. Örneğin down sendromlu bebeklerin motor yanıtlarının yavaş olması sendromun teşhisinde çok önemli olduğu belirtilmiştir (Welbury, 2001).

Motor gelişim yenidoğanda büyük oranda tamamlanmaktadır. Yürümenin öğrenilmesinden sonra yeni motor becerilerin gelişmesinden çok, mevcut becerilerde iyileşme gözlenmektedir. Bebek büyüdükçe el-göz koordinasyonunda iyileşme meydana gelir. Bir elin baskınlığının artması erken yaşta gerçekleşir ve bu dil gelişimini yöneten hemisfer ile ilgilidir. Sol hemisfer sağ eli sağ hemisfer ise sol eli yönetmektedir. Sağ elini kullanan insanların çoğu dil öğrenmede sol hemisfer tarafından yönetilmektedir. 6-7 yaşındaki çocuklar çoğunlukla diş fırçalama için gerekli motor koordinasyona sahiptirler. Bu yaşın altındaki çocukların genellikle eksik fırçalama yaptıkları ve bir miktar diş macununu yutabildikleri bildirilmektedir (Welbury, 2001).

2.1.2. Bilişsel gelişim

Bilişsel gelişim Piaget'e göre dört evre olmak üzere tanımlanmıştır (Miller, 1996).

Duyusal motor dönem (doğum-2 yaş arası)

Bu dönemde çocuk temel olarak nesne devamlılığını kazanmaktadır. Yenidoğan nesne görüş alanından çıksa dahi nesnenin varlığını sürdürdüğünü farketmektedir, nesneyi göremiyor olsa bile nesneyle ilgili düşünebilmektedir (Welbury, 2001).

0-2 yaş arasını kapsayan duysal motor dönem adını, yeni doğanın sahip olduğu duyu organlarından ve kol ve bacaklarını, başını hareket ettirmesinden alır. Bebek bu dönemde kendini dış dünyadan ayrı bir varlık olarak algılayamaz. Bu yüzden kendi dışındaki objelerin varlığından habersizdir (Gardner, 1982; Klausmeir, 1992).

Sezgisel dönem (2-7 yaş arası)

Çocuk bu dönemde davranışlarının sonuçlarını tahmin etmeye başlamaktadır. Duyusal motor dönem gelişimi ilerlemiştir. Bu gelişmelerle birlikte dil gelişimi hızlanmıştır. Düşünce modeliaz gelişmiştir, çocuk benmerkezcidir, karşıdaki insanın bakış açısını anlamaz, çocuğun bakış açısı tek yönlüdür. Piaget 5 yaşlarında bir çocukla deney yapar; uzunlukları ve içindeki su seviyeleri aynı olan iki bardağı çocuğa göstererek hangi bardakta suyun daha fazla olduğunu sorduğunda ikisi de aynı cevabını alır. Bu bardakların bir tanesini geniş yayvan bir

bardağa boşaltarak hangi bardakta su fazla diye tekrar sorduğunda ise uzun bardaktaki cevabını alır. Bu yaş grubu çocuklar nesnenin şeklinde değişiklik olsa bile hacminin değişmeyeceğini ayırt edemeyeceği bildirilmiştir. Bu dönem sezgiye dayalı bir dönem olduğu için çocuk eksik gruplama yapma durumundan yeterli sınıflama yapma düzeyine geçiş gösterir (Charles, 1999).

Somut işlemler dönemi (7-11 yaş arası)

Çocuk neden-sonuç ilişkisi kurabilir, bu durum bir bütün olarak değil tek tek gelişir. Karşıdaki insanın bakış açısını anlayabilir, olaylara karşı çoklu bakış açısı gösterebilir. Somut nesnelere ilgili düşünebilir ancak soyut düşünce gelişmemiştir (Gander, 1995; Gander,1995; Charles,1999).

Sezgisel ve somut işlem dönemi karşılaştırıldığında, çocukta görülen en büyük fark zihinsel işlem yapabiliyor olmasıdır. Çocuk sınıflama ve sıralama konularında daha yetkin hale gelir (Gander, 1995).

Soyut işlemler dönemi

Erişkin bilişsel gelişimine geçişte son evredir. 11 yaş ve üstü gibi başlar ve çocuk soyut düşünebilme yeteneğini kazanır. Olayların seyriyle ilgili farklı olasılıklar çocuk tarafından düşünülebilir (Wade, 1990; Woolfolk, 1993).

Evreni kendi algıları neticesinde anlamlandırma başlar. Sevgi, nefret, hırs gibi duygular kullanılmaya başlanır (Charles, 1999).

Soyut işlemler döneminde birey hipotetik düşünür. Senemoğlu (1997) okullarda münazara yapılırken verilen konuyu benimsemese de tartışmanın hatırı için o konuda fikir üretme eğiliminde olduklarını belirtmiştir.

2.1.3. Duygusal gelişim

Gelişim psikolojisi alanındaki en önemli teorilerden biri Sigmund Freud'un psikanalitik teorisidir. İlk araştırma konusu yılan balıkları ile ilgili olmuştur (Miller, 1996).

Psikanalitik kuram

İd, ego, superego

Freud id kavramını erişimsiz karanlık tarafı olarak tanımlamaktadır. İd bebek dünyaya geldiği an ortaya çıkmaktadır. Arzu ve duygular burada oluşur. İd bebeğin ihtiyaçları tarafından yönetilir. Düşünmenin elde etmek için yeterli olmadığını keşfeden bebekte ego gelişir. Ego zihnin gerçek dünyaya açılan yolu gibidir; fiziksel ve fizyolojik olarak yaşamı devam ettirebilme gereksiniminden ortaya çıkar. Superego ise sorumluluk ve görev duygularını içerir. Son gelişen alt benlik superegodur ve çocuk Oedipus kompleksini yendiğinde ortaya çıkar. Eğer ego “bugünün gücü”nü ve id “organik geçmiş”i temsil ediyorsa superegonun “kültürel geçmiş”i temsil ettiğini belirtmiştir (Miller, 1996).

Psikoseksüel evreler

Oral evre (doğum-1 yaş)

Yenidoğanda en büyük tatmin dil, dudaklar ve ağızın stimülasyonu yoluyla sağlanmaktadır. Emme, çiğneme, yemek yeme gibi aktiviteler bebeği mutlu eder. Ancak bebeğin istediğinde yemeğine ya da emziğine ulaşamaması da onun için acı verici olabilmektedir. Bu sebeple bebek parmağını, bir battaniyeyi ya da bir oyuncuğı emmeye başlayabilir (Miller, 1996; Slater, 2003).

Bu dönemde bebeğin oral tatmininin az olması sonucu ileride diş hekimi fobisi gelişebilir. Pesimist ve histerik kişilikler oluşabilir. Bebeğin oral tatmini fazla olursa bu dönemde kalabilir. Örneğin bebek anal evreye girdiğinde ve bebeğe tuvalet eğitimi verilmeye başlandığında; oral evrede kalmış bebekte parmak emme gelişebilmektedir. Bu dönemde en çok yemek yemekten hoşlanan çocukların ileride kabullenici, annenin memesinden uzaklaşmakta zorlanan çocukların ileride inatçı, ısırma ile haz duyan çocukların ileride şiddete eğilimli, tükürme ile haz duyan çocukların reddedici, beslenme gerekliliğini ağızını kapatarak reddeden çocukların ileride reddedici kişiler olabileceği düşünülmektedir (Miller, 1996).

Anal evre (1-3 yaş)

Bu evrede tuvalet ve lazımlık eğitimi yer almaktadır ve çocuk anüsün kontrol ederken psikoseksüel haz duymaktadır. Anal dönemin başlayınca her zaman oral dönem bitmez. Bu dönemde tuvalet eğitimi için çocuğun çok zorlaması sonucu ileride anksiyeteye yatkın bireyler oluşabilmektedir (Miller, 1996; Slater, 2003).

Fallik evre (3-6 yaş)

Çocuğun genital organlarını uyararak haz duyduğu dönemdir. Bu evrede çocuk annesi/babası ile kendi cinsiyetinin farklı olduğunu fark eder. Erkeklerde Oedipus, kızlarda Elektra kompleksi gelişir. Oedipus kompleksi adını yunan mitolojisinde annesine aşık olan Oedipus karakterinden alır. Elektra kompleksi ise adını yine yunan mitolojisinden babası Agammennon'un hatırasına bağlı olan Elektra'dan almaktadır. Bu dönemde erkek çocuklar annelerine seksüel ilgi duymaya başlarlar ve babalarını bir rakip olarak görürler. Bu sırada çocukta babası tarafından hadım edilme korkusu gelişir ki bu da Castarion kompleksi adını alır. Kız çocuklarda bu kompleks nadiren görülür. Çocukta bu kompleks superegonun gelişmesiyle aşılabilmektedir (Miller, 1996; Slater, 2003).

Latent evre ve genital evre (6 yaş-ergenlik)

6 yaş gibi yenidoğan ve erken çocukluk dönemi arzuları kaybolmakta ve çocuğun seksüel aydınlanması duraklamaktadır. Ergenlik döneminde seksüel duygular çok daha açık ve belirgin olmaya başlamaktadır. Ergen birey bu duyguları yönlendirmeyi öğrenmektedir (Miller, 1996; Slater, 2003).

2.2. Çocuklarda Dental Korku ve Kaygı

Çocuklarda diş hekimliği işlemlerine karşı reaksiyon göstermenin en belirgin nedeni dental korku ve kaygıdır. Dental korku nedeniyle çocukta davranış yönlendirme problemleri gündeme gelmektedir.

Klingberg ve Broberg (2007) tarafından yayınlanan derlemede araştırmacılar 1982'den 2006'ya kadar yayınlanmış makaleleri incelemişler ve dental davranış

yönlendirme problemlerinin prevalansının %9 olduğu sonucuna varmışlardır. Yaşla davranış yönlendirme problemlerinde azalma gözlemlendiği belirtilmiş, davranış yönlendirme problemleri kızlarda daha yüksek oranda bulunmuştur. Bu problemlerin genel davranış bozuklukları ve genel korku haliyle de ilişkili olduğu saptanmıştır.

Nicolas ve diğerleri (2010) 5-11 yaş arası Fransız çocuklar üzerinde visual analog scale (VAS) kullanılarak yaptıkları bir araştırmada çocukların % 75.7'sinde düşük, % 16.7'sinde orta, % 7.6'sında yüksek düzeyde diş hekimi korkusu olduğunu saptamıştır. Ağızında en az bir çürüğü olan çocuklarda ağızında hiç çürüğü olmayan çocuklara göre daha yüksek oranda diş hekimi korkusu izlenmiştir.

Chhabra ve diğerlerinin (2012) yaptıkları bir çalışmada 5 ile 10 yaşları arasındaki 523 çocuk incelenmiştir. Diş hekimi korkusu prevalansı ortalama % 6.3 olarak bulunmuştur. Yaşın artmasıyla diş hekimi korkusunda azalma gözlemlenmiştir. Çalışmada cinsiyetler arasında anlamlı bir farktan söz edilmemiştir. Diş hekimi korkusunu tetikleyen unsurlara örnek olarak enjektörün görülmesi, turlu aletlerin çıkardığı ses ve yabancı bir kişinin temasta bulunması verilmiştir.

Çocuklarda dental korku çok uzun yıllardır tedavi problemlerinin en önemli kaynağı olarak kabul edilmektedir. Dental korku ve kaygı, çocuk hastada oldukça yaygındır.

Çocuklarda dental kaygı ya da davranış yönetim problemleri internal ya da eksternal kökenli pek çok faktör ile ilişkilendirilmiştir. Eksternal kökenli dental kaygıyı kötü dental tecrübeler oluşturmaktadır. İnternal kökenli dental kaygı ise; bir kişilik özelliği ya da içsel kaygı olarak tanımlanmıştır ve direkt diş tedavi prosedürlerinin etkisinden çok, kişinin kendi psikolojisinden kaynaklandığı ifade edilmiştir (Lee, Chang ve Huang, 2007).

Çocuklarda dental korku, kaygı ve davranış yönetim problemlerinin görülme sıklığının oransal olarak % 5-20 arasında değişiklik gösterdiği bildirilmiştir (Koch ve Paulsen, 2009; 32-43).

Amerikan Psikiyatri Birliği, Mental Rahatsızlıkların Diagnozu ve İstatistiği (DSM-V) adlı kitabında diş hekimi korkusunu spesifik fobi kategorisinde ele almıştır ve belirgin bir objeye veya öğrenilmiş bir duruma karşı gösterilen, uzaklaşma davranışı ile birlikte görülen, bireyin günlük yaşamını etkileyen durum olarak tanımlamaktadır. En önemli nedeni bilinmeyene karşı duyulan korku ve kontrolünü kaybetme korkusudur. Dental korku küçük yaşlarda yüksek seviyede, ileri yaşlarda daha düşük seviyede izlenmektedir. Küçük yaşlarda genellikle ağlama şeklinde, büyük yaşlarda ise karın ağrısı, bulantı, baş ağrısı veya sık tuvalete gitme gibi emosyonel tepkiler ile birlikte görüldüğü bildirilmiştir (Koch ve Poulsen, 2001: 35-51).

Dental korku veya kaygı bilinen subjektif bir duruma karşı duyulan bir his veya tepki olarak tanımlanmaktadır. Daha önceki deneyimlere bağlı olumsuz beklentiler, aile içindeki olumsuz tavırlar, ağrı duyma korkusu, daha önceki tedavilerde yaşanan başarısız ve ağrılı deneyimler korku hissetmede en önemli faktörler olarak rapor edilmiştir.

Çocuklarda dental kaygı sıklıkla bilinmeyene karşı duyulan korku ve tedavi sırasında kontrolün olmamasıyla ilişkilidir. Bilinmeyene karşı duyulan korkunun yüksek düzeyde olduğu hastalar için tedavi sırasında onu nelerin beklediğini bilmek çok önemlidir. Bu hastalar başlangıçta rahat olabilmelerine karşın, hastaların kaygı düzeyleri tedavi sürecinde artış gösterebilmektedir. Bu durumun diğer yönü de ne olacağını bilmek ancak ne zaman gerçekeleēeđini bilmemektir. Haber verilmeden uygulanan bir lokal anestezi deneyimi olan hastada, sonraki tedavilerde her an aynı şey başına gelecekmış gibi bir hissinin ortaya çıkması bu duruma örnek olarak gösterilebilir. Hastanın ağızda işlem yapılırken konuşamayacak olması ve bir şeylerin ters gitmesi durumunda tedaviyi durduramayacağı kaygısı dental korku ve kaygıyı tetikleyen en önemli etkenler olarak gösterilmiştir (Skaret, Raadal, Berg ve Kvale, 1999).

Dental kaygı çocuk ve adolesanlarda sıklıkla görülen bir problemdir. Çalışmalar tüm çocukların yaklaşık %50'sinin düşük veya orta düzeyde, %10-20'lik bir grubun ise yüksek düzeyde dental kaygılı olduğunu göstermektedir. Amerika'da yapılan bir çalışmada diş hekimi korkusunun; yılan, yükseklik ve kasırğa felaketi

korkusundan sonra dördüncü sırada geldiği bildirilmiştir (Koch ve Poulsen, 2001: 35-51).

Çocuklarda dental kaygı gelişiminin ve etiyolojisinin açıklanmasında pek çok farklı mekanizma kullanılmaktadır. Rachman (1977) çocuklarda kaygı/korku gelişiminde üç farklı mekanizma bulunduğunu ileri sürmüştür. Çocuklarda dental korkunun edinimi ile ilgili yapılan araştırmalar sonucunda özellikle ebeveyn ve çocuk dental kaygısı arasında yakın bir bağ bulunduğu ortaya çıkmıştır. Buna göre çocuk modelleme aracılığı ile dental kaygıyı ebeveyninden dolaylı olarak öğrenebileceği bildirilmiştir (ten Berge, 2002; Peretz, 2004). Doğrudan tecrübe dental kaygı gelişiminde en dikkate değer mekanizmadır. Negatif veya travmatik diş tedavisi tecrübesi olan çocukların daha yüksek dental kaygı düzeyine sahip oldukları bildirilmektedir (Townend, Dimigen ve Fung, 2000). Klasik koşullanma ise normalde nötr olarak kabul edilen bir uyarının (örneğin dental sond) geçmişte negatif bir tecrübeyle ilişkilendirilmesi (sondlama ile meydana gelen ağrı) sonucunda dental kaygı oluşumunu tarif eder. Davey'nin (1989) latent inhibisyon hipotezi ise travmatik bir tecrübe öncesi çok sayıda ağrısız diş randevusu geçmişi olan hastaların, erken dönemde negatif dental tecrübesi olanlara göre dental kaygıya daha az yatkın olduklarını öne sürmektedir ve sonraki yıllarda gerçekleştirilen çalışmalar da bu bulguyu desteklemektedir (ten Berge, Veerkamp ve Hoogstraten, 2002).

Çocuklarda dental kaygıyı etkileyen faktörler, diş ağrısı deneyimi, olumsuz dental tecrübe, ailenin diş tedavisine yaklaşımı, çocuğun arkadaşlarının dental hikayeleri, evde tedaviye hazırlık süreci, çocuğun karakteri, düşük sosyoekonomik düzey, küçük yaş ve cinsiyet şeklinde sıralandığı ifade edilmiştir (McNeil, 2011; Ramos-Jorge, 2006).

Dental korkusu olan çocuklarda diş hekimine gitme sıklığı ve genel kaygı bozukluğu varlığının incelendiği bir çalışmada, diş hekimine gitme sıklığı, dmft değerleri ve dental korku arasında negatif bir ilişki olduğu, çocuğun genel kaygı düzeyi ile dental korku arasında pozitif ilişki olduğu gösterilmiştir (Brown, Wright ve McMurray, 1986).

Kanada'da yapılan bir çalışmada 1420 yetişkinin %16,4'ünde dental korku-kaygı saptanmıştır ve bunların %50,9'unun çocukluk döneminden, %22'sinin ergenlik döneminden, %27,1'inin ise yetişkinlik döneminden geldiği bildirilmiştir. Ayrıca kadınların erkeklerden daha çok korktuğunu değil, korkularını daha rahat ifade ettiklerini savunmuşlardır (Locker, Linddell ve Shapiro, 1999).

2.3. Dental Kaygının Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler

Dental kaygının değerlendirilmesinde kullanılan 3 yöntemin varlığından söz edilmiştir (Kuşçu ve Akyüz, 2006: 2-4). Gözleme dayalı teknikler, 0-3 yaş grubu için önceliklidir. Psikometrik ölçekler, kendini rahat ifade edebilen 3-6 yaş grubu, 6 yaş ve üstü için öncelikli tercihtir. Fizyolojik ölçekler ise her yaş grubu için ikincil tercih sebebidir.

2.3.1. Gözleme dayalı teknikler

En sık kullanılan teknik Frankl skalasıdır (Cameron ve Widmer, 2013: 9-24).

1. Kesinlikle negatif: Tedaviyi reddeden, ağlayan, korku dolu veya kesinlikle negatifliğin açık belirtilerine sahip
2. Negatif: Tedaviyi kabulde isteksiz, uyumsuz, negatif davranış belirtileri mevcut ama dile getirilmemiş (somurtkanlık, geride durma)
3. Pozitif: Tedaviyi kabul eder ancak dikkatlidir. İtaat edeceği bilinir ama uyarılır. Diş hekiminin komutlarını uyumlu bir şekilde dinler.
4. Kesinlikle pozitif: Diş hekimi ile iyi bir uyum içerisinde olup dental işlemlerle ilgilenir, güler ve yapılan işten zevk alır.

Kaygı durumunun değerlendirilmesinde 1977'de Venham, 1975'te Melamed, 1973'te Rud ve Kissling, 1972'de Sarnat tarafından geliştirilmiş başka ölçekler de kullanılmıştır. Bu ölçeklerde tedavi esnasında gözlenen kaygı; bir bütün olarak, tedavi basamaklarına bölünerek veya eşit zaman aralıklarına bölünerek değerlendirilmiştir (Jimeno, Bielsa, Fernandez, Rodriguez ve Bellido, 2011).

2.3.2. Psikometrik ölçekler

Anket şeklindeki ölçeklerdir. Karşılıklı soru cevap şeklinde olup çocuğun kendini sözlü olarak ifade etmesi temeline dayanmaktadır. Çocuklar ya da ebeveynleri tarafından cevaplanan psikometrik ölçekler, çocuklar tarafından cevaplanan resimli ya da yazılı ölçekler, anlık (durum) veya sürekli kaygıyı değerlendiren psikometrik ölçekler, çocukların çizdikleri resimlerin yorumlanmasını temel alan projektif testler şeklinde belirlenmiştir (Porrit, Marshman ve Rodd, 2012).

CFSS-DS (Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale-Çocuklar için diş hekimi korku tarama ölçeği)






Diş tedavisi ve klinik düzen ile ilgili 15 adet ifade içerir. Hastada sürekli kaygının değerlendirilmesinde en çok kullanılan ölçektir. Bu değerlendirmenin sonunda toplam skor 15-75 arasında değişen değerleri alır. 45 ve üstü puan yüksek kaygı düzeyini ifade eder. CFSS-DS yüksek güvenilirliğe sahiptir ancak çocuklarda dental kaygı ile ilişkili fiziksel, düşünsel ve davranışsal cevapları değerlendirmedeği bildirilmiştir (Scherer, 1968; Rantavouri, 2004).

Çizelge 2.1. Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale (Nakai ve diğerleri, 2005)

1. Dentists	1	2	3	4	5
2. Doctors	1	2	3	4	5
3. Injections	1	2	3	4	5
4. Having somebody examine the mouth	1	2	3	4	5
5. Having to open your mouth	1	2	3	4	5
6. Having a stranger touch you	1	2	3	4	5
7. Having somebody look at you	1	2	3	4	5
8. The dentist drilling	1	2	3	4	5
9. The sight of the dentist drilling	1	2	3	4	5
10. The noise of the dentist drilling	1	2	3	4	5
11. Having someone put instruments in your mouth	1	2	3	4	5
12. Choking	1	2	3	4	5
13. Having to go to the hospital	1	2	3	4	5
14. People in white uniforms	1	2	3	4	5
15. Having the nurse clean your teeth	1	2	3	4	5
The anxiety is marked in 5 point anxiety scale:					
1. Not afraid at all					
2. Very little					
3. Moderate fear					
4. Pretty much afraid					
5. Very much afraid					

MCDAS (Modified Child Dental Anxiety Scale-Çocuklar için modifiye edilmiş diş hekimi kaygı ölçeği)

Corah'ın geliştirdiği DAS (Dental Anxiety Scale)'ın Wong ve diğerleri (1998) tarafından çocuklarda uygulanmak üzere modifiye edilmiş halidir. MCDAS'da 8 adet ifade vardır ve belirli dental işlem prosedürlerin çocuklar üzerinde oluşturacağı kaygıyı değerlendirir. Yüksek güvenilirliğe sahiptir ve 8-15 yaş arası çocuklarda kullanımı geçerlidir. Bu ölçeğin daha küçük yaş grubu ve algı düzeyi zayıf olan çocuklarda kullanılabilmesine izin veren farklı bir versiyonu da mevcuttur (MCDASf) (Porrit, Marshman ve Rodd, 2012).

How do you feel about ...					
... going to the dentist generally?	1	2	3	4	5
... having your teeth looked at?	1	2	3	4	5
... having your teeth scraped and polished?	1	2	3	4	5
... having an injection in the gum?	1	2	3	4	5
... having a filling?	1	2	3	4	5
... having a tooth taken out?	1	2	3	4	5
... being put to sleep to have treatment?	1	2	3	4	5
... having a mixture of 'gas and air' which will help you feel comfortable for treatment but cannot put you to sleep?	1	2	3	4	5

Şekil 2.1. Modified Child Dental Anxiety Scale Faces Version (Howard ve Freeman, 2006)

MDAS (Modified Dental Anxiety Scale-Modifiye Diş Hekimi kaygı ölçeği)

Bu ölçek çocuklarda dental kaygıyı neden olabilecek 5 farklı durumla ilişkilidir. Çocuğun sorulara yanıt verebilecek yeterli algı düzeyine sahip değilse bu 5 basit sorunun çocuk adına ebeveyni tarafından cevaplanmasına izin vermektedir. Toplam skor 5-25 arasında değişmektedir. Sürekli kaygının değerlendirilmesinde en sık kullanılan ölçeklerden biri olduğu bildirilmiştir (Newton ve Buck, 2000).

1. If you went to your Dentist for TREATMENT TOMORROW, how would you feel?				
<i>Not</i> <i>Anxious</i> <input type="checkbox"/>	<i>Slightly</i> <i>Anxious</i> <input type="checkbox"/>	<i>Fairly</i> <i>Anxious</i> <input type="checkbox"/>	<i>Very</i> <i>Anxious</i> <input type="checkbox"/>	<i>Extremely</i> <i>Anxious</i> <input type="checkbox"/>
1. If you were sitting in the WAITING ROOM (waiting for treatment), how would you feel?				
<i>Not</i> <i>Anxious</i> <input type="checkbox"/>	<i>Slightly</i> <i>Anxious</i> <input type="checkbox"/>	<i>Fairly</i> <i>Anxious</i> <input type="checkbox"/>	<i>Very</i> <i>Anxious</i> <input type="checkbox"/>	<i>Extremely</i> <i>Anxious</i> <input type="checkbox"/>
1. If you were about to have a TOOTH DRILLED, how would you feel?				
<i>Not</i> <i>Anxious</i> <input type="checkbox"/>	<i>Slightly</i> <i>Anxious</i> <input type="checkbox"/>	<i>Fairly</i> <i>Anxious</i> <input type="checkbox"/>	<i>Very</i> <i>Anxious</i> <input type="checkbox"/>	<i>Extremely</i> <i>Anxious</i> <input type="checkbox"/>
1. If you were about to have your TEETH SCALED AND POLISHED, how would you feel?				
<i>Not</i> <i>Anxious</i> <input type="checkbox"/>	<i>Slightly</i> <i>Anxious</i> <input type="checkbox"/>	<i>Fairly</i> <i>Anxious</i> <input type="checkbox"/>	<i>Very</i> <i>Anxious</i> <input type="checkbox"/>	<i>Extremely</i> <i>Anxious</i> <input type="checkbox"/>
1. If you were about to have a LOCAL ANAESTHETIC INJECTION in your gum, above an upper back tooth, how would you feel?				
<i>Not</i> <i>Anxious</i> <input type="checkbox"/>	<i>Slightly</i> <i>Anxious</i> <input type="checkbox"/>	<i>Fairly</i> <i>Anxious</i> <input type="checkbox"/>	<i>Very</i> <i>Anxious</i> <input type="checkbox"/>	<i>Extremely</i> <i>Anxious</i> <input type="checkbox"/>

Şekil 2.2. Modified Dental Anxiety Scale (Howard ve Freeman, 2006)

VPT (Venham Picture Test-Venham resim testi)

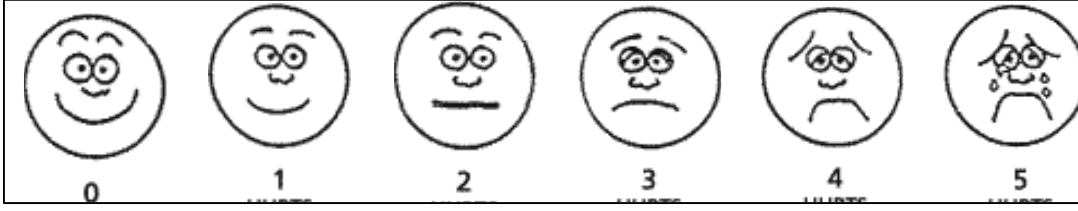
Venham (1979) tarafından geliştirilmiştir. 3 yaş ve üstü çocuklarda anlık kaygının değerlendirilmesinde güvenle kullanılabilen bir ölçektir. Çocuklar için bir tür projektif resim seçme görevidir. 8 resimden oluşur ve her resimde erkek çizgi karakter 2 farklı duygu durumunda resmedilmiştir. Toplam skor 0-8 arasında değişmektedir. Geçerlik ve güvenilirliği yeterli düzeyde olduğu ifade edilmiştir (Jimeno, 2011; Porrit, 2012).



Şekil 2.3. Venham Picture Test (Venham, Gaulin-Kremer, 1979)

FIS (Facial Image Scale-Yüz Şekli Ölçeği)

Duruma göre kaygı düzeyini değerlendirmek için kullanılan bir ölçektir. “Gülen yüzler serisi” olarak da farklı bir isimlendirmesi vardır. Pratik ve bir yöntemdir. Yeterli algılama ve konuşma düzeyine sahip olmayan çocuklarda, anlık duygusal durumu yansıttığı bildirilmiştir (Porrit, Marshman ve Rodd, 2012).



Şekil 2.4. Facial Image Scale (Garra ve diğerleri, 2009)

STAI (State-Trait Anxiety Inventory-Anlık ve sürekli kaygı ölçeği)

Spielberger ve diğerleri (1970) tarafından durumluk ve sürekli kaygıyı ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Toplam 40 maddelik bir ölçektir, 6-12 yaş grubu çocuklarda anlık ve sürekli kaygının değerlendirildiği iki ayrı bölümden oluşur. Yüksek güvenilirlik ve geçerliğine rağmen kullanımı kısıtlıdır çünkü ölçek oldukça uzundur, soruların yanıtlanması epey zaman aldığı bildirilmiştir (Newton ve Buck, 2000; Li ve Lopez, 2005).

SFP (Smiley Faces Programme-Gülen Yüzler Programı)

(MDAS) Modifiye diş hekimi kaygı ölçeğindeki maddelerin (FIS) yüz şekli skalası ile birleştirilerek bilgisayar ortamına taşınması ile geliştirilmiştir. Ölçeğin farklı dental senaryolarda çocuklarda ortaya çıkabilecek kaygıyı değerlendirmeyi hedeflediği belirtilmiştir (Jimeno, 2011; Porrit, 2012).

2.3.3. Fizyolojik ölçekler

Kaygı ile ortaya çıkan psikofizyolojik cevaplar genellikle otonom sinir sisteminin sempatik dalındaki aktivite artışı ile ilişkilidir. Kardiyovasküler sistemde (artmış kan basıncı ve nabız), ter bezlerinde(ter üretiminde ve derinin elektrik iletkenliğinde artış), kaslarda(artmış kas tonusu, spazmodik hareketler), solunum sisteminde(nefessiz kalma hissi vb.), sindirim sisteminde(ağız kuruluğu, kabızlık) değişiklikler meydana gelmektedir.

Çocuklarda dental tedavi prosedürünün uygulanması sırasında psikofizyolojik cevaplar ölçüldüğünde genel olarak sempatik sistemin uyarılmasına bağlı olarak katekolaminlerin sekresyonunda ve kalp atım hızında artma ile derideki galvanik dirençte azalma görülür (Rosenberg ve Katcher, 1976). Çalışmalar dental tedavi

öncesinde yapılan fizyolojik ölçümlerin hastadaki stres derecesinin ölçülmesinde oldukça kullanışlı olduğunu bildirmektedir (Messer, 1977; Beck, 1981).

Kalp atım hızı ve kan basıncı

Messer (1977) ve Myers (1972) kalp atım hızının ve kan basıncının kaygı ölçümünde güvenilir indikatörler olduğunu bildirmişlerdir. Rayen ve diğerleri (2006) kalp atım hızı ve kan basıncının dental klinikteki kaygı ve stres ile eşzamanlı olarak arttığını bulgulamışlardır. Kalp atım hızında meydana gelen değişiklik çoğunlukla otonomik uyarılmanın bir göstergesidir ve dental kaygı düzeyine ilişkin bilgi verse de, iskelet kası aktivitesinden, nefes alıp verme paterninden de etkilenecek şekilde değişebileceği unutulmamalıdır.

Elektrodermal aktivite (EDA)

EDA yalnızca sempatik sinir sistemi tarafından inervasyonu gerçekleştirilen ekrin ter bezlerinin aktivitesini ölçer. Bu ölçüm tekniği psikolojik olarak uyarılan terlemeyi ölçme esasına dayandığı bildirilmektedir (Jimenez, Cantero, Menchen, Coneo ve Benedito, 1995). EDA duygular, fizyolojik uyarımlar, dikkat ile bağlantılıdır ve pek çok psikofizyolojik bozuklukta klinik rehber olarak kullanılmıştır (Bradley, Silakowski ve Lang, 2008). Yüksek hassasiyete sahiptir ve somatik etkilerden göreceli olarak bağımsızdır.

Tükrükteki kortizol seviyesi

Dental kaygı, dental ağrı ve tükrükte bulunan kortizol konsantrasyonu arasındaki ilişki acil dental tedavi ihtiyacı olan hastalarda araştırılmış ve dental kaygının tek başına hipotalamus-hipofiz-adrenal bez aksında cevap oluşturmakta yeterli olmadığı görülmüş, ve bununla birlikte diş ağrısının tükrükteki kortizol konsantrasyonunu belirgin bir biçimde değiştirebileceği belirtilmiştir (Kanegene, Penha, Munhoz ve Rocha, 2009) Son yıllarda yapılan çalışmalar tükrükteki CgA(Chromogranin A)'nın dental tedavi sırasında çocuklardaki stres düzeyinin tespitinde kullanılabileceğini gösterilmiştir. CgA adrenal bezde üretilen bir glikoproteindir. Sempatik ve adrenomedullar sistemin aktivitesinin indikatörüdür.

Psikolojik strese neden olan etkenlere karşı daha hassastır ve tükürükteki düzeyinin kortizole oranla daha hızlı şekilde arttığı ifade edilmektedir (Jimeno, 2011; Mitsuhata, 2012).

2.4. Davranış Yönlendirme Teknikleri

Anksiyeteyi kontrol etmekteki en basit yol etkili bir koruyucu program kurarak dental tedavi gereksiniminin yok edilmesidir. Etkili bir koruyucu programa ek olarak güven üzerine bir ilişki kurmak da son derece önemlidir, bu nedenle çocuğun endişe ve korkuları dikkatle dinlenmelidir. Yapılacak her girişimin ağrısız olmasından emin olunmalıdır. Lokal anestezinin ağrısız olması için topikal anestezi uygulaması ve yavaş enjeksiyonun şart olduğunun gözden kaçırılmaması gerektiği belirtilmektedir (Welbury, 2001).

Küçük çocukların büyük kısmının tedavinin içeriği ile ilgili çok az fikri bulunmaktadır. Çoğu çocuk diş hekiminin arkadaşça vereceği garanti sonucu anksiyetesiyle başa çıkabilmektedir ancak bazı çocukların daha kapsamlı tekniklere ihtiyaç duyabileceği bildirilmektedir (Welbury, 2001).

Davranış yönlendirme teknikleri uzun yıllardır kullanılmakta olup hangi yöntemlerin kabul edilebilir, hangilerinin kabul edilemez olduğu tüm dünyadaki çocuk diş hekimleri arasında tartışma yaratmaktadır. İletişim becerilerinin kullanılmasını gerektiren; anlat-göster-uygula, pozitif yönlendirme, ses kontrolü, dikkati başka yöne çekme, modelleme, ebeveyn varlığı/yokluğu teknikleri evrensel olarak kabul edilmektedir (Roberts, Curzon, Koch ve Mertens, 2010).

2.4.1. Sözsüz iletişim

Çocuk diş hekimliğinde etkili iletişimin belirli anahtar özellikleri diş hekiminin davranışlarını içermektedir. Diş hekiminin davranışı yönlendirebilen tutumu çocuklarda anksiyeteyi azaltır ve diş hekimlerine çocuklarda uyumlu davranışlarla ilgili bilgi verir.

Sözsüz iletişim; uygun temas, duruş, yüz ifadesi ve beden dili aracılığıyla davranışın güçlendirilmesi ve yönlendirilmesidir. Diş hekiminin çocuğu tedavi

edebilme yeteneğinde farkındalık yaratıp hekimin özgüven duygusunu etkiler. Aynı zamanda hekimin duruş ve postürü, çocukla olan göz teması sözsüz iletişim yaklaşımını etkiler. Sözsüz iletişimde en büyük etkenlerden birisi de yüz ifadesidir. Yüz ifadesi ile kontrollü ve ciddi bir duruş sergileyerek çocuğun davranışında yönlendirme sağlanabileceği belirtilmektedir (Fegial, 2001; Townsend, 2013; AAPD, 2015).

Çocuktaki dental anksiyeteyi azaltmak için bazı rutin klinik davranışların etkileri tanımlanmıştır. Zhou ve diğerleri (2010) nın yaptığı çalışmada iletişimin hem sözlü hem de sözsüz iletişimini ele almak için video kaydı ile hemşire-çocuk etkileşimleri incelenmiştir. Video programın gelişiminin anlatıldığı bu çalışmada, program halk sağlığını araştırmak için oldukça kapsamlı bulunmuştur (Law ve Blain, 2003).

2.4.2. Tell-Show-Do (anlat-göster-uygula)

'Tell-show-do' davranış yönlendirme tekniği yıllardır geçerliliğini koruyan ve hasta velileri tarafından en çok kabul gören tekniktir ve bu tekniğin çocuk üzerinde başarılı bir yöntem olduğu ifade edilmektedir (Murpy, Fields ve Manchen, 1984).

'Tell-show-do' tekniği, çocuğu tedaviyi kabullenmiş ve rahatlamış bir hasta haline getirmek için uygulanan bir yöntemdir. Teknik basittir ve daima işe yarar. Teknik hiç bir şey yapmadan önce, yapılacak işin aktarılması ve çeşitli benzetmelerle tam olarak neler olacağını işlem başlamadan önce çocuğa anlatılması şeklinde tanımlanmaktadır (Pinkham,2009; Klingberg, 2009).

Teknik pek çok diş hekimi tarafından davranış şekillendirmede kullanılmaktadır. Teknik yapılacak işlemin sözle anlatılması (anlat), hastanın beş duyusunu kullanacağı şekilde demonstrasyonunun yapılması (göster) ve anlatmaya devam ederek işlemin uygulanması (uygula) prosedürlerini içermektedir. Bu teknik iletişim becerileri ve pozitif yüreklendirme kullanarak uygulanmaktadır. Her çocukta kullanılabilen ve tekniğin herhangi bir kontrendikasyonunun bulunmadığı bildirilmektedir (AAPD 2015; Townsend,2013).

2.4.3. Pozitif yönlendirme

Hastada istenen davranışı oluşturabilmek amacıyla doğru geri bildirim verilmesi prensibine dayanmaktadır. İstlenen davranışlar ödüllendirilerek, bu davranışların devamlılığı teşvik edilebilmektedir. Sosyal yüreklendirmenin, sözlü takdir yoluyla yapılabildiği, sosyal olmayan yüreklendirmenin ise oyuncaklar yoluyla sağlanabileceği belirtilmektedir (AAPD 2015).

2.4.4. Ses kontrolü

Bu teknikte amacın kötü davranışı durdurmak, çocuk ile hekim arasındaki uygun otorite ilişkisini kurmak ve çocuğun dikkatini çekmek olduğu bildirilmektedir (AAPD 2015).

Ses tonu ve sesin yüksekliğinde değişiklik yapılması pedodontide uzun yıllardır kullanılmaktadır. Araştırmacılar beklenmedik bir anda yüksek sesle ve kararlı biçimde “ağzını aç ve ağızla” komutunun verilmesinin sıklıkla işe yarayacağını belirtmişlerdir. Ses kontrolüyle beraber yüz ifadesi de kontrol edilmelidir. Bazı araştırmacılar ne söylendiğinden çok nasıl söylendiğinin önemli olduğunu belirtmişlerdir. Teknik çoğunlukla bir ceza imiş gibi görünse de zaman zaman iyi davranışı korumaya yönelik bir pozitif yüreklendirme olarak da kullanılabilir (Fegial, 2001; Wright, 2011).

2.4.5. Dikkati başka yöne çekme

Çocuğun dikkatini hoşuna gitmeyen uygulamadan başka bir yöne çekerek yapılan uygulamadır. Stresli bir işleme ara verilip dikkati başka yöne çekme tekniğinin uygulanması daha ileri tekniklere geçilmeden önce etkili olabileceği belirtilmektedir (AAPD 2015).

Marwah ve diğerleri (2005) tarafından yapılan bir çalışmada dikkati başka yöne çekmede müziğin kullanılmasının etkisi araştırılmıştır. Müzik dinletilen gruptaki çocukların nabızları kontrol grubundaki çocukların nabızlarına göre daha düşük bulunmuştur. Bunun da müziğin anksiyeteyi azaltmadaki etkisinin çok belirgin olmamakla birlikte bir göstergesi olduğu ifade edilmiştir. Bu bulgu daha önce

müziğin dental anksiyete üzerine olan etkisini araştıran çalışmaların çoğuyla örtüşmektedir.

Marwah ve diğerleri (2007), yaptıkları çalışmalarında işitsel ve işitsel-görsel tekniklerin dikkati başka yöne çekme ve anksiyeteyi azaltma açısından etkinlikleri kıyaslamışlardır. Elde edilen sonuçlara göre işitsel teknikler belirgin olmamakla beraber dental anksiyeteyi azaltmaktadır. Bu konu araştırmacılar tarafından müzik sesinin turlu aletlerin seslerinin duyulmasını engellemesine bağlanmıştır. İşitsel-görsel tekniğin işitsel tekniğe göre dental anksiyeteyi azaltmada daha etkili olduğu bulunmuştur. Bu tekniğin yetişkin hastalarda da kullanılabileceği belirtilmiştir.

2.4.6. Modelleme

Sosyal öğrenme teorisine göre çocuğun öğrenme ve gelişim sürecinin büyük kısmı gözlem ve taklitle dayanmaktadır. Bu teoriden hareketle çocuğun kendi yaşına ve cinsiyetine eş başka bir çocuğu dental tedavi öncesinde belki de korkmuş halde izlemesi, çocuğa uygulanan davranış yönlendirme tekniğini görmesi, gözlemlenen çocukta bunun işe yaradığını ve dental tedavi sonrasında gözlediği çocuğun ödüllendirildiğini gözlemlemesi etkili bir teknik olabilmektedir (Murphy, 1984; AAPD 2015).

2.4.7. Ebeveyn varlığı/yokluğu

Ebeveynler, çocuk hastanın diş hekimliği davranışında önemli bir rol oynamaktadır ve bu nedenle, diş tedavisi korkusundaki ebeveynin rolünün pediatrik diş hekimlerine yönelik bir konu olmaya devam ettiği düşünülmektedir (Shahnavaz, 2015; Shroff, 2015). 1990'ların başında, diş tedavisinde ebeveyn katılımının artmasından hareketle, ebeveynin tedaviye çocukla birlikte alınmamasına ilişkin geleneksel yaklaşımın uygulanabilir olmayabileceği ya da böyle bir yaklaşımın uygulanamayacağı kabul edilmiştir (Certo ve Bernat, 1995).

Çocuğun tedaviye ebeveynle birlikte alınıp alınmamasıyla ilgili değişik görüşler mevcuttur. Kostanos ve diğerleri (2005) ebeveynlerin varlığının veya yokluğunun güçlü bir davranış yönetim aracı olabileceğini öne sürmüşlerdir. Çocukların

davranışlarını gözlemleyen diş hekimleri; ebeveynler çocuğun yanında olmadığına, çocukların davranışlarını geliştirdiğini gözlemlemişlerdir. Yine de yapılan çalışmalarda ebeveynlerin hangi yaşa kadar tedavi esnasında çocuğun yanında olması gerektiğiyle ilgili net bir görüş yoktur.

Bu konuda yapılan bir çalışma ebeveynlerle ve çocukla aynı anda kooperasyon kurulmasını sağlamayı ve bu sayede çocuğun doğru davranışlarını teşvik etmeyi amaçlamıştır. Hekimlerin çok azı ebeveyn varlığı durumunda kendilerini baskı altında hissettiklerini belirtmişlerdir (Crossley ve Joshi, 2002).

Bayrak ve diğerlerinin (2010) yaptıkları bir çalışmada anneler ile çocuklarının dental kaygıları arasında bir ilişki bulunmadığı, dental kaygının ebeveyn tarafından öğretilen bir durum olmadığı belirtilmiştir.

2.4.8. Koruyucu stabilizasyon

Koruyucu stabilizasyon uygulaması hastanın izni olmaksızın hastanın yara alma olasılığını azaltmak için hastanın hareketlerinin sınırlandırılmasıdır. Bu sınırlandırma başka bir kişi ya da kişileri, hasta stabilizasyonu sağlayan cihazları, ya da bunların bir kombinasyonu ile sağlanabilir. Bu yöntemin kullanılması fiziksel ve psikolojik ciddi sonuçlar doğurabilmektedir. Hasta zarar görebilir. Bu tekniğin kullanılması konusu hasta hakları açısından da çok tartışmalıdır (Nunn, 2008; AAPD 2011; AAPD 2015).

Literatür koruyucu stabilizasyonun çeşitli şekilleriyle ilgili bölünmüş durumdadır. Araştırmacılar bağlama yöntemi kullanıldığında diş hekimi korkusuyla ilgili davranışın %85 oranında devam ettiğini göstermişlerdir. Ancak diş hekiminin yardımcısının çocuğu tutması yöntemi çok daha etkili bulunmuştur. Ailelerin bu tekniğe yaklaşımı çok değişkendir ve tekniği ailelerle kısmen uzlaştırmak için araştırmacılar “bağlama” teriminin “koruyucu stabilizasyon ile değiştirilmesi” gerektiğini belirtmişlerdir (Robert ve diğerleri, 2010).

2.4.9. Göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), iyi bir psikoterapi yaklaşımıdır. Kötü deneyimler, fobi, panik bozukluğu, çocuklarda travma belirtileri, kronik ağrı ve başka sorunların tedavisinde kullanılan psikolojik bir yöntemdir. Shapiro'ya göre, EMDR travmatik anıya erişilmesini veya bilgilerin arasında ilişki kurulmasını sağlamaktadır. Duygu, düşünce, duyum, imge, ses, koku gibi bilgiler işlenip ilişkili anı ağlarına bağlanarak bütünleşir. Böylece o deneyimle ilgili öğrenme gerçekleşir (Shapiro, 2001).

Amaç, geçmişte yaşanan anıların yeniden işlenerek hem geçmiş hem de şimdiki zamanda yaşanan olaylarla ilgili olarak yaşanan stresi büyük ölçüde azaltmaktır. EMDR diğer birçok terapi modeline göre daha yeni bir yöntemdir. Çocuk ve ergen terapilerinde çeşitli versiyonları ile kullanımı ise daha yenidir. Çocuk ve ergenlerin EMDR süreci yetişkinlere oranla biraz daha hızlı olmaktadır (Silver, 2008; Rodenburg, 2009).

Diş hekimliği alanı ile ilgili bildirilen vaka raporlarında dental fobisi olan hastaların EMDR uygulamasının ardından spesifik fobi duygularının kalmadığı bildirilmiştir (de Jongh, van den Oord ve ten Broke, 2002).

2.4.10. Ask-Tell-Ask (Sor-Anlat-Sor)

2015 AAPD (The American Academy of Pediatric Dentistry) davranış yönlendirmesi rehberinde 'ask-tell-ask' yöntemi sözel davranış yöntemleri arasına alınmıştır. 'Ask-tell-ask' tekniği, çocuğun tedavi prosedürü ile ilgili kaygılarını azaltmak için programlanmış bir geri bildirim sistemi şeklinde tanımlanmıştır (AAPD, 2015).

Bu sistem, hastanın herhangi bir planlı prosedürle ilgili olan konudaki duygu ve isteklerini sormayı (sor); işlemlerin hastanın bilişsel seviyesine uygun bir dille anlatılmasını ve açıklanmasını (anlat); ve hastanın anladıklarını ve yaklaşan tedavi ile ilgili nasıl hissettiğini tekrar sorma işlemini (sor) içerir. Hastanın endişeleri devam ederse diş hekimi onunla konuşabileceği, durumu değerlendirip ve eğer

gerekliyse davranış yönlendirme tekniğini değiştirebileceği gösterilmiştir (AAPD, 2015).

'Ask-tell-ask' hasta iletişim becerileri stratejisi, tıp fakültesi öğrencilerinin öz değerlendirme becerilerini geliştirmelerine yardımcı olmak için 2005 yılında Cleveland Kliniğinde uygulanmaya başlanmıştır. O zamandan beri birçok bölgesel ve ulusal konferanslarda bu teknik yer bulmuştur (Judith, Colbert, Pien, Dannefer ve Taylor, 2015).

Judith ve diğerlerinin (2015) tıp fakültesi öğrencileri ile gerçekleştirdikleri çalışmasında 'ask-tell-ask' tekniği ile yapılan geri bildirim, önceden belirlenmiş sorumlulukları tespit ettiğini, her katılımcının rollerini anlaması için olumlu bir etki sağladığını belirtmişlerdir. Bu geri bildirim sistemine göre, öğrencilerin kendi hedeflerini bilmeleri gerekmektedir. Bu sayede öğrencilerin davranışları onlara 'ask-tell-ask' tekniğini uygulayan öğretmen tarafından izlenilmiş ve kayıt altına alınmış olur (Branch ve Paranjape, 2002).

Araştırmacılara göre geri bildirim ve düşünme, klinik ortamda kullanılan iki temel öğretim yöntemidir. Çoğu klinisyen, geri bildirim verme ilkelerine aşina olsa da, öğrencilerin genel şikayeti geri bildirim almada yaşanan problemlerdir. Bu geri bildirim algısının eksikliği için birkaç açıklama vardır: Geri bildirim eksikliği, öğrencilerin geri bildirim aldıklarını farketmemesi veya öğrencilerin aldığı geri bildirimle ilgili veri toplama sorunlarıdır (Judith ve diğerleri, 2015).

Araştırmacılar kendi prosedürlerinde 'ask-tell-ask' yöntemini uygulayan ve bu yöntemin uygulandığı kişiler arasında bir sözleşme protokolü oluşturulması gerektiğini savunmuşlardır. Hastayla ilk karşılaşma anından itibaren başlayan bu süreci anamnezin derinleştirilmesi, tedavi protokolünü belirleme ve hasta kabulünün izlediği belirtilmiştir. Judith ve diğerlerinin (2015) 'ask-tell-ask' modeli üzerine yaptıkları bir çalışmada öğretim üyelerinin tıp fakültesi öğrencisine bu ask-tell-ask modelini uygulamadan önce karşılaşılan durumla ilgili iyileştirme çalışmalarını sorgulaması için geri bildirim sözleşmesi şeklinde verildiği belirtilmiştir. Geri bildirim sözleşmesinin, öğrencinin öğrenme yetisini etkilediği, eğitim için ortak bir amaçla öğrencilerin birkaç günlük yoğun klinik temposuna

yardımcı olduğu gösterilmiştir. Geri bildirim sözleşmesinin aynı zamanda beklentileri de belirlediği ve gün sonunda hem çalışanın hem de fakültenin geri bildirimine rehberlik ettiği belirtilmiştir. Böylece geri bildirim sözleşmesi etkileşimlerin eğitimsel değerini arttırmanın yanı sıra zamanı verimli kullanmaya da yardımcı olduğu savunulmuştur (Ewa,2005; Barr,2014).

Sedasyon ve genel anestezi tekniklerinin mental, fiziksel, medikal sebeplerle dış tedavisi alamayan çocuklarda veya mevcut davranış yönlendirme teknikleri ile uyumlanamayan hastalarda etkili ve güvenli bir biçimde kullanılabileceği belirtilmektedir (AAPD, 2015).





3. GEREÇ VE YÖNTEM

Öncelikle örneklem hacminin belirlenmesi amacıyla power analiz gerçekleştirildi. Çalışmada karşılaşılabilecek kısıtlayıcılar dikkate alındığında %95 güvenle ve 0,8 duyarlılık sağlanacak sayının belirlenmesi gerçekleştirilerek Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı İlk Muayene Birimi'ne başvuran, diş hekimi ile ilk defa iletişime geçen, aşağıda çalışmaya dahil edilme kriterleri belirtilen 3-5 yaş grubu 26 kız ve 26 erkek çocuk hasta çalışmaya dahil edildi.

Araştırma için gerekli olan etik kurul onayı Gazi Üniversitesi etik komisyonu tarafından 13/03/2017 tarihinde 77082166-604.01.02- sayı ile alındı (Bkz. Ek-1).

Çalışmaya dahil edilen tüm çocuklara ve ebeveynlerine çalışma hakkında bilgi verilip gerekli izinler alındıktan ve aydınlatılmış onam formu imzalatıldıktan sonra klinik işlemlere geçildi.

3.1. Çocuğun Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 3-6 yaş grubunda yer alması
- Daha önce diş hekimliği ile ilgili davranış yönlendirmesi almamış olması
- Hiçbir girişimsel dental tedavi tecrübesi bulunmaması
- Pulpitis ile ilişkili diş ağrı hikayesi olmaması
- Mental-gelişimsel-nöropsikiyatrik bozukluğu bulunmaması

Post-travmatik stress bozukluğu, özgül fobisi bulunan, girişimsel dental tedavi yaptırmış olan, pulpitisle ilişkili şiddetli diş ağrısı şikayeti bulunan, travma nedeniyle veya ekstraoral şişlik gibi acil diş tedavisi ihtiyacı ile kliniğe başvurmuş olan çocuklar çalışma kapsamına alınmadı.

3.2. Çalışma Protokolü

Yukarıda açıklanan özelliklere uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden çocuklar dental koltuğa oturtuldu ve bu çocuklara 'Venham Resim Testi' uygulandı. Venham Resim Testi'nde bulunan 8 çift resim çocuğa açıklayıcı olmak amacıyla 'Elimde bulunan, sana göstereceğim resimlerden şu anda hissettiğin duyguyu hangisi

yansıtıyorsa, sen hangisi gibiysen o resmi bana göstermeni istiyorum.’ talimatı verildi.

Bu testte her resim çiftinden kaygı düzeyi yüksek karakter seçimi için 1 puan, kaygı düzeyi düşük/ kaygısı olmayan karakter seçimi için 0 puan olacak şekilde toplam 8 puan üzerinden skora yapıldı. Çocukların dental kaygı düzeyinin tespitinin ardından sadece Venham Resim Testi’ne göre kaygı düzeyi yüksek olan çocuklar çalışmaya dahil edildi. Kaygı düzeyi düşük/ kaygısı olmayan çocukların intraoral muayeneleri yapılarak gerekli diş tedavileri planlanarak randevu için yönlendirildi.

Venham Resim Testi’ne göre kaygı düzeyi yüksek bulunan bu çocuklar randomize bir şekilde iki gruba ayrıldı. Bir gruba ‘ask-tell-ask’ diğer gruba ‘tell-show-do’ davranış yönlendirme tekniği uygulandı. Bu iki davranış yönlendirme tekniği profilaktik amaçla uygulanan ve çocuğun kaygısını değiştirmeyecek bir uygulama olan fırça ile diş yüzeylerine florid vernik uygulanması sırasında kullanıldı ve her hastaya standart 15 dakikalık işlem süresi tanındı. Standart olması için uygulama sırasında çocukla birlikte ebeveyn eşlik edebilecek şekilde planlandı. Ebeveynlerin pasif kalması sağlandı. Kaç çocuğun ilk uygulamada ‘ask-tell-ask’ yöntemi ile yönlendirilebildiği kaç çocuğun yine ilk uygulamada ‘tell-show-do’ yöntemi ile yönlendirilebildiği tespit edildi. Bu iki yöntemden biri ile florid vernik uygulamasına izin vermeyen hasta, bir hafta sonra tekrar çağırıldı ve çalışmada değerlendirilen diğer davranış yönlendirme tekniğine geçildi. Bu sayede ‘ask-tell-ask’ ile yönlendirilemeyen kaç çocuğun ‘tell-show-do’ yöntemi ile yönlendirilebildiği, ‘tell-show-do’ ile yönlendirilemeyen kaç çocuğun ‘ask-tell-ask’ yöntemi ile yönlendirilebildiği kayıt altına alındı.

Herbir davranış yönlendirme tekniği uygulandıktan sonra ebeveyn kabulü yönünden velilere form verilerek kullanılan tekniğin kendileri açısından olumlu ya da olumsuz olup olmadığı konusunda geri bildirim alındı (Ek-4).

İlk olarak toplanan veriler için frekans dağılımı (frequencies) analizi yapılarak genel durum ortaya konulmaya çalışıldı.

“Ask-tell-ask” ve “tell-show-do” yöntemleri sonrası gösterilen olumlu ve olumsuz davranışların cinsiyet, yaş ve çalışma grupları ile ilişkili olup olmadığının tespiti için korelasyon analizi uygulandı ve ilişkili olduğu tespit edilen parametrelere dair bulgular ve regresyon analizi ile yaş, cinsiyet ve çalışma grubu parametrelerinin “Ask-tell-ask” ve “tell-show-do” yöntemlerinin uygulanmasının ardından gösterilen davranışı ne kadar açıklayıp açıklamadığı göz önüne alınarak bulgular değerlendirildi.

Verilerin analizi için IBM SPSS Statistics 22 paket programı ve grupların karşılaştırılması için T testi ve IBM SPSS programı kombine olarak kullanıldı.

Uygulanan “ask-tell-ask” ve “tell-show-do” yöntemlerinin ardından gösterilen davranışların cinsiyet, yaş ve gruplara göre farklılaşıp farklılaşmadığı bağımsız örneklem T testi yardımı ile irdelendi ve elde edilen bulguları pekiştirmek için çapraz tablolardan faydalanıldı.



4. BULGULAR

'Ask-tell-ask' yöntemi ile ilk olarak 1.gruptaki 26 çocuk yönlendirildi. 2.gruptan 'tell-show-do' ile yönlendirilemeyen 7 çocuğa 1 hafta sonra 'ask-tell-ask' yöntemi uygulandı. Toplamda 33 çocuk 'ask-tell-ask' yöntemiyle yönlendirilmiş oldu. (Çizelge 4.1.)

Çizelge 4.1. 'Ask-tell-ask' yöntemine gösterilen uyum için frekans dağılımı

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Olumlu	21	40,4	63,6	63,6
	Olumsuz	12	23,1	36,4	100,0
	Total	33	63,5	100,0	
Missing	System	19	36,5		
Total		52	100,0		

Çizelge 4.2. 'Ask-tell-ask' yöntemine gösterilen uyum için cinsiyet, yaş çapraz tablosu

Cinsiyet			Ask-Tell-Ask		Total	
			Olumlu	Olumsuz		Olumlu %
Erkek	Yaş	3	3	4	7	42,86%
		4	5	2	7	71,43%
		5	4	0	4	100,00%
	Total	12	6	18	66,67%	
Kız	Yaş	3	1	2	3	33,33%
		4	4	3	7	57,14%
		5	4	1	5	80,00%
	Total	9	6	15	60,00%	
Total	Yaş	3	4	6	10	40,00%
		4	9	5	14	64,29%
		5	8	1	9	88,89%
	Total	21	12	33	63,64%	

Çizelge 4.2.de görüldüğü gibi uygulanan 'ask-tell-ask' yöntemi için başarı yüzdeleri değerlendirildiğinde, erkek çocuklarda %66,67, kız çocuklarında %60 olarak bulgularla bulgularla.

Cinsiyetten bağımsız olarak ele alındığında 'ask-tell-ask' yönteminde genel başarı %63,64 olarak bulgularla.

'Tell-show-do' yöntemi ile ilk olarak 2.gruptaki 26 çocuk yönlendirildi. 1.gruptan 'ask-tell-ask' ile yönlendirilemeyen 9 çocuğa 1 hafta sonra 'tell-show-do' yöntemi

uygulandı. Toplamda 35 çocuk 'tell-show-do' yöntemi ile yönlendirilmiş oldu. (Çizelge 4.3.)

Çizelge 4.3. 'Tell-show-do' yöntemine gösterilen uyum için frekans dağılımı

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Olumlu	22	42,3	62,8	62,8
	Olumsuz	13	25,0	37,2	100,0
	Total	35	67,3	100,0	
Missing	System	17	32,7		
Total		52	100,0		

Çizelge 4.4. 'Tell-show-do' yöntemine gösterilen uyum için cinsiyet, yaş çapraz tablosu

Cinsiyet			TellShowDo		Total	
			Olumlu	Olumsuz		Olumlu %
Erkek	Yaş	3	2	5	7	28,57%
		4	5	3	8	62,50%
		5	2	1	3	66,67%
	Total	9	9	18	50,00%	
Kız	Yaş	3	1	2	3	33,33%
		4	6	2	8	75,00%
		5	6	0	6	100,00%
	Total	13	4	17	76,47%	
Total	Yaş	3	3	7	10	30,00%
		4	11	5	16	68,75%
		5	8	1	9	88,89%
	Total	22	13	35	62,85%	

Çizelge 4.4. de görüldüğü gibi uygulanan yöntemlerin başarı yüzdeleri değerlendirildiğinde, 'tell-show-do' yönteminin başarı yüzdesi erkek çocuklarda %50, kız çocuklarda %76,47 oranında bulguları.

Yaşın artması ile elde edilen başarının her iki cinsiyette de artmış olduğu ve genel ortalamanın %62,85 olduğu bulguları.

Çizelge 4.5. 'Ask-tell-ask' ve 'tell-show-do' grupları için çapraz tablo

		Grup		Total
		1.grup	2.grup	
Ask-tell-ask	Olumlu	17	4	21
	Olumsuz	9	3	12
Total		26	7	33
Tell-show-do	Olumlu	3	19	22
	Olumsuz	6	7	13
Total		9	26	35

Çizelge 4.5. 'de görüldüğü gibi 'ask-tell-ask' tekniği ile yönlendirilemeyen 9 çocuktan 3'ü 'tell-show-do' tekniği ile yönlendirilebildi. 'Tell-show-do' tekniği ile yönlendirilemeyen 7 çocuktan 4'ü 'ask-tell-ask' tekniği ile yönlendirilebildi.

Çizelge 4.6. 'Ask-tell-ask' ve 'tell-show-do' için karşılaştırma gruplarının p değerleri

p değeri		3 ve 4 yaş	3 ve 5 yaş	4 ve 5 yaş
	Ask-tell-ask		0.258	0.027
Tell-show-do		0.116	0.007	0.129

Çizelge 4.6 da görüldüğü gibi 'ask-tell-ask' ve 'tell-show-do' yöntemi uygulanan çocukların davranışında, sadece 3 veya 5 yaşında olma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edildi ($p < 0,05$).

Çizelge 4.7. 'Ask-tell-ask' tekniğinin ebeveyn kabulü yönünden incelenmesi

	Cinsiyet	N	Ebeveyn Kabulü	%
Ask-tell-ask	Erkek	18	17	94,4
	Kız	15	14	93,3

Çizelge 4.8. 'Tell-show-do' tekniğinin ebeveyn kabulü yönünden incelenmesi

	Cinsiyet	N	Ebeveyn Kabulü	%
Tell-show-do	Erkek	18	18	100
	Kız	17	16	97,14

Çizelge 4.7 ve 4.8 de görüldüğü gibi 'ask-tell-ask' tekniği uygulanan erkek hastaların ebeveynlerinin bu tekniği kabulü %94,4 ve kız hasta ebeveynlerinde

%93,3 olarak bulgularlandı. 'Tell-show-do' tekniğinin erkek hastaların ebeveynleri tarafından kabulü %100, kız hastaların ebeveynleri tarafından kabulü ise %97,14 olarak tespit edildi.

Her iki teknik ebeveyn kabulü yönünden karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olmadığı tespit edildi ($p>0.05$).



5. TARTIŞMA

Bilindiği gibi diş hekimi korkusu yaygın ve kaçınılmaz bir duygudur. Bu durum çeşitli dental tedavi yöntemlerine karşı oluşan strese bir cevap olarak görülmektedir. Korkunun yoğunluğu endişeye bağlı olarak değişir ve tedavinin başarıyla tamamlanmasının başlıca nedeni olarak düşünülür (Chapman, 1999; Udove, 2005). Diş hekimleri, anksiyetesi olan çocuğun tedavisine yardımcı olmak için çok çeşitli teknikler kullanmaktadır. Dental tedaviden önce hastanın kaygısının değerlendirilmesinin, diş hekiminin kaygı yönetimi için uygun tekniği bulmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir (Prabhakar, Marwah ve Raju, 2007).

Bu doğrultuda davranış yönlendirme teknikleri uzun yıllardır kullanılmakta olup hangi yöntemlerin kabul edilebilir, hangilerinin kabul edilemez olduğu tüm dünyadaki çocuk diş hekimleri arasında tartışma konusu haline gelmiştir. Çocuk diş hekimlerini diğer diş hekimliği branşı uzmanlarından ayıran temel fark ilgilenilen hasta grubunun çocuk hasta olmasıdır. Çocuk hasta yönetiminde ise etkin davranış yönlendirmede esas olan tedavinin gerçekleştirilebilir olmasıdır. Davranış yönlendirme konusu her ne kadar kişisel yetenekle ilgili gibi görünse de prensipleri ve temelleri olan, çocuk diş hekimliğinin kendisiyle birlikte ortaya çıkmış ve kalıplaşmış bir bilimdir. Gerekli prensip ve temellere hakim olmak çocuk diş hekimlerine arzu edilen huzurlu çalışma ortamını kazandıracaktır.

Bir çocuğun uyumlu bir hasta olabilmesi için uygulanan davranış yönetimi tedavinin başarısı için anahtar rol görevi görmektedir. Geleneksel davranış yönlendirme teknikleri başarılı olabilse de, ebeveynlerin ve bazı diş hekimlerinin bu tekniklerle ilgili tutumları değişik olabilmektedir. Örneğin, çocuğu hareketsiz tutmak etkili bir yöntem olmasına karşın, çoğu ebeveyn arasında bu yöntemin kabul edilemez bir konu olduğu gösterilmiştir (Murphy, 1984; Lawrence, 1991).

Anksiyeteyi kontrol etmekteki en basit yol etkili bir koruyucu program kurarak dental tedavi gereksiniminin yok edilmesidir. Etkili bir koruyucu programa ek olarak güven üzerine bir ilişki kurmak da son derece önemlidir. Çocuklar küçük yetişkinlermiş gibi algılanmamalıdır. Son derece hassastırlar ve çevrede olan değişiklikler onları korkutabilmektedir. Bu nedenle zamanın doğru kullanımı da çok

önemlidir. Diş hekiminin tüm çabasına rağmen başa çıkılamayan ısrarcı anksiyete durumlarında farmakolojik ajan kullanımına başvurulabilmektedir. Ancak farmakolojik ajan kullanımına alternatif davranış yönlendirme teknikleri kullanılabileceği ifade edilmiştir (Wilson, 2005).

Çocuk diş hekimliğinin temel amaçlarından bir tanesinin de çocuklarda olumlu bir etki yaratmaya çalışmak olduğu bildirilmektedir (Wright ve Stigers, 2011). Bu olumlu etkinin gerçekleşmesi için iletişimsel, ileri ve farmakolojik teknikler geliştirilmiştir (Wilson, 2005). Sosyal değişiklikler ve ebeveyn istekleri nedeniyle yeni teknikler kullanılmaya başlamıştır (Kuhn ve Allen, 1994). Amerikan Pediatrik Diş Hekimliği Akademisi (AAPD) ideal bir davranış yönlendirme tekniğinin uygun etkinlik, düşük risk kriterlerini sağladığında sosyal kabulünün olması gerektiğini kabul etmektedir (Adair, 2004).

Bazı çocuklarda, kronolojik ya da bilişsel yaşı düşük olması ve bazı duygusal sorunlardan dolayı, çeşitli farmakolojik ve invaziv davranış yönlendirme tekniklerinin kullanımının arttığı belirtilmiştir. Bu tür çalışmaların çoğunda, kullanılan farmakolojik ve invaziv yöntemlerin kabul oranları daha düşüktür (Lawrens, 1991; Allen, 1995; Aminabadi, 2008). Ancak bu tekniklerin kullanımından sonra hastanın uzun vadede tutumlarının olumlu bir şekilde değişebileceği de belirtilmiştir (Tsuchihashi, Uehara, Takagi, Miwa ve Sugimo, 2012).

Uygulanan bu davranış yönetimi konusunda karakter özelliklerinin de önemli olduğu anlaşılmaktadır. Bazı çalışmalar, hastanın karakter yapısını diş hekimliğinde korku ve davranışla ilişkili bulmuştur (Liddell, 1990; Klinberg, 1998). Karakter özellikleri, bireysel olarak değişen duygusal nitelik olarak tanımlanır (Kohnstamm, 1989; Bates, 1994). Karakter, diş hekiminin moderatörü olarak görülebilir ve çocukların stres durumlarını algılamasına yardımcı olduğu belirtilmiştir (Wertlieb, Weigel, Springer ve Feldtein, 1987). Liddell, hekimin karakter özelliklerinin davranış yönlendirmesine katkıda bulunduğu belirtse de, hoş olmayan dental deneyimlerinin diş hekimi korkusu gelişiminde kritik öneme sahip olduğunu vurgulamıştır (Liddell, 1990).

Çalışmamızda da hekimin karakteristik özellikleri ön plana çıkarılmadan nötr bir ifade ile üzerinde çalışılan davranış yönlendirme tekniklerini her hasta için standart olacak şekilde uygulanmıştır.

Çocukluk çağı diş hekimi korkusu veya davranış yönlendirme problemlerinin etiyojisi, farklı kaynakların predispoze edilmesi ile ilişkili olarak çok faktörlü bir bağlamda tartışılmıştır (Ayer,1984; Milgrom,1995). Birkaç çalışmada hastanın genel korkusu ve dental korkusu arasında ilişki gösterilmiştir (Brown,1986; Milgrom,1995; Klinberg, 1995). Bununla birlikte, İskoçya'daki çocuk dental konsültasyon kliniklerinde 60 çocuğu içeren bir araştırmada, genel korku seviyesi ile dental kaygı seviyesi yüksek çocuklar arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulgulanmıştır (Townend, 2000).

Dental korkusu olan çocuklarda diş hekimine gitme sıklığı ve genel kaygı bozukluğu varlığının incelendiği bir çalışmada ise diş hekimine gitme sıklığı, dmft değerleri ve diş hekimi korkusu arasında negatif bir ilişki olduğu, çocuğun genel kaygı düzeyi ile diş hekimi korkusu arasında pozitif ilişki olduğu bulgulanmıştır (Brown, Wright ve McMurray, 1986).

Porrit ve diğerleri (2012) çocuklarda dental tedavide spesifik herhangi bir kaygı giderici uygulamada bulunmadan önce problemin yönetimi için temel belirleyici olan "dental korku ve kaygının doğası"nın anlaşılmasının üzerinde durmuşlardır. Bu sayede kaygının etkili bir biçimde yönetilebilmesi için kişiye özel en uygun strateji tespit edilebileceğini ileri sürmüşlerdir.

Bilindiği üzere kaygı subjektif bir semptomdur ve kaygının her bireyde değişik derecelerde görülmesi sebebi ile kaygı ölçümünün oldukça güç olduğu belirtilmiştir. Çocuklarda dental kaygının ölçülmesinde farklı ölçek ve testler kullanıldığı bildirilmektedir (Alwin, Murray ve Britton, 1991).

3-5 yaş grubu çocuk hastalarda iki farklı davranış yönlendirme tekniğini değerlendirdiğimiz bu tez çalışmasında, çalışmaya dahil edilen çocukların, invaziv dental tecrübesi bulunmayan çocuklar olmaları nedeniyle invaziv klinik uygulamaların kaygı üzerine etkisini sorgulayan CFSS-DS, MCDAS ölçekleri tercih

edilmemiştir. Asıl amaç çocuğun durumsal kaygısını ölçmek olduğu için sürekli kaygıyı değerlendiren STAI, CFSS-DS ve aynı işlevi gören diğer ölçekler de tercih edilmemiştir. Çocukların yaş grubu, iletişim becerileri göz önünde bulundurulduğunda kaygıyı değerlendirmek amaçlı kullanılacak ölçeğin, çocuğun yaşadığı deneyimi direkt ve sözsüz ifade edebilmesine olanak sağlayan projektif bir teknik olarak kullanmasının uygunluğu nedeniyle 'Venham Resim Testi' tercih edilmiştir (Venham ve Gaulin-Kremer, 1979).

Gereç ve yöntem bölümünde belirtildiği gibi 3-5 yaş grubu çocuklarda 'ask-tell-ask' davranış yönlendirme tekniğinin etkinliğinin değerlendirildiği bu çalışmada Venham Resim Testi uygulaması gerçekleştirilmiş, kaygı seviyesi yüksek bulunan çocuklar çalışmaya dahil edilmiştir. Kız çocuklarının Venham Resim Testi'nde daha yüksek skorlama gösterdiği tespit edilmiştir. Yani kaygı düzeyleri erkek çocuklara oranla daha yüksek bulunmuştur. Kılınç ve diğerleri (2016) tarafından yapılan çalışmada kız çocukları istatistiksel olarak anlamlı sayılmasa da erkek çocuklarına göre Venham Resim Testi'nde daha yüksek skorlama göstermiştir.

Klingberg ve Broberg (2007) 2007 yılında yayınladıkları derlemelerinde 1982'den 2006'ya kadar yayınlanmış makaleleri incelemiş ve davranış yönlendirme konusundaki problemlerinin prevalansını %9 olarak tespit etmişlerdir. Yaşla davranış yönlendirme problemlerinde azalma gözlemlendiği belirtilmiş, davranış yönlendirme problemleri kızlarda daha yüksek oranda bulunmuştur. Bu problemlerin genel davranış bozuklukları ve genel korku haliyle de ilişkili olduğu saptanmıştır.

Bizim çalışmamızda da yüksek kaygı seviyesine sahip olan kız çocuklarının da yaşın artmasıyla birlikte olumlu davranış gösterip florid vernik uygulamasını kabul ettikleri tespit edilmiştir.

Tez çalışmamızda kullanılan davranış yönlendirme tekniklerine benzer teknikler okul öncesi eğitimde de verildiği için 6 yaşından gün alan çocuklar çalışmaya dahil edilmemiştir. 5 yaşından küçük çocukların ilk muayene birimine çoğunlukla pulpal kaynaklı bir ağır nedenle başvuruyor olmaları ya da daha önceden sedasyon

uygulaması gibi dental tecrübeye sahip olup kontrol seansına gelmeleri nedeniyle kendi yaş gruplarında sayısal olarak az olmaları durumu ile karşılaşılmıştır.

Davranış yönlendirmesi konusunda da diş hekimi de büyük önem taşımaktadır. Diş hekiminin iletişim becerisinin hasta tatmininde önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir (Gale 1984; Schouten, 2003). Amerikan Pediatrik Diş Hekimliği Akademisi 2005 (2005) davranış rehberinde başarılı bir iletişimde; verici, vericinin yüz ifadesi ve beden dilini de içeren mesaj, mesajın gönderildiği ortam ve alıcı olmak üzere dört temel unsurdan bahsedilmiştir. Bu dört temel unsurun devamlı olması gerektiği, devamlılık sağlanamadığında, verilmek istenen mesaj ve algılanan arasında zayıf bir ilişki kurulmuş olacağı ifade edilmiştir.

Diş hekiminin her hastanın iletişim konusunda ne kadar istekli olduğunu göstermeyeceğini bilmesi gerektiği belirtilmiştir (Lepper, Martin ve Dimatteo, 1995). Uyum sağlanamayan hastalarla yapılan çalışmalarda, bu hastaların davranışlarına karşı diş hekiminin ses tonu yönlendirmesi, empati kurması, ikna kabiliyeti ve hastaya kontrol duygusunu vermesi etkili davranışlar olarak gösterilmiştir (Weinstein, 1982; Ten Berge, 1999; Sarnat, 2001).

Davranış yönlendirmesi konusunda çalışan araştırmacıların belirttiği gibi çocuk diş hekimliğinde 'tell-show-do' tekniğinin, en çok kullanılan temel davranış yönlendirme tekniği olduğu bir gerçektir (Klinberg, 2001; Chadwick, 2003). Sharath ve diğerleri (2009) ve Hindistan'daki Grewal (2003), Tell-show-do'nun en yaygın davranış yönlendirme tekniği olduğunu ve diş hekimliği kliniğindeki çocukların yönetiminde nadiren daha caydırıcı yönlendirme teknikleri kullandıklarını göstermiştir. Buna ek olarak, Grewal (2003) katılımcıların % 93'ünün normal konuşma tekniği kullandığını ve % 30'unun davranış değiştirme tekniklerinin kullanımını arttırdığını bildirmiştir. Nijerya'da en sık kullanılan davranış yönetim tekniklerinin 'tell-show-do' ve pozitif takviye olduğu bildirilmiştir (Oredugba ve Sanu, 2009). Hastanın gelişimsel düzeyine göre, uygulanacak işlemlerin sözel anlatımını; görsel, işitsel, kokuyla ilgili ve dokunsal uyaranlarla tehditkar olmayacak şekilde işlemin gösterilmesini ve son olarak tanımlama ve göstermeden farklı olmamak kaydıyla, tedavinin uygulanmasını içeren bir yöntem olduğu ifade edilmiştir. Bu yöntemde amaç, hastaya diş tedavisinin önemli yanlarını öğretmek,

hastayı diş tedavisine tanıdık kılmak ve hastanın tedavi sırasındaki tepkilerini şekillendirmektir.

İsrail'de Peretz ve diğerleri (2003) dişhekimlerinin 'tell-show-do' ve pozitif takviye yöntemlerini diğer davranış yönetimi stratejilerinden daha fazla kullandıklarını göstermiştir.

2016 yılında yapılan bir çalışmada tüm davranış yönlendirme teknikleri değerlendirilmiş olup, çoğu ebeveynin 'tell-show-do' tekniğini kabul ettikleri ve fiziksel kısıtlamanın kabul edilmediği belirtilmiştir (Karthik ve diğerleri, 2016). Bu çalışmanın bulguları Henry ve diğerleri (1984) tarafından yapılan ve fiziksel kısıtlama tekniğinin ebeveyn tarafından kabul edilemez olduğu, ancak ebeveynlerin acil diş hekimliği durumunda fiziksel kısıtlamayı kabul ettiği çalışmasıyla tutarlı bulunmuştur.

Ayrıca araştırmacılara göre 'tell-show-do' tekniği, hasta velileri tarafından da en çok kabul gören tekniktir (Murphy, Fields ve Machen, 1984). Çalışmamızda 'tell-show-do' davranış yönlendirme tekniği uygulanan hastaların velileri tarafından bu teknik yüksek oranda kabul görmüştür. Uygulanan bu davranış yönlendirme tekniğinin 'ask-tell-ask' tekniği ile benzer ebeveyn kabulüne sahip olduğu tespit edilmiştir. Yani uygulanan yeni davranış yönlendirme tekniği olan 'ask-tell-ask' tekniğinin ebeveyn kabulü yönündeki başarısından söz edilebilir. 'Tell-show-do' tekniği araştırmacılara göre hiçbir zaman tek başına etkili bir yöntem olarak görülmemiştir. Aynı araştırmacılar tarafından dikkat dağıtma gibi diğer yöntemlerle kombine olarak kullanıldığında olumlu sonuç alınabileceği belirtilmiştir (Holst ve Crossner, 1987).

2016 yılında işitme engelli çocuklarda pulpa tedavisi öncesi lokal anestezi uygulaması sırasında kullanılan davranış yönlendirme tekniklerine ek olarak rutin psikolojik müdahale yöntemi olan 'tell-show-do' yönteminin uygulanması gerekliliği vurgulanmıştır (Fakhruddin, Gorduysus ve El Batawi, 2016).

3-5 yaş grubu arasında yeni bir davranış yönlendirme tekniği olan 'ask-tell-ask' tekniğinin yıllardır altın standart olarak kullanılan 'tell-show-do' tekniği ile karşılaştırıldığı bu çalışmamızda, yaş parametresi dikkate alındığında iki yöntem

arasında; 3 ve 4 yaş arasında ve 4 ve 5 yaş arasında bir benzeşmezlik görülmektedir. İki yöntem, bu iki yaş grubu üzerinden farklılık göstermektedir denilebilir. Başka bir ifade ile ask tell ask yöntemi uygulamasında 4 ve 5 yaş arasında verilen tepkilerde bir farklılık bulunamazken, 'tell-show-do' yönteminde bu yaş grubunda bir farklılık görülmektedir. Buna ek olarak tam tersi bir durum ise 3 ve 4 yaş arası gruplarda 'ask-tell-ask' yöntemine göre verilen tepkilerde bir farklılık bulunurken, 'tell-show-do' yönteminde böyle bir farklılık bulunamamıştır. Dolayısı ile bu yöntemler kullanılarak davranışsal farklılık yaratmak isteniyorsa yaş grupları arasındaki farklılıklar dikkate alınmalıdır.

Bu tez çalışmasında esası geri bildirim sistemine dayalı bir teknik olan 'ask-tell-ask' davranış yönlendirme tekniğinden faydalanmış olması geri bildirim konusundaki akademik bilgilerin değerlendirilmesini gerektirmektedir.

2016 yılında ilk defa diş hekimine gelen çocuklar üzerinde yapılan bir çalışmada, davranış yönlendirme tekniklerinin çocuktan alınan veriler ve geri bildirimlerin önemini göz önüne alarak bilişsel davranışçı terapi değerlendirme modelini kullanarak çocukların kendi dental kaygı deneyimlerini keşfetme yoluna gidilmiştir. Böylece alınan bildirimler ile çocuğa uygun davranış yönlendirme modelinin hekim tarafından oluşturulabilceği ve çocuğa davranış yönlendirme yaparken soru sormanın önemi vurgulanmıştır (Annie ve diğerleri, 2016). Aynı şekilde çalışmamızda kullanılan geri bildirim tabanlı 'ask-tell-ask' tekniği hastaya soru sorarak davranış yönetimi sağlamaktadır.

Geribildirim, yönetim literatüründe sıkça kullanılan kavramlardan birisidir. Özellikle iletişim, karar alma, güdülenme, örgütsel değişim, performans değerlendirme, işgören tatmini ve eğitim yönetimi konularıyla bağlantılı analizlerde karşılaşıldığı belirtilmiştir (Herold ve Greller, 1977).

Geribildirim kavramı, farklı alanlarda farklı şekillerde anlam taşımaktadır. Performans değerlendirme (PD) sistemi açısından, bir performans veya davranış hakkında, o davranış ya da performansı onaylayıp veya reddedip gelişmeyi sağlayacak olan harekete öncülük eden bilgi şeklinde bireylerarası etkileşim açısından, başkalarının bireyin davranışlarını nasıl algıladıkları ve nasıl

değerlendirdikleri ile ilgili veri kümesi şeklinde tanımlanmaktadır (Bee ve R.Bee, 1997: 9). Ashford ve Cummings tarafından ilk kez 1983 yılında ortaya atılmış bir kavramdır. Yani geribildirim arama davranışı, sonuçlara ulaşmak amacıyla bireyin bilinçli olarak doğru ve uygun davranışlar geliştirme çabası olarak tanımlanmaktadır (Ashford ve Susan, 1986: 466). Anlamlı, kullanışlı ve istenilen şekliyle verildiği zaman, geribildirim bilgisinin, işte karşılaşılan problemleri çözmede, güdülenmeyi yükseltmede ve öğrenmeyi teşvik etmede son derece etkili sonuçları olduğu belirtilmektedir (London ve Manuel, 2003: 3).

Araştırcılara göre geribildirim ve düşünme, klinik ortamda kullanılan iki ana öğretim yöntemi olup çoğu klinisyen, geri bildirim verme ilkelerine aşina olsa da, tıp öğrencilerinde yapılan çalışmalarda genel eksikliğin geri bildirim alma konusunda yaşanan problemler olduğu bildirilmektedir (Gil, 1984; Isaacson, 1995).

Geribildirim birincil amacı davranışların yeniden şekillendirilmesi olsa da, çeşitli kaynaklardan sağlanan geribildirim bilgisinin bazı amaçlar için önemli bir veri kaynağı olduğu görülmektedir. Bu amaçlar çalışanların istenen şekilde hareket etmesini sağlayarak, beklenen davranışları yönlendirmek ve sürekliliğini sağlamak, çalışanların kendi performansları ile ilgili bilgi edinmelerini sağlamak, yüksek performans için çalışanları güdülemek, geliştirilmesi gereken alanları belirleyerek performans düşüklüğünü engellemek, çalışanların örgütsel ve bireysel hedeflere daha rahat ulaşmalarını sağlayacak doğru yönelimlerin yolunu açmak olarak ifade edilmiştir (Tata ve Jasmine, 2002).

Davranış yönlendirme tekniğinin geri bildirim unsuru olan 'ask-tell-ask' hasta iletişim alanındaki yöntemleri, tıp fakültesi öğrencilerinin öz değerlendirme becerilerini geliştirmelerine yardımcı olmak için 2005 yılında Cleveland Kliniğinde uygulanmaya başlanmıştır. O zamandan beri birçok bölgesel ve ulusal konferanslarda bu teknik yer bulmuştur (Judith ve diğerleri, 2015).

Anlaşıyor ki; Cleveland Kliniğinde öğretim üyesi ile öğrenciler arasındaki 'ask-tell-ask' tekniği kullanılarak oluşturulan bu geri bildirim sistemi yine diğ hekimi ile çocuk hasta arasında davranışı yönlendirmek amacıyla kullanılabilecek bir sistem şeklinde oluşturulabilir. Öğrencinin hastayı karşılamasından başlayarak yapılacak

işlemlerin prosedürü ile ilgili veri toplaması aşamalarının da değerlendirildiği 'ask-tell-ask' tekniği ile zamanı verimli kullanmanın yanında çocuk hastadan daha net bir geri dönüş alınarak yapılacak işlem prosedürü hazırlanmış olur.

Bu sistem, hastanın herhangi bir planlı prosedürle ilgili olan belirli bir konudaki duygu ve isteklerini sormayı (sor); işlemlerin hastanın bilişsel seviyesine uygun bir dille anlatılmasını ve açıklanmasını (anlat); ve hastanın anladıklarını ve yaklaşan tedavi ile ilgili nasıl hissettiğini tekrar sorma işlemini (sor) içerir. Hastanın endişeleri devam ederse diş hekimi onunla konuşabileceği, durumu değerlendirip ve eğer gerekliyse davranış yönlendirme tekniğini değiştirebileceği gösterilmiştir (AAPD 2015).

Daha önce araştırmacılar tarafından mesleki yetileri geliştirme konusunda bir çok kez kullanılan 'ask-tell-ask' tekniği, çocuk diş hekimliği alanında da çocuk ile hekim arasında pozitif bir iletişim için davranış yönlendirici olarak kullanılması alanımız için büyük önem taşımaktadır.

'Ask-tell-ask' ve 'tell-show-do' davranış yönlendirme tekniklerinin aynı zamanda ebeveyn kabulünde incelendiği bu tez çalışmamızda, ebeveyn kabulünün her iki yöntemde de yüksek oranda olduğu bulgulanmıştır. Yine 'ask-tell-ask' tekniği uygulanan yaş gruplarının kendi aralarında olumlu davranış gösterme açısından farklılıklara sahip olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda erkek ve kız çocuklarda yaş büyüdükçe 'ask-tell-ask' yöntemi uygulaması sonrası olumlu davranış gösterme oranı artmaktadır.

3-5 yaş grubu dental kaygı düzeyi yüksek olan çocukların 'ask-tell-ask' ve 'tell-show-do' yöntemleri kullanılarak davranış yönlendirmesinin değerlendirildiği bu çalışmamızda her iki yöntemin de etkinliklerinin benzer olduğu ve bu yöntemlerden bir tanesinin önceden uygulanmış olmasının tüm çocukların davranışında olumlu bir etki göstermediği tespit edilmiştir. Yine hem 'tell-show-do' davranış yönlendirme tekniğinin, hemde 'ask-tell-ask' tekniğinin uygulandıktan sonra gösterilen davranışın cinsiyet ve yaştan bağımsız olduğu tespit edilmiştir.

Bu tez çalışmamızda etkinliğini değerlendirdiğimiz 'ask-tell-ask' davranış yönlendirme tekniği kendi alanındaki en güncel rehberde girmiş olsada çocuk diş hekimliğinde bu teknik kullanılarak gerçekleştirilecek çalışmaların sonuçları alanımız için değerli olacaktır (Coşkun ve Ulusu, 2017).

Sonuç olarak 'ask-tell-ask' tekniğinin 'tell-show-do' tekniği kadar etkin ve güvenilir kullanımı için daha çok araştırma sonucuna ihtiyaç vardır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. 3-5 yaş grubu çocuklarda davranış uyumu açısından 'ask-tell-ask' ve 'tell-show-do' davranış yönlendirme teknikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olmadığı tespit edilmiştir.
2. Çocuğun yaşının artması ile uygulanan davranış yönlendirme tekniğinin başarısının arttığı bulgulanmıştır.
3. 'Ask-tell-ask' ve 'tell-show-do' teknikleri ebeveyn kabulü yönünden karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olmadığı tespit edilmiştir.
4. 'Ask-tell-ask' davranış yönlendirme tekniğinin değerlendirildiği çocuk diş hekimliği ile ilgili klinik çalışmaların sonuçlarına ihtiyaç vardır.



KAYNAKLAR

- Adair, S.M. (2004). Behavior management conference panel I report Rationale for behavior management techniques in pediatric dentistry. *Pediatric Dentistry*, 26(2), 167-170.
- Allen, K.D., Hodjes, E.D. and Knudsen, S.K. (1995). Comparing four methods to inform parents about child behavior management: How to inform for consent. *Pediatric Dentistry*, 17(3), 180-186.
- Alwin, N.P., Murray, J.J. and Britton, P.G. (1991). An assessment of dental anxiety in children. *British Dental Journal*, 171(7), 201-207.
- Aminabadi, N.A. and Farahani, R.M. (2008). Correlation of parenting style and pediatric guidance strategies in the dental setting: preliminary findings. *Acta Odontologica Scandinavica*, 66(2), 99-104.
- Annie, G. M., Helen, D.R., Jenny, M.P., Sarah, R.B., Cathy, C., Tim, N., Chris, W. and Zoe, M. (2016). Children's experiences of dental anxiety. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 27(2), 87-97.
- Ashford, S.J. (1986). Feedback-seeking in individual adaptation: A resource perspective. *Academy of Management Journal*, 29(3), 465-487.
- Ayer, W.A. and Corah, N.L. (1984). *Behavioral factors influencing dental treatment*. In: *Social Sciences and Dentistry*. LK Cohen, PS Bryant eds. London: Quintessence Publishing.
- Barnett, P.B. (2001). Rapport and the hospitalist. *American Journal of Medicine*, 111(9), 31-35.
- Barr, K.P. and Massagli, T.L. (2014). New challenges for the graduate medical educator: implementing the milestones. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(7), 624-631.
- Bates, J.E. and Wachs, T.D. (Edt.) (1994). *Temperament: Individual Differences at the Interface of Biology and Behavior*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bayrak, Ş., Şen-Tunç, E., Eğilmez, T. ve Tuloğlu, N. (2010). Ebeveyn dental kaygısı ve sosyodemografik faktörlerin çocukların dental kaygısı üzerine etkileri. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 20(3), 181-188.
- Beck, F.M. and Weaver, J.M. (1981). Blood pressure and heart rate responses to anticipated high stress dental treatment. *Journal Dental Research*, 60(1), 26-29.
- Bee, R. and Bee, F. (1997). *Yapıcı geribildirim*. (Çev. Bora, A., Cankoçak, O.). 1. Baskı. Ankara: Gökçe Ofset ve Matbaacılık.

- Bradley, M.M., Silakowski, T. and Lang, P.J. (2008). Fear of pain and defensive action. *Pain*, 137(1), 157-163.
- Branch, W.T. and Paranjape, A. (2002). Feedback and reflection: teaching methods for clinical settings. *Academic Medicine*, 77(12), 1185-1188.
- Brown, D.F., Wright, F.A. and McMurray, N.E. (1986). Psychological and behavioral factors associated with dental anxiety in children. *Journal of Behavioral Medicine*, 9(2), 213-218.
- Cameron, A.C. and Widmer, R.P. (2013). *Handbook of pediatric dentistry* (fourth edit.). Sydney: Mosby.
- Certo, M.A. and Bernat, J.E. (1995). Parents in the operatory. *The New York State Dental Journal*, 61(2), 34-38.
- Chadwick, B.L. and Hosey, M.T. (2003). *Child taming how to manage children in dental practice*. 1st ed. London: Quintessence Publishing Co. Ltd.
- Chapman, H.R. and Kirby, N.C. (1999). Dental fear in children: a proposed model. *British Dental Journal*, 187(8), 408-412.
- Charles, C.M. (1999). *Öğretmenler için piaget ilkeleri*. 2. Baskı, Ankara: Anı Yayıncılık.
- Chhabra, N., Chhabra, A. and Walia, G. (2012). Prevalence of dental anxiety and fear among five to ten year old children: a behaviour based crosssectional study. *Min Stamato*, 61(3), 83-89.
- Coşkun, A. ve Ulusu, T. (2017). Çocuk diş hekimliğinde davranış yönlendirme teknikleri ve ask-tell-ask yöntemi. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, DOI: 10.17567/ataunidfd.293148.
- Crossley, M.L. and Joshi, G. (2002). An investigation of pediatric dentists' attitudes towards parent accompaniment and behavioral management techniques in the UK. *British Dental Journal*, 192(9), 517-521.
- Davey, G. (1989). Dental phobias and anxieties: Evidence for conditioning processes in the acquisition and modulation of a learned fear. *Behaviour Research and Therapy*, 27(1), 51-58.
- De-Jongh, A., Van den-Oord, H.J. and ten-Broeke, E. (2002). Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of specific phobias: Four single-case studies on dental phobia. *Journal of Clinical Psychology*, 58(12), 1489-1503.
- Eva, K.W. and Regehr, G. (2005). Self-assessment in the health professions: a reformulation and research agenda. *Academic Medicine*, 80(10), 46-54.
- Fakhruddin, K.S., Gorduysus, M.O. and El-Batawi, H. (2016). Effectiveness of behavioral modification techniques with visual distraction using intrasulcular

- local anesthesia in hearing disabled children during pulp therapy. *European Journal of Dentistry*, 10(4), 551-555.
- Feigal, R.J. (2001). Guiding and managing the child dental patient: A fresh look at old pedagogy. *Journal of Dental Education*, 65(12), 1369-1377.
- Foreman, P.A. (1998). Practical patient management: the integrated approach. *Anesthesia Progress*, 35(1), 19-25.
- Gale, E.N., Carlsson, S.G., Eriksson, A. and Jontell, M. (1984). Effects of dentists' behaviour on patients' attitudes. *The Journal of the American Dental Association*, 109(3), 444-446.
- Gander, M.J. and Gardiner, H.W. (1995). *Çocuk ve ergen gelişimi*. (Çev. Bekir Onur), Ankara: İmge Kitapevi.
- Gardner, H. (1982). *Developmental psychology*. Boston: Little. Brown Co.
- Garra, G., Singer, A.J., Taira, B.R., Chowan, J., Carolaz, H., Chisena, E. and Thode, H.C. (2009). Validation of the Wong Baker faces pain rating scale in pediatric emergency department patients. *Society for Academic Emergency Medicine*, 17(1), 50-54.
- Gil, D., Heins, M. and Jones, P.B. (1984). Perceptions of medical school faculty members and students on clinical clerkship feedback. *Journal of Medical Education*, 59(1), 856-864.
- Grewal, N. (2003). Implementation of behavior management techniques: how well accepted they are today. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 21(1), 70-74.
- Gustafsson, A., Broberg, A., Bodin, L., Berggren, U. and Arnrup, K. (2010). Behaviour management problems: The role of child personal characteristics. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 20(4), 242-253.
- Henry, W.F., Bernard, M. and Marilyn, G.M. (1984). Acceptability of various behavior management techniques relative to types of dental treatment. *Pediatric Dentistry*, 6(4), 199-203.
- Herold-David, M. and Greller, M. M. (1977). Feedback: The definition of a construct. *Academy of Management Journal*, 20(1), 142-147.
- Holst, A. and Crossner, C.G. (1987). Direct rating of acceptance of dental treatment in Swedish children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 15(5), 258-263.
- Howard, K.E. and Freeman, R. (2006). Reliability and validity of a faces version of the modified child dental anxiety scale. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 17(4), 281-288.
- Internet: American Academy of Pediatric Dentistry USA. (2015). Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. URL:

http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.aapd.org%2Fmedia%2FPolicies_Guidelines%2FG_BehavGuide.pdf&date=2018-02-19. Son Erişim Tarihi: 18.12.2017.

İnternet: American Academy of Pediatric Dentistry. (2005-6 referance manual). Guideline on behaviour guidance for the pediatric dental patient. *Pediatric Dentistry*, 27(7), 92-100. URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.aapd.org%2Fassets%2F1%2F7%2FG_BehavGuide.pdf&date=2018-02-19. Son Erişim Tarihi: 22.12.2017.

Isaacson, J.H., Posk, L.K., Litaker, D.G. and Halperin, AK. (1995). Resident perception of the evaluation process. *Journal of General Internal Medicine*, 10(4), 89-91.

Jimenez, A., Cantero, M., Menchen, T., Coneo, J. and Benedito, E. (1995). Evaluation of zone electrophoresis of serum proteins performed on the Helena Laboratories rapid electrophoresis analyser. *Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation*, 55(8), 729-731.

Jimeno, F.G., Bielsa, S.Y., Fernandez, C.C., Rodriguez, A.L. and Bellido, M.M. (2011). Objective and subjective measures for assessing anxiety in paediatric dental patients. *European Journal of Paediatric Dentistry*, 12(4), 239-44.

Judith, C.F., Colbert, C.Y., Pien, L.C., Dannefer, E.F. and Taylor, C.A. (2015). Targeted feedback in the milestones era: Utilization of the Ask-Tell-Ask feedback model to promote reflection and Self-assessment. *Journal of Surgical Education*, 72(6), 274-279.

Kanegene, K., Penha, S.S., Munhoz, C.D. and Rocha, R.G. (2009). Dental anxiety and salivary cortisol levels before urgent dental care. *Journal of Oral Science*, 51(4), 515-520.

Karthik, V., Jolly, S., Manpreet, K., Krishna, T., Shalin, S. and Mira, V. (2016). Pro-activeness of parents in accepting behavior management techniques: A cross-sectional evaluative study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(7), 118-121.

Kılınç, G., Akay, A., Eden, E., Sevinç, N. and Ellidokuz, H. (2016). Evaluation of children's dental anxiety levels at a kindergarten and at a dental clinic. *Brazilian Oral Research*, 18(1), 30-41.

Klausmeir, H.J. (1992). *Educational psychology*. New York: Harper and Row.

Klinberg, G. and Raadal, M. (2001). *Behaviour management problems in children and adolescents*. In: Koch, G., Poulsen, S.(eds). *Pediatric Dentistry: A Clinical approach*. Copenhagen: Munksgaarrd.

Klingberg, G. and Broberg, A.G. (1998). Temperament and child dental fear. *Pediatric Dentistry*, 20(4), 237-243.

- Klingberg, G. and Broberg, A.G. (2007). Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 17(6), 391-406.
- Klingberg, G., Berggren, U., Carlsson, S.G. and Noren, J.G. (1995). Child dental fear: cause-related factors and clinical effects. *European Journal of Oral Sciences*, 103(6), 405-412.
- Klingberg, G., Raadal, M. and Arnrup, K. (2009). *Dental fear and Behavior management problems*. In: (Edt. Koch, G., Paulsen, S.) *Pediatric dentistry — a clinical approach*. 2nd ed. USA: Wiley-Blackwell Publishing.
- Koch, G. and Poulsen, S. (2001). *Pediatric dentistry a clinical approach*. Copenhagen: Munksgaard.
- Koch, G. and Poulsen, S. (2009). *Pediatric dentistry: A clinical approach*. 2. Baskı, Blackwell Publishing, UK.
- Kohnstamm, D., Bates, J.E. and Rothbart, M.K. (Edt.) (1989). *Temperament in Childhood*. New York: Wiley.
- Kostanos, N., Arhakis, A. and Coolidge, T. (2005). Parental presence versus absence in the dental operator: A technique to manage the uncooperative child dental patient. *European Journal of Paediatric Dentistry*, 6(3), 144-148.
- Kuhn, B.R. and Allen, K.D. (1994). Expanding child behavior management technology in pediatric dentistry: a behavior science perspective. *Pediatric Dentistry*, 16(1), 13-17.
- Kuşçu, Ö.Ö. ve Akyüz, S. (2006). Children's preferences concerning the physical appearance of dental injectors. *Journal of Dentistry for Children*, 73(2), 2-4.
- Law, C.S. and Blain, S. (2003). Approaching the pediatric dental patient: A review of nonpharmacologic behavior management strategies. *Journal of the California Dental Association*, 31(9), 703-713.
- Lawrence, S.M., McTigue, D.J., Wilson, S., Odom, J.G., Waggoner, W.F. and Fields, H.W. Jr. (1991). Parental attitude toward behavior management techniques used in pediatric dentistry. *Pediatric Dentistry*, 3(13), 151-155.
- Lee, C.Y., Chang, Y.Y. and Huang, S.T. (2007). Prevalence of Dental Anxiety among 5- to 8- Year-old taiwanese children. *American Association of Public Health Dentistry*, 67(1), 36-41.
- Lepper, H.S., Martin, L.R. and Dimatteo, M.R. (1995). A model of nonverbal exchange in physician-patient expectations for patient involvement. *Journal of Nonverbal Behavior*, 19(4), 207-222.
- Li, H.C. and Lopez, V. (2005). Children's emotional manifestation scale: development and testing. *Journal of Clinical Nursery*, 14(2), 223-229.

- Liddell, A. (1990). Personality characteristics versus medical and dental experiences of dentally anxious children. *Journal of Behavioral Medicine*, 13(2), 183-194.
- Locker, D., Liddell, A. and Shapiro, D. (1999). Diagnostic categories of dental anxiety: a population-based study. *Behaviour Research Therapy*, 37(1), 25-37.
- London, Manuel (2003). *Job feedback: Giving, seeking, and using feedback for performance improvement*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc. Pub., Second Edition.
- Marwah, N., Prabhakar, A.R. and Raju, O.S. (2005). Music Distraction-Its Efficacy in Management of Anxious Pediatric Dental Patient. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 23(4), 168-170.
- McNeil, D.W., Helfer, A.J., Weaver, B.D., Graves, R.W., Kyle, B.N. and Davis, A.M. (2011). Memory of pain and anxiety associated with tooth extraction. *Journal of Dental Research*, 90(2), 220-224.
- Messer, J.G. (1977). Stress in dental patients undergoing routine procedures. *Journal of Dental Research*, 56(4), 362-367.
- Milgrom, P., Mancl, L., King, B. and Weinstein, P. (1995). Origins of childhood dental fear. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 313-319.
- Miller, P.H. (1996). *Theories of developmental psychology*. Third Edition. New York: W. H. Freeman and Company.
- Mitsuhata, C., Yukari, O., Tachikake, M., Iwamoto, Y. and Kozai, K. (2012). Effectiveness of salivary chromogranin A as a stress index in young children during dental treatment. *Pediatric Dental Journal*, 22(2), 163-169.
- Murphy, M.G., Fields, H.W. and Jr. Machen, J.B. (1984). Parental acceptance of pediatric dentistry behavior management techniques. *Pediatric Dentistry*, 6(4), 193-198.
- Myers, D.R., Kramer, W.S. and Sullivan, R.E. (1972). A study of the heart action of the child patient. *Journal of Dentistry for Children*, 39(2), 99-106.
- Nakai, Y., Hirakawa, T., Milgrom, P., Coolidge, T., Hema, M., Mori, Y., Ishihara, C., Yakushiji, T.Y. and Shimono, T. (2005). The children's fear survey schedule-dental subscale in Japan. *Community Dental Oral Epidemiology*, 33(3), 196-204.
- Newton, J.T. and Buck, D.J. (2000). Anxiety and pain measures in dentistry: a guide to their quality and application. *Journal of American Dental Association*, 131(10), 1449-1457.
- Nicolas, E., Bessadet, M., Collado, V., Carrasco, P., Rogerleroi, V. and Hennequin, M. (2010). Factors affecting dental fear in French children aged 5-12 years. *International Journal Paediatric Dentistry*, 20(5), 366-373.

- Nunn, J., Foster, M., Master, S. and Greening, S. (2008). British Society of Paediatric Dentistry: A policy document on consent and the use of physical intervention in the dental care of children. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 18(1), 39-46.
- Oredugba, F.A. and Sanu, O.O. (2009). Behavior management techniques employed by nigerian dentists for their child patients. *Pesquisa Brasileira Odontopediatria e Clinica Integrada*, 9, 271-276.
- Peretz, B., Glaicher, H. and Ram, D. (2003). Child-management techniques. Are there differences in the way female and male pediatric dentists in Israel practice? *Brazilian Dental Journal*, 14(3), 82-86.
- Peretz, B., Nazarian, Y. and Bimstein, E. (2004). Dental anxiety in a students' paediatric dental clinic: children, parents and students. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 14(1), 192-198.
- Piaget, J. (2010). *Çocuğun gözüyle dünya*. (Çev. Yerguz, İ.). 2. Baskı. Ankara: Dost Yayınevi.
- Pinkham, J.R., Casamassimo, P.S., Fields, H.W., Mctigue, D.J. and Nowak, A.J. (2009). *Hasta yönetimi*. (Çev. Tortop, T., Tulunoğlu, Ö.) Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.
- Porritt, J., Marshman, Z. and Rodd, H.D. (2012). Understanding children's dental anxiety and psychological approaches to its reduction. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 22(6), 397-405.
- Prabhakar, A.R., Marwah, N. and Raju, O.S. (2007). A comparison between audio and audiovisual distraction techniques in managing anxious pediatric dental patients. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 25(4), 177-182.
- Rachman, S. (1977). The conditioning of fear acquisition: a critical examination. *Behaviour Research Therapy*, 15(5), 375-387.
- Ramos-Jorge, M.L., Marques, L.S., Pavia, S.M., Serra-Negra, J.M. and Pordeus, I.A. (2006). Predictive factors for child behaviour in the dental environment. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 7(4), 253-257.
- Rantavouri, K., Lahti, S., Seppa, L. and Karkkainen, S. (2004). Dental fear and oral health and family characteristics of Finnish children. *Acta Odontologica Scandinavica*, 62(4), 207-213.
- Rayen, R., Muthu, M.S., Chandrasekhar-Rao, R. and Sivakumar, N. (2006). Evaluation of physiological and behavioral measures in relation to dental anxiety during sequential dental visits in children. *Indian Journal of Dental Research*, 17(1), 27-34.
- Roberts, J.F., Curzon, M.E., Koch, G. and Martens, L.C. (2010). Review behaviour management techniques in paediatric dentistry. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 11(4), 166-174.

- Rodenburg, R., Benjamin, A., de Roos, C., Meijer, A.M. and Stams, G.J. (2009). Efficacy of EMDR in children: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 599-606.
- Rosenberg, H.M. and Katcher, A.H. (1976). Heart rate and physical activity of children during dental treatment. *Journal of Dental Research*, 55(4), 648-651.
- Sarnat, H., Arad, P., Hanauer, D. and Shohami, E. (2001). Communication strategies used during pediatric dental treatment: A pilot study. *Pediatric Dentistry*, 23(4), 337-342.
- Sayed, A., Ranna, V., Padawe, D. and Takate, V. (2016). Effect of the video output of the dental operating microscope on anxiety levels in a pediatric population during restorative procedures. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 34(1), 4-60.
- Scherer, M.W. and Nakamura, C.Y. (1968). A fear survey schedule for children: a factor analytic comparison with manifest anxiety. *Behaviour Research Therapy*, 6(2), 173-82.
- Schouten, B.C., Eijkman, M.A. and Hoogstraten, J. (2003). Dentists' and patients' communicative behaviour and their satisfaction with the dental encounter. *Community Dental Health Journal*, 20(1), 11-15.
- Senemoğlu, N. (1997). *Gelişim öğrenme ve öğretim*. Ankara: Ertem Matbaacılık.
- Shahnavaz, S., Rutley, S., Larsson, K. and Dahllöf, G. (2015). Children and parents' experiences of cognitive behavioral therapy for dental anxiety. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 25(5), 317-326.
- Shapiro, F. (2001). *Guilford press*. 2nd Edition, Newyork. Eye Movement Desensitization and Rapproching: Basic Principles, Protocols and Procedures.
- Sharath, A., Rekka, P., Muthu, M.S., Rathna-Prabhu, V. and Sivakumar, N. (2009). Children's behavior pattern and behavior management techniques used in a structured postgraduate dental program. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 27(1), 22-26.
- Shroff, S., Hughes C. and Mobley, C. (2015). Attitudes and preferences of parents about being present in the dental operatory. *Pediatric Dentistry*, 37(1), 51-55.
- Silver, S.M., Rogers, S. and Russell, M. (2008). Eye movement desentization and reprocessing (EMDR) in the treatment of war veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 64(8), 947-957.
- Skaret, E., Raadal, M., Berg, E. and Kvale, G. (1999). Dental anxiety and dental avoidance among 12 to 18 year olds in Norway. *European Journal of Oral Sciences*, 107(6), 422-428.
- Slater, A. and Bremner, G. (Edit.) (2003). An introduction to developmental psychology. First Edition. UK: Blackwell Publishing.

- Tata, J. (2002). The influence of managerial accounts on employees reactions to negative feedback. *Group & Organization Management*, 27(4), 480-503.
- Taymur, İ. ve Türkçapar, M.H. (2012). Kişilik: Tanımı, sınıflaması ve değerlendirmesi. Psikiyatride güncel yaklaşımlar. *Approaches in Psychiatry*, 4(1), 154-177.
- Ten-Berge, M., Veerkamp, J. and Hoogstraten, J. (1999). Dentists' behaviour in response to child dental fear. *Journal of Dentistry for Children*, 66(1), 36-40.
- Ten-Berge, M., Veerkamp, J.S. and Hoogstraten, J. (2002). The etiology of childhood dental fear: the role of dental and conditioning experiences. *Journal of Anxiety Disorders*, 16(3), 321-329.
- Townend E., Dimigen, G. and Fung, D. (2000). A clinical study of child dental anxiety. *Behaviour Research Therapy*, 38(1), 31-46.
- Townsend, J.A. (2013). *Behavior guidance in the pediatric patient*. In: Casamassimo PS, Fields HW Jr, McTigue DJ, Nowak AJ, eds. *Pediatric Dentistry - Infancy through Adolescence*. 5th ed. St Louis, Mo. Elsevier-Saunders Co.
- Tsuchihashi, N., Uehara, N., Takagi, Y., Miwa, Z. and Sugimo, K. (2012). Internal stress in children and parental attitude to dental treatment with passive restraint. *Journal of Pediatric Dentistry*, 22(2), 170-177.
- Udoye, C.H., Oginni, A.O. and Oginni, F.O. (2005). Dental anxiety among patients undergoing various dental treatments in a Nigerian teaching hospital. *Journal of Contemporary Dental Practice*, 6(2), 91-98.
- Venham, L.L. and Gaulin-Kremer, E. (1979). A self report measure of situational anxiety for young children. *Pediatric Dentistry*, 1(2), 91-96.
- Wade, C. and Tavis, C. (1990). *Psychology*. Second, Edition, NewYork: Harper and Row.
- Weinstein, P., Getz, T., Ratener, P. and Domoto, P. (1982). The effect of dentists' behaviour on fear-related behaviours in children. *The Journal of American Dental Association*, 104(1), 32-38.
- Welbury, R.R. (Edt.) (2001). *Pediatric dentistry*. Second Edition. New York: Oxford University Press.
- Wertlieb, D., Weigel, C., Springer, T. and Feldstein, M. (1987). Temperament as a moderator of children's stressful experiences. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(2), 234-245.
- Wilson, S. (2005). Non-pharmacologic issues in pain perception and control. In: Pinkham JR, Casa Massimo PS, eds. *Pediatric Dentistry: Infancy through Adolescence*, 4th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Woolfolk, A.E. (1993). *Educational psychology*. Boston: Allyn and Bacon.

Wright, G.Z. and Stigers, J.I. (2011). Non-pharmacologic management of children's behaviors; In: Dean JA, Avery DR, McDonaldRE (eds). *Dentistry for the Child and Adolescence*, 9th ed.St. Louis: Mosby.

Yetiş, C. ve Küçükeşmen, Ç. (2013). Çocuk hastalarda 'dental kaygı ve davranış idaresi problemlerinin' görülme sıklığı ve etiyolojik faktörleri. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 62-68.

Zhou, Y., Cameron, E., Forbes, G. and Humphris, G. (2010). Systematic review of the effect of dental staff behavior on child dental patient anxiety and behavior. *Patient Education and Counseling*, 85(1), 4-13.





Ek-1. Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 13/03/2017-E.37676



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu



Sayı : 77082166-604.01.02-
Konu : Değerlendirme ve Onay

Sayın Prof. Dr. Tezer ULUSU
Pedodonti Anabilim Dalı Başkanlığı - Öğretim Üyesi

Tez danışmanı olduğunuz, Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Pedodonti Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi Ahmet COŞKUN'un tez çalışması olan "*Çocuk Diş Hekimliğinde 'ask-tell-ask' yönteminin etkinliğinin etkinliğinin davranış yönlendirilmesi açısından değerlendirilmesi*" adlı çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun 10.02.2017 tarih ve 02 sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının Üniversitemiz Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı'nda yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Alper CEYLAN
Komisyon Başkanı

Araştırma Kod No: 2017-89

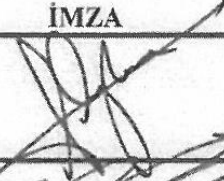

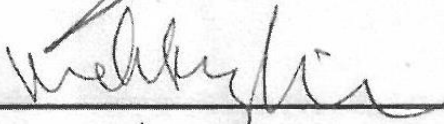
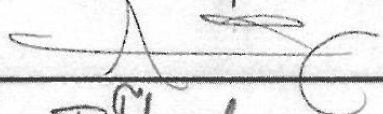
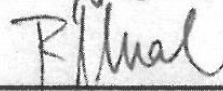

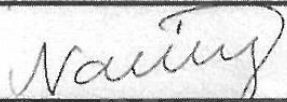

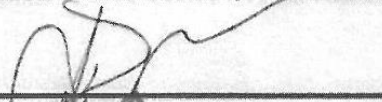

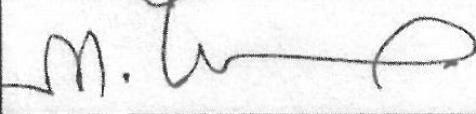
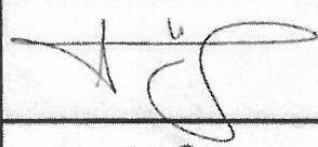
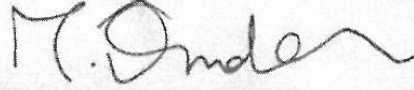
Ek:1 Liste

Ankara
Tel:0 (312) 202 20 57 Faks:0 (312) 202 20 63
İnternet Adresi :http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/

Bilgi için :Nursel Güner
Genel Evrak Sorumlusu
Telefon No:202 20 57

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-1. (devam) Etik Kurul Onayı

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ	
TOPLANTI TARİHİ : 10.02.2017	TOPLANTI SAYISI : 02
ADI-SOYADI	İMZA
Prof.Dr.Alper CEYLAN BAŞKAN	
Prof.Dr.Mustafa N.İLHAN BAŞKAN YRD.	
Prof.Dr.Mehmet KÜÇÜKKURT	
Prof.Dr.Fatma GÜMÜŞ	
Prof.Dr.Rahmi ÜNAL	
Prof.Dr.Mehmet Sayım KARACAN	
Prof.Dr.Naciye YILDIZ	
Prof.Dr.Mustafa SARIKAYA	
Prof.Dr.İbrahim DOĞAN	
Prof.Dr.C. Haluk BODUR	
Prof.Dr.Mustafa İLBAŞ	
Prof.Dr.Füsun DEMİREL	
Doç.Dr.Tuncay ÖNDER	

Ek-2. Ebeveyn İçin Aydınlatılmış Onam Formu

Araştırma Projesinin Adı: Çocuk diş hekimliğinde “ask-tell-ask” yönteminin etkinliğinin davranış yönlendirmesi açısından değerlendirilmesi

Sorumlu Araştırmacının Adı: Prof. Dr. Tezer ULUSU

Diğer Araştırmacıların Adı: Dt. Ahmet COŞKUN

Değerli anne ve babalar;

Benim adım Dt. Ahmet Coşkun. 3-5 yaş grubu çocuklarda diş hekimine olan korku düzeyini tespit etmeye yönelik bir çalışma yapıyoruz. Amacımız, yüksek diş hekimi korku düzeyine sahip çocuklarda yeni bir davranış yönlendirme tekniği olan ‘ask-tell-ask’ tekniğinin etkinliğini değerlendirmek.

Bu araştırmayı sürdürebilmek ve sonuçları doğru değerlendirilebilmek için aynı yaş gruplarında sağlıklı çocuklar arasında karşılaştırılma yapılmasına gereksinim vardır.

Araştırmaya sadece ben katılacağım. Eğer sizin çocuğunuzun da bu araştırmaya katılmasını isterseniz çocuğunuzdan istenecek şey çocuğunuzun resimli bir ankete cevap vermesi olacaktır.

Bu araştırmanın sonuçlarını başka doktorlara da söyleyeceğiz ancak sizin çocuğunuzun adını ve anket sonuçlarını kimseye açıklamayacağız.

Eğer çocuğunuzun bu çalışmaya dahil edilmesine izin verirsiniz 3-5 yaş grubu çocuklarda ‘ask-tell-ask’ davranış yönlendirme tekniğinin etkinliğini değerlendirmemize yardımcı olacaksınız.

Bu araştırma hakkında çocuğunuza da bilgi vereceğiz ve ondan da bu çalışmaya katılması için izin alacağız. Aklınıza şimdi gelen veya daha sonra gelecek soruları bana sorabilirsiniz. Telefon numaram ve adresim aşağıda bulunmaktadır.

Ek-2. (devam) Ebeveyn İçin Aydınlatılmış Onam Formu

Çocuğunuzun bu araştırmaya katılmasını kabul ediyorsanız lütfen aşağıya adını ve soyadını yazarak imzanızı atınız. Daha sonra bu formun bir kopyası size verilecektir.

Velisinin adı- soyadı:

Velisinin imzası:

Tarih:

Araştırıcının adı-soyadı, nvanı: Dt. Ahmet COŞKUN

Adres: Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı Emek,
Ankara

Tel: 0312 203 40 98

İmza:

Ek-3. Çocuk İçin Aydınlatılmış Onam Formu

Araştırma Projesinin Adı: Çocuk diş hekimliğinde “ask-tell-ask” yönteminin etkinliğinin davranış yönlendirmesi açısından değerlendirilmesi

Sorumlu Araştırmacının Adı: Prof. Dr. Tezer ULUSU

Diğer Araştırmacıların Adı: Dt. Ahmet COŞKUN

Sevgili.....Benim adım Dt. Ahmet COŞKUN. Senin yaşlarında olan çocuklarda bir araştırma yapıyoruz. Amacımız çocukların klinikteki diş hekimi korku düzeylerini tespit etmek ve iki farklı davranış yönlendirme tekniği ile uygulama yapmak.

Bu araştırmayı sürdürebilmek için 3-5 yaş grubundaki sağlıklı çocukları araştırmaya katmamız gerekiyor. Araştırmaya ben katılacağım. Eğer sen de bu araştırmaya katılmayı istersen yapılacak olan işlem sana gösterilen resimlerden şu anda senin gibi hissettiğini düşündüğün çocuğu seçip bize göstermen olacaktır.

Bu araştırmanın sonuçlarını başka doktorlara da söyleyeceğiz ancak senin adını ve test sonuçlarını kimseye açıklamayacağız.

Eğer bu çalışmaya katılırsan 3-5 yaş grubu diş hekimi korkusu olan çocuklarda iki farklı davranış yönlendirme tekniğinin değerlendirilmesine yardımcı olacaksın.

Bu araştırma hakkında anne ve babana bilgi vereceğiz ve senin de bu çalışmaya katılıp katılmaman için onlardan izin alacağız. Sen de bu konuyu anne ve/veya baban ile konuşabilirsin. Eğer katılmak istemezsen hiç kimse sana kızmaz veya küsmez.

Aklına şimdi gelen veya daha sonra gelecek soruları bana sorabilirsin. Telefon numaram ve adresim aşağıda yazıyor.

Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorsan lütfen aşağıya adını ve soyadını yazarak imzanı at. Daha sonra bu formun bir kopyası sana ve ailene verilecektir.

Ek-4. Ebeveyne Yönelik Hazırlanmış Uygulanan Davranış Yönlendime Tekniğini
Kabul Formu

Kabul	Ebeveyn	Ask-tell-ask	Tell-show-do



ÖZGEÇMİŞ

Soyadı, adı : COŞKUN, Ahmet
 Uyuşu : T.C.
 Doğum tarihi ve yeri : 20.02.1990 – Hatay/Dörtyol
 Medeni hali : Bekar
 Telefon : 0535 327 37 17
 e-mail : dt.ahmetcoskun@hotmail.com



Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet tarihi
Doktora	Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı	Devam ediyor
Lisans	Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	2013
Lise	Bahri Çelen Anadolu Lisesi	2007

Yabancı Dil

İngilizce

Bilimsel etkinlikler

12th Congress of European Academy of Paediatric Dentistry, 5-8 Haziran, Polonya, Sopot.

Ulusal Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler

Coşkun, A. ve Ulusu, T. (2017). Çocuk diş hekimliğinde davranış yönlendirme teknikleri ve ask-tell-ask yöntemi. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, DOI: 10.17567/ataunidfd.293148.

İnan, G., Ulusu, T. ve Coşkun, A. (2017). Beyaz Önlük Korkusu Gerçek mi?. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, DOI: 10.17567/ataunidfd.285593.

Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitaplarında Basılan Bildiriler

İnan, G., Ulusu, T. ve Coşkun, A. (2016). "Beyaz önlük korkusu gerçek mi?", 23. Türk Pedodonti Derneği Kongresi Bilimsel Kongresi, Kuşadası. (poster sunumu).



GAZiLi OLMAK AYRICALIKTIR..