

ÇOCUK HASTALARDA “DENTAL KAYGI VE DAVRANIŞ İDARESİ PROBLEMLERİNİN” GÖRÜLME SIKLIĞI VE ETİYOLOJİK FAKTÖRLERİ

PREVALENCE AND ETIOLOGIC FACTORS OF “DENTAL ANXIETY AND BEHAVIORAL MANAGEMENT PROBLEMS”
IN PEDIATRIC PATIENTS

Ceylan Çağıl YETİŞ Çiğdem KÜÇÜKEŞMEN

Süleyman Demirel Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye.

Yazışma Adresi:

Ceylan Çağıl YETİŞ
SDÜ Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti ABD,
Doğu Kampüsü, Çünür 32200 Isparta
Türkiye

E posta: ceylancagil@hotmail.com

Kabul Tarihi: 15 Şubat 2013

Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi

ISSN: 2146-9601

e-ISSN: 2147-2238

bsbd@balikesir.edu.tr

www.bau-sbdergisi.com

ÖZET

Dental korku; dental işlemler sırasında ortaya çıkan ve bir takım korkutucu uyarılara karşı oluşan normal emosyonel bir reaksiyondur. Dental kaygı ise; diş tedavisi sırasında korkunç olaylar gerçekleşeceği konusunda duyulan endişe ve buna bağlı olarak kontrolün yitilmesi hissi olarak tanımlanır. Çocuklarda “dental korku, kaygı ve davranış idaresi problemlerinin” görülme sıklığı, yaklaşık % 5-20 arasında değişmektedir. Davranış idaresi problemlerinin prevalansı; yaşça küçük olan çocuklarda, dental korkuya sahip olan çocuklarda ve çocuk ağrı hissettiğinde daha yüksektir. Diş hekimi ve yardımcı personelin varlığı da çocuğun stres, ağrı ve rahatsızlık duygularına verdiği tepkileri etkilemektedir. Bu makalede, çocuklarda dental kaygı ve davranış idaresi problemlerinin etyolojik faktörlerinden ve farklı toplumlarda görülme sıklığından bahsedilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dental davranış idaresi problemleri, Dental kaygı, Dental korku.

SUMMARY

Dental fear occurs as a normal emotional reaction owing to some threatening provocateurs during dental procedures. Dental anxiety is a state of apprehension relating to some ideas about “dreadful things are going to happen during the dental treatment” and sense of losing control. The prevalence of “dental fear, anxiety and behavioral management problems” in children is between 5-20 %. The prevalence of behavioral management problems is higher in younger children and children with dental fear and when the child feels pain. Also, dentist and dental personnel’s behaviors effect how children give reaction when they are under stress, feel pain and uncomfortable. This article is about prevalence and etiologic factors of dental anxiety and behavioral management problems in children in different populations.

Key words: Dental anxiety, Dental behavioral management problems, Dental fear.

GİRİŞ

Çocukluk ve gençlik dönemleri; fiziksel ve ruhsal gelişimin devam etmekte olduğu, yetişkinlere göre kişilik gelişiminin ve duygusal fonksiyonların yetersiz kalabildiği dönemlerdir. Son yıllarda Çocuk Diş Hekimliği bilim dalının gelişmesiyle, çocuklarda dental kaygı, davranış idaresi problemleri ile diş hekimi korkusu arasındaki ilişki ortaya konmuş ve klinik önemi anlaşılmıştır.

Çocuk Diş Hekimliğinin amaçları genel olarak ikiye ayrılabilir. Bunlar; ağız ve diş sağlığının korunması ve çocuğun diş hekimi kliniğine gelme alışkanlığının ve tedavi olabilmeye kabiliyetinin sağlanmasıdır.¹ Kronolojik

yaşlara bağlı fiziksel değişimler çocuk gelişiminin değerlendirilmesinde kilometre taşlarını oluşturur. Bunların bilinmesi, diş hekimine çocuğun verilen bir görevi yapabilme becerisi ve gönüllülüğünü göz önünde bulundurması gerektiğini hatırlatır.²

Dental kaygı; somatik, kognitif ve emosyonel bileşenleri bir arada içeren çok boyutlu bir sistemdir.³ Dental kaygı, davranış idaresi problemleri ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesinden önce çocukların içinde buldukları kronolojik yaş dönemlerine göre sahip oldukları özelliklerin bilinmesi, konunun daha iyi anlaşılabilmesi açısından faydalı olacaktır.

Kronolojik Yaş Dönemlerine Göre Çocuk Davranışları

Okul öncesi dönemi (2-4 yaş): Bu yaş grubundaki çocukları idare etmek ve anlamak oldukça güçtür. Sınırlı iletişim becerileri vardır. Kendilerini sözlü olarak ifade edemedikleri için üzüntülerini ağlayarak gösterirler. Ailelerine son derece bağımlıdırlar. Konsantrasyon süreleri sınırlı olan bu yaş grubunda başarılı olmak için hekimler çabuk olmalı, seansları kısa tutmalı ve mutlaka ebeveynlerin yardımını almalıdırlar.^{2,4}

Ergenlik Öncesi Okul Dönemi (5-12 Yaş): Çocuklar okula başladıklarında ailelerinin desteğine daha az ihtiyaç duyarlar. 5 yaşından itibaren övülmeyi severler ve her şeyi iyi yaptıklarını bilmek isterler. Basit kavramları anlayabilirler ancak onların dilinden konuşmak gereklidir. 7-11 yaşları arasında çocuklar hangi konuya dikkat edeceklerine ve hangisini önemsemeyeceklerine karar verebilirler, mantıklı düşünmeye başlarlar ve farklı bakış açılarını anlayabilirler.^{2,4}

Ergenlik Dönemi (12-18 Yaş): Ergenlik dönemi, “erken ergenlik” ve “geç ergenlik” dönemleri olarak 2 kısımda incelenebilir. Erken ergenlik dönemi, çocuğun hemen hemen tüm fonksiyonlarında değişimin gerçekleştiği bir geçiş dönemidir. Geç ergenlik dönemi ise birleştirme-sağlamaştırma dönemidir. Genç, kendine özgü bir kimlik oluşturur ve yeni amaçlar, yeni görevler belirler.^{1,4} Ergenlik döneminde kişilik ve davranış modelleri erken oluşmaya başladığında, psikososyal faktörlerin daha etkili olduğu Caspi ve Moffitt (1991) tarafından bildirilmiştir.⁵ Örneğin; ergenliğe erken giren bir kız çocuğunda, normal zamanında giren diğer kız çocuklarına oranla, psikolojik problemlerin görülme sıklığının arttığı belirtilmektedir.^{1,5}

Davranış İdaresinin Temelleri

Yıllar boyunca davranış idaresi, farklı kişiler için farklı anlamlar ifade etmiştir. 1895 yılında Mc Elroy bu konudaki görüşünü; “diş hekiminin operatif hekimliği mükemmel olsa bile, çocuk klinikten ağlayarak ayrılıyorsa o randevu başarısızdır.” şeklinde belirtmiştir.⁶ Bu açıklama, diş hekimliği literatüründe, çocuk hastanın randevusunun başarısının değerlendirilmesinde, teknik becerilerin dışında her hangi bir kriterin kullanıldığı ilk söylemdir.²

Wright (1975), davranış idaresini “diş sağlığı çalışanlarının çocuklar için etkili ve verimli bir tedavi gerçekleştirmesi”

biçiminde tanımlamış ve davranış idaresinin amacının “pozitif dental tutum oluşturma” olması gerektiğini ifade etmiştir. Daha sonraları ise bu ifadeyi geliştirerek, “yalnızca verilen bir görevi yerine getirmek değil, çocuğun diş sağlığının korunması ve sürekli önlemler alınmasını da içeren uzun süreli bir uğraş” olduğunu belirtmiştir.⁷

Dental Korku Ve Kaygının Tanımlanması

Dental korku; dental işlemler sırasında ortaya çıkan bir takım korkutucu uyaranlara karşı meydana gelen normal bir emosyonel reaksiyondur. Dental kaygı ise; diş tedavisi sırasında korkunç olaylar gerçekleşeceği konusunda duyulan endişe ve ayrıca kontrolün yitirilmesi hissi olarak tanımlanır.⁸ Diş hekimliği uygulamaları söz konusu olduğunda, çocuklarda gözlenebilen kaygı türleri aşağıdaki şekilde özetlenebilir;

Bireysel (Kişiyi Özgü) Kaygı: Bazı çocuklar doğası gereği diğerlerinden daha kaygılıdır bu durum ‘Bireysel Kaygı’ olarak tanımlanabilir. Kaygılı hastaların çoğu, başka alanlarda gösterdiği korkularını dental problemlerinde de yansıtırlar. Bu kişiyi özgü kaygının, daima sabit olduğu unutulmamalıdır. Bu hastalar, kliniğe ikinci gelişlerinde de ilk randevularındaki kadar endişeli olurlar⁴

Maternal kaygı: Anneye bağlı olarak meydana gelen bir kaygıdır. Geçmişte çocukların diş muayenesine anneler tarafından götürülmesinin bir gelenek haline gelmesi, çocukların diş randevuları üzerinde maternal kaygının etkisinin, araştırma konusu olmasına yol açmıştır.² Maternal kaygının, küçük çocukların diş hekimini ilk ziyaretleri sırasındaki davranışları üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir.⁹ Tüm yaşlardaki çocuklar, maternal kaygıdan etkilense de yapılan araştırmalarda, bu durumun 4 yaşın altındaki çocuklarda daha belirgin olarak görüldüğü anlaşılmıştır.

Dental Kaygı ve Davranış İdaresi Problemlerinin Görülme Sıklığı

Çocuklarda dental korku, kaygı ve davranış idaresi problemlerinin görülme sıklığı, yaklaşık % 5-20 arasında değişmektedir.¹ İki ayrı İsveç popülasyonunda yapılan bir araştırmada, dişsel davranış idaresi problemlerinin görülme prevalansı, sırasıyla % 8,5 ve % 10 olarak rapor edilmiştir.¹⁰

Yine İsveç'te 2003 yılında, tüm çocuk hastaların % 1,3'ü özel pediatrik diş hekimi kliniklerine sevk edilmiştir. Bu çocukların % 37'sinin dişsel davranış idaresi problemlerinin bulunduğu ve özel tedavi gereksinimleri olduğu tespit edilmiştir.¹¹

Çin' de, yaşları 2-8 arası değişen 209 hastanın incelendiği bir çalışmada, incelenen çocukların üçte birinden fazlasının yabancı insanlarla karşılaştığında kaygılı ve utangaç davrandıkları gözlenmiş ve davranış idaresi problemleri görülen çocukların oranı da % 29,7 olarak belirtilmiştir.¹² Amerikan Pediatrik Diş Hekimliği Akademisinin 160 üyesine ait bir çalışmanın sonuçları, Çin' de yapılan bu çalışmayla benzer nitelikte olup, incelenen çocukların % 22'sinde davranış idaresi problemi saptanmıştır.¹³ Bu bulgular şunu işaret etmektedir ki; araştırmanın yapıldığı bölgelerde yaklaşık her 4 çocuktan birinde dental davranış idaresi problemi gözlenmektedir.¹² Avustralya, Kanada, Avrupa ve ABD'de yapılan araştırmalarda ise, dental korku-kaygı ve davranış idaresi problemlerinin normal çocuk popülasyonunun % 9'unu etkilediği gözlenmiştir.⁸

Lee ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan bir araştırmada, Tayvan'lı çocukların dental korku prevalansının % 20,6 olduğu tespit edilmiştir. 5-8 yaşları arasındaki çocukların incelendiği bu çalışmada, 5 yaş grubunun % 24,8'inin, 6 yaş grubunun % 21,1'inin, 7 yaş grubunun % 19,2'sinin ve 8 yaşındakilerin de % 19,3'ünün dental kaygılı olduğu saptanmıştır.¹⁴

Madrid' in güney bölgesinde yaşayan 147 çocuk hastanın incelendiği bir çalışmanın sonucunda; katılımcıların %13,6'sının dental korkulu hastalar oldukları belirlenmiştir.¹⁵

Blomqvist ve arkadaşlarının (2006) yaptığı bir çalışmaya göre; dişsel davranış idaresi problemlerine; dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda daha sık rastlanılmaktadır.¹⁶

Dental Korku ve Kaygının Etiyolojisi

Dental korku ve kaygı, çocuk popülasyonunda oldukça yaygındır. Diş tedavisinden kaçınma, diş sağlığı merkezlerine yeterli sıklıkta gidilmemesi ve ağrılı diş tedavileri nedeniyle oluşabilmektedir.

Çocuklarda dental kaygı ya da davranış idaresi problemleri internal ya da eksternal kökenli pek çok faktör ile ilişkilidir. Eksternal kökenli dental kaygı; direkt ya da indirekt kötü dental tecrübeler nedeniyle ortaya

çıkan bir tür fobidir. Internal kökenli dental kaygı ise; bir kişilik özelliği ya da endojenöz (içsel) kaygı olarak tanımlanır ve direkt diş tedavilerinin etkisinden ziyade kişinin kendi psikolojisinden kaynaklanmaktadır.¹²

Çocuklarda dental kaygı ve davranış idaresi problemlerinin etyolojik faktörleri; “bireysel faktörler, çevresel faktörler ve dişsel faktörler” şeklinde 3 ana bölümde incelenebilir.¹

Bireysel Faktörler: Dental kaygı ve davranış idaresi problemlerinin oluşumunda önemi açık olan bir faktör “çocuğun yaşı”dır. Her iki durum da küçük çocuklarda daha yaygındır. Çünkü psikolojik gelişimleri henüz diş tedavisine dayanabilecek yeterlilikte değildir.^{1,8,17,18}

Tayvan' lı çocuklarda dental korkunun etyolojik faktörlerinin araştırıldığı bir çalışmada, yüksek dental kaygı seviyeleri ve kooperatif olmayan davranışların 4 yaşından itibaren azalmaya başladığı görülmüştür.¹⁹ Bayrak ve ark., (2010) tarafından Türk çocuklarında yapılan bir çalışmada, 3-6 yaş grubu çocukların % 30'unun, 7-12 yaş grubu çocukların ise % 11'inin dental kaygılı oldukları belirlenmiştir.²⁰ Folayan ve arkadaşları (2003), dental kaygı seviyesinin 6-7 yaş civarında azalmaya başladığını ve yaş ilerledikçe dental uygulamalarla baş etme yeteneğinin daha da arttığını belirtmişlerdir.²¹ Winer (1982), tarafından yayımlanan bir derlemede de, dental tedaviler sırasında pozitif davranışların görülme sıklığının 3-6 yaşları arasında arttığı belirtilmiştir.²²

İsveç'te, prematüre doğan 3-6 yaş grubu çocuklarda yapılan kontrollü bir çalışmada; özellikle 3 yaş grubu prematüre doğan çocuklarda dental davranış idaresi problemlerine daha sık rastlanıldığı tespit edilmiş ve anne karnında geçirilen sürenin de davranış problemleri oluşumunda etkili olduğu ortaya konmuştur.²³

Dental kaygı oluşumunda etkili faktörlerden biri de çocuğun cinsiyetidir. Ondört farklı popülasyonda yapılan araştırma sonuçlarının incelendiği bir derleme çalışmasında, 10 popülasyonda kızların erkeklere göre daha fazla dental kaygıya sahip olduğu, 2'sinde ise cinsiyete bağlı farklılık görülmediği ortaya çıkmıştır.^{8,17,24}

Bireysel etyolojik faktörlerden bir diğeri de çocuklardaki eksik iletişim becerileridir.¹ Kontrolünü kaybetme, ağrı duyusu ve yabancı insanlarla bir arada olmak, küçük çocuklarda korku reaksiyonlarının meydana gelmesinde önemlidir.⁸

Popùlasyon tabanlı çalışmalarda, dental davranış idaresi problemleri görùlen çocukların genel olarak daha yüksek seviyede korkulu oldukları saptanmıştır.^{10,25}

Yaralanma, ięne olma ve kan fobisi de (Blood, injury, injection-BII phobia) sıklıkla diş tedavisini negatif etkilediği görùlen özel bir kaygı etkenidir. Çocuklarda BII fobisi ile dental kaygı ve diş tedavisi olmaktan kaçınma arasında pozitif bir ilişki olduğu gösterilmiştir.¹

Ayrıca kişilik özellikleri de dental kaygı oluşumu ile ilişkilidir. Sinirlilik, negatif ruh hali ve diğer kaygılar, dental korkusu olan hastalarda daha yaygındır.²⁶ İsveç'te yapılan bir olgu-kontrol çalışmasında, diş hekimi korkusundan sonra en önemli davranış idaresi problemi etkeninin "negatif kişilik modeline sahip olma" olduğu görùlmüřtür.¹⁰ Çocuğun mizacıyla ilgili bir diğer faktör de "utangaçlık" tır ve çocukların % 10'unda görùlür. Utangaç bir çocuğun kendini rahat hissedebilmesi için daha çok zamana ihtiyacı vardır.^{1,8,27,28}

Son çalışmalar, dental anksiyete ve davranış idaresi problemlerinin, nöropsikiyatrik sorunları olan çocuklarda (dikkat eksikliği görùlen hiperaktivite durumu, Otizm, Asperger sendromu, Tourette sendromu ve diğer psikolojik/mental engel durumları) daha sık görùldüęüne işaret etmektedir. Bu tarz nöropsikiyatrik bozuklukların, çocukların yaklaşık % 5'inde bulunduğu tahmin edilmektedir.^{1,8}

Çevresel Faktörler: Aileye ait dental kaygının, çocukların klinik davranışlarını etkilediği oldukça iyi bilinmektedir.¹ Berggren ve Meynert (1984) ve Moore'nin (1991) ebeveynleri odontofobik olan bireyleri inceledikleri çalışmalarında, ailenin negatif tutumunun çocukta odontofobi gelişmesinde en önemli etken olduğu ortaya çıkmıştır.^{29,30} Ayrıca bu konudaki çalışmalar, dental korkunun emosyonel olarak ya da modellendirme ile aile üyeleri arasında yayılabildiğini ve dental korkunun temelinde genetik bileşenlerin birlikteliği olduğunu göstermektedir.²⁶

Düşük sosyoekonomik durum da dental kaygı ve davranış idaresi problemlerine neden olmaktadır. Bu durum bazı ùlkelerde çocukların diş tedavilerinin ücretsiz sağlanmasıyla aşılmaya çalışılmaktadır.^{1,31} Ayrıca "çocuk yetiştirme" şekli de çocuğun dental tedaviyi kabullenmesinde önemli faktörlerden biridir. Günümüzde, çocukların yetişkinlerin otoritesini sıklıkla

sorgulamaları, dental tedavi sürecini olumsuz etkileyen faktörler arasındadır.¹

Brezilya'da, 2-5 yaş arası çocukların ve annelerinin değerlendirildiği bir anket çalışmasında, bu yaş grubundaki çocukların % 79,3'ünün hiç diş hekimine gitmedikleri ve annelerin % 60'ının da düzenli olarak ağız ve diş sağlığı muayenesi olmadıkları tespit edilmiştir. Ayrıca bu çalışmada çocukların diş hekimi randevusuna gitmelerinin annelerinin eğitim seviyesi ile ilişkili olduğu sonucu ortaya çıkmıştır.³² Yine Brezilya'da yapılan bir başka araştırmada da, anneleri dental kaygıları nedeniyle düzenli olarak diş hekimine gitmeyen çocuklarda, ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesinin daha düşük seviyede olduğu saptanmıştır. Annelerin diş hekimine düzenli olarak gitmemelerinin nedenleri; düşük eğitim seviyesi, sosyoekonomik durum ve negatif diş tedavisi tecrùbeleri olarak belirlenmiştir.³³

Ayrıca yapılan araştırmalarda, anne-babaları ayrı yaşayan çocuklarda da, dental korku ve davranış idaresi problemlerine daha sık rastlanıldığı gözlenmiştir.³⁴

Diş hekiminin tutumu da çocuğun dental tedavideki davranışını etkileyen önemli bir faktördür. İlk diş hekimi randevusu, çocuğun daha sonraki tedaviler için diş hekimi ve diş tedavileri hakkında nasıl bir tutum sergileyeyeceği konusunda önemli bir etkindir. Pozitif bir diş hekimi-hasta ilişkisi; hastanın memnuniyeti, uyumu ve diş sağlığı kliniklerine gitme alışkanlığını, ayrıca evde yapacağı koruyucu uygulamalar açısından motivasyonunu olumlu yönde etkilemektedir. Diş hekiminin bu konuda dikkatli olması, çocuğun dental davranış problemini negatif olaylar oluşmadan önce tahmin etmesi ve tanımlaması, ayrıca ilk randevu için etkili bir davranış idaresi stratejisi oluşturması gerekmektedir.¹²

2004 yılında Çin' de yapılan, yaşları 2-8 arası değişen çocuklarda ilk ve ikinci dental tedavi arasındaki davranışsal farklılıkların incelendiği bir çalışmada; 97 çocuktan 61'inin davranışlarında değişiklik olmadığı saptanmış, 29' unun davranışları olumlu yönde değişmiş ve 7' sinin de davranış problemleri ikinci randevuda artmıştır. Çocukların davranışlarını negatif yönde etkileyen faktörün ise, çocuğun diş hekimi ve personeliyle anlaşmazlığa düşmesi olduğu görùlmüřtür.¹²

Dişsel Faktörler: Dental kaygı ya da korkunun oluşmasında yaygın olarak bilinen, önemli faktörlerden biri "ağrılı diş tedavileri" dir.

Çocukların çoğu, yıllardan beri restoratif tedavileri anestezi olmadan yaptırdıkları için, bu gibi ağrılı durumlar çocuklar için kaçınılmazdır.^{1,8} Buna karşın; tekrarlayan asemptomatik ziyaretler dental kaygıya dair profilaktik rol oynamakta ve koruyucu programlara katılan çocuklar daha düşük seviyede dental korku belirtisi göstermektedirler.¹⁵ Nicolas ve arkadaşları (2010), dişlerine daha önceden dolgu yapılmış olan çocukların, hiç diş tedavisi görmemiş olanlara göre daha az korkuya sahip olduğunu belirtmişlerdir.³⁵ Alwin ve arkadaşlarının (1991) yaptığı bir araştırmada, kooperasyon güçlüğü olan çocukların % 23'ünün ilk diş hekimi ziyaretinin kötü olduğu, buna karşın kooperasyon problemi olmayan çocuklarda bu oranın % 10 olduğu belirtilmiştir.³⁶

1999-2000 yılları arasında İtalya'da yapılan bir çalışmada, problemlili bir ilk diş hekimi ziyareti geçirmenin, ailesel dental kaygıdan sonra, en sık görülen ikinci dental kaygı etkeni olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada ayrıca, çok sayıda negatif diş tedavisi tecrübesi olan çocukların, diş hekimine gitmekten kaçındıkları ve ileride yalnızca diş ağrısı çektiklerinde diş hekimine gidebilecekleri belirtilmiştir.³⁷ Brezilya'da yapılan, 8-11 yaşları arasındaki çocukların incelendiği bir çalışmada, diş ağrısı olan ve olmayan çocukların dental kaygı seviyeleri karşılaştırılmış ve diş ağrısı olan çocukların oluşturduğu grupta dental kaygı seviyelerinin diğer gruptakilere oranla oldukça yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca ilk randevuda gözlenen kaygı derecelerinin, diş ağrısı bulunmayan çocuklarda, daha sonraki randevularda azaldığı, ancak diş ağrısı olanlarda ise yine yüksek seviyede devam ettiği gözlenmiştir.³⁸

Rantavuori ve arkadaşları (2009) ise, önceki yıllarda geçirilen dental tecrübelerin dental korku oluşumunda daha zayıf etkili faktörler olduğunu, bunun yerine ebeveynlerin ya da büyük kardeşlerin korku derecelerinin bu konuda daha etkili olduğunu belirtmişlerdir.³⁹

SONUÇ

Davranış idaresi problemlerinin prevalansı, beklenen şekilde, dental korkuya sahip çocuklarda, çocuk ağrı hissettiğinde ve özellikle de olaylarla kendi başına baş etme yeteneği eksik olan küçük çocuklarda daha sık görülmektedir. Ebeveynlerin sosyokültürel seviyesi ve diş hekimi ve yardımcı personelinin davranışları da çocuğun stres, ağrı ve rahatsızlık duygularına nasıl tepki vereceğini etkilemektedir.

Ayrıca anestezi yapılmaksızın ağrılı dental tedavi işlemlerine maruz kalan çocuklarda, daha sonraki işlemler ağrı kontrolü yapılarak uygulanırsa bile, hissedilen ağrı duyulabildiğine dair kanıtlar bulunmaktadır. Ağrı duyusu bir kere hissedildiğinde, çocuk hastada dental korku oluşma riski çok büyüktür. Bu nedenle ağrılı işlemlerde, ağrıyı azalttığı ya da önlediği kanıtlanmış bir yöntem olan lokal anestezi uygulamalarının, çocuk tarafından kabul edildiği halde yapılmaması etik olarak kabul edilebilir bir durum değildir.

Ayrıca diş hekimleri, pozitif bir hekim-hasta ilişkisinin; çocuk hastanın uyumunu, diş hekimine gitme alışkanlığını ve ayrıca evde yapacağı koruyucu uygulamalar açısından motivasyonunu sağlayacağını göz ardı etmemelidir.

KAYNAKLAR

1. Koch G, Poulsen S: Pediatric Dentistry: a clinical approach, 2. Baskı, s.17-43, Blackwell Publishing Ltd., UK (2009).
2. McDonald RE, Avery DR, Dean JA: Dentistry for the Child and Adolescent, 8.baskı, s.33-49, Mosby, USA (2004).
3. Kendall PC: Child and Adolescent Therapy: Cognitive- Behavioral Procedures, “Klinberg G, Broberg AG (eds):Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors, 3. Baskı” kitabında, The Guilford Press, New York (2006).
4. Chadwick BL, Hosey MT: Child Taming: How to manage children in dental practice, s.2-8, 37-46, Quintessence Publishing Co. Ltd, London (2003).
5. Caspi A, Moffitt TE.Individual differences are accentuated during periods of social change: the sample case of girls at puberty. *J Pers Soc Psychol.* 1991;61:157-68.
6. Klinberg G, Broberg AG. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *Int J Ped Dent.* 2007;17:391-406.
7. Wright G, Alpern G, Leake J. A cross-validation of variables affecting children's cooperative behaviour. *J Can Dent Assoc.* 1973; 39:268-73

8. Gustafsson A, Broberg A, Bodin L, Berggren U, Arnrup K. Behaviour management problems: the role of child personal characteristics. *Int J Ped Dent.* 2010;20:242-53.
9. Klingberg G, Dahllof G, Erlandsson AL, et al. A survey of specialist paediatric dental services in Sweden: results from 2003, and trends since 1983. *Int J Paediatr Dent.* 2006;16: 89-94.
10. Xia B, Wang C, Ge L. Factors associated with dental behaviour management problems in children aged 2–8 years in Beijing, China. *Int J Ped Dent.* 2011; 21:200-9.
11. Allen KD, Stanley RT, McPherson K. Evaluation of behaviour management technology dissemination in paediatric dentistry. *Pediatr Dent.* 1990;12:79-82.
12. Lee CY, Chang YY, Huang ST :Prevalence of Dental Anxiety among 5- to 8-Year-Old Taiwanese Children. *Am Assoc Pub Health Dent.* 2007; 67: 36-41.
13. Diaz MC, Crego A, Armfield JM, Maroto MR. Treatment experience, frequency of dental visits, and childrens dental fear: a cognitive approach. *Eur J Oral Sci.* 2012;120:75-81.
14. Blomqvist M, Holmberg K, Fernell E, Ek U, Dahllöf G. Oral health, dental anxiety, and behavior management problems in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Eur J Oral Sci.* 2006;114:385-90.
15. Wogelius P, Poulsen S, Toft Sørensen. Prevalence of dental anxiety and behaviour management problems among six to eight years old Danish children. *Acta Odontol Scand.* 2003;61:178-83.
16. Klingberg G, Berggren U, Norén JG. Dental fear in an urban Swedish child population: prevalence and concomitant factors. *Community Dent Health.* 1994;11:208-14.
17. Lee CY, Chang YY, Huang ST. The clinically related predictors of dental fear in Taiwanese children. *Int J Ped Dent.* 2008;18:415-22.
18. Bayrak Ş, Şen Tunç E, Eđilmez T, Tùlođlu N. Ebeveyn dental kaygısı ve sosyodemografik faktörlerin çocukların dental kaygısı üzerine etkileri. *J Dent Fac Atatürk Uni.* 2010;20:181-88
19. Folayan MO, Idehen EE, Ufomata D. The effect of sociodemographic factors on dental anxiety in children seen in a suburban Nigerian hospital. *Int J Paediatr Dent.* 2003;13: 20-26.
20. Winer GA. A review and analysis of children's fearful behavior in dental settings. *Child Dev* 1982;53:1111-33.
21. Brogardh-Roth S, Stjernqvist K, Matsson L :Dental behavioral management problems and dental caries prevalence in 3- to 6-year-old Swedish children born preterm. *Int J Ped Dent* 2008;18:341-7.
22. Milgrom P, Vignehsa H, Weinstein P. Adolescent dental fear and control: prevalence and theoretical implications. *Behav Res Ther.* 1992; 30:367-73.
23. Klingberg G, Berggren U, Carlsson SG, Norén JG. Child dental fear: cause-related factors and clinical effects. *Eur J Oral Sci* 1995;103:405-12.
24. Diaz MC, Crego A, Armfield JM, Maroto MR. Assessing the relative efficacy of cognitive and non-cognitive factors as predictors of dental anxiety. *Eur J Oral Sci* 2012;120:82-8.
25. Arnrup K, Broberg A, Berggren U, Bodin L. Lack of cooperation in pediatric dentistry – the role of child personality characteristics. *Pediatr Dent* 2002;24:119-28.
26. Klingberg G, Broberg AG. Temperament and child dental fear. *Pediatr Dent.*1998;20:237-43.
27. Berggren U, Meynert G. Dental fear and avoidance: causes, symptoms and consequences. *J Am Dent Assoc.* 1984;109:247-51.
28. Moore R, Brodsgaard I, Birn H. Manifestations, acquisition and diagnostic categories of dental fear in a self-referred population. *Behav Res Ther.* 1991;29:51-60.
29. Gustafsson A, Arnrup K, Broberg AG, Bodin L, Berggren U. Psychosocial concomitants to dental fear and behaviour management problems. *Int J Ped Dent.* 2007;17:449–59.
30. Goettems ML, Ardenghi TM, Demarco FF, Romano AR, Torriani DD. Children's use of dental services: Influence of maternal dental anxiety, attendance pattern, and perception of children's quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2012; 40:451-8.
31. Goettems ML, Ardenghi TM, Romano AR, Demarco FF, Torriani DD. Influence of maternal dental anxiety on oral health–related quality of life of preschool children. *Qual Life Res.* 2011; 20:951-9.
32. Klingberg G. Dental fear and behavior management problems in children. A study of measurement, prevalence, concomitant factors, and clinical effects. PhD Thesis. Göteborg, Sweden: Göteborg University (1995).
33. Nicolas E, Bessadet M, Collado V, Carrasco P, Rogerleroi V, Hennequin M. Factors affecting dental fear in French children aged 5–12 years. *Int J Paediatr Dent* 2010;20:366-73.
34. Alwin NP, Murray J, Britton P. An assessment of dental anxiety in children. *Br Dent J.* 1991;171:7:201-7.
35. Rantavuori K, Zerman N, Ferro R, Lahti S. Relationship between children's first dental visit and their dental anxiety in the Veneto Region of Italy. *Acta Odontol Scand.* 2002;60:297–300.

36. Ramos-Jorge J, Marques LS, Homem MA, Paiva SM, Ferreira MC, Ferreira FO, Ramos-Jorge ML. Degree of dental anxiety in children with and without toothache: prospective assessment. *Int J Paediatr Dent* 2013;23:125-30.
37. Rantavuori K, Tolvanen M, Hausen H, Lahti S, Seppä L. Factors associated with different measures of dental fear among children at different ages. *J Dent Child*. 2009;76:13-9.