



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

ÇOCUK HASTANE ÇİZİMLERİ SKALASI (ÇHÇS)'NİN
VALİDASYONU VE DENTAL ANKSİYETENİN
DEĞERLENDİRİLMESİNDE ÇİZİMİN YERİ

Hazırlayan

Dt. Deniz Sıla ÖZDEMİR

Pedodonti Anabilim Dalı

Uzmanlık Tezi

Danışman

Doç. Dr. Halenur ALTAN

TOKAT – 2020



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

ÇOCUK HASTANE ÇİZİMLERİ SKALASI (ÇHÇS)'NİN
VALİDASYONU VE DENTAL ANKSİYETENİN
DEĞERLENDİRİLMESİNDE ÇİZİMİN YERİ

Hazırlayan

Dt. Deniz Sıla ÖZDEMİR

Pedodonti Anabilim Dalı

Uzmanlık Tezi

Danışman

Doç. Dr. Halenur ALTAN

TOKAT – 2020

T.C.
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Bu belge ile, bu tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak toplanıp sunulduğunu, bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçlara atıf yaptığımı ve kaynağını gösterdiğimi beyan ederim.

15/08/2020

Deniz Sıla ÖZDEMİR



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam boyunca bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyen, kendisinden çok şey öğrendiğim ve öğrenmeye devam edeceğim değerli danışman hocam Doç. Dr. Halenur ALTAN' a,

Pedodonti Anabilim Dalı'nda birlikte çalışmaktan keyif aldığım sevgili arkadaşlarım Melek BELEVCİKLİ, Nihal ALTUNOK, Esra HATO ile diğer araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve yardımcı personelimize,

Bugünlere gelebilmem için her türlü özveri ve fedakarlığı gösteren, hayatım boyunca sevgi ve destekleriyle yanımda olan ve emeklerinin karşılığını asla ödeyemeyeceğim canım annem Fatma ÖZDEMİR' e ve babam Orhan ÖZDEMİR' e,

Sabrı, anlayışı ve sonsuz sevgisi ile beni destekleyen ve yüreklendiren, uzmanlık eğitimim sürecince hep yanımda olan, sevgilim Eren ÇELİK' e,

Tezimin çeviri aşamasında yardımlarını esirgemeyen başta yakın arkadaşım Merve Neslihan NAR olmak üzere Melek ÇETİN, Gamze GÜRLEYEN ve Okaycan DURUKOĞLU' na,

Çizimlerin değerlendirilmesinde her türlü yardımı sağlayan ve katkılarını sunan sevgili Elif DENİZ' e

Tezimin istatistiği konusunda destek veren hocam Dr. Öğr. Üyesi Osman DEMİR' e

Tüm kalbimle sonsuz teşekkür ediyorum.

ÖZET

Çocuk Hastane Çizimleri Skalası (ÇHÇS)’nın Validasyonu ve Dental Anksiyetenin Değerlendirilmesinde Çizimin Yeri

Amaç: Dental anksiyete diş tedavisine bağlı olarak duyulan korkular nedeniyle gelişen, tam olarak ifade edilemeyen yoğun bir huzursuzluk halidir. Çalışmamızda ÇHÇS’ nin Türkçe validasyon çalışmasının yapılması, dental anksiyetenin ve tedavi sırasında deneyimledikleri ağrının çizimle değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı’na 2018-2020 yılları arasında ağrı şikayetiyle başvuran, yaşları 4-13 arasında değişen, klinik ve radyografik muayenesi tamamlanmış çocuk hastalar çalışmaya dahil edildi. Çalışma iki aşamada gerçekleştirildi. ÇHÇ Skalası’nın Türkçe çevirisinin ve linguistik kültürel validasyonun yapılmasının ardından, çocuk hastaların tedavi sırasındaki davranışları Frankl Davranış Derecelendirme Skalası ile, tedavi sırasında deneyimledikleri ağrı Wong Baker Yüz Derecelendirme Skalası ile, anksiyete seviyeleri ise ÇHÇS kullanılarak hastalar tarafından tedavi sonunda çizilen resimlerle değerlendirildi. Veriler IBM SPSS v23 ile analiz edildi, anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alındı.

Bulgular: Skalanın güvenilirlik-geçerlilik çalışması kapsamında Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı (SKK) test-tekrar test tutarlılığı ile değerlendirilmiştir. Bölüm A ($SKK_A = 0,948$; $p<0,001$), bölüm B ($SKK_B = 0,844$; $p<0,001$), bölüm C ($SKK_C = 0,729$; $p<0,001$) ve toplam skor için ($SKK_{Toplam} = 0,936$; $p<0,001$) değerlendiriciler arasındaki

güvenilirlik pozitif yönlü ve güçlü düzey korelasyon olarak bulundu. Yapılan test-tekrar test uyum katsayısı 0,967 bulundu ($p<0.001$). Dental anksiyetenin cinsiyete göre değerlendirilmesinde erkek çocukların anksiyetesi kız çocuklardan daha yüksekti. Hastaların tedavi sırasındaki ağrı seviyeleri arttıkça davranışları pozitiften negatife yönelmiştir ($p=0,016$; $r=-0,219$). Hasta yaşı azaldıkça ağrı düzeylerinde artış görüldü ($p=0,987$; $r=-0,002$). Hastaların dental anksiyeteleri arttıkça tedavi sırasındaki davranışları pozitiflikten negatifliğe doğru artış gösterdi ($r=-0,118$; $r=-0,113$). Hastaların tedavi sırasında hissettikleri ağrı düzeyi arttıkça dental anksiyeteleri arttı ($p>0,05$).

Sonuç: ÇHÇ Skalası'nın Türkçe versiyonu, Türkçe konuşan dental tedavi gereksinimi olan çocuk hastaların dental anksiyetelerinin değerlendirilmesi için kullanılabilecek güvenilir ve geçerli bir ölçektir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk Hastane Çizimleri Skalası (ÇHÇS), dental anksiyete, dental ağrı, validasyon

ABSTRACT

Validation of Child Drawing Hospital Scale (CD: H) and the Place of the Drawing in the Evaluation of Dental Anxiety

Aim: Dental anxiety is a heightened state of unease that develops due to fears due to dental treatment and cannot be fully expressed. Our study aimed to perform a Turkish validation study of the CD: H and evaluate the dental anxiety and pain experienced during the treatment by drawing.

Materials and Methods: Pediatric patients between the ages of 4-13 and whose clinical and radiographic examinations were completed, applied to the Department of Pediatric Dentistry of Tokat Gaziosmanpaşa University Faculty of Dentistry between 2018-2020, were included in the study. The study was carried out in two stages. Following the translation of the CD: H Scale into Turkish and linguistic-cultural validation, the behaviors of pediatric patients during treatment were evaluated with the Frankl Behavior Rating Scale, the pain they experienced during treatment with the Wong-Baker Face Rating Scale, and their anxiety levels were evaluated with the pictures drawn by the patients at the end of the treatment. The data were analyzed with IBM SPSS v23, and the significance level was taken as $p < 0.05$.

Results: Within the scope of the scale's reliability-validity study, the Intra-Class Correlation Coefficient (ICC) was evaluated with test-retest consistency. For section A ($ICCA = 0.948$; $p < 0.001$), section B ($ICCB = 0.844$; $p < 0.001$), section C ($ICCC = 0.729$; $p < 0.001$) and total score ($ICC \text{ Total} = 0.936$; $p < 0.001$) reliability was found to be positive and strong level correlation. The test-retest consistency coefficient was 0.967 (p

<0.001). In evaluating dental anxiety according to gender, anxiety of boys was higher than girls. As the patients' pain levels increased during treatment, their behaviors changed from positive to negative ($p = 0.016$; $r = -0.219$). Pain levels increased as the patient's age decreased ($p = 0.987$; $r = -0.002$). As the patients' dental anxiety increased, their behavior during treatment increased from positive to negative ($r = -0.118$; $r = -0.113$). As the pain level felt by the patients during the treatment increased, their dental anxiety increased ($p > 0.05$).

Conclusion: The Turkish version of the CD: H Scale is a reliable and valid scale that can be used to evaluate the dental anxiety of pediatric patients who need Turkish speaking dental treatment.

Key words: Child Drawing Hospital Scale (CD: H), dental anxiety, dental pain, validation

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1. Anksiyete durumunda görülen somatik ve davranışsal değişiklikler	5
Tablo 2.2. Dental anksiyetenini ölçümünde psikometrik ölçüm teknikleri.....	13
Tablo 2.3. Dental anksiyetenini ölçümünde projektif ölçüm teknikleri	14
Tablo 2.4. Dental ağrının değerlendirilmesinde kullanılan skalalar	20
Tablo 3.1. Çocuk Hastane Çizimleri Skalası A bölümü	62
Tablo 3.2. Çocuk Hastane Çizimleri Skalası B bölümü	70
Tablo 3.3. Çocuk Hastane Çizimleri Skalası C bölümü	71
Tablo 4.1. Hastaların cinsiyet, yaş ve tedaviye göre dağılımı	75
Tablo 4.2. ÇHÇS'nin birinci ve ikinci uygulama skorları arasındaki ilişki (Pearson korelasyon).....	76
Tablo 4.3. Tanımlayıcı istatistikler ve gözlemciler arası uyum.....	77
Tablo 4.4. A bölümü için tanımlayıcı istatistikler ve gözlemciler arası uyum.....	79
Tablo 4.5. B bölümü için tanımlayıcı istatistikler ve gözlemciler arası uyum	80
Tablo 4.6. Hastaların cinsiyet, yaş ve tedaviye göre dağılımı	82
Tablo 4.7. Cinsiyete göre yaşın ve skala skorların karşılaştırılması.....	84
Tablo 4.8. Yaş ve skala skorlar arasındaki ilişkinin incelenmesi	85
Tablo 4.9. Tedaviye göre yaşın ve skala skorlarının karşılaştırılması.....	86
Tablo 4.10. Diş hekimi ve psikolog tarafından değerlendirilen ÇHÇS skorları arasındaki uyumun incelenmesi	80

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1.Dental anksiyetenin etiyolojisi	6
Şekil 3.1.Skala uyarlama aşamaları	55
Şekil 3.2.Frankl Davranış Derecelendirme Skalası	59
Şekil 3.3.Wong Baker Yüz Derecelendirme Skalası	60
Şekil 3.4. A bölümü kişinin pozisyonunun değerlendirilmesinde kullanılan görseller ..	64
Şekil 3.5.A bölümü kişinin boy genişlik oranının değerlendirilmesinde kullanılan görseller	66
Şekil 3.6. Çocuk hastaların çizimlerinden örnekler.....	71
Şekil 3.7. Çocuk Hastane Çizimleri Skalası skor sayfası	72
Şekil 4.1. Değerlendiricilere göre bölümlere ait toplam skorların ortalama ve standart sapma grafiği.....	78
Şekil 4.2. Toplam skorlar arasındaki serpilme diyagramı	78
Şekil 4.3. A bölümü skorları arasındaki serpilme diyagramı	80
Şekil 4.4. B bölümü skorları arasındaki serpilme diyagramı.....	81
Şekil 4.5. C bölümü skorları arasındaki serpilme diyagramı.....	82

KISALTMALAR VE SİMGELER

< Küçüktür

$\leq$ Küçük eşittir

>Büyüktür

= Eşittir

% Yüzde

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

BII: Blood, Injury, Injection

CD:H: Child Drawing Hospital

CDFP: Children's Dental Fear Picture Test

CFSS: Children's Fear Survey Schedule

CFSS-DS: Children's Fear Survey Schedule Dental Subscale

CHÇS: Çocuk Hastane Çizimleri Skalası

DAS: Corah Dental Anxiety Scale

FLACC: The Face, Leg, Activity, Cry, Consolability

HFD: Human Figure Drawings

ICC: Intra-Class Correlation Coefficient

MDAS: Modifiye Dental Anksiyete Skalası

MCDAS: Modified Child Dental Anxiety Scale

Örn: Örneğin

SEM: Sound, Eye, Motor

SKK: Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

U: Mann-Whitney U test istatistiği

VAS: Visual Analog Skala

VPT: Venham Picture Test

YBAAT: Yüz ifadesi, Bacak hareketleri, Aktivite, Ağlama, Teselli edilebilirlik



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	II
ÖZET	III
ABSTRACT.....	V
TABLolar LİSTESİ.....	VII
ŞEKİLLER LİSTESİ	VIII
KISALTMALAR VE SİMGELER	IX
İÇİNDEKİLER	XI
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞININ ÇOCUKLARDAKİ ÖNEMİ.....	3
2.2. ÇOCUKLARDA DENTAL ANKSİYETE	3
2.2.1. Anksiyete ve Korku Belirtileri.....	4
2.2.2. Dental Anksiyete Etiyolojisi.....	6
2.2.2.1. Bireysel faktörler	6
2.2.2.2. Çevresel faktörler.....	8
2.2.2.3. Dental faktörler	9
2.2.3. Diş Hekiminin Çocuklardaki Anksiyete Üzerine Etkisi	10
2.2.4. Dental Anksiyetenin Skalalarla Ölçülmesi	11
2.2.4.1. Davranışların puanlanması	12
2.2.4.1.1. Frankl Davranış Derecelendirme Skalası	12
2.2.4.2. Fizyolojik teknikler.....	13
2.2.4.3 .Psikometrik ölçümler	13
2.2.4.4. Projektif teknikler	14
2.2.4.4.1. Çocuk Hastane Çizimleri Skalası (ÇHÇS)–Child Drawing: Hospital (CD:H)	14
2.2.5. Dental Anksiyete ve Ağrı İlişkisi.....	18

2.2.5.1. Ağrının skalalarla ölçülmesi	20
2.2.5.1.1. Wong – Baker Yüz İfadelerini Derecelendirme Skalası.....	20
2.2.6. Çocuklarda Dental Anksiyetenin Değerlendirilmesinde Çizimin Rolü.....	21
2.2.6.1. Çocuk resimlerinin değerlendirilmesi.....	24
2.2.6.1.1. Sıcak renkler: kırmızı, sarı, turuncu.....	26
2.2.6.1.2. Soğuk renkler: mor, mavi, yeşil.....	26
2.2.6.1.3. Renklerin psikolojik anlamı ve yorumu.....	27
2.2.6.2. Çocuk resimlerinde insan figürünün detayları ve anlamları.....	30
2.2.6.2.1. Abartılı çizilen vücut parçalarının anlamı	36
2.2.6.2.2. Eksik bırakılan veya küçük çizilen vücut parçalarının anlamı	39
2.2.6.3. Çocuk resimlerinin yorumlanmasında dikkat edilmesi gerekenler.....	40
2.3. ÖLÇEK UYARLANMASI VE ÖLÇEKLERDE GÜVENİLİRLİK-GEÇERLİLİK.....	41
2.3.1. Ölçeğin Uyarlanması	42
2.3.2. Geçerlilik ve Güvenilirlik Kavramları.....	43
2.3.2.1. Geçerlilik türleri ve ölçümünde kullanılan yöntemler.....	44
2.3.2.1.1. Yorumsal geçerlilik (Translation validity)	44
2.3.2.1.2. Ölçüte dayalı geçerlilik (Criterion-related validation).....	45
2.3.2.2. Güvenilirlik katsayılarının hesaplanması için kullanılan yöntemler	47
2.3.2.2.1. Formun tekrarı yöntemi (Zamana göre değişmezlik/süreklilik) (test-retest)	47
2.3.2.2.2. Eşdeğer (paralel) formlar yöntemi (Parallel forms reliability)	47
2.3.2.2.3. İç tutarlılık (Internal consistency).....	48
2.3.2.2.4. Puanlama tutarlılığı.....	49
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	51
3.1. ETİK ONAY	51
3.2. ÇALIŞMA TİPİ	51
3.3. ÇALIŞMA DİZAYNI.....	51
3.4. ÇALIŞMANIN GÜÇ ANALİZİ.....	52
3.5. HASTA SEÇİM KRİTERLERİ.....	52
3.5.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	53

3.5.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri	53
3.6. ÇOCUK HASTANE ÇİZİMLERİ SKALASI (ÇHÇS)' NİN VALİDASYONU	54
3.6.1.ÇHÇ Skalasının Türkçeye Çevrilmesi ve Uyarlanması.....	54
3.6.2. Skalanın Uyarlanmasında Kapsam Geçerliliği	56
3.6.3. Skalanın Güvenirlilik ve Geçerliliğinin Değerlendirilmesi	56
3.7. MATERYALLERİN ÇALIŞILMASI	57
3.7.1. Tedavi Protokolü.....	57
3.7.2. Diş Tedavisindeki Davranış ve Tutumun Değerlendirilmesi	58
3.7.3. Ağrının Değerlendirilmesi	59
3.7.4. Dental Anksiyetenin ÇHÇS ile Değerlendirilmesi	60
3.7.4.1. Çizim protokolü	60
3.8. İSTATİKSEL ANALİZ.....	73
4. BULGULAR.....	75
4.1. ÇHÇ SKALASI GÜVENİLİRLİK-GEÇERLİLİK BULGULARI.....	75
4.1.1. ÇHÇ Skalas Zamana Karşı Değişmezlik Bulguları (Test-Tekrar Test)	76
4.1.2. Değerlendiriciler Arası Güvenilirlik Korelasyonları	76
4.2. DENTAL ANKSİYETENİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	82
5. TARTIŞMA	92
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	105
7. KAYNAKLAR	107
8. EKLER.....	120
9.ÖZGEÇMİŞ	130

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Anksiyete bilinmeyen tehlikelere karşı gösterilen bilinç dışı tepkidir (Chadwick, 2002; Kvale, Berggren, & Milgrom, 2004). Dental anksiyete ise genel anksiyeteden daha özel olup, kötü dental tecrübelerle karşı ortaya çıkan bir reaksiyondur (Klaassen, Veerkamp, & Hoogstraten, 2007). Toplumun büyük çoğunluğu dental tedavi hakkında endişelere sahiptir ve bu durum ağız sağlığının korunmasında engel oluşturabilir (Holmes & Girdler, 2005).

Ağrı; yaşamın farklı dönemlerinde hemen hemen bütün insanların deneyimledikleri, acil olarak araştırılması gereken, hastanın düşünce ve davranışlarını etkileyen, hastayı bunaltan ve hastayı ağrıyı gidermeye yönelten, davranışsal ve otonomik değişikliklere neden olan karmaşık bir deneyimdir (McDonald & Avery, 2004). Dental anksiyete ve ağrı sorunu, hastalar için olduğu kadar, diş hekimleri için de önemli bir sorun oluşturur. Ağrı ve anksiyete arasında güçlü bir ilişki vardır. Ağrılı dental işlemler korkuya neden olmakta, anksiyete algılanan ağrının şiddetini arttırmaktadır. Yetişkinler bu tarz korkuları çocukluk çağında kazanırlar ve bu nedenle diş hekimlerinin dental anksiyeteye sahip çocukları belirlemeleri büyük öneme sahiptir. Bunun sonucunda anksiyete, hastaların dental tedavi yaptırmalarını engelleyen gerekçelerden biri olarak karşımıza çıkar (Stabholz & Peretz, 1999).

Dental anksiyete; subjektif bir konu olması ve her bireyde farklı seviyelerde deneyimlendiğinden ölçümü zor olgudur (Önçağ 2005). Diş hekimlerinin, hastaların sahip olduğu dental anksiyete seviyelerini etkin olarak değerlendirebilmeleri, hastaların tedavi gereksinimlerinin ve planlamalarının yapılmasında kolaylık sağlamakla beraber klinikte dental ünite geçen süreyi de kısaltmaktadır. (Koch, 1991). Bu amaçla klinik

uygulamalarda ve çalışmalarda dental anksiyetenin belirlenmesinde genellikle skalalar kullanılmaktadır. Çocukların izimleri ve anlatıları, özellikle stres ve anksiyete yaşadıklarında, i deneyimlerine benzersiz bir bakış açısı sağlayabilir (Looman, 2006).

ocuk Hastane izimleri Skalası (HS), hastaneye yatırılan okul çağındaki çocukların duygusal durumlarını ölçmenin bir aracı olarak geliştirilmiştir (S. Clatworthy, K. Simon, & M. Tiedeman, 1999a). Son yıllarda diş hekimliği alanında dental anksiyetenin değerlendirilmesinde de kullanılmaya başlanan bu yöntemin validasyonu sadece iki farklı kültürde yapılmıştır ve diş hekimliği alanında yapılmış bir validasyon çalışması yoktur (Pala, Nuvvula, & Kamatham, 2016).

Çalışmamızda HS' nin Türkçe validasyon çalışmasının yapılması, dental anksiyetenin ve tedavi sırasında deneyimledikleri ağrının çizimle değerlendirilmesi amaçlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞININ ÇOCUKLARDAKİ ÖNEMİ

Sağlıklı ve kaliteli bir yaşam için ağız ve diş sağlığını korumanın önemi büyüktür. Her yaş grubunda ortaya çıkabilen ağız ve diş hastalıklarının prevalansı, toplumların yaşam şekli ve beslenme alışkanlıklarına bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Diş çürükleri ve periodontal hastalıklar toplumda ağız ve diş sağlığını en çok etkileyen problemlerdir (Öztunç, Haytaç, Özmeriç, & Uzel, 2000). Gereken önemin verilmediği durumlarda tedavi edilmeyen diş çürükleri yalnızca tıbbi açıdan değil, aynı zamanda sosyal ve ekonomik açıdan da ciddi sorunlara neden olabilir. Özellikle çocukluk döneminde diş çürükleri ağrı, enfeksiyon ve diş kaybının yanı sıra beslenme bozukluğu, büyüme ve gelişme problemleri, gelecekte ortodontik tedavi gereksinimine neden olabilecek estetik problemler, konuşma bozukluğu, özgüven kaybı ve okul başarısında düşme gibi bir dizi olumsuz sonuçlar doğurabilir (Casamassimo, Thikkurissy, Edelstein, & Maiorini, 2009). Bu nedenle çocukluk döneminde düzenli periyodik diş muayenelerinin yapılması ileride oluşabilecek bu problemlerin önüne geçilmesi açısından önemlidir (Broadbent, Thomson, Boyens, & Poulton, 2011).

Çocukluk döneminden itibaren ağız ve diş sağlığının korunması öncelikli olarak üzerinde durulması gereken bir konudur (Özyürek, Cinar, Yavuz, Bektaş, & Çetin, 2015).

2.2. ÇOCUKLARDA DENTAL ANKSİYETE

Anksiyete bilinmeyen tehlikelere karşı gösterilen bilinç dışı tepki olarak tanımlanır. Korku ise kişinin tehlike ve zararlara karşı kendini korumak amacıyla

geliştirdiği, içgüdüsel ve doğal bir reaksiyondur (Chadwick, 2002; Kvale ve ark., 2004). Çoğu kişi için anksiyete ve korku birbirine benzeyen hatta aynı iki duygudur. Dental anksiyete ise genel anksiyete durumundan daha spesifik ve önemli olup, kötü dental tecrübelerle karşı ortaya çıkan bir reaksiyondur (Klaassen ve ark., 2007). Her kişinin anksiyete derecesi ve şiddeti farklıdır. Dolayısıyla kişinin anksiyeteye karşı toleransı da farklılık gösterir. Anksiyete ile ağrı arasında paralel bir ilişki vardır (Scott, Clum, & Peoples, 1983). Bundan dolayı bu hastalar normalden daha fazla ağrı hissedeceklerini düşünerek tedaviyi güçleştirir, aksatır ve diş hekimine geldiklerinde rahatsız olurlar (Taani, El-Qaderi, & Abu Alhaija, 2005). Bunun sonucunda anksiyete, hastaların tedavilerini yaptırmamaları için en önemli gerekçelerden biri olarak karşımıza çıkar (Stabholz & Peretz, 1999).

Özellikle çocuklar söz konusu olduğunda, hastaların tedaviyi kabullenebilmeleri ve tedavi edilebilmeleri bu korkunun ortadan kaldırılmasına bağlıdır. Çocuğun daha önce görmediği dental aletler, uygulanan tedavi yöntemleri ve diş çekimleri, bunlarla ilgili ağrı ve acı duyma korkusu, klinikteki yabancı personel çocuğu duygusal olarak kötü yönde etkileyebilecek unsurlardır. Bunun yanında, çocukların küçük yaşta edinebilecekleri olumsuz deneyimler ve çevre ile etkileşimleri de anksiyeteyi arttırıcı faktörler arasındadır (Buchanan & Niven, 2002; Freeman, 1985).

2.2.1. Anksiyete ve Korku Belirtileri

Organizmayı tehdit eden ve dengesini bozmaya çalışan dış şartlar otonom sinir sistemi tarafından yönetilen kaçma veya savunma tarzında akut cevaplara yol açar (Yahyaoğlu & Baygın, 2018). Anksiyete duyan kişide çeşitli somatik bulgular ortaya çıkar ve duygularını çeşitli davranışlar ile gösterirler. Bu davranışlar, bireyin

olgunluğuna, daha önceki korkularına ve karakterine göre değişebilir (Yahyaoğlu & Baygın, 2018).

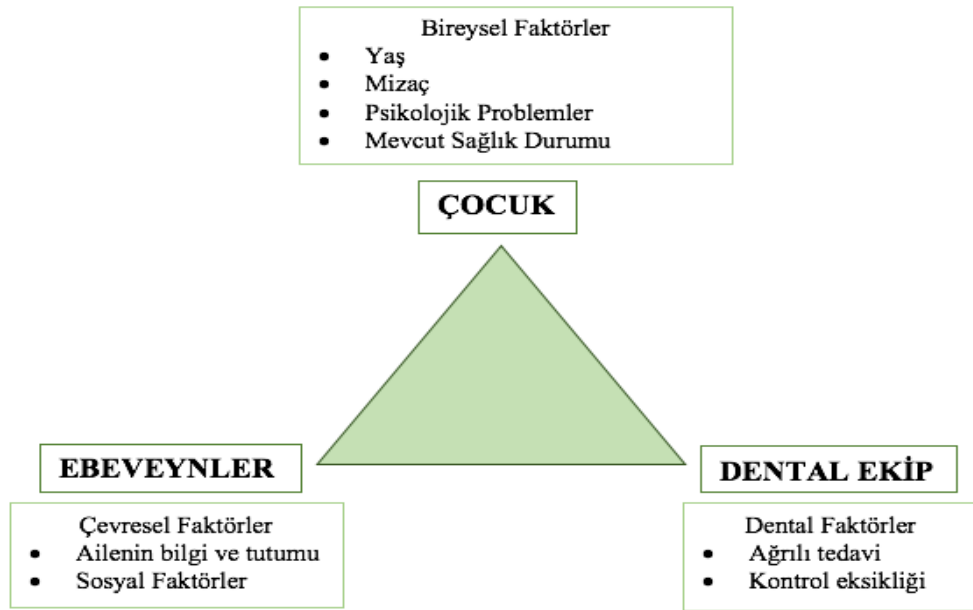
Tablo 2.1. Anksiyete durumunda görülen somatik ve davranışsal değişiklikler

Anksiyetenin Somatik Bulguları	Anksiyete Durumunda Görülen Çeşitli Davranışlar
Nabızda artma, aritmi, ekstrasistol, kan damarlarında vazokonstriksiyon, sistolik kan basıncının yükselmesi	Hızlı göz hareketleri
Solunum sisteminde tıkanma ya da boğulma hissi, hiperventilasyon	Aşırı hareket ya da alışılmamış yorgunluk
Gastrointestinal sistemde damarların vazokonstriksiyonu sonucu oluşan mide spazmları, ağrılar, kusma ve diyare	Tırnak yemek, Dil ısırma
Böbreklerin aşırı çalışması sonucu sık tuvalet gereksinimleri	Çok hızlı ve yinelenen gereksiz konuşma
Pupillalarda büyüme	Sabırsızlık, Sinirlilik
Piloereksiyon	Gergin ve asık yüz ifadesi
Tükürük bezlerinin fonksiyonundaki azalmaya bağlı ağız kuruluğu	Çekingenlik, utanma
Kan şekerinde yükselme	Kayıtsızlık
Terleme	Agresif davranış
Tremor	Ağlama
Periferik damarlardaki dilatasyona bağlı hiperemi	Bağırarak ve yüksek sesle konuşma
Adrenal bezlerden epinefrin ve kortizol salgılanması	Konuşurken önüne bakmak, Kekeleme
Derinin elektriksel direncinde yükselme	Konsantrasyon bozukluğu

Çocukların anksiyete karşısında nasıl tepki vereceğini belirleyen faktörler; korkunun derecesi, korkunun üstesinden gelebilme yeteneği ve korkuyla baş etme motivasyonudur (Koch, 1991).

2.2.2. Dental Anksiyete Etiyolojisi

Dental anksiyete ve korku, çocuk popülasyonunda çok yaygındır. Diş hekiminin bu duyguyla başa çıkabilmesi için çocuklardaki anksiyetenin derecesi, etiyolojisi ve çocuğun psikolojisi konusunda da bilgi sahibi olması gerekmektedir (Önçağ 2005). Çocuklarda dental anksiyete veya davranış yönetimi problemleri iç veya dış kökenli pek çok faktör ile ilişkilidir. Çocuklarda dental anksiyete ve davranış yönetimi problemlerinin etiyolojik faktörleri; “bireysel faktörler, çevresel faktörler ve dental faktörler” olmak üzere 3 ana kısımda incelenebilir.



Şekil 2.1.Dental anksiyetenin etiyolojisi

2.2.2.1. Bireysel faktörler

Dental anksiyete ve davranış idaresi problemlerinin oluşumunda önemli faktörlerden biri “çocuğun yaşı”dır. Her iki durum da küçük çocuklarda daha yaygındır.

Çünkü psikolojik gelişimleri henüz diş tedavisine dayanabilecek yeterlilikte değildir (Yetiş & Küçükeşmen, 2013). Tayvanlı çocuklarda dental korkunun etiyolojik faktörlerinin araştırıldığı bir çalışmada, yüksek anksiyete seviyeleri ve koopere olmayan davranışların 4 yaşından itibaren azalmaya başladığı rapor edilmektedir (Lee, Chang, & Huang, 2007). Bayrak ve arkadaşları (2010) tarafından Türk çocuklarında yapılan bir çalışmada, 3-6 yaş grubu çocukların %30'unun, 7-12 yaş grubu çocukların ise %11'inin dental anksiyeteli olduğu rapor edilmektedir. Folayan ve ark, dental anksiyete seviyesinin 6-7 yaş civarında azalmaya başladığını ve yaş ilerledikçe dental uygulamalarla baş etme yeteneğinin daha da arttığını belirtmektedirler (Folayan, Idehen, & Ufomata, 2003). Winer (1982) tarafından yayımlanan bir derlemede de, dental tedaviler sırasında pozitif davranışların görülme sıklığının 3-6 yaşları arasında arttığı rapor edilmektedir (Winer, 1982).

Dental anksiyete oluşumunda etkili faktörlerden biri de çocuğun cinsiyetidir. On dört farklı popülasyonda yapılan araştırma sonuçlarının incelendiği bir derleme çalışmasında, on popülasyonda kızların erkeklere göre daha fazla dental anksiyeteye sahip olduğu, ikisinde ise cinsiyete bağlı farklılık görülmediği ortaya konmaktadır (Milgrom, Vignehsa, & Weinstein, 1992). Başka bir çalışmada, erkeklerin dental anksiyete düzeylerinin kızlara oranla daha yüksek olduğu ifade edilirken (Kleiman, 1982),diğer bir çalışmada yüksek anksiyete düzeylerine kızlarda daha fazla rastlandığı belirtilmektedir (Peretz & Efrat, 2000). Kızların daha yüksek anksiyeteye sahip olmalarının nedeni duygularını erkeklere göre daha rahat ve istekli bir şekilde açıklayabilmelerine bağlanabilir (Krochak, 1988). Milgrom (1995) ise çocuklarda cinsiyet farkının dental anksiyeteye doğrudan bir etkisi olmadığını belirtmektedir (Milgrom, Mancl, King, & Weinstein, 1995).

Bireysel etiyolojik faktörlerden bir diğeri de çocuklardaki eksik iletişim becerileridir. Kontrolünü kaybetme, ağrı duyusu ve yabancı insanlar ile bir arada olmak, küçük çocuklarda korku reaksiyonlarının meydana gelmesinde önemlidir (Yetiş & Küçükeşmen, 2013). Yaralanma, iğne olma ve kan fobisi de (Blood, injury, injection-BII phobia) sıklıkla diş tedavisini negatif etkilediği görülen özel bir anksiyete etkenidir. Çocuklarda BII fobisi ile dental anksiyete ve diş tedavisi olmaktan kaçınma arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Yetiş & Küçükeşmen, 2013).

Ayrıca kişilik özellikleri de dental anksiyete oluşumu ile ilişkilidir. Sinirlilik, negatif ruh hali ve diğer kaygılar, dental korkusu olan hastalarda daha yaygındır (Yetiş & Küçükeşmen, 2013).

2.2.2.2. Çevresel faktörler

Ebeveynlerin dental anksiyetesinin çocukların dental anksiyetsini etkilediği bilinmektedir. Ayrıca çocuklar kardeşlerinden, diğer akrabalarından ve arkadaşlarından sosyal öğrenme yoluyla dental anksiyete kazanabilirler (Yetiş & Küçükeşmen, 2013). Anksiyeteli ebeveynler çocuklarına anksiyete ve endişe duyguları iletmenin yanı sıra, bazen enjeksiyon veya restoratif tedavi ihtiyacı gibi tedavi protokollerini sorgulayarak, çocuklarının dental tedavilerine de müdahale edebilirler. Bunların sonucunda, çocukları için canlı ve güçlü bir negatif anksiyete modeli olarak hizmet edebilirler.

Çocuğun dental tedavideki davranışını etkileyen önemli faktörlerden biri de diş hekiminin tutumudur. İlk diş hekimi randevusu, çocuğun daha sonraki tedaviler için diş hekimi ve diş tedavileri hakkında nasıl bir tutum sergileyeceği konusunda önemli bir 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 (Yetiş & Küçükeşmen, 2013). Tedaviyi gerçekleştirecek olan diş hekiminin psikolojik formasyon eksikliği ve deneyimsizliği çocuğun anksiyetesini artırıcı bir etki oluşturabilmektedir (Baygın ve ark., 2012).

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

2.2.2.3. Dental faktörler

Dental anksiyete ya da korkunun oluşmasında yaygın olarak bilinen, önemli faktörlerden biri de “ağrılı diş tedavileri” dir. Çocuğun yalnızca bir kez ağrılı bir işlemle karşılaşması ya da sadece ağrı duyacağı hissine kapılması bile anksiyete ve korkunun oluşması için yeterlidir. Buna karşın tekrarlayan asemptomatik diş hekimi ziyaretleri dental anksiyeteye dair önleyici rol oynamakta ve koruyucu programlara katılan çocuklarda da daha düşük seviyede dental korku belirtisi görülmektedir (Uzbay, 2002). Nicolas ve ark. (2010) önceden dolgu yaptıran çocukların, hiç diş tedavisi yaptırmamış olanlara göre daha az korkuya sahip olduğunu bildirmektedirler (Nicolas ve ark., 2010). Alwin ve ark. (1991) ise önceden diş hekimine hiç gitmeyen kişilerde dental anksiyetenin

daha yüksek, düzenli olarak diş hekimine gidenlerde ise oldukça düşük olduğunu bildirmektedirler (Alwin, Murray, & Britton, 1991). Stabholz ve Peretz (1999) ise yaptıkları çalışmada dental tecrübe ile dental anksiyete arasında herhangi bir ilişki bulunmadığını rapor etmektedir (Stabholz & Peretz, 1999).

Brezilya’da 8-11 yaşları arasında 167 çocuk üzerinde yapılan diş ağrısı olan ve olmayan çocukların dental anksiyete seviyelerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, diş ağrısı olan çocukların bulunduğu grupta dental anksiyete düzeylerinin diğer gruptakilere oranla oldukça yüksek olduğu belirtilmektedir. Ayrıca ilk randevuda gözlenen anksiyete seviyesi, diş ağrısı mevcut olmayan çocuklarda, daha sonraki randevularda azalmasına rağmen diş ağrısı olanlarda yine yüksek seviyede devam ettiği gözlenmektedir (Goettems, Ardenghi, Romano, Demarco, & Torriani, 2011).

Aynı zamanda yapılan diş tedavisinin türü de anksiyete oluşmasında bir etken olabileceği belirtilmektedir. Diş çekimi öyküsü olan çocukların bu tedavi şekli konusunda hiçbir deneyimi olmayan çocuklardan üç buçuk kat daha fazla endişeli oldukları bildirilmektedir (Ramos-Jorge ve ark., 2013).

2.2.3. Diş Hekiminin Çocuklardaki Anksiyete Üzerine Etkisi

Çocuğun diş hekimine karşı gösterdiği ilk davranışlarda birçok değişken faktörün etkili olduğu bilinmektedir. Çocuğun hekimini algılama şeklinin de bu faktörlerden sadece bir tanesi olduğu belirtilmektedir. Algılama şeklinin olumlu ya da olumsuz yönde olması, çocuğun diş hekimine olan davranışlarına çeşitli özellikler kazandırabilmektedir. Klinisyenin görünüşündeki sözlü olmayan iletişim çocuk-hekim ilişkisinde rol oynayan faktörlerden bir diğeridir (J. Pinkham, 1982; Quirk, 1977).

Diş hekimiyle kurulan arkadaşça bir ilişki, hastaların kaygı ve korkuya sebep olduğu bilinen anestezi, aereetör sesi ve görüntüsü gibi spesifik uyaranlarla başa çıkmasına yardımcı olur. İlk ziyaretinde çocukla güçlü ve arkadaşça bir ilişki kurmak, çocuğun kendini tehlikede hissetmediği rahat bir atmosfer yaratmaya yardımcı olur. Diş hekimiyle daha pozitif bir ilişkiye sahip olan çocuklarda korkunun gelişme olasılığı daha azdır ve çocuklar randevu sırasında daha az kaygı gösterirler. Sonucunda yetişkinliklerinde diş hekimini daha fazla ziyaret ederler ve daha iyi bir ağız hijyenine sahip olurlar (Kleinknecht, Klepac, & Alexander, 1973; Mathewson & Primosch, 1995).

Diş hekimleri; hastaların algıları, tercihleri ve korkuları olabileceğinin farkında olmalı ve kaygılarının azaltılmasına yardımcı olacak iyi kalitede sağlık hizmeti vermelidirler. Çocuk, diş hekimi ve çevreden memnun olduğu zaman, endişe kaynaklı uyaranlarla baş etmesi o kadar kolaylaşır ve hem etkili hem de yeterli tedavi sağlanmış olur (Panda, Garg, & Bhobe, 2014). Yaş ve cinsiyet de hastanın diş hekimine bakışını etkileyebilir. Yetişkin hastaların hekimin yaşı ve cinsiyeti ile ilgili önemli tercihleri bulunmazken (Keenum, Wallace, & Stevens, 2003), diğer tarafta çocukların güçlü cinsiyet tercihleri bulunmuştur (Mistry & Tahmassebi, 2009).

2.2.4. Dental Anksiyetenin Skalalarla Ölçülmesi

Diş hekimine başvuran bireylerin anksiyete durumunun tedavi öncesi belirlenmesi, hekimin tedavi sırasında karşılaşılabileceği zorlu tepkilere karşı hazırlıklı olmasına ve hastanın anksiyete düzeyinin azaltılmasına ilişkin birtakım önlemlerin alınmasına olanak sağlamaktadır (Milgrom, Fiset, Melnick, & Weinstein, 1988; Önçağ, 2005). Diş hekiminin çocuğun anksiyetesini tüm boyutlarıyla ortaya çıkartarak doğru bir şekilde değerlendirmesi gerekmektedir. Bu nedenle diş hekiminin çocuğun anksiyetesini

değerlendirilmesi için birçok yöntem geliştirilmektedir (Aartman, Hoogstraten, & Schuurs, 1998). Çocukların diş hekimi anksiyetesini belirlemek amacıyla günümüzde davranışların puanlanması, psikometrik ölçümler, fizyolojik ve projektif teknikler olmak üzere farklı teknikler kullanılmaktadır (G Klingberg & Hwang, 1994).

2.2.4.1. Davranışların puanlanması

Davranışların puanlanması yöntemi, sıkça kullanılan bir değerlendirme şeklidir. Günümüze kadar birçok davranış değerlendirme yöntemi tanımlanmıştır. Bu yöntemlerden en sık kullanılanları “Frankl Davranış Derecelendirme Ölçeği” ve “Yale Preoperatif Kaygı Skalası” olarak tanımlanabilir. Bu yöntem, davranışların gözle değerlendirilerek skorlanması temeline dayanmaktadır (Yahyaoğlu & Baygın, 2018).

2.2.4.1.1. Frankl Davranış Derecelendirme Skalası

Diş hekimliğinde yaygın olarak kullanılan bir ölçek, öğrenme ve kullanım kolaylığı nedeniyle popüler olan Frankl Davranış Derecelendirme Ölçeğidir. Çocuk hastanın dört kategoriden birinde hızlı bir şekilde sınıflandırılmasını sağlar; kesinlikle negatif (--), negatif (-), pozitif (+), kesinlikle pozitif (++) (Mathur, Diwanji, Sarvaiya, & Sharma, 2017). Kesinlikle negatif; tedaviyi reddeder çok korkar, ağlar ve son derece olumsuz davranışlar gösterir. Negatif; tedaviye karşı isteksizdir, uyumsuzluk ve küskünlük gibi bazı olumsuz davranışlar gösterir. Pozitif; tedaviyi kabul eder ama tedbirli davranır, diş hekimi ile uyumludur. Kesinlikle pozitif; tedaviyi kabul eder ve ilgili davranır, diş hekimi ile iyi ilişkide ve neşelidir (Uzun, 2011).

2.2.4.2. Fizyolojik teknikler

Fizyolojik teknikler, özel bir ekipman kullanılarak tansiyon, nabız ve dorsal deri cevabı gibi ölçümlerin yapıldığı, korku ve kaygı hakkında indirekt bilgilerin sağlandığı yöntemleri içermektedir. Bu yöntemde kullanılan ekipmanlar, kaygısız çocukta bile dental kaygıya neden olabileceğinden yanlış sonuçlara neden olabilmektedir (Bayrak, Şen, Eğilmez, & Tüloğlu, 2010).

2.2.4.3 .Psikometrik ölçümler

Psikometrik testler, uygulama kolaylığı nedeniyle en çok tercih edilen testlerdir ve uygulanacak yaşa göre farklılık göstermektedir (Tablo 2.2.). Bu yöntemler, karşılıklı soru cevap şeklinde olup çocuğun kendini sözlü olarak ifade etme temeline dayanmaktadır (Bayrak ve ark., 2010).

Tablo 2.2. Dental anksiyetenini ölçümünde psikometrik ölçüm teknikleri

Psikometrik Ölçüm Teknikleri	Yazar, Yıl
1. “Children’s Fear Survey Schedule” - Çocuk Korku Değerlendirme Skalası (CFSS)	Scherer ve Nakamura, 1968
2. “Children’s Fear Survey Schedule Dental Subscale” - Çocuk Korku Değerlendirme Skalası Dental Alt Ölçeği (CFSS-DS)	Cuthbert ve Melamed, 1982
3. “Corah Dental Anxiety Scale” -Corah’ın Dental Anksiyete Skalası (DAS)	Corah, 1969
4. “Modified Child Dental Anxiety Scale” – Modifiye Çocuk Dental Anksiyete Skalası (MCDAS)	Wong ve ark., 1998

2.2.4.4. Projektif teknikler

Projektif teknikler (Tablo 2.3.), amaçlı olarak çizilen bazı resimlerin hikaye ettirilerek veya korkunun objesi olabilecek nesne ya da canlıların resmedilerek korku ve anksiyete düzeyinin belirlenmesi amaçlanmaktadır (Bayrak ve ark., 2010).

Tablo 2.3. Dental anksiyetenini ölçümünde projektif ölçüm teknikleri

Projektif Ölçüm Teknikleri	Yazar,Yıl
1. “Venham Picture Test” - Venham’ın Resim Skalası (VPT)	Venham, 1977
2. “The Facial Image Scale” - Yüz Şekil Skalası (Milgrom ve ark.)	Buchanan, 2002
3. “Children's Dental Fear Picture Test” - Çocukların Diş Hekimi Korkusu Resmedilmesi Testi (CDFP)	Klingberg, 1994
4. “Human Figure Drawings” – İnsan Figürü Çizimleri (HFD)	Goodenough, 1926 Koppitz, 1968 DiLeo, 1970
5. “Child Drawing: Hospital (CD:H)” – Çocuk Hastane Çizimleri Skalası (ÇHÇS)	Clatworthy, 1999

2.2.4.4.1. Çocuk Hastane Çizimleri Skalası (ÇHÇS)–Child Drawing: Hospital (CD:H)

Çocuk Hastane Çizimleri Skalası (ÇHÇS), hastaneye yatırılan okul çağındaki çocukların duygusal durumlarını ölçmenin bir aracı olarak Clatworthy ve ark. (1999)

tarafından Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde geliştirilmiştir (Clatworthy ve ark., 1999a). Çocuk, hastaneden bir kişinin resmini çizmeye yönlendirilir. Çizimlerin yorumlanmasını ve puanlanmasını kolaylaştırmak için özel standart bir yaklaşım belirlenmiştir.

Bu yöntem son yıllarda diş hekimliği alanında dental anksiyetenin değerlendirilmesinde kullanılmaya başlanmıştır (Pala ve ark., 2016).

ÇHÇS' nin uygulanması için gerekli ekipman boş bir A4 beyaz kağıt ve sekiz temel boya kaleminden (kırmızı, mor, mavi, yeşil, sarı, turuncu, siyah ve kahverengi) oluşur. Çocuk hastanede bir kişinin resmini çizmeye yönlendirilir. Çizimlerin yorumlanmasını ve puanlanmasını kolaylaştırmak için standart bir yaklaşım benimsenmiştir.

Çizimi yapan çocuğun rahat etmesi için uygun yükseklikte bir masaya veya sert bir yüzeye ihtiyaç vardır. Çocuğa kağıt ve boya kalemi kutusu verilir. Kağıt, üzerindeki çizim yönünün sadece çocuk tarafından belirlenmesini sağlamak için çocuğun önünde rastgele bir açıyla yerleştirilir. Boya kalemi kutusu, mevcut tüm renkleri açığa çıkararak açılmalıdır. Çizimi yapmak için sadece boya kalemi kullanılmalıdır (Örn. Önce kurşun kalem kullanılmaz). Çocuğa standart bir talimat verilir: "Lütfen hastanede bir kişinin resmini çizin. İşiniz bittiğinde fotoğrafınızı çekeceğim."

ÇHÇS'yi uygulayan kişi, çocuğun talimatı anladığı ve yerine getirebildiğinden emin olmak için çocuğu gözlemlemelidir. Çocuğun dikkatinin dağılması durumunda, talimatların tekrarlanması ve / veya katılım için teşvik edilmesi gerekebilir. Bazı çocuklar kendilerinden emin olmadıklarında ya da ne yapmaları gerektiğini tam olarak anlamadıklarında sorular soracaklardır. Bu sorulara ya orijinal talimatlarla ya da talimatların ruhunu koruyan ve çocuğu şu ya da bu şekilde yanıt vermesini etkilemeyen

açıklamalar ile cevap verilmelidir. Çocuktan çizime herhangi bir obje veya renk eklemesi istenmemelidir.

Çocuk sözlü olarak veya mimikleriyle çizimin tamamlandığını belirttiğinde çizim ve boya kalemi toplanır. Zaman sınırı yoktur. Çizim kağıdının arka yüzüne çocuğun yaşı, cinsiyeti, geçerli tüm tıbbi ve cerrahi tanımlarla yapılan tedavileri yazılmalıdır. Bir araştırma projesinin parçasıysa, hastaneye, çizimin tamamlandığı tarih ve kod numarası da eklenmelidir. Çizimlerin puanlanmasından elde edilen sonuçlar Çocuk Hastane Çizimleri Skor Sayfasına kaydedilir.

ÇHÇS' nin Türk kültüründe ve diş hekimliği alanında validasyonu yapılmamıştır. Türk popülasyonu üzerinde diş hekimliğinde ÇHÇS kullanılarak dental anksiyetenin değerlendirildiği 2 çalışma bulunmaktadır.

Altın ve ark. yaptıkları çalışmada ebeveynlerin dental kaygı düzeylerinin çocukların dental kaygısı üzerine etkisini incelemişlerdir (Altın, Onur, Yurtseven, Altunok, & Sandallı, 2018). Çalışmaya Yeditepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı'na başvuran ve tedavileri 5. Sınıf öğrencileri tarafından Çocuk Diş Kliniği'nde gerçekleştirilen 6-12 yaşları arasındaki 78 çocuk ve onların ebeveynleri dahil etmişlerdir. Çocukların kaygı düzeyleri, lokal anestezi uygulanarak dental tedavilerinin gerçekleştirildiği ilk tedavi seansı öncesinde ve sonrasında Venham Resim Testi (VPT) kullanılarak, tedavi sırasında ise Frankl ve SEM (Sound, Eye, Motor) skalalarını kullanarak değerlendirmişlerdir. Tedavi seansının sonunda her çocuktan resim çizmesi istemişlerdir. Çocuklar tarafından gerçekleştirilen çizimler, Çocuk Hastane Çizimleri Skalası kullanılarak çocuk diş hekimi ve psikolog tarafından skorlanmıştır. Çocukların tedavi seansında ebeveynlerinden sosyodemografik bilgileri içeren bir form doldurmaları istemişlerdir. Ebeveynlerin dental kaygı düzeylerini

belirlemek için beş sorudan oluşan Modifiye Dental Anksiyete Skalasını (MDAS) kullanılmışlardır. Yaptıkları çalışma sonucunda ebeveynin kaygı düzeylerinin belirlendiği MDAS skalasının skorları ile çocukların kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulamamışlardır ($p>0,05$). Ebeveynlerin gelir düzeylerinin ebeveyn ve çocukların dental kaygı düzeyleri üzerine etkilerini değerlendirdiklerinde ailelerin gelir düzeyleri ile MDAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p=0,815$). Bununla beraber gelir düzeylerindeki farklılıkların çocukların dental kaygılarını etkilemediği ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir bulunmadığı görmüşlerdir ($p>0,05$). Sonuç olarak ebeveynlerin diş hekimi kaygılarının çocukların dental kaygıları üzerinde etkili olmadığını görmüşlerdir. Ancak, daha fazla sayıda kişinin dahil edildiği cinsiyet ve yaş grupları arasındaki farklılıkların değerlendirileceği ileri çalışmalara ihtiyaç olduğunu belirtmişlerdir.

Güner ve ark. nın çalışmasında, çocukların resimleriyle diş hekimliği ortamında duyulan dental kaygının değerlendirilmesi amaçlanmıştır (Guner Onur, Tonguc Altin, Demetgul Yurtseven, Haznedaroglu, & Sandalli, 2020). Çalışma 6-12 yaşları arasında 78 çocuk üzerinde yürütülmüştür. Çocuklara ilk terapötik seansta pulpal tedavi ve/veya restoratif tedavi uygulamışlardır. Tedavi sırasındaki davranışın objektif bir değerlendirmesi olarak Ses, Göz ve Motor (SEM) ve Frankl Davranış Derecelendirme Skalaları kullanmışlardır. Tedavi seansından sonra çocuklara diş kliniğinde bir kişinin resmini çizmeleri söylenmiştir. Çocuk resimleri, bir çocuk diş hekimi ve bir psikolog tarafından Çocuk Hastane Çizimleri Skalası ve İnsan Figürü Çizimleri'nin (HFD) duygusal göstergeleri kullanılarak puanlanmıştır. Bulgular Frankl ve SEM puanları ile karşılaştırılmıştır. Frankl ve ÇHÇS skorları arasında anlamlı negatif korelasyon bulmuşlardır ($P = .017$). HFD ile Frankl skorları arasında anlamlı negatif korelasyon

bulmuşlardır ($P = .048$). Sonuç olarak çizimler, çocukların duygusal durumu hakkında önemli miktarda bilgiyi açığa çıkarabilir ve çocukların çizimi, çocuk diş hekimliği ortamında anksiyeteyi değerlendirmek için yararlı, sözel olmayan bir ölçüt olabilir sonucuna varmışlardır.

2.2.5. Dental Anksiyete ve Ağrı İlişkisi

Ağrı; yaşamın farklı dönemlerinde hemen hemen bütün insanların deneyimledikleri, acil olarak araştırılması gereken, hastanın düşünce ve davranışlarını etkileyen, hastayı bunaltan ve hastayı ağrıyı gidermeye yönelten, davranışsal ve otonomik değişikliklere neden olan karmaşık bir deneyimdir (McDonald & Avery, 2004).

Ağrı; yaşamı tehdit edebilen, bireyin günlük aktivitelerini olumsuz etkileyen, yaşam kalitesini bozan, giderilmediğinde bireyin sağlık ve iyilik hali üzerinde önemli fizyolojik/psikolojik tehditler oluşturan, bireye zorlanma, acı çekme duygusu yaşatan ve kişiyi ağrıdan kurtulmak için sağlık bakım arayışına yönlendiren en önemli yakındır (Berry & Dahl, 2000; Kuuppelomäki, 2002).

Ağrının birçok tanımı olmasına rağmen Mc Caffery en faydalı tanımlardan birini yapmıştır: “Eğer hasta ağrı var diyorsa ağrı vardır” (Mac Lellan, 2004). Bu tanıma göre; ağrı, öznel ve çok boyutlu bir doğası olan, bireyin sözlü ve sözsüz ifadesini kapsamaktadır. Daha da önemlisi ağrı kontrolünde çok önemli bir etken olan güven ilişkisini geliştirmek gerekmektedir.

Yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışmada, katılımcıların %49’unun diş hekimine gitme konusunda endişeli olduğu gösterilmiştir (Kelly, 2000). Diğer taraftan çocuklarda bu oranın kullanılan anksiyete ölçütüne göre değişiklik göstermekle birlikte, %3 ile %21 arasında değiştiği ifade edilmiştir (Chapman & Kirby-Turner, 1999).

Çocuklardaki dental anksiyete hasta yönetiminde bir problem olarak öne çıkmaktadır. Anksiyetenin etkileri ileride yetişkinlik çağında da devam eden, bireylerde diş hekiminden kaçınma ve bireylerin ağız sağlığında bozulmalarla sonuçlanmaktadır. Diş hekimlerinin çocuk hastalardaki dental anksiyeteyi mümkün olduğunca erken değerlendirmeleri, bu sayede korkuları nedeniyle özel gereksinimleri olabilecek hastaları tanımlamaları önem taşımaktadır (Skaret, Raadal, Berg, & Kvale, 1998). Bu nedenle doğru değerlendirme ölçütlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Kaynaklar incelendiğinde bu amaçla ileri sürülmüş birçok farklı değerlendirme tekniği bulunduğu görülmektedir (Aartman ve ark., 1998). İdeal ölçüt; tekniğin sınırlı kavramsal ve konuşma becerisini kullanabilecek, klinik ortamda uygulaması ve değerlendirilmesi kolay ve geçerli olmasıdır (Buchanan & Niven, 2002).

Çocuklarda anksiyete ve ağrının ölçülmesi, bunların birbirinden bağımsız olarak değerlendirilmesi bazı güçlüklerin yaşandığı bir konudur (Versloot, Veerkamp, & Hoogstraten, 2004). Anne babanın etkisi, diş hekiminin davranışı, çocuğun tedaviye geliş sebebi çocuğun endişe seviyesini; dolayısıyla hissedeceği ağrıyı etkilemektedir (Klingberg, 2001).

2.2.5.1. Ağrının skalalarla ölçülmesi

Tablo 2.4. Dental ağrının değerlendirilmesinde kullanılan skalalar

Ağrı Ölçümünde Kullanılan Skalalar	Yazar, Yıl
1. “Visual Analog Scale” – Görsel Analog Skala (VAS)	Huskisson, 1974
2. “Wong - Baker Faces Pain Rating Scale” – Yüz İfadelerini Derecelendirme Skalası	Wong ve Baker, 1981
3. “FLACC (The Face, Leg, Activity, Cry, Consolability)” - YBAAT (Yüz ifadesi, Bacak hareketleri, Aktivite, Ağlama, Teselli edilebilirlik)	Merkel ve ark., 1997

2.2.5.1.1. Wong – Baker Yüz İfadelerini Derecelendirme Skalası

Ağrı değerlendirme yöntemleri içinde en sık kullanılandır. Yüz ifadeleri güvenilir ve tarafsız belirteç olarak görülmektedir. Donna Wong ve Connie Morain Baker tarafından 1981 yılında geliştirilmiş, 1983'te revize edilmiştir. Üç yaş ve üzerinde uygulanması uygundur (Wong & Baker, 1981).

Yüz ifadelerini derecelendirme (Wong Baker) skalası, ağrının şiddetine göre 0'dan 10'a kadar değerlendirilen 6 yüz ifadesinden oluşmaktadır. Çocuklar tarafından küçük bir açıklamayla kolay ve çabuk anlaşılması nedeniyle okul dönemi çocuklarında akut ağrının değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirtilmektedir. Ölçekten alınan puanların değerlendirilmesinde 0-4 arasındaki değerler hafif ağrıyı, 4-6

arasındaki değerler orta derecede ağrıyı, 6-8 arasındaki değerler şiddetli ağrıyı ve 8-10 arasındaki değerler ise dayanılmaz ağrıyı belirtmektedir (Özel & Çetin, 2020).

2.2.6. Çocuklarda Dental Anksiyetenin Değerlendirilmesinde Çizimin Rolü

Çocuk diş hekimliğinde tedavi prosedürlerinin neden olduğu anksiyetenin doğru değerlendirilmesi, invaziv tıbbi işlemler sırasında çocuklara yardımcı olmayı amaçlayan klinik uygulamalar için önemlidir. Bununla birlikte, anksiyete duygusal ve duyuşsal bileşenlerden oluşan karmaşık, çok boyutlu ve öznel bir olgudur (Cohen, Blount, Cohen, & Johnson, 2004). Dental korku gerçek, anlık, spesifik bir uyarana (İğne, aeratör gibi) ilişkiliyken, anksiyete durumunda, tehdidin kaynağı belirsiz veya anlık uyarana ilişkili değildir. Bir bireyin duygusal tepkileri her iki durumda da neredeyse aynıdır (Jaakkola ve ark., 2009; Sadock & Kaplan, 2003). Korku unsurları iki kategoriye ayrılabilir: öznel (duygular ve bilişler dahil) ve objektif (davranışsal ve fizyolojik değişkenler dahil) (Jaakkola ve ark., 2009; Sadock & Kaplan, 2003). Hastanın öznel diş tedavisi deneyimi, sonraki davranışları için en önemli kanaldır (Newton & Buck, 2000; Viinikangas ve ark., 2007).

Çocuklar, sözlü dili kullanarak öznel deneyimleri tanımlamada zorluk yaşarlar, ancak iç durumlarını duygularının resimli anlatımıyla daha iyi eşleştirebilirler (Chambers, Giesbrecht, Craig, Bennett, & Huntsman, 1999; Clatworthy ve ark., 1999a). Bu nedenle, bir çocuğun öz bildirimleri (yani çocuğun söylediği), bariz sınırlamalarına (örneğin sınırlı bilişsel gelişim ve zayıf dil yetenekleri) rağmen genellikle ağrı ve anksiyete değerlendirmeleri için “altın standart” olarak kabul edilmiştir (Chambers ve ark., 1999; Clatworthy ve ark., 1999a). Çocuk hastaların öz bildirimleri çocuk diş

hekimliğinde elde edilen en yaygın ağrı ölçüsü haline gelmiştir (Aartman ve ark., 1998; Chambers & Craig, 1998).

Çocuk diş hekimliğinde az sayıda öz bildirim aracı vardır. Bu subjektif araçlardan bazıları çoktan seçmeli sorular (okuma yeteneği gerektirir) içerir (Nakai ve ark., 2005). Görsel Analog Skala (Davidson ve ark.), çocuk diş hekimliğinde ağrının öz bildirimi için en güvenilir ve geçerli ölçüm araçlarından biridir (J. R. Pinkham, Casamassimo, Fields, McTigue, & Nowak, 2005). VAS bir dizi mutlu ve mutsuz yüz gösterir, yüzler “acı yok” ile “mümkün olan en kötü acı” arasında artan yoğunlukta derecelendirilir. Bununla birlikte bu yöntemde, çocuğun ağrı deneyimini diğer duygusal durumlardan ayırt etmek zor olduğundan objektif sonuçlar vermeme riski taşır (Chambers & Craig, 1998). Anksiyete ve ağrı arasında ayırım yapılmaması, çocukların mevcut durumları için uygun olmayan tedavi almalarıyla sonuçlanabilir veya stresli hallerinin ağrıdan ziyade anksiyete olarak yorumlanması durumunda bir çocuğun doğru tedavi alma olasılığını azaltabilir (Chambers & Craig, 1998) (Otis, Keane, & Kerns, 2003). Bu nedenle, bu düşünceler çocuk diş hekimliğinde ağrı ve / veya anksiyeteyi değerlendirmek için mevcut yöntemlerle birlikte çocukların duygusal durumunu ölçmek için yeni ve uygun bir öz bildirim değerlendirme aracı kullanmanın gerekliliğini vurgulamaktadır.

Günümüzde sanatın çocuklarla iletişimi kolaylaştırmanın bir aracı olarak kullanılmasına ilgi artmaktadır (Driessnack, 2005). Bazı yazarlar, çocukların algıları ve deneyimleri hakkında bilgi toplamanın uygun bir yolunun çizimler gibi projektif öz bildirim teknikleri olduğunu öne sürmüşlerdir (Clatworthy ve ark., 1999a; Skybo, Ryan-Wenger, & Su, 2007). Çizimler genellikle yönlendirici olmadıkları, cevaplar gerektirmedikleri ve hastaların bilinçli olarak farkında olamayacakları veya sözel olarak ifade edemeyecekleri duyguları ve arzuları belirlemeye yardımcı olmaları açısından

avantajlıdır (Hamama & Ronen, 2009). Çizim, çocuktan alınan bilgi miktarını artırsa da, bu artış kesin doğrulukla gerçekleşmez (Looman, 2006). Klinik uygulamada, çizimler çocuk psikiyatristleri ve psikologlar tarafından yıllardır, çocukların öznel duygularını, korkularını ve çocuğun sıkıntı, endişe ve öfke gibi diğer duygularını analiz etmek için yaygın olarak kullanılmaktadır (Skybo ve ark., 2007). Değerlendirmede çizimleri kullanmanın belki de en çekici yönleri; sözel olmayan yöntemin geleneksel sözel testlerle sıkça karşılaşılan dil sınırlamalarını ve kültürel engelleri aşması ve çok az zaman alan, çocuk odaklı bilgi toplama aracı olmasıdır. Ayrıca genellikle eğlenceli bir etkinliktir (Matto, 2007).

İnsan figürü çizimleri (HFD) çocuklar için hızlı, ucuz ve kolay kabul edilebilirdir (Skybo ve ark., 2007). Bu değerlendirme araçları 1920'lerde Goodenough ve daha sonra Koppitz tarafından yaygın olarak kullanılmıştır (Flanagan & Motta, 2007; Veltman & Browne, 2002). Pelander ve ark. çocukların ideal bir hastaneden beklentilerini tahmin etmek için çizimi kullanmışlardır (Pelander, Lehtonen, & Leino-Kilpi, 2007). Looman, Katrina Kasırgası'ndan etkilenen çocukların travmatik yer değiştirmeyeyle ilgili deneyimlerini anlamak için çizim kullanmıştır (Looman, 2006). Çocuk çizimlerinin baş ağrısı tanısında yararlılığı Stafstorm tarafından değerlendirildi. Sanat terapisi, ağırlı prosedürler sırasında lösemili çocuklar için bir destek olarak gerçekleştirilmiştir (Stafstrom, Rostasy, & Minster, 2002). 1999 yılında, Child Drawing: Hospital – Çocuk Hastane Çizimleri (ÇHÇS), hastaneye yatırılan okul çağındaki çocukların kaygılarını ölçmenin bir aracı olarak geliştirilmiştir (Clatworthy ve ark., 1999a; S. Clatworthy, K. Simon, & M. E. Tiedeman, 1999b).

2.2.6.1. Çocuk resimlerinin değerlendirilmesi

Okul öncesi dönemde 4-5 yaşlarındaki çocuklar üç ana rengi tanımaya başlar. Çocuklar önceleri renk ayrımı yapmadan, renkleri rasgele resimlerinde kullanır. 4-5 yaşından sonra yavaş yavaş renkleri tanıyarak kullanmaya başlarlar (Yavuzer, 2005).

Okul öncesi dönemde çocuğun kullandığı renklerin gerçeklikle bir bağlantısı yoktur (Kehnemuyi, 1977). Çocuk hoşuna giden renkleri coşkuyla kullanır. Örneğin kırmızı bir güneş, mavi bir köpek, yeşil bir insan yapabilir. Çocuk çok sevdiği birinin resmini yapmak istediğinde, en sevdiği rengi seçecektir. Çocukların kullandıkları renklerin psikolojik anlamlar taşırlar. Bu anlamlar çocuktan çocuğa değişebilir. Bu nedenle kesin yargılara ulaşmak, renklerden anlam çıkarmaya çalışmak zordur. Çocuk içinden gelen coşkuyla istediği rengi kullanmada özgür bırakılmalıdır. Mavi bir köpek yaparken yanına gövdesi kahverengi, dalları yeşil boyanmış ağaçlar yapabilir. Bu seçim tamamen bilinçsizdir. Resimlerinde hem dekoratif hem de realistik renklendirmeler kullanabilir.

Kız çocukları renk seçimine erkek çocuklardan daha fazla önem vermektedir. Bazı çocuklar resimlerinde sarı, kırmızı, turuncu renkleri; bazıları mavi, yeşil gibi soğuk renkleri tercih etmektedir. Uzmanlar sıcak renkleri seçen çocukların sevecen, uyumlu, iş birlikçi; soğuk renkleri seçen çocukların iddiacı, huysuz ve uyumsuz davranışlar sergilediklerini belirtmektedirler. Sürekli soğuk renkleri seçen anaokulu çocukları duygularını bastırma ve gizleme eğilimi göstermektedirler. Yapılan araştırmalara göre kırmızı rengi çok fazla kullanan çocukların saldırgan ve iddiacı davranışlar sergiledikleri görülmektedir. Doğal gelişim süreci içinde çocuğun renk seçiminin soğuk renklerden sıcak renklere doğru değişim gösterdiği görülür. Örneğin tuvalet eğitimi zamanında baskı gören çocukların resimlerinde kahverengi ve maviyi çok fazla kullandığı görülmüş, baskı ortadan kalktıktan sonra diğer renkleri kullanmaya başlamışlardır (Yavuzer, 2005).

Çocukların resimlerinde kullandığı renk ile duygusal tepkileri arasında bir ilişki vardır. Burkit, yaptığı bir araştırmada çocukların hoş ve güzel figürlerde en çok tercih ettiği renkleri, çirkin, kötü figürlerde en az tercih ettikleri renkleri; tarafsız oldukları figürlerde ise orta değerdeki renkleri kullandıklarını; olumsuz, kötü karakterlerde en çok kullandıkları rengin ise siyah olduğunu belirtmiştir (Burkitt, Barrett, & Davis, 2005). Çocukların resimlerinde kullandıkları renkler onların fiziksel özelliklerini de yansıtabilir. Hasta çocuklar tarafından en çok kullanılan renk siyahtır. Kırmızı renk hem sağlıklı hem hasta çocuklar tarafından kullanılmış fakat hasta çocuklar daha fazla kullanmıştır ve çoğunlukla kanla ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Malchiodi & Yurtbay, 2005).

Çocukların resimlerinde kullandığı renklerin belli anlamları vardır ama kullanılan rengin yoğunluğu da önemlidir. Yoğunluk rengin parlaklığını canlılığını ifade eder. Çocuk resimlerinde yeşil renk genel olarak büyüme ve gelişmeyi ifade etse de koyu yeşil mi açık yeşil mi olduğu da önemlidir. Yani her renk çocuğun yaptığı resimlerde nasıl kullanıldığına bağlı olarak çeşitli anlamlara gelebilir (Malchiodi & Yurtbay, 2005).

Bütün renkler üç ana renk olan kırmızı, mavi ve sarı renklerin değişik tonlarda karışımından meydana gelmektedir.

Ana renklerin aynı ölçüde ikişerli karışmasından meydana gelen renklere ara renk denir. Bunlar da turuncu, yeşil ve mor renklerdir:

$$\text{Kırmızı} + \text{Sarı} = \text{Turuncu}$$

$$\text{Sarı} + \text{Mavi} = \text{Yeşil}$$

$$\text{Mavi} + \text{Kırmızı} = \text{Mor}$$

Siyah ve beyaz renkler bu sınıflamanın dışındadır. Bir cisim güneş ışığında sıralanmış olan bütün renkleri yansıtmayıp yutuyorsa siyah, tümünü yansıtıyorsa beyaz görünmektedir. Mavi ile mor rengin arasındaki yedinci renk lacivert, mavinin bir tonu

olduğu için sınıflamaya alınmamaktadır, bir renge siyah ya da beyaz katılırsa o rengin tonları elde edilir.

Renkler, şiddetlerine ve insanlar üzerindeki ruhsal etkilerine göre ikiye ayrılır. Bunlar; sıcak ve soğuk renklerdir.

2.2.6.1.1. Sıcak renkler: kırmızı, sarı, turuncu

Kırmızıda ateşin sıcaklığını, turuncuda güneş ışığını, sarıda ışık ve aydınlığı hissederiz.

Bu renklerin havadaki titreşimleri kuvvetli olduğu için diğer renklere göre göz tarafından daha önce algılanırlar. Çocukta renk anlayışı başladığı zaman kırmızıya bakıp ona atılması, ilkel toplulukların en çok önem verdiği renklerin sıcak renkler oluşu bundandır.

Nesnelerin ışık alan kısımlarında daha çok sıcak renkler hâkimdir. Bu renklerin ruhsal etkisi neşe, canlılık ve harekettir (Çankırlı, 2011).

2.2.6.1.2. Soğuk renkler: mor, mavi, yeşil

Sıcak renklere göre titreşimi az olan bu renkler, gözü ikinci derecede etkiler. Ruhsal etkisi hüznün, rahatlık ve durgunluk olan bu renkler, gölgeli kısımlarda daha çok yer alırlar. Çizimlerde ideal olan sıcak ve soğuk renklerin bir uyum ve ahenk içinde kullanılmasıdır. Sadece sıcak renklerin veya sadece soğuk renklerin kullanıldığı resimler güzel bir görüntü vermezler (Çankırlı, 2011).

2.2.6.1.3. Renklerin psikolojik anlamı ve yorumu

a. Kırmızı

Kırmızı renk saldırganlık ve öfke ifade edebilir. Ayrıca kırmızıyı yoğun olarak kullanan bir çocuğun resimlerinde keskin ve sert hatlar görebilirsiniz. Kırmızı; enerji, nefret, tehlike, fiziksel hastalık, aşk ve bir problemin göstergesi gibi birçok anlama gelebilir. Kırmızı renk hayati önem taşıyan bir konunun, problemin, duyguların patlaması ya da tehlikenin sinyallerini verebilir, şiddetli bir hastalığı yansıtabilir (Furth, 2002).

b. Turuncu

Turuncu renk endişeli bir durumu çağrıştırabilir. Özellikle yaşam ile ölüm arasındaki mücadelenin, azalan enerjinin ya da tehdit edici durumlardan kurtulmanın bir göstergesi olabilir (Furth, 2002).

c. Sarı

Çocukların hemen hepsine yakını güneşi sarı renkle ifade ederler. Gerçekte güneş kırmızı bir ateş topudur. Ancak, daha önce ifade ettiğimiz gibi, çocuklar gerçeği değil hayalinde ve bilinçaltında olanı çizerler. Kolektif bilinçaltında güneş anneyi simgeler. Anne çocuğun güneşidir. Sarı renk parlaklığı, ışığı, sıcaklığı, enerjiyi ve kutsallığı simgelediği için kişilerde olumlu hisler uyandırır. Ailesi tarafından sevilen ve değer verilen çocuklar sarı rengi tercih ederler. Çocuğun hala ailesine bağımlı olduğunu ifade eder. Çocuk fazla heyecanlıdır (Furth, 2002). Malchiodi' ye göre sarı genelde ışık, enerji ve olumlu hislerle ilişkilendirilmektedir (Malchiodi & Yurtbay, 2005).

Sarı altın rengi olduğu için zenginliği çağrıştırır. Sarı renk olgunluğu ve kanaatkârlığı da simgeler. Sarı limon rengi olduğu için ekşiliği de simgeler. İnsan hastalandığında benzi sarardığı için hastalığı, karamsarlığı da simgeleyebilir (Çankırlı, 2011).

d. Mavi

Mavi gökyüzünün ve denizin rengidir. Sakinliği ve uyumu ifade eder. Çocuğun kendine olan güvenini gösterir. Mavi rengi kullanan bir çocuk duygularını daha iyi kontrol edebilir. Mavi tarafsız kişiliği de sembolize eder. Onun için polis, koruma memurları, hastane hizmetlileri gibi meslek mensupları mavi iş elbisesi giyerler. Çocuk resimlerinde mavi renk genellikle deniz, göl ve bulut çizimlerinde kullanılır (Çankırlı, 2011).

e. Yeşil

Yeşil renk ilkbaharı simgeler. İlkbaharda bahçeler, kırlar yeşerir; ağaçlar yaprağa durur, çiçek açar, meyve verir. Yeşil hayat demektir. Tazelik, gençlik, büyüme, gelişme, bereket ve sağlık demektir. Yeşil renk göze en rahat gelen renktir; yeşili izlemek insanı rahatlatır. Çoğu kültürlerde yeşil renk zenginliği, asaleti ve parayı simgeler. Yeşili bol kullanan çocuk kendisine güveni olan, uyumlu ve mutlu bir çocuktur (Çankırlı, 2011).

Çocuk yaşıtlarına göre daha olgundur ve özgüveni vardır. Sağlıklı bir vücut, büyüme ya da yaşamın yeniliği gibi anlamları çağrıştırır (Furth, 2002).

Bach'ın yaptığı araştırmalara göre koyu yeşil sağlık ve iyileşmenin bir göstergesiyken açık yeşil ise fiziksel zayıflığın bir göstergesidir (Malchiodi & Yurtbay, 2005).

f. Mor

Kırmızı ve mavinin karışımı ile elde edilen bir renk olduğu için iki rengin de özellikleri olan sıcaklığı ve soğukluğu birlikte taşımaktadır. Tabiatla az bulunan bir renktir. Zenginliği, asaleti, lüks hayatı, zarafeti simgeler. Çocuğa kaldıramayacağı bir sorumluluk yüklendiğinde, kendisinden bekleneni karşılayamayacağı endişesine kapıldığında ve gözü korktuğunda bunu çizimlerinde mor renk kullanarak açığa vurabilir. Anne babanın desteğine ve güvenine ihtiyaç duyan çocuklar da çizimlerinde mor rengi kullanabilir (Çankırılı, 2011).

Sıkıntı verici (ağır) bir sorumluluk, ya da birinin “elinin mahkum olduğu bir durum” anlamına gelebilir. Sahip olma ya da kontrol etme ihtiyacına ya da başkalarının kontrolü ve desteğine duyulan ihtiyaca işaret edebilir. Çocuklar her renge aynı derecede ilgi duymazlar. 5-8 yaş çocukları arasında yapılan araştırmada çocukların en fazla kullandığı renkler erguvan rengi, kırmızı, sarı, mavidir. Siyah, beyaz, gri ve koyu kahverenginin itici bulunduğu belirlenmiştir (Furth, 2002).

g. Kahverengi

Kırmızı, sarı ve mavinin karışımı ile elde edilen bir renktir. Bu nedenle yerine göre kırmızının kan ve ateşini, sarının ışığını ve ısını, mavinin uzaklığını ve serinliğini içinde barındıran bir renktir. Toprağın rengidir; toprak anayı ve bereketi temsil eder. Bir başka açıdan sonbaharı, hüznü, ayrılığı ve özlemi temsil eder. Çizimlerinde kahverengi kullanan çocukların korunmaya ihtiyaç duydukları, sevgi ve ilgi özlemi çektikleri

söylenebilir. Tuvalet eğitimine direnç gösteren, bu sebeple anne ile çatışma yaşayan çocukların da çizimlerinde kahverengi kullandıkları bilinmektedir (Çankırılı, 2011).

2.2.6.2. Çocuk resimlerinde insan figürünün detayları ve anlamları

a. Kafa

Resimde kafanın normalden büyük çizilmesi duygusal ve sosyal iletişimde yetersizlik belirtisi olmakla beraber kendini zekâca yaşıtlarından geri gören ve anne baba tarafından okul başarısı düşük bulunan çocuklarda görülebilir. Normalden küçük çizilen kafa arkadaş edinmede ve insanlarla ilişki kurmada zorluk çeken, içe kapanmaya eğimli çocuklarda görülür (Çankırılı, 2011).

b. Saçlar

Çocuklar 3 yaşından sonra cinsiyetlerinin farkına varmaya başlarlar. İnsan çizerken erkeklerin saçlarını kısa, kızlarınkini uzun çizerler. Saçlar yıkanır, taranır, örülür, çok uzadığında kesilir. Küçük çocuklar saçlarının kesilmesine razı olmazlar. Berbere götürüldükleri zaman, berber koltuğuna oturmak istemezler. Sanki kendisine ait bir şeyin zorla elinden alınacakmış duygusuna kapılırlar. Kesilen saçlarının arkasından ağlarlar. Saç bakımı, kesim şekli, saç örgüsü, saçın boyanması, tarama şekli, uzunluğu ve kısalığı kültürlere göre değişiklik gösterir. Çocuğun resminde bastırarak boyadığı saçlar çocuğun fiziksel olarak daha güçlü olma arzusunu göstermektedir. Ebeveynin saçının bastırılarak boyanması otorite kurma, aile içinde söz sahibi olma isteği konusunda ipucu verebilir (Çankırılı, 2011).

c. Ağız

Çocuk için kafada yer alan en önemli organ ağızdır. Doğumla birlikte ilk harekete geçen organ ağızdır. Gözleri kapalı olduğu halde ağızıyla meme arar, bulur bulmaz emmeye başlar. Mutluluğunu gülümseyerek belli eder. Ağızda yer alan dudaklar, dişler ve dil hayati öneme sahip görevleri yerine getirirler. Konuşma, nefes alıp verme, yemek yeme, su içme, tat alma bu hayati görevlerin başında yer alır.

Eğer kalın çizgilerle belirtilmiş, dişlerin görüldüğü açık bir ağızsa insanlarla konuşma isteğini; kapalı, dar, çizgi şeklindeki ağız ise insanlarla ilişki kurmaktan çekindiğini gösterir. Kızgınlığını kötü ve küfürlü sözlerle ifade etmekte olan çocukların ağız fazla açık çizdiği görülür (Çankırılı, 2011).

d. Gözler

Gözler ve ağız çocuk için iki önemli yüz figürüdür. Yeni doğan bebek ilk bakımı yapıldıktan sonra annenin yanına getirilir. Bebeğini kucağına alan, onunla göz göze gelen anne hayatının en mutlu anlarından birini yaşar. Bu ilk bakış, ilk gülümseme anne ile bebek arasında iyi bir iletişimin ilk adımlarını oluşturur. Anne bebek ilişkisi üzerinde araştırma yapan psikologlar, anne konuşurken bebeğin onun gözlerine baktığını fark etmişlerdir (Çankırılı, 2011). Bebek, henüz annenin sözlerini anlamadığı için, gözlerine bakarak bu sözlerin ne anlama geldiğini, sevgi içerip içermediğini hissetmektedir. Çocuklar 4 yaş civarında insan yüzüne göz çizerken, göz yuvarlağının içine bir nokta koyarak göz bebeğini belli ederler.

Göz yuvarlağının içine göz bebeği çizen bir çocuk, özünün, kişiliğinin farkına varmış demektir. Çünkü göz bebeği olmadan, göz yuvarlağı boş ve anlamsız bir şeydir.

Okula başlama yaşına gelmiş bir çocuk insan resmi çizerken göz yuvarlağının içine göz bebeği koymazsa, bu çocuğun kişiliğinin farkında olmadığını, zihinsel ve duygusal yönden geri kaldığını, iç dünyasının boş olduğunu söyleyebiliriz. Çocuklar göz çizerken genellikle düz bakışı tercih ederler. Sağa ve sola bakan gözler utangaçlığı ve özgüven eksikliğini yansıtır olabilir. Belirgin, iri, ayrıntılı çizilen gözler aşırı gözlemciliğe, dış dünya ile aşırı ilişki kurma isteğine, canlı ilişkilerin varlığına işaret olabilir (Çankırlı, 2011).

e. *Burun*

Burun, yeni doğan bebeğin en hassas organlarından biridir. Bebek annenin göğsüne yattığında onun ten kokusunu hisseder. Anne bebeğini kucağına aldığı anda gözü kapalı uyuyor olsa da onu ten kokusundan tanır.

Burun genellikle ağız ve gözlerle birlikte çizilmektedir. Burun, ben algısı ve özgüven sembolüdür. Şımartılan, yetenekleri abartılan, her isteği yerine getirilen çocuklarda; ben algısı gerçek benin üzerinde olup kendini beğenmiş narsistik bir kişilik geliştirebilirler.

Çocuk zihinsel olarak geliştikçe çizdiği burun şekli de basitten burun deliklerini de içeren üç boyutlu doğru gelişme gösterir. Bir psikolog için anlamlı olan burnun çok büyük ve çok küçük çizilmesi veya hiç çizilmemesidir. Çizdikleri insan yüzünde burnu olduğundan büyük çizen çocuklarda ben algısı gerçek benin üzerinde olabilir. Burnu çok küçük çizenlerde benlik algısı gerçek benin altında, özgüvenleri zayıf çocuklar olabilir. Çocukluğunda burundan ameliyat olan, burnu kırılan, sinüzit ve benzeri rahatsızlığı olan çocuklar insan yüzü çizerken burnu unutabilir veya atlayabilir. (Çankırlı, 2011).

f. Kulaklar

Kulaklar genellikle boyundan önce burunla birlikte çizilmektedir. İnsan yüzüne kulak çizen bir çocuk bilinçli, dinleme yapma becerisi kazanmış sayılmaktadır. Evde sık eleştirilen, azar işiten, hakaret gören bir çocuk insan yüzü çizerken kulakları atlayabilir. Kulakları çizmeyen bir çocuk eleştirileri duymak istemediğini, kulakları büyük çizen bir çocuk da dinlemekten hoşlandığını gösteriyor olabilir. Çocuk dinlemesini de ailede öğrenir. Eğer anne baba çocuğu birey olarak kabul edip, onu dinlerse, çocuk da onları dinleyecektir. Çocuğun kendilerini dinlemediğinden yakınan anne babalar dinleme konusunda çocuğa iyi örnek olamayan anne babalardır (Çankırılı, 2011).

g. Çene

Başın çizimi çene ile sonlandırılmalıdır. Köşeli veya geniş çizilen çene, kişinin sürekli başkalarından destek bekleme ve başkalarına güvenme ihtiyacı içinde olduğu şeklinde yorumlanabilir. Güçlü görünme isteğinin de bir belirtisi sayılabilir (Çankırılı, 2011).

h. Boyun

Çocuklar insan figürü çizerken altı yaşına kadar boyun kısmını görmezden gelirler. Boyun, kafa (akıl) ile gövde (duygular) arasında irtibat sağlayan önemli bir organdır. Boyun yardımı ile kafamızı sağa, sola, aşağıya, yukarıya döndürebiliyoruz. Bir insanın kafasını belli bir yöne çevirmesi için istek ve irade göstermesi, yani karar vermesi gerekir. Kendi başına karar verecek olgunluğa erişen bir çocuktan, insan figürü çizerken kafa ile gövdeyi boyun ile birleştirmesi beklenir.

Boyun dürtü kontrolü konusunda önemli ipuçları vermektedir. Boynun kalın ve kısa çizilmesi veya hiç çizilmemesi çocuğun öfkesini kontrol etmekte problem yaşadığını yansıtmaktadır. Tek çocuklu ailelerde sık rastlanan bu durum çocuğun istek ve arzularını ertelemede, sabretmede ve kurallara uymada zorluk çektiğini göstermektedir. Daha çok kuralcı ve kontrolcü aile çocukları tarafından çizilen ince, uzun boyun kişinin istek ve arzularını sürekli bastırma eğiliminde olduğu ve sürekli kendini kontrol etme ihtiyacı duyduğu anlamına gelmektedir.

Abartılı çizilmiş boyun, akıl ile duygular arası iletişimde yetersizlik işareti olabilir. Çocuk biriyle konuşurken boynunu eliyle tutuyorsa bilinçaltında konuştuğu kimseden kendisine bir zarar gelebileceği endişesi taşıyor olabilir. (Çankırılı, 2011).

i. Omuzlar ve gövde

Resimde yuvarlak ve yumuşak hatları olan gövde ve omuzlar uyumlu özellikleri gösterirken köşeli ve sert vücut hatları saldırgan dürtülerin varlığına işaret edebilir. Sert vücut hatları ile çizen çocukların problemlerini fiziksel şiddet kullanarak çözdüğü görülmektedir (Çankırılı, 2011).

j. Kollar

İki yana açılan kollar insanlarla yakın ilişki kuran, sevecen çocukların çizimlerinde görülür. Bazen insanlarla yakın ilişki kurma isteğinin bir göstergesidir. Gövdeye bitişik çizilen kollar insanlarla ilişki kurmada zorluk çeken çocukların çizimlerinde görülür. Kolların hiç çizilmemesi çevreyle kopuk ilişkilerin varlığına işaretir. Kolsuz olarak çizilen ebeveynin çocuk tarafından “yeterince ilgi göstermediği” şeklinde algılanabilir. Kolların boyu da önemlidir. Normalden uzun çizilen kollar bir

yönden çalma alışkanlığının, bir başka yönden güç ve kontrolün ifadesi olabilir. Kısa çizilen kollar belirgin arzu ve isteklerden yoksunluğu anlatabilir. Kolların, ellerin ve parmakların çiziliş şekli korku, utangaçlık ya da düşmanlık ve saldırganlık gibi davranışların açıklanmasında yardımcı olabilir (Çankırlı, 2011).

k. Eller

Eller, çocukların dış dünya ile fiziksel ve duygusal iletişimini sağlayan önemli öğrenme araçlarından biridir. Çocuk elle dokunarak bir nesnenin katı veya yumuşak, soğuk veya sıcak, canlı veya cansız olduğunu hisseder.

İnsan figürü çizerken ellere yer vermesi, çocuğun dış dünyaya ilgi duyduğunu, insanlarla ve diğer canlılarla iletişim kurmaktan hoşlandığını gösterir. Ellerin olduğundan büyük çizilmesi dış dünyadan saldırganlık gördüğü ve dış dünyaya saldırgan davrandığı anlamına gelebilir. Ellerin çizilmemesi, olduğundan küçük çizilmesi, arkaya gizlenmesi veya cebe konması; özgüven eksikliğini, utangaçlığı, insanlarla iletişim kurmada yetersizliği gösteriyor olabilir. Yumruk şeklindeki eller saldırganlığın bir işareti olabilir. Resmi yapan çocuk tırnak yeme, hırsızlık, vb. durumlardan suçluluk hissediyorsa bu ellerin saklanması veya hiç çizilmemesi şeklinde ortaya çıkabilir (Çankırlı, 2011).

l. Bacaklar

Bacakların çizilmemesi kişinin var olmak için başkalarının desteğine ihtiyacı olduğuna işaret edebilir. Bacakların sağlam ve dengeli çizilmesi özgüvenli olduğu anlamına gelebilir (Çankırlı, 2011).

m. Ayaklar

Ayaklar genellikle ellerle birlikte çizilmektedir. İlk ayak çizimleri çizgi veya yuvarlak biçimdedir. Parmaklar daha sonra ortaya çıkar. Çocuk açısından ayağa kalkmak “anneden ayrılmanın ve birey olmanın” ilk adımıdır. Çocuk çizimlerinde ayakların çiziliş şekli bir özgüven ölçüsü olabilir.

Çizgi şeklinde çok zayıf ayaklar aileye bağımlılığı ve özgüven eksikliğini işaret ederken, kalın çizgilerle yuvarlak ve oval şekillerle gösterilen ayaklar da özgüveni sorumlu ve bağımsız kişiliği işaret edebilir. İki ayrı yöne bakan ayaklar çizenin büyümekle çocuk kalma arasında ikilem yaşadığını, kararsızlık ve tereddüt gösterdiğini ima etmektedir. Sola dönük çizilen ayak uçları geleceğe yönelmenin ve kendine hedef belirlemenin göstergesi olabilir. Sağa dönük çizilen ayak uçları kişinin geçmişe, çocukluk yıllarına dönük yaşadığına işaret eder (Çankırılı, 2011).

Çocuk resimlerini, yansıtma (projeksiyon) yönüyle değerlendirirken insan figürü bize çok önemli ipuçları vermektedir. Çocuk elinden çıkmış insan figürünü değerlendirirken çizimde durduğu yer, duruş şekli, diğer figürlere göre büyüklüğü bizim için önemlidir. Bazı beden parçalarının büyük veya küçük çizilme ya da hiç çizilmemesi önemli ipuçları vermektedir. Abartılı çizilen beden parçaları farklı yönleriyle çocuğun iç dünyasını dışa vurmaktadır.

2.2.6.2.1. Abartılı çizilen vücut parçalarının anlamı

a. Kafa

Kafatası, zihinsel gücün kaynağı olan beyni içerisinde barındırdığı için başarı ve yeteneği temsil etmektedir. Akranlarına kıyasla kendisini zihinsel yönden geri ve yetersiz

gören çocuklar insan figüründe kafa kısmını ya çok büyük ya da çok küçük çizmektedir. Büyük kafa, çoğunlukla daha başarılı ve daha yetenekli olmayı arzu eden çocuklar tarafından çizilmektedir. Kafanın küçük çizilmesi zihinsel becerilerde bir yetersizlik olduğunu gösterir (Çankırılı, 2011).

b. Ağız

Ağız sözel iletişim aracı olduğundan konuşma ve dil sorunu olan çocuklar tarafından kalın çizgilerle büyük çizilebilir. Aileye bağımlı, özgüveni zayıf çocuklar da ağız kısmını abartarak çizebilir. Sindirim bozukluğu olan ve anneleri tarafından zorla yemek yedirilen çocuklar ağız küçük çizebilir veya bir çizgi ile gösterebilir (Çankırılı, 2011).

c. Gözler

Büyük çizilmiş gözler öğrenme merakını ve korkuyu temsil edebilir. Görme bozukluğu olan ve bu yüzden öğrenme sorunu yaşayan çocuklar ya gözü bir nokta ile göstermekte ya da göz yuvarlağı içine göz bebeği koymamakta, böylece anlamsız boş gözlerle bakan bir yüz ortaya çıkmaktadır (Çankırılı, 2011).

d. Kulaklar

Ağır işiten, okul başarısı düşük, kendisine güveni olmayan, anne baba tarafından sık eleştirilen bir çocuk kulakları çizerken abartarak büyük çizebilir. Ayrıca arkadaş edinmede sıkıntı yaşayan, arkasından konuşulduğunu düşünen, kavgacı ve kuşkucu bir çocuk kulakları büyük çizebilir (Çankırılı, 2011).

e. Burun

Solunum güçlüğü yaşayan astımlı çocuklar burnu büyük, burun deliklerini yuvarlak ve açık biçimde çizebilir (Çankırılı, 2011).

f. Dişler

Baskı gördüğü ve dayak yediği anne babaya kin duyan, korktuğu için kızgınlığını dile getiremeyen çocuklar ağzı açık, dişleri büyük ve sıkılmış biçimde çizebilir. Saldırgan ve kavgacı kişiliğinden dolayı arkadaş edinmede sıkıntı yaşayan çocuklar da dişleri büyük çizebilir (Çankırılı, 2011).

g. Kollar

Uzun ve kalın çizgilerle gösterilen kollar özlemi ve öğrenme merakını temsil ettiği gibi, çocukta kleptomani dediğimiz çalma hastalığı olduğunu da gösterebilir. Güçlü ve kuvvetli olmayı arzu eden çocuklar da kolları uzun ve açık şekilde çizebilir (Çankırılı, 2011).

h. Eller

Büyük çizilmiş eller de güç ve kuvveti sembolize eder. Annesinin veya babasının ellerini büyük çizen çocuklar genellikle anne babadan şiddet gören ve dayak yiyen çocuklardır. Çocuk kendi ellerini büyük çizmişse, güçlü ve kuvvetli olmayı arzu ettiği anlaşılır. Kavgacı ve kaba çocuklar tarafından alay konusu olan, “ana kuzusu” diye çağrılan, kimi zaman kavgacı çocuklar tarafından dövülen, kibar ve barışçı çocuklar bunu

hazmedemediğinden, güçlü ve kuvvetli bir çocuk olup onların hakkından gelmeyi arzu edebilir ve bunu ellerini büyük çizerek dışa vurabilir (Çankırılı, 2011).

i. Bacaklar

Vücudu ayakta tutan, spor ve sağlık için gerekli olan organlardır. Büyük bir koşucu veya futbolcu olmayı arzu eden çocuklar bacakları kalın çizgilerle büyük çizebilir (Çankırılı, 2011).

j. Ayaklar

Ayakların olduğundan büyük çizilmesi abartılmış bir özgüveni, küçük çizilmesi aşağılık duygusunu ve özgüven eksikliğini gösterebilir (Çankırılı, 2011).

2.2.6.2.2. Eksik bırakılan veya küçük çizilen vücut parçalarının anlamı

Eksik bırakılan veya çok küçük çizilen vücut parçaları genel olarak sembolize ettiği beceri ve yeteneğin yoksunluğunu ifade eder.

a. Eller, kollar, bacaklar ve ayaklar

Bu organlar güç, destek, hareket, güven ve bağımsızlık gibi beceri ve yetenekleri sembolize ettiği için bu organlardan birinin eksik veya küçük çizilmesi bu organlarda bir işlev bozukluğu olduğunu, çocuğun kendisine güvenmediğini, ailesinden destek görmediğini, sevilmediğini ve kendisini değersiz ve güçsüz hissettiğini göstermektedir (Çankırılı, 2011).

b. Kulak, burun ve ağız

Anne ve babasından sık eleştiri alan, onların bağırımlarını duymak istemeyen bir çocuk kulakları küçük çizebilir veya çizmemeyi tercih edebilir. Kendisini değersiz ve aşağı gören çocuklar burnu küçük çizebilir veya eksik bırakabilir. Ağız sözel iletişim aracı olduğundan, çevresiyle iletişim zorluğu çeken, sosyal fobisi olan, yanlış bir şey söyleyip eleştirilme ve kınanma korkusu yaşayan çocuklar ağız figürünü küçük çizebilir veya ihmal edebilir. Solunum güçlüğü çeken çocuklar da bazen bu sıkıntılarını ağız kısmını küçük çizerek dışa vurabilir (Çankırılı, 2011).

2.2.6.3. Çocuk resimlerinin yorumlanmasında dikkat edilmesi gerekenler

Çocuğun bize kendisini yansıtmayı ve olaylar hakkında duygu ve düşüncelerini ifade etmesinde, yalın bir anlatım aracı olan resmin önemi büyüktür. Aynı zamanda resim etkinliğinin sözsüz dili oluşturması ve bu yolla anlatımın kolay olması, yaş ve kişilik özellikleri nedeniyle sözlü iletişim kurmakta güçlük çeken çocukları tanımada da önemli bir teşhis aracı olmasını sağlamaktadır.

Çocuk resimlerini yorumlarken, dikkat etmemiz gereken bazı önemli noktalar bulunmaktadır.

Tek resimden yola çıkarak yapacağımız bir değerlendirme bize hatalı sonuç verebilir. Çocuğun diğer resimlerine de dikkat etmeli ve toplu bir değerlendirme yapılmalıdır. Resim değerlendirmesine başlamadan önce çocuğun genel tutum ve davranışları, içinde yaşadığı psikolojik sosyokültürel ve ekonomik durum, arkadaşlarıyla kardeşleriyle ilişkileri, okul ve aile içi ilişkileri, çocuğun yaşı, cinsiyeti, ailede kaçınıcı çocuk olduğu varsa uyum ve davranış sorununun türü, ailesinin genel özellikleri, okul

başarısı, çocuk hakkındaki genel izlenim, görünüm ve diğer önemli özellikleri de göz önünde bulundurulmalıdır.

Resim aynı zamanda öğrenilen bir davranıştır. Resim çizmede öğretmen faktörü de önemlidir. Çocuklar resim çizmeyi kendi kendilerine, ailelerinden, öğretmenlerinden veya arkadaşlarından öğrenebilirler.

Konu seçimi yapmadan “Hadi bakalım bize bir resim çiz” dediğimizde, çocuk ilgi ve ihtiyaçları doğrultusunda içinde yaşadığı psikolojik durum ve hayal gücünün de etkisiyle resim çizebilir. Serbest konu verdiğimizde çocuğun çizmiş olduğu resimdeki tema da çok önemlidir. Unutulmamalıdır ki, resim değerlendirilmesi projektif bir tekniktir. Yorumlar, yorumlayana göre değişkenlik gösterebilir (Yavuzer, 2005).

2.3. ÖLÇEK UYARLANMASI VE ÖLÇEKLERDE GÜVENİLİRLİK-GEÇERLİLİK

Ölçekler, ölçmeye konu olan özelliklerin sınıflanması, sıralanması ya da miktar ve derecelerinin belirlenmesi için uyulması gereken kural ve kısıtlamaları belirleyen ölçme araçlarıdır (Karakoç & Dönmez, 2014).

Bir ölçeğin geçerli ve güvenilir olması için, ölçeğin geliştirilmesi ve kullanılması aşamalarında birçok kriter ve standarda uygun çalışılması ve yorum yapılması gerekmektedir. Aksi halde ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği düşerek, ölçeğin ülke düzeyinde ve hatta uluslararası düzeyde kullanıldığı çalışmalarda birtakım hatalar ve taraf tutmalara zemin hazırlanmış olacaktır.

2.3.1. Ölçeğin Uyarlanması

Yeni bir ölçek geliştirmek yerine uyarlama yapmayı tercih etmenin bazı avantajları vardır. Bunlar arasında en önemlisi daha az zaman ve maliyet gerektirmesidir. Ayrıca ölçülecek özelliğin kültürler arası veya belirli bir ülkenin bölgeleri arasında karşılaştırılması amaçlanıyorsa; mevcut bir ölçeğin uyarlanması bu özelliğin farklı bir kültürde ölçülmesinin daha uygun bir yolu olacaktır. Bir diğer avantaj ise, ikinci bir kültürde ölçek geliştirmek için uzmanlık bilgisinin yetersiz olduğu durumlarda ortaya çıkmaktadır. Böyle bir yetersizlikte yeni ölçek geliştirmek yerine uyarlama yapmak daha mantıklı bir seçenektir ve asıl ölçek iyi bilinen bir ölçek ise, uyarlandığında duyulacak olan güven, yeni geliştirilecek ölçeğe göre daha fazla olacaktır (Deniz, 2007).

Uyarlama çalışması yaparken karşılaşılan bazı problemler vardır. Bunlardan en önemlisi, her iki dile de hakim olan ve ölçek uyarlama konusunda çalışabilecek uzman bulma sorunudur. Eğer belirtilen bu özelliklere sahip olan bir uzman grubu yoksa konunun özelliklerini karşılamak için farklı farklı uzmanlar belirlenecek ve bunların da beraber çalışması zamanlama açısından sıkıntılı olabilecektir. Diğer bir sıkıntı ise, uyarlama sonrası ölçeğin psikometrik özelliklerinin sağlanamaması sorunu olabilir. Eğer uyarlanacak ölçek yüksek bir güvenilirlik ve geçerliğe sahipse, uyarlama sonrası da bu değerlere yakın değerler vermesi beklenir (Deniz, 2007).

Ölçülecek olan yapının, karşılaştırılacak tüm kültürlerde aynı anlama gelip gelmediği sorgulanmalıdır. Eğer aynı yapı yoksa yapılacak düzeltmelerle ortak bir yapı oluşturulmalı, oluşturulamıyorsa çalışma durdurulmalıdır.

Çevirme aşamasında, her iki dilde de akıcı konuşan, çalışma yapılan kültürleri tanıyan, ölçülen yapı hakkında bir miktar bilgiye sahip çevirmenler tercih edilmelidir. Çeviri konusunda yapılacak uygulama bir dilden diğer dile çevirme ya da bir dilden

diğerine çeviri yapıldıktan sonra tekrar asıl diline çevirme şeklinde olmalıdır (Deniz, 2007). Psikometrik bir terime karşılık gelen Türkçe karşılık uygun değilse, yapılan işlemler de hatalı olabilir. Ülkemizde üretilen Türkçe dil karşılıkları kimi zaman terimin anlamını karşılamayarak yapılan işlemlerin hatalı olmasına yol açabilmektedir (Erkuş 2010). Çeviri sonrası uyarlama yapılmalı, uyarlanmış hali gözden geçirilmeli ve gerekiyorsa değişiklikler yapılmalıdır. Uyarlama sonrası ölçek deneme grubuna uygulanmalı ve ölçekle ilgili yapılması gereken başka düzeltmeler olup olmadığına bakılmalıdır. Pilot grubun özellikleri ölçeğin esas uygulamasının yapılacağı grubun özelliklerini taşımaktadır.

Uyarlama sonrası ölçekte geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmalıdır. Geçerlilik için yapı geçerliğini sağlamaya yönelik olan faktör analizi yöntemi ya da deneysel veya ilişkisel çalışmalar (yordama veya uygunluk geçerlilikleri gibi) şeklinde yapılmalıdır.

Uyarlama tamamlandıktan sonra, testin kullanıcıları için süreç ve hazırlamayı içeren bir el kitabı hazırlanmalı; uygulanması ve sonuçların yorumlanmasıyla ilgili bilgiler verilmelidir (Deniz, 2007).

2.3.2. Geçerlilik ve Güvenilirlik Kavramları

Geçerlilik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka herhangi bir özellik ile karıştırmadan, doğru ölçebilme derecesidir (Ercan & Kan, 2004). Geçerlilik, bir ölçme aracının kullanıldığı amaca hizmet etme derecesi olduğundan, ölçme araçlarından elde edilecek ölçümler hangi amaçla kullanılacaksa ölçme geçerliliği de o amaca ve hatta uygulandığı gruba ve uygulama biçimine göre de değişebilecektir (Ercan & Kan, 2004). Bu yüzden geçerliliği bozan etkenler, ölçek geliştirme ve uygulama süreci ile ilgilidir

(Tavşancıl, 2002). Genel olarak, doğrudan ölçmelerde geçerlilik daha yüksek, dolaylı ölçmelerde ise daha düşük olma yönündedir (Ercan & Kan, 2004).

Ölçeklerin geçerlilik düzeyi, geçerlilik katsayısının hesaplanmasıyla anlaşılır. Geçerlilik katsayısı, ölçekten elde edilen değerlerle ölçeğin kullanım amacına göre belirlenen kriter ya da kriterler takımı arasındaki ilişki katsayısıdır ve -1.00 ile $+1.00$ arasında değerler alır. İlişki katsayısı ne kadar yüksekse ölçek amaca o kadar iyi hizmet ediyor demektir (Ercan & Kan, 2004).

Güvenilirlik (Reliability): Bir ölçme aracının güvenilirliği, aracın ölçmek istediği değişkeni ne tutarlılıkla ölçtüğünün ya da ölçme sonuçlarının hatalardan arınmış olmasının derecesidir (Tavşancıl, 2002).

2.3.2.1. Geçerlilik türleri ve ölçümünde kullanılan yöntemler

Araştırmacılar arasında geçerlilik türleri için terminolojik ve tanımsal farklılıklar yer almaktadır. İyi bir geçerlilik ölçütü olma niteliği ise çalışmanın niteliğine göre değişmekle birlikte yorumsal geçerlilik, yapı geçerliliği ve ölçüte dayalı geçerlilik olmak üzere 3 ana gruptan oluşur (Tavşancıl, 2002).

2.3.2.1.1. Yorumsal geçerlilik (Translation validity)

Ölçek yapısının ne kadar işlevselliğe dönüştüğünü gösterir.

a. Yüzeysel Geçerlilik (Görünüş Geçerliliği) (Face Validity): Ölçme aracındaki soruların net bir şekilde incelenen konu ile ilgili bilgiye yönelik olduğuna dair uzman görüşüdür (Tavşancıl, 2002). Ancak bazı konular için görünüş geçerliliği göz ardı edilebilir. Örneğin; ölçme aracındaki maddelerin cevaplayanda farklı tepki oluşturabileceği konular için,

soruların etik kuralları ihlal etmeyecek tarzda düzenlenmesi kaydı ile farklı şekilde sorulması gibi. Ancak görünüş geçerliliğinin teknik bir geçerlilik sayılamayacağını düşünenler de vardır (Tavşancıl, 2002).

b. İçerik (Kapsam) Geçerliliği (Content Validity): Mantık yolu ve istatistiksel yol şeklinde iki farklı uygulama ile değerlendirilebilir (Ercan & Kan, 2004). Kapsam geçerliliği bir bütün olarak ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin amaca ne derece hizmet ettiği. Kapsam geçerliliği için konunun uzmanlarının görüşü alınır. Konuyla ilgili kapsam belirlenmesi bir yargılamayı gerektirdiğinden, farklı ölçütlere göre değerlendirme yapılmasının engellenmesi için uzmanlar ile ölçeği geliştiren kişi arasında ortak tanımların olması gerekir. Burada maddelerin sunum biçiminin yaptığı farklı tepkiler açısından da bir değerlendirme yapılmış olur (görünüş geçerliliği) (Tavşancıl, 2002). Uzmanların kapsam geçerliliği için yaptığı değerlendirme çeşitli tekniklerle yapılabilir. Davis tekniğinde maddeler; “uygun”, “madde hafifçe gözden geçirilmeli”, “madde ciddi olarak gözden geçirilmeli” ve “madde uygun değil” şeklinde dörtlü derecelendirilmektedir. Bu teknikte, maddelerin “uygun oluşu” ve “maddenin hafifçe gözden geçirilmeli” seçeneklerini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek maddeye ilişkin “kapsam geçerlilik indeksi” elde edilir. Bu değer 0,80 olması kabul edilebilir bir düzey demektir (Taşkın & Akat, 2010).

2.3.2.1.2. Ölçüte dayalı geçerlilik (Criterion-related validation)

Test puanlarının belirlenen bir veya birkaç dış ölçüt ile ilişkisini inceleyen bir tekniktir. Eş zaman ve yordama geçerliliği olmak üzere iki türdür. Eşzaman geçerliğinde (Concurrent validity), katılımcıların geliştirilmek istenen ölçekten aldıkları puanların

hem aynı davranışı ölçen başka bir test, hem de ilişkili başka bir davranışı ölçen bir test ile ölçülen puanlarının korelasyonuna bakılır. Karşılaştırılacak ölçmelerin aynı ya da yakın zamanda yapılması istenir (Tavşancıl, 2002).

a. Yapı Geçerliliği (Construct Validity)

Yeni testi karşılaştıracak bir kriter (referans) yoksa yapı geçerliliği sınanmalıdır. Ölçekten elde edilen sonucun ve bu sonucun ne ile bağlantılı olduğunun açıklanmasını sağlar. Hazırlanan ölçek maddelerinin belirlenen özellikleri ne derece doğru ölçtüğü ile ilgilidir (Tavşancıl, 2002)

- i. Benzer Ölçek Geçerliliği (Convergent and Discriminant Validity): Birleşim-ayrışım geçerliliği, ölçeğin belirli bir alanı ilgilendiren boyut puanının aynı kavramı sorguladığı iddia edilen diğer benzer ölçeğin aynı boyutu ile ya da aynı şeyi gösteren diğer bazı parametrelerle yüksek korelasyon göstermesi varsayımına dayanır (Karakoç & Dönmez, 2014).
- ii. Yapısal Eşitlik Modellemesi (Structural Equation Modeling): Faktör analizi ölçeğin hangi yapıları ölçtüğünü belirlerken, yapısal eşitlik modellemesi ile ölçeğin içerdiği yapılar arasındaki ilişki ve ilişkinin yönü de incelenebilir (Tavşancıl, 2002).
- iii. Faktör Analizi (Factor Analysis): Cevaplayıcıların, geliştirilmekte olan ölçme aracındaki maddelere verdiği tepkiler arasında belli bir düzen olup olmadığını ortaya koymak için kullanılan bir yapı geçerliliği tekniğidir (Tavşancıl, 2002). Faktör analizi ile birçok değişken, birkaç başlık altında toplanabilir.

2.3.2.2. Güvenilirlik katsayılarının hesaplanması için kullanılan yöntemler

Güvenilirlik katsayısı hesaplama kullanılan yöntemler için farklı sınıflamalar yapılmaktadır (Ercan & Kan, 2004; Tavşancıl, 2002). Test-tekrar test ve eşdeğer formlar yöntemi, puanlama tutarlılığı ve iç tutarlılık katsayıları güvenilirlikle ilgili değerlendirmede kullanılan katsayılardır (Malhan, 2005).

2.3.2.2.1. Formun tekrarı yöntemi (Zamana göre değişmezlik/süreklilik) (test-retest)

Bir ölçme aracının, aynı denek grubuna, aynı koşullarda ve belli bir zaman aralığında iki kez uygulanmasıdır. İki uygulamadan elde edilen ölçüm değerleri korelasyon katsayısı, ölçeğin güvenilirlik katsayısıdır (Ercan & Kan, 2004).

Ölçülen özellik sürekli değişken ve geliştirilen ölçek eşit aralık ya da oran ölçeği ise en güçlü, kuvvet yetkinliği en yüksek korelasyon tekniği olduğu için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı hesaplanır (Tavşancıl, 2002).

Korelasyon katsayıları iki değişken arasındaki ilişkinin derecesi ve yönü hakkında bilgi verir ve -1 ile +1 arasında değer alır. Katsayının +1 olması pozitif ve mükemmel ilişki varlığını gösterir. Bir ölçeğin kararlılık gösterdiğinin kabulü için en az 0,70 olması gerekir. Bireylerin geleceğini etkileyecek kararlarda kullanılacak ölçme araçlarında ise en az 0,95 olması istenir (Tavşancıl, 2002).

2.3.2.2.2. Eşdeğer (paralel) formlar yöntemi (Parallel forms reliability)

Ölçek geliştirilirken, aynı zorluk derecesinde ve aynı içerikte soru veya maddelerden oluşturulmuşsa iki eşdeğer (paralel) form haline getirilebilir (Ercan & Kan,

2004; Tavşancıl, 2002). Ölçmelerin eşdeğer olabilmesi için aynı değişkeni ölçmesinin yanı sıra ortalama ve standart sapmalarının eşit olması gerekir (Tavşancıl, 2002).

Formlar arasındaki korelasyon hesaplanır ve güvenilirlik katsayısı olarak yorumlanır (Ercan & Kan, 2004). Koşullar uyuyorsa kullanılan korelasyon katsayısı genelde Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısıdır. Dilsel eşdeğerliği belirlemek için yapılan uygulama da eşdeğer formlar yöntemidir (Tavşancıl, 2002).

2.3.2.2.3. İç tutarlılık (*Internal consistency*)

Belirli bir alanı ölçtüğü varsayılan soruların kendi aralarında ne kadar homojen olduğunun, soruların doğru adrese gidip gitmediğinin yani yalnızca istenen kavramı ölçüp ölçmediğinin iyi bir ölçütüdür. Sık başvurulanan bir güvenilirlik ölçütüdür. İç tutarlılığın dayandığı temel görüş, her ölçme aracının, belli bir amacı gerçekleştirmek (bütünü oluşturmak) üzere birbirinden deneysel olarak bağımsız ünitelerden (örneğin, test maddelerinden, anket sorularından) oluştuğu ve bunların bütün içinde, bilinen ve birbirlerine eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayımdır (Karakoç & Dönmez, 2014).

a. Yarıya Bölme Yöntemi (Split-Half Method): Yöntem, formu iki eş parçaya bölerek, iki yarının deneklere aynı anda uygulanması sonrası, deneklerin yarılarından aldıkları puanlar arasındaki korelasyon (yarı testin korelasyon katsayısı), güvenilirlik tahmini yapılmasını sağlar (koşulları uyuyorsa yine Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı ile) (Ercan & Kan, 2004). Ölçeğin alt boyutları varsa her boyut kendi içinde bütün kabul edilerek uygulanabilir. Ölçeğin tamamının güvenilirlik katsayısı için Spearman –Brown formülü uygulanır (Tavşancıl, 2002).

b. Kuder-Richardson (KR) Güvenilirlik Katsayıları: Kuder-Richardson formülleri, testteki her maddenin aynı değişkeni ölçtüğü yani testin ölçtüğü şeyin homojen olduğu varsayımına dayanır. Testin iki yarısı yerine testteki tüm maddeler arasındaki tutarlılığın ölçümünü verir ve iç tutarlılık katsayısı olarak adlandırılır (Ercan & Kan, 2004).

c. Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı: Cronbach alfa katsayısı, ölçekte yer alan k maddenin varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır (Ercan & Kan, 2004).

Cronbach (1951) tarafından geliştirilen alfa katsayısı yönteminin, maddeler doğru-yanlış olacak şekilde puanlanmadığında, 1-3, 1-4, 1-5 gibi puanlandığında, kullanılması uygun olan bir iç tutarlılık tahmin yöntemi olduğunu savunanların (Ercan 2004) yanı sıra ikili durumlarda da kullanılabileceğini savunan görüşler de vardır (Bademci, 2006). Hesaplanan katsayı için genel kabul en az 0,70 olmasıdır.

2.3.2.2.4. Puanlama tutarlılığı

a. Gözlemciler Arası Tutarlılık (Inter- observer Consistency): Birden çok gözlemcinin, birbirinden bağımsız olarak, aynı durumu, aynı ölçüm aracı ile ölçmeye çalıştığı zaman uygulanan bir güvenilirlik ölçütüdür.

Bağımsız gözlemciler arası uyumu hesaplamak için korelasyon, t-testi, özel varyans çözümlemeleri ve Cronbach alfa kullanılır. %70 ve daha yüksek tutarlılık, güvenilirlik sınaması için uygundur (Malhan, 2005). Ancak tutarlılık yüzdesinin şansa bağlı olma durumu da söz konusu olabilir. Bu durumda kappa katsayısı kullanılır (Tavşancıl, 2002).

Kappa katsayısı= gözlenen tutarlılık-beklenen tutarlılık/1- beklenen tutarlılık

Katsayının “0” olması tam uyumsuzluğu gösterirken 1’e yaklaşması uyumun göstergesidir (-1 ise ters uyum) (Malhan, 2005).

b. Gözlemciler İçi Tutarlılık (Intra-observer Consistency): İki veya daha fazla gözlemin aynı gözlemci tarafından yapılması söz konusu olduğunda ölçümler arası tutarlılık yüzdesi kullanılır (Malhan, 2005).

Çalışmamızda ÇHÇ Skalasının Türkçe validasyonu ve diş hekimliği alanına uyarlamasını yaparak Türk diş hekimliği alanına kazandırılması ve bu skalayı kullanarak dolgu ve kanal tedavisi sırasında çocukların hissettiği anksiyete düzeylerinin değerlendirmesi amaçlandı.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ETİK ONAY

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı'nda yapılan çalışmamız, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylandı (17-KAEK-195).

3.2. ÇALIŞMA TİPİ

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı'na 2018-2020 yılları arasında ağrı şikayetiyle başvuran, yaşları 4-13 arasında değişen, klinik ve radyografik muayenesi tamamlanmış 255 çocuk hasta üzerinde gerçekleştirilen çalışmanın birinci basamağı kültürler arası ölçek uyarlaması, ikinci basamağı prospektif gözlemsel çalışmadır.

3.3. ÇALIŞMA DİZAYNI

Çalışma iki aşamada gerçekleştirildi. Birinci basamakta lokal anestezi altında dolgu veya kanal tedavisi yapılan hastalar dahil edilerek anksiyete seviyelerinin değerlendirilmesinde kullanılan Çocuk Hastane Çizimleri Skalası (ÇHÇS)'nin validasyonu yapıldı. Çalışmanın ikinci basamağında da lokal anestezi altında dolgu veya kanal tedavileri gerçekleştirilen hastaların tedavi sırasındaki davranışları Frankl Davranış Derecelendirme Skalası ve tedavi sırasında deneyimledikleri ağrı da Wong Baker Ağrı Skalası ile, anksiyete seviyeleri ise hastalar tarafından çizilen resimlerle değerlendirildi.

3.4. ÇALIŞMANIN GÜÇ ANALİZİ

Bir ölçeğin başka bir kültüre uyarlanmasında, ölçek madde sayısının en az 5-10 katı büyüklüğünde bir gruba ulaşılması gerekmektedir (Gözüm & Aydın, 2004). Bu çalışmada, ölçek madde sayısı 23'dür. ÇHÇS'nin validasyonunda skalada yer alan 23 maddenin her biri için 5 örneklem olmak üzere toplamda en az 115 çocuk hastanın çizim yapması hedeflendi. Bu amaçla skala validasyonu için 123 hasta çalışmaya dahil edildi.

Çalışmanın ikinci basamağı olan dental anksiyetenin değerlendirilmesinde çalışmanın gücü, %80 güç ve %5 hata payı ile en az 102 çocuk hasta olacak şekilde (G-Power 3.1.9.2) hesaplandı. Yapılan güç analizine göre kayıplar da göz önünde bulundurularak dental anksiyetenin değerlendirilmesi için 132 hasta çalışmaya dahil edildi.

3.5. HASTA SEÇİM KRİTERLERİ

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı'na diş ağrısı şikayetiyle başvuran çocuk hastaların (145 kız, 110 erkek) klinik ve radyografik muayeneleri sonucunda dolgu ve kanal tedavisi ihtiyacı olanlar belirlendi. Daha önceden dental tedavi geçmişi bulunan hastalar çalışmaya dahil edildi. Çizim yapacak hastaların çizimleri değerlendirilecek hekimin hastaları olmamasına dikkat edildi. Çalışmaya dahil edilen tüm hasta velilerinden “bilgilendirilmiş gönüllü olur formu” alındı.

3.5.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Diş ağrısı olup dental tedavi (dolgu ve kanal tedavisi) uygulanan hastalar
- Lokal anestezi gereksinimi olan derin dentin çürüğüne sahip hastalar
- 4-13 yaş aralığındaki çocuklar
- Resim çizmeye istekli ve verilen komutları anlayan hastalar
- Herhangi bir mental ya da fiziksel engeli bulunmayan hastalar
- Velisi çalışmaya katılmayı kabul edip onam imzalayan hastalar

3.5.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- 4-13 yaş aralığını sağlamayan çocuklar
- Lokal anestezi gereksinimi olmayan yüzeysel ve orta derecede çürüğü olan hastalar
- Resim çizmeye istekli olmayan hastalar
- El koordinasyonu yeterli düzeye ulaşmamış hastalar
- Motor fonksiyon yetersizliği bulunan hastalar
- Mental ya da fiziksel engeli olan hastalar
- Sistemik olarak herhangi bir hastalığa sahip olan çocuklar
- Herhangi bir sendrom varlığı olan hastalar
- Renk körlüğü olan hastalar
- Ana dili Türkçe olmayan çocuklar
- Velisi çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar

ÇHÇS'nin validasyonu için çalışmaya dahil edilen 123 çocuk hastanın 3'ü çizim yapmayı kabul etmediği, 2'si lokal anestezi uygulamasına izin vermediği ve 3'ü ÇHÇ Skalası ile değerlendirmeye uygun bir resim çizmediği için çalışma dışı bırakıldı.

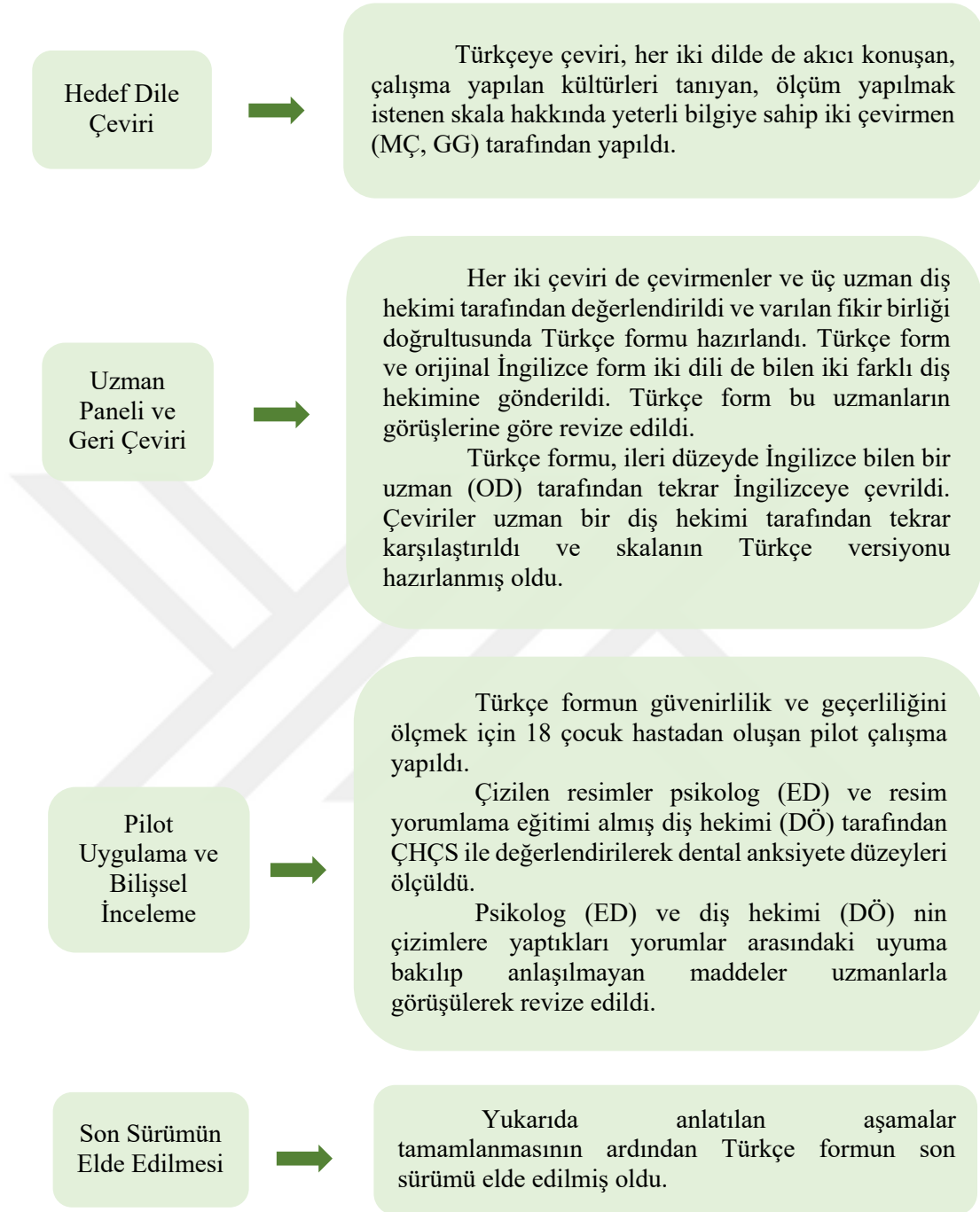
Çalışmamızın ikinci basamağı olan ÇHÇS ile anksiyetenin değerlendirilmesinde 132 çocuk hastanın 5'i çizim yapmayı kabul etmediği, 3'ü lokal anestezi uygulamasına izin vermediği ve 4'ü ÇHÇ Skalası ile değerlendirmeye uygun bir resim çizmediği için çalışma dışı bırakıldı.

ÇHÇS'nin validasyonu için 115, dental anksiyetenin değerlendirilmesi için 120 olmak üzere 235 çocuk hasta çalışmaya dahil edildi.

3.6. ÇOCUK HASTANE ÇİZİMLERİ SKALASI (ÇHÇS)' NİN VALİDASYONU

3.6.1.ÇHÇ Skalasının Türkçeye Çevrilmesi ve Uyarlanması

ÇHÇ Skalası, Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği yönergeler doğrultusunda (İngilizce belgelerin çevirisi için rutin bir prosedür; http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/tr/index.html) aşağıdaki aşamalarla birlikte Türkçe'ye çevrildi (Şekil 3.1.).



Şekil 3.1.Skala uyarlama aşamaları

3.6.2. Skalanın Uyarlanmasında Kapsam Geçerliliği

Çeviri işleminin tamamlanmasıyla birlikte kapsam geçerliliği için skala maddeleri 3 uzman diş hekiminin görüşüne sunulmuştur. Uzmanlar ölçek maddelerinin anlaşılabilirliğini ve Türk kültürüne uygun olup olmadığını incelemişlerdir. Uzmanların görüşleri doğrultusunda A bölümü 1.madde de yer alan “*yatak*” ifadeleri diş hekimliğine uyarlaması yapılarak “*dental ünit*” olarak değiştirildi. Bu ifadelerden “*yatakta-ayakta duran*” ifadesi “*dental ünite-ayakta duran*”; “*yatakta oturur durumda*” ifadesi “*dental ünite oturur durumda*”; “*yatakta oturur durumda-üstü örtülü*” ifadesi “*dental ünite oturur durumda-üstü örtülü*”; “*yatakta uzanır durumda*” ifadesi “*dental ünite uzanır durumda*”; “*yatakta uzanır durumda-üstü örtülü*” ifadesi “*dental ünite uzanır durumda-üstü örtülü*” olarak değiştirildi. Ayrıca A bölümü 3. madde de yer alan “*yüzer kafa, gövde yok*” ifadesi “*kafa var, vücut yok*”; A bölümü 4. madde de yer alan “*vücudun eni boyuna uygun*” ifadesi “*vücudun genişliği uzunluğuna uygun*”; B bölümü 18. madde de yer alan “*distorsiyon*” ifadesi “*bozulma*” olarak değiştirildi.

3.6.3. Skalanın Güvenirlilik ve Geçerliliğinin Değerlendirilmesi

ÇHÇS’ nin güvenilirlik ve geçerliliğini ölçmek için 115 çocuk hastadan (68 kız, 47 erkek) oluşan bir örneklem grubu oluşturuldu. Hastalarda ağrıya neden olan dişin tedavisi lokal anestezi altında standart tedavi protokolüne uygun olarak tek seansta gerçekleştirildi.

Hastalardan tedavi sırasında hissettiklerini düşünerek hekimini ve kendisini içeren bir resim çizmesi istendi. Çizilen resimler psikolog (ED) ve resim yorumlama eğitimi

almış diş hekimi (DÖ) tarafından “Çocuk Hastane Çizimleri Skalası (ÇHÇS)” ile değerlendirilerek dental anksiyete düzeyleri ölçüldü.

Çizimler psikolog (ED) ve diş hekimi (DÖ) tarafından 4 hafta arayla 2 kez değerlendirildi. İki farklı zamanda değerlendirilen çizim sonuçlarında sorular arasındaki uyum ile diş hekimi ve psikolog arasındaki uyum değerlendirildi.

3.7. MATERYALLERİN ÇALIŞILMASI

3.7.1. Tedavi Protokolü

Dolgu tedavisi süt molar dişlere ve daimi premolar dişlere uygulandı. Anestezi için hastalara %4 artikain içeren anestezi solüsyondan 0,3 cc uygulandı (Maxicaine FORT, VEM İlaç, Türkiye). Mandibular posterior dişlere mandibular anestezi, diğer bölgelerde infiltratif anestezi yapıldı. Süt dişlerin restorasyonu için 6. jenerasyon bonding sistem (Optibond XTR, Kerr Corporation, Orange, CA, USA) ile birlikte kompomer (Dyract XP, Dentsply, Germany) uygulanırken daimi dişlerin restorasyonunda 6. jenerasyon bonding sistem (Optibond XTR, Kerr Corporation, Orange, CA, USA) ile birlikte ve kompozit (Estelite Posterior Quick, Tokuyama, Japonya) tercih edildi.

Kanal tedavisi süt molar dişlere uygulandı. Anestezi için hastalara %4 artikain içeren anestezi solüsyondan 1 cc uygulandı (Maxicaine FORT, VEM İlaç, Türkiye). Mandibular posterior dişlere mandibular anestezi, diğer bölgelerde infiltratif anestezi yapıldı. Kanal preperasyonu k file ve h file eğelerle manuel olarak step back yöntemi ile gerçekleştirildi. Kanal irrigasyonunda %2’lik sodyum hipoklorid kullanıldı. Kanal dolum materyali olarak olarak kalsiyum hidroksit ve iyodoform içeren kanal patı tercih edildi

(Metapex, Meta Biomed Company Ltd., Korea). Dişlerin üst restorasyonu 6. jenerasyon bonding sistem (Optibond XTR, Kerr Corporation, Orange, CA, USA) ile birlikte kompomer (Dyract XP, Dentsply, Germany) kullanılarak yapıldı.

Hastaların ağrıya neden olan dişinin tedavisi lokal anestezi altında standart tedavi protokolüne uygun olarak tek seansta gerçekleştirildi. Hastaların tedavi sırasındaki davranış ve tutumları “Frankl Davranış Değerlendirme Skalası” ile tedavi sonrasında hastaların tedavi sırasında hissettikleri ağrı derecesi “Wong Baker Yüz Derecelendirme Skalası” ile ölçüldü. Hastalardan tedavi sırasında hissettiklerini düşünerek hekimini ve kendisini içeren bir resim çizmesi istendi. Çizilen resimler psikolog ve resim yorumlama eğitimi almış diş hekimi tarafından “Çocuk Hastane Çizimleri Skalası (ÇHÇS)” ile değerlendirilerek dental anksiyete düzeyleri ölçüldü.

3.7.2. Diş Tedavisindeki Davranış ve Tutumun Değerlendirilmesi

Frankl Davranış Derecelendirme Skalası diş hekimliğinde yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. Öğrenme ve kullanım kolaylığı nedeniyle popülerdir. Çocuk hastanın kesinlikle negatif (--), negatif (-), pozitif (+) ve kesinlikle pozitif (++) olmak üzere dört kategoriden birinde diş hekimi tarafından hızlı bir şekilde sınıflandırılmasını sağlar (Uzun, 2011).

Hastaların tedavi sırasındaki davranış ve tutumları “Frankl Davranış Değerlendirme Skalası” ile ölçüldü (Şekil 3.2.).

SKOR	DAVRANIŞ	TANIM
1	Kesinlikle Negatif	<i>Tedaviyi reddeden, ağlayan, aşırı korkulu veya şiddetli negatif davranış belirtileri gösteren hastalar .</i>
2	Negatif	<i>Uyumsuz, tedaviye isteksiz, açıkça belli olmayan negatif davranış belirtileri gösteren somurtkan ancak kaygısını dile getirmeyen hastalar.</i>
3	Pozitif	<i>Tedaviyi kabul eden, uyumlu, çekingen, hekimle ilişki kuran ancak ölçülü yaklaşan hastalar.</i>
4	Kesinlikle Pozitif	<i>Hekimle işbirliği içerisinde, tedaviye meraklı, gülen ve ortamdaki mutlu olan hastalar.</i>

Şekil 3.2.Frankl Davranış Derecelendirme Skalası (Uzun, 2011)

3.7.3. Ağrının Değerlendirilmesi

Wong Baker Yüz Derecelendirme Skalası ağrıyı değerlendirmek için kullanılan skalalardan biridir. Bu skala ağrının şiddetine göre 0'dan 10'a kadar değerlendirilen 6 yüz ifadesinden oluşmaktadır. Çocuklar tarafından küçük bir açıklamayla kolay ve çabuk anlaşılması nedeniyle okul dönemi çocuklarında akut ağrının değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirtilmektedir. Ölçekten alınan puanların değerlendirilmesinde 0-4 arasındaki değerler hafif ağrıyı, 4-6 arasındaki değerler orta derecede ağrıyı, 6-8 arasındaki değerler şiddetli ağrıyı ve 8-10 arasındaki değerler ise dayanılmaz ağrıyı belirtmektedir (Wong & Baker, 1981).

Hastaların tedavi sırasında hissettikleri ağrı düzeyi “Wong Baker Yüz Derecelendirme Skalası” ile ölçüldü (Şekil 3.3.). Hastalardan tedavi sırasında hissettikleri ağrı derecesini skaladaki yüzler üzerinden göstermeleri istendi.



Şekil 3.3.Wong Baker Yüz Derecelendirme Skalası (Wong & Baker, 1981)

3.7.4. Dental Anksiyetenin ÇHÇS ile Değerlendirilmesi

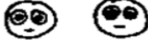
Diş hekimi korku ve anksiyetesinin tüm boyutları ortaya çıkartılarak doğru bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Çocukların çizimleri ve anlatıları, özellikle stres ve anksiyete yaşadıklarında, iç deneyimlerine benzersiz bir pencere sağlayabilir (Looman, 2006).

3.7.4.1. Çizim protokolü

Çalışmamızda hastalardan tedavi sonrasında kendisini ve tedavisini gerçekleştiren hekimi çizimleri istenmiştir. Ebeveynlere çalışma hakkında bilgi verilip çocuk yardım iste dahi çizimlere dahil olmamaları, çizim işlemi bitene kadar klinik dışında beklemeleri söylendi. Çizim öncesinde her hastaya aynı olacak şekilde şöyle bir açıklama yapıldı. Bu açıklama ‘*Bugün ağrıyan hasta dişini tedavi ettik. Senden bugün burada geçirdiğin zamanı ve ağrıyan dişini düşünerek içinde benim ve senin olduğun bir resim çizmeni*

istiyorum. Buradaki boyalardan istediğini kullanabilirsin. Hazır olduğunda çizmeye başlayıp istediğin zaman çizmeyi bırakabilirsin. Sana belirli bir süre vermiyorum. Resminin bittiğine karar verdiğinde bana söylemeni istiyorum.’ şeklindedir. Çocuklara klinik içerisinde çevreden etkilenmelerini engelleyecek özel, izole bir alan oluşturuldu. Çocukların rahatça çizim yapabilmeleri için beyaz masa (70x70) özel olarak yaptırıldı. A4 kağıt ve 8 renkten oluşan (Crayola, İsviçre) boya kalemleri çalışmada kullanıldı (Altan, 2019). Çocuğun karalama yapması veya taslak çizmesi için kurşun kalem ve silgi verilmedi. Çizimler resim yorumlama eğitimi almış diş hekimi (DÖ) ve psikolog (ED) tarafından ayrı ayrı değerlendirildi. Değerlendirmede “Çocuk Hastane Çizimleri Skalası (ÇHÇS)” kullanılmıştır. Bu skalada çizimlerin puanlaması üç bölümde gerçekleşmektedir.

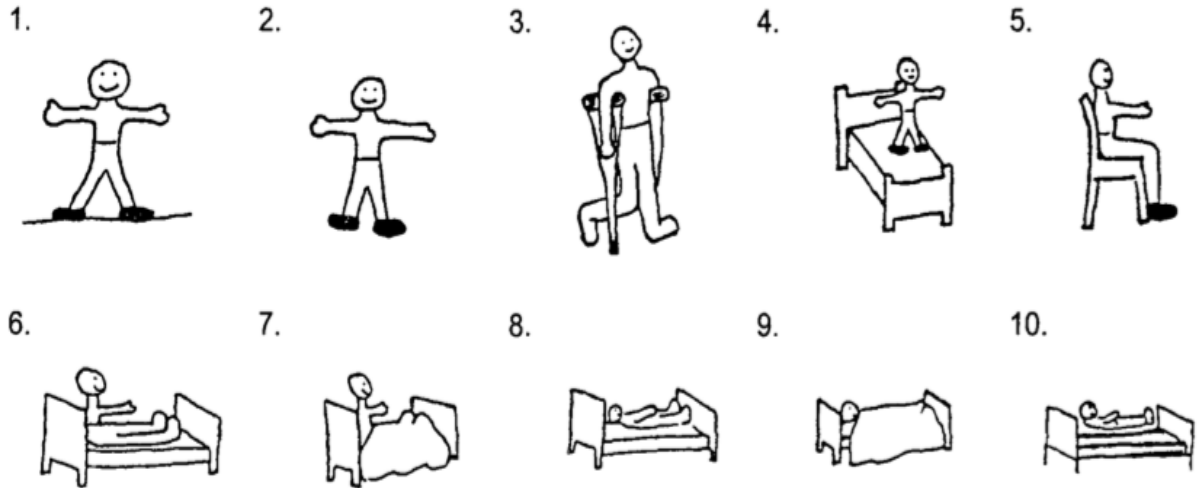
Tablo 3.1. Çocuk Hastane Çizimleri Skalası A bölümü

BÖLÜM A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Kişinin Pozisyonu	Ayakta-Zemin Var	Ayakta-Zemin Yok	Koltuk Değneği ile Ayakta	Dental Ünit- Ayakta Duran	Sandalyede Oturur Durumda	Dental ünitte Oturur Durumda	Dental ünitte Oturur Durumda-Üstü Örtülü	Dental ünitte Uzanır Durumda	Dental ünitte Uzanır Durumda-Üstü Örtülü	Yüzer Durumda veya Kişi Yok
2.Hareket-Yaşam	Gözle Görülür Hareketlilik		Kişi Ya Da Resimde Canlılık		Biraz Canlılık		Hareket Potansiyeli	Hareket Yok Ama Canlılık Var		Kaskatı, Canlılık Yok
3.Kişinin Uzunluğu	Vücut Uzun, Tüm Kağıdı Kaplar	Resme Uygun Uzun Vücut	Resme Uygun Kısa Vücut		Kısa İnsanlar, Açıkta Vücutlar		Çok Küçük Sıkıştırılmış İnsanlar	Sadece Üst Gövde	Sadece Kafa Vücut Örtülü	Kafa Var, Vücut Yok
4. Kişinin Boy Genişlik Oranı	Vücudun Genişliği Uzunluğuna Uygun	Vücudun Genişliği Uzunluğuna Göre Biraz Daha Azdır	Vücudun Uzunluğuna Göre Genişliği İnce, Giyinik	Vücut İnce, Giyinik Değil Ya Da Vücut Ölçülü Ama Giyinik Değil	Uygun Vücut Ölçüsü, Örtülü	Kıyafetli Çöp Adamlar	Kıyafetsiz Çöp Adamlar	Çok İnce Vücut veya Örtülü Çöp Adam Şeklinde	Belirsiz Vücut Şekilleri	Vücut Yok, Sadece Kafa Var, Örtü Altında Vücut Olduğuna Dair Kanıt Yok
5.Yüz İfadesi	Gülümseme		½Gülümseme		Nötral			½Somurtma	Somurtma	Yüz Yok, İfade Yok
6.Gözler / Göz Bebekleri						 Delici	 Minik Noktalar Şeklinde	 Kapalı	 Boş, Görünmeyen	Göz yok

BÖLÜM A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7.Kişinin Çevreye Göre Boyutu	Uygun Boyut		Ortadan Küçüğe		Küçük			Çok Küçük		Küçücük
8.Renk Baskınlığı	Sarı		Yeşil		Mavi	Turuncu	Mor	Kahverengi	Kırmızı	Siyah
9.Kullanılan Renk Sayısı	8	7	6		5	4	3		2	1
10.Kağıdın Kullanımı	Tümü		3/4		1/2			1/4		1/8 Sınırlı
11.Kağıttaki Yerleşimi										
12.Darbelerin Niteliği	Sert, Koyu		Koyu, Biraz Açık		Orta, Eşit Derecede Açık ve Koyu			Açık		Çok Açık
13.Hastane Ekipmanları	Hiç yok		Boyut Olarak Orantılı		Boyutta Hafif Artış			Daha Büyük Ekipman		Büyük ve Tehdit Edici
14.Gelişim Seviyesi	Normalin Üstünde		Normal		Normalin Biraz Altında		Normalin Altında			Belirgin Derecede Normalin Altında

Bölüm A 14 maddeden oluşmaktadır. A Bölümünde her madde 1 ile 10 arasında bir ölçekte puanlanır, 1 en düşük kaygı düzeyini ve 10 en yüksek kaygıyı gösterir (Tablo3.1.). Her bir madde için puan, ÇHÇS skor sayfasına kaydedilir.

○ **Kişinin Pozisyonu:** Çocuklar, bir kişiyi bağımsız bir pozisyonda çizerken, kendine güven ve güvende hissetme duygusunu canlandırmaktadır. Çocuğun güvende hissetmeye veya desteğe olan ihtiyacı, sağlam bir temel oluşturmak için genellikle şeklin altına çizilen bir çizgiye veya çimlere yansır (Klepsch & Logie, 1982). Kişiyi gittikçe savunmasız pozisyonlara yerleştirmek, kaygı hissinin artması, kendine güvenin kaybolması ile birlikte görülür. Çizimlerde havada asılı rakamların güvensizlik gösterdiği bulunmuştur (DiLeo, 1970). Kişinin çizimdeki pozisyonuna Şekil 3.4.'den bakılarak 1'den 10' a kadar bir puan verilir. Çizimlerde hastane yatağının yerine dental ünit puanlama da dikkate alınır.

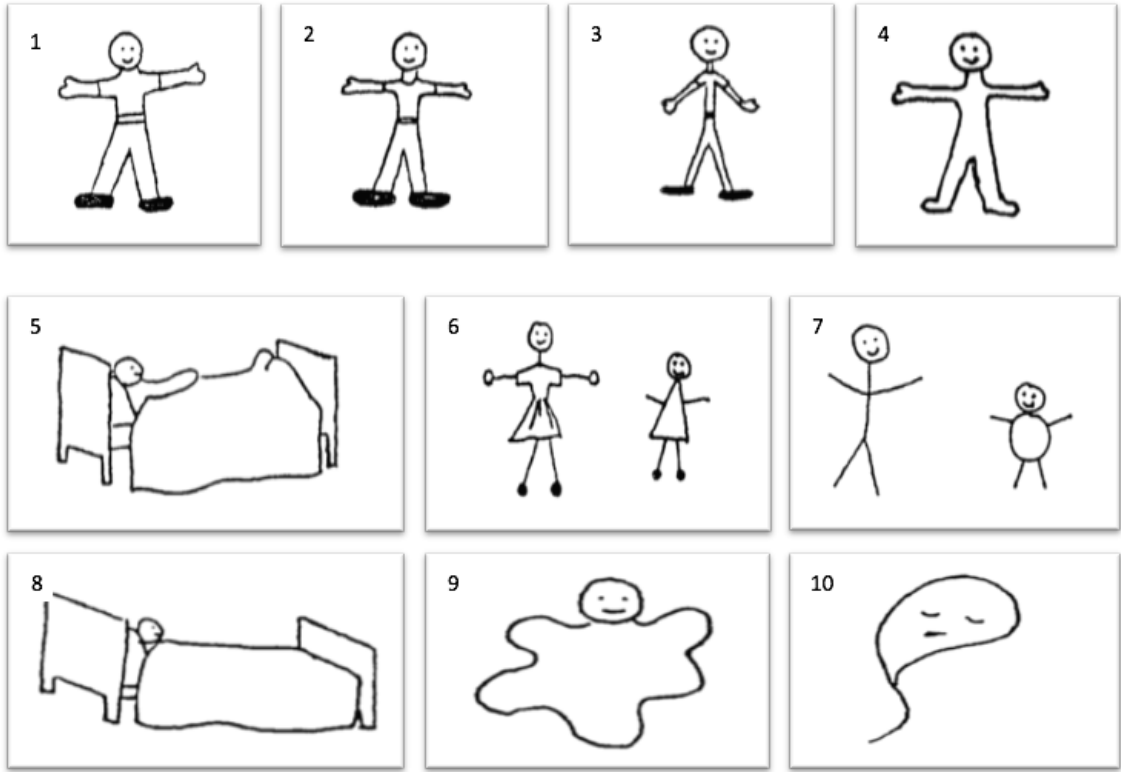


Şekil 3.4. A bölümü kişinin pozisyonunun değerlendirilmesinde kullanılan görseller (Clatworthy, 1999)

○ **Hareket – Yaşam:** Çocuklar, çizimlerinde yaşama ait hareketlilik içeren kesitleri canlandırabilirler. Çizimler, hareketsizlikten aşırı harekete kadar değişen bir hareket veya enerji hissi gösterebilirler (Clatworthy ve ark., 1999a). Kontrolü sürdürmek isteyen çocuklar kendilerini zayıf hissettikleri durumlarda genellikle hareketsiz figürler çizerler. Anksiyetenin yoğunluğu arttıkça, çocukların çizimlerinde hareket bulgusu giderek azalır. ÇHÇS’de çizimlerdeki hareketlilik ve yaşam bulgusu azaldıkça bu maddeye verilen puan değeri artar.

○ **Kişinin Uzunluğu:** Kendisini çizimlerde uygun büyüklükte çizebilen çocukların kendine güvenme ve güvende hissetme duygusuna sahip oldukları ve daha az anksiyete yaşadıkları düşünülür. Anksiyete arttıkça, insan figürleri küçükten aşırı küçük bir hale gelme ve belirsiz bir şekil olma yolunda ilerler. Bu madde kağıda göre kişinin büyüklüğüne göre puanlanmaktadır. Kişinin boyutları küçüldükçe bu maddeye verilen puan artış göstermektedir.

○ **Kişinin Boy Genişlik Oranı:** Vücudun uzunluğuna göre genişliği, çocuğun güvende hissetme derecesi hakkında bazı bilgiler verir. Anksiyetesi düşük bir çocuğun boyla orantılı olarak yeterli genişliğe sahip uzun figürler çizmesi daha olasıdır. Artan kaygı ile, bedenler daralır ve kağıt üzerinde daha az yer kaplar. Bazı bedenler kıyafetlerle büyütülür. Giysi bir değer hissini gösterir ve kıyafetsiz figürler çocuğun özgüveninin düşük olmasıyla ilgilidir. Çöp adamlar genellikle kendilerini göstermekte tereddüt eden çocuklar tarafından çizilir. Bu madde insan figürlerinin boyuna uygun genişlikte ve kıyafetli olması düşük anksiyete puanı almasını sağlarken, boy genişlik oranının bozulması ve vücuda dair bulguların kaybolmaya başlaması yüksek anksiyete puanlarının alınmasına neden olmuştur (Şekil 3.5.).



Şekil 3.5. A bölümü kişinin boy genişlik oranının değerlendirilmesinde kullanılan görseller (Clatworthy, 1999)

○ **Yüz İfadesi:** Yüz, vücudun etkileyici kısımlarından biridir. Çocuklar çizdikleri yüz ifadesiyle duygularını çizimlerine yansıtmaktadırlar. Yüz ifadelerinin en güvenilir duygu göstergesi olduğu bildirilmiştir (Machover, 1949). Gülümsemenin olumlu duyguları temsil ettiği düşünülürken, kaşlarını çatmanın olumsuz duyguları gösterdiği düşünülür. Yüz ifadesinin olmaması duygusal bir rahatsızlığa işaret edebilir. Çizimlerde kişinin gülümsemesi azaldıkça bu maddeye verilen puan değeri artmıştır.

○ **Gözler ve Göz Bebekleri:** Göz sadece çocuğun iç yaşamını açığa çıkaran “ruhun penceresi” olarak görülmez, aynı zamanda dış dünya ile temasının da temelini oluşturur (Machover, 1949). Göz bebeklerinin ve skleranın uygun şekilde çizildiği gözlerin, iyi olma hissini ve düşük anksiyete düzeylerini temsil ettiği düşünülmektedir. Gözler, bireyleri çevrelerindeki tehditlere karşı uyarır. Anksiyete artışı ile çocuklar şüphe

veya aşırı uyanık hali gösteren büyük gözler çizebilir. Çocuklar, problemi reddetmek ve dünyayı görmeyi reddetmek için gözleri çizmeyebilirler. Bu madde Tablo 3.1.' de gösterilen şekilde göz ve göz bebeklerinin şekline göre puanlanmaktadır.

- **Kişinin Çevreye Göre Boyutu:** Kontrol ve benlik duygusu yüksek olan çocuklar insanları çevreye göre uygun boyutlarda çizmektedirler. Kendini tehdit altında ve yenilmiş hisseden çocukların büyük çevrelerde küçük insanlar çizmesi daha olasıdır. Bu madde, kişiyi belirlenen ortama göre kıyaslayarak puanlanmaktadır. Bu nedenle, çocuk küçük bir kafa çizmiş olabilir, ancak küçük bir dental üniteli orantılı olarak küçük bir vücut çizmesi bu madde için düşük anksiyeteyi gösterir ve 1 puan verilir. Hiçbir ortam verilmezse, kağıt ortam haline gelir.

- **Renk Baskınlığı:** Daha açık ve daha parlak renklerin kullanılması, daha büyük bir iyi olma halinin göstergesi olarak kabul edilirken, kırmızı ve siyah kullanımının daha yüksek anksiyete düzeylerini gösterdiği düşünülmektedir. Bu madde, batı kültürü içindeki psikolojik kuramlardan ve çağrışımlardan kaynaklanan renklerin ortak yorumlarına dayanır. Kırmızı ve siyah, artan anksiyete ile yoğun öfke, saldırganlık, tehdit, korku ve kontrol kaybı duygularını yansıtır. Sarı, yeşil ve mavi genellikle daha az endişeli çocukların çizimlerinde bulunan neşeli veya mutlu renkler olarak kabul edilir. Bu skala sekiz boya kalemle kullanılmak üzere tasarlanmıştır. Skalada sarı en düşük anksiyete düzeyini gösterirken siyah en yüksek anksiyeteyi ifade eder. Diğer renkler Tablo 3.1.'de belirtilen anksiyete puanlarına göre skorlanır.

- **Kullanılan Renk Sayısı:** Anksiyetesi yüksek olan çocukların az sayıda renk seçecekleri düşünülmektedir. Dental ortamda kendilerini daha iyi hisseden çocukların resimlerinde birçok renk olması daha olasıdır. Bu madde de çocukların kullandığı renk sayısı arttıkça aldıkları anksiyete puanı azalmaktadır.

○ **Kağıdın Kullanımı:** Bu madde çocuğun kağıt üzerinde kullandığı alana göre puanlanır. Çok endişeli çocuklar kağıdın sadece küçük bir bölümünü kullanma eğilimindedir (DiLeo, 1970). Bazı çocuklar kaygılarını sadece küçük bir kısım kullanarak dengelemeye çalışırlar, ancak içeriği kağıda dağıtırlar. Bu maddenin temelinde çizimin kağıt üzerinde dağılımının yüzdesini tahmin etmektir. Kağıdın kullanım oranı azaldıkça bu madde için verilen anksiyete puanı artmaktadır.

○ **Kağıttaki Yerleşim:** Düşük anksiyeteye sahip çocuklar çizimlerini kağıdın ortasına yerleştirme eğilimindedir. Kağıdın sağ tarafta bir bölümünün kullanılması çocukta daha az anksiyete olduğunu gösterir, çünkü kağıdın sağ tarafı gelecek veya umut duygusunu yansıtırken, çizimin sol tarafa yerleştirilmesi geçmişe yönelimi gösterir (Klepsch & Logie, 1982). Çizimi sayfanın üst kısmına yakın veya tamamen üst kısmına yerleştirmek, çocuk için kontrol kaybı yaşadığında ve güvende hissetmediğinde hedeflere ulaşmak için iyimserliği ve çabayı gösterebilir. Sayfanın altına veya altına yakın yerleştirme güvensizliği veya gerçeklik odaklı olmaya çalışan bir çocuğu gösterebilir (DiLeo, 1970; Klepsch & Logie, 1982; Machover, 1949). Kağıttaki yerleşimin değerlendirilmesinde Tablo 3.1.' de tanımlanan görseller üzerinden bu maddenin puanlanması yapıldı.

○ **Çizim Darbelerinin Niteliği:** Çizgilerin sert ve koyu olması, çocuğun özgüven ve iyi olma halini gösterdiği düşünülmektedir (Machover, 1949). Aynı şekilde açık ve yumuşak çizgiler güvensizliği ve korunmaya ihtiyaç duyulduğunu gösterir. Çizimlerde darbelerin sertliği ve koyuluğu azaldıkça bu madde için verilen anksiyete puanı artmaktadır.

○ **Hastane Ekipmanları:** Hastane anksiyetesi mevcut olan çocukların çizimlerine hastane ekipmanlarını dahil etme olasılığı daha yüksektir. Çizilen ekipmanlar

genellikle en büyük anksiyete kaynaklarından biri olan enjektör gibi sivri nesnelerdir. Bu maddeyi puanlarken, dental üniten hastane ekipmanı olduğu unutulmamalıdır. Tüm hastane ekipmanlarını kişinin büyüklüğü ile ilişkili olarak puanlamak gerekir. Bu skala için hiçbir hastane ekipmanının bulunmaması, anksiyete olmadığını göstergesi varsayılmaktadır.

- **Gelişim Düzeyi:** Çizimlerde gelişim düzeyindeki gerileme, anksiyete düzeyinin arttığı anlamına gelmektedir. Bir insan figürünün çizimi sıralı bir gelişim modelini takip eder (DiLeo, 1970) . Temel varsayım, 5 yaşına kadar tüm çocukların baş, göz, ağız, vücut, kol ve bacakları olan altı parçalı bir kişiyi çizebilmesidir. Burun, kulak ve saç sıklıkla bulunur, ancak 7 veya 8 yaşına kadar çizilmesi zorunlu değildir. Ek olarak, kolların elleri olmalı ve bacakların ayakları olmalıdır. El ve ayak parmakları isteğe bağlıdır.

Bölüm B'de yer alan maddelerin yüksek anksiyete göstergeleri olduğu varsayılır ve tüm çizimlerde bulunması beklenmez. Bir vücut bölümünün unutulması, abartılması ve vurgulanmaması 5 puan alır. Bozulma, iki veya daha fazla vücut parçasının atlanması, şeffaflık, karışık profil ve gölgelendirme 10 puan alır. Öge mevcut değilse, 0 puan kaydedilir (Tablo 3.2.).

Tablo 3.2. Çocuk Hastane Çizimleri Skalası B bölümü

15. Bir Vücut Bölümünün Unutulması	El bir tarafta yer alırken, diğer tarafta yer almaz. Tüm kişilerin vücudunda; ağzı, gözleri ve yüzü olan bir kafası, ellerinin olduğu kolları ve ayaklarının olduğu bacakları olmalıdır. Yedi yaşından itibaren burun, saç ve kulaklar da olmalıdır. Gövde kısmı örtü altındaysa, eksik kısım sayılmaz. Saçlarla örtülüyse kulakları eksik saymayın. İki ya da daha fazla vücut bölümünün eksikliğini puanlarsanız, bu kısmı puanlamayın.	Her biri için 5 puan ekleyin. Öge mevcut değilse, 0 puan kaydedilir.
16. Vücudun Bir Bölümünün Abartılması	Bir bacak diğerinden çok daha büyüktür. Ayrıca, kafa veya vücut abartılıysa da puanlayın.	
17. Vücudun Bir Bölümünün Vurgulanmaması	Bir kol diğerinden çok daha küçüktür. Ayrıca, kafa veya vücut daha küçükse de puanlayın.	
18. Bozulma	Vücudun bir bölümü bozulma ya da kopmaya uğramıştır.	Her biri için 10 puan ekleyin. Öge mevcut değilse, 0 puan kaydedilir.
19. Vücudun İki ya da Daha Fazla Bölümünün Atlanması	İki el, iki göz veya bir el ve bir ayak eksik bırakılmıştır.	
20. Şeffaflık	Herhangi bir yaşta derinin altından görünen organ (kemikler, kalp vb.). Dokuz yaşından itibaren vücudun bölümlerinin kıyafet, battaniye vb. üzerinden görünmesi veya başka türlerden şeffaflık.	
21. Karışık profil	10 yaşından itibaren profilde iki göz ve iki kulak görülür.	
22. Gölgeleştirme	Vücudun bir bölümünde kıyafete veya cilt rengine işaret etmeyen renklendirme. Ayrıca farklı renkte bir uzuv görülebilir. Arka planın tamamının veya bir kısmının renklendirilmesi (yani, gökyüzü, zemin vs.) gölgeleştirme olarak puanlanır.	

Bölüm C, puanlayıcı tarafından verilen spesifik tanımlayıcılar kullanılarak 1 ile 10 arasında bir ölçekte ifade edilen çocuğun kaygısına çocuğun genel olarak verdiği yanıtı

veren bir gestalt derecesidir. 1 puan, başa çıkma veya düşük kaygıyı gösterir ve 10 puan, rahatsızlık veya yüksek kaygıyı gösterir (Tablo 3.3.).

Tablo 3.3. Çocuk Hastane Çizimleri Skalası C bölümü

Bölüm C

Gestalt, resmin puanlayıcıda uyandırdığı genel histir.

1	2 3 4	5	6 7	8	9	10
Baş çıkma		Hafif stres		Stresli		Rahatsız
Gerçekçi, hoş, parlak, iyi oranlanmış, kendinden emin, mutlu		Daha az hoş, boyut olarak biraz bozulma, daha az parlak ve neşeli		Sıkışık, engellenmiş, donuk, üzgün, korkmuş		Bunalmış, üzgün, dağınık, yenilmişlik hissi içinde, tuhaf



Şekil 3.6. Çocuk hastaların çizimlerinden örnekler

Şekil 3.7. Çocuk Hastane Çizimleri Skalası skor sayfası

Hasta Numarası:**Yaş:****Cinsiyet:****Yapılan Tedavi:****Frankl Skalası:****Wong Baker Skalası:****Bölüm A**

1. Kişinin Pozisyonu :
2. Hareket-Yaşam :
3. Kişinin Uzunluğu :
4. Kişinin Boy Genişlik Oranı :
5. Yüz İfadesi :
6. Gözler/Göz Bebekleri :
7. Kişinin Çevreye Göre Boyutu :
8. Renk Baskınlığı :
9. Kullanılan Renk Sayısı :
10. Kağıdın Kullanımı :
11. Kağıttaki Yerleşimi :
12. Darbelerin Niteliği :
13. Hastane Ekipmanları :
14. Gelişim Seviyesi :

Bölüm A Toplamı:**Bölüm B**

Aşağıdakilerin Her Biri İçin 5 Puan Ekleyin

15. Bir Vücut Bölümünü Unutulması :
16. Vücudun Bir Bölümünün Abartılması :
17. Vücudun Bir Bölümünün Vurgulanmaması :

Aşağıdakilerin Her Biri İçin 10 Puan Ekleyin

18. Bozulma :
19. Vücudun İki Ya Da Daha Fazla Bölümünün Atlanması :
20. Şeffaflık :
21. Karışık Profil :
22. Gölgeleme :

Bölüm B Toplamı:**Bölüm C**

Resmin Bütünlüğünü En Net Şekilde Tanımlayan Sayıyı Daire İçine Alın

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bölüm C Toplamı:**Toplam Skor ÇHCS** A + **B** + **C** = .

Skaladaki 3 ayrı kısım için (Bölüm A,B ve C) puanlamalar yapıp ÇHÇS skor sayfasına kaydedildi. ÇHÇS skor sayfasında her hasta için rastgele 1'den 120'ye kadar olan hasta numarası, yaş, cinsiyet, yapılan tedavi ve skalalardan elde edilen sonuçlar yer almaktadır (Şekil 3.7.). Her çocuk için hesaplanan puana göre ÇHÇ Skalası'nda belirtilen anksiyete düzeyi elde edilmiştir. ÇHÇS' de elde edilen toplam puana dayanan kaygı düzeyi şu şekildedir:

- ≤43: çok düşük anksiyete,
- 44–83: düşük anksiyete,
- 84–129: ortalama anksiyete,
- 130–167: ortalamanın üzerinde anksiyete;
- 168 ve üzeri: çok yüksek anksiyete.

3.8. İSTATİKSEL ANALİZ

Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edildi. A, B ve C bölümleri ile genel toplam puanları iki farklı gözlemci tarafından elde edilmiş ve elde edilen değerler arasındaki uyum sınıf içi korelasyon katsayısı ile değerlendirilmiştir. Analiz sonuçları SKK ve %95 güven aralığı ile sunulmuştur. Ölçek puanları arasındaki korelasyon Pearson korelasyon katsayısı ile değerlendirildi. Puanlara ait tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum şeklinde sunuldu. Önem düzeyi $p<0,05$ olarak alındı.

Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov - Smirnov testi ile incelendi. Cinsiyete ve tedaviye göre normal dağılmayan yaş, Frankl skalası, Wong Baker ve ÇHÇS skorlarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılmayan

yaş, Frankel skalası, Wong Baker ve ÇHÇS skorları arasındaki ilişkinin incelenmesinde Spearman's rho korelasyon katsayısı kullanıldı. Diş hekimi ve psikolog tarafından değerlendirilen ÇHÇS skorları arasındaki uyumun incelenmesinde Kappa istatistiği kullanıldı. Analiz sonuçları nicel veriler için ortalama $\pm$ s. sapma ve ortanca (minimum - maksimum) şeklinde, kategorik veriler için frekans (yüzde) olarak sunuldu. Önem düzeyi $p<0,05$ olarak alındı.



4. BULGULAR

Çalışmanın ilk basamağında ÇHÇS'nin güvenilirlik ve geçerliliği için değerlendiriciler arası güvenilirlik korelasyonları ve test-tekrar test güvenilirliği incelendi.

4.1. ÇHÇ SKALASI GÜVENİLİRLİK-GEÇERLİLİK BULGULARI

Güvenilirlik-geçerlilik ölçümü için 4-13 yaş aralığında dolgu ve kanal tedavisi uygulanan 68 kız ($8,35 \pm 2,31$), 47 erkek ($8,1 \pm 1,63$) toplam 115 hasta değerlendirildi. Hastaların cinsiyet ve yapılan tedaviye göre yaş ortalamaları Tablo 4.1. de verildi.

Tablo 4.1. Hastaların cinsiyet, yaş ve tedaviye göre dağılımı

		Hasta sayısı (n)	Hasta dağılımı (%)	Yaş Ortalaması
Cinsiyet	Kız	n=68	%59,14	$8,35 \pm 2,31$
	Erkek	n=47	%40,86	$8,1 \pm 1,63$
Tedavi	Kanal	n=45	%39,14	$8,53 \pm 1,51$
	Dolgu	n=70	%60,86	$8,32 \pm 1,8$
	Toplam	n=115		

4.1.1. ÇHÇ Skalası Zamana Karşı Değişmezlik Bulguları (Test-Tekrar Test)

Hastaların dental tedavi sonrasında yaptıkları çizimler çevirisi yapıp Türkçe versiyonu oluşturulan ÇHÇ Skalası kullanılarak 4 hafta arayla diş hekimi ve psikolog tarafından 2 kez değerlendirilmiştir. Ölçeğin zamana karşı değişmezliğini belirlemek için test-tekrar test yapılmış ve Pearson momentler çarpımı sonuçlarına bakılmıştır (Tablo 4.2.).

Tablo 4.2. ÇHÇS'nin birinci ve ikinci uygulama skorları arasındaki ilişki (Pearson korelasyon)

		Diş hekiminin	Psikoloğun	Psikoloğun
		1.yorumlama	1.yorumlama	2.yorumlama
		skoru	skor	skor
Diş hekiminin	r		,940	,925
1.yorumlama skoru	p		<0,001	<0,001
Diş hekiminin	r	,960	,919	,967
2.yorumlama skoru	p	<0,001	<0,001	<0,001
Psikoloğun	r			,928
1.yorumlama skoru	p			<0,001

4.1.2. Değerlendiriciler Arası Güvenilirlik Korelasyonları

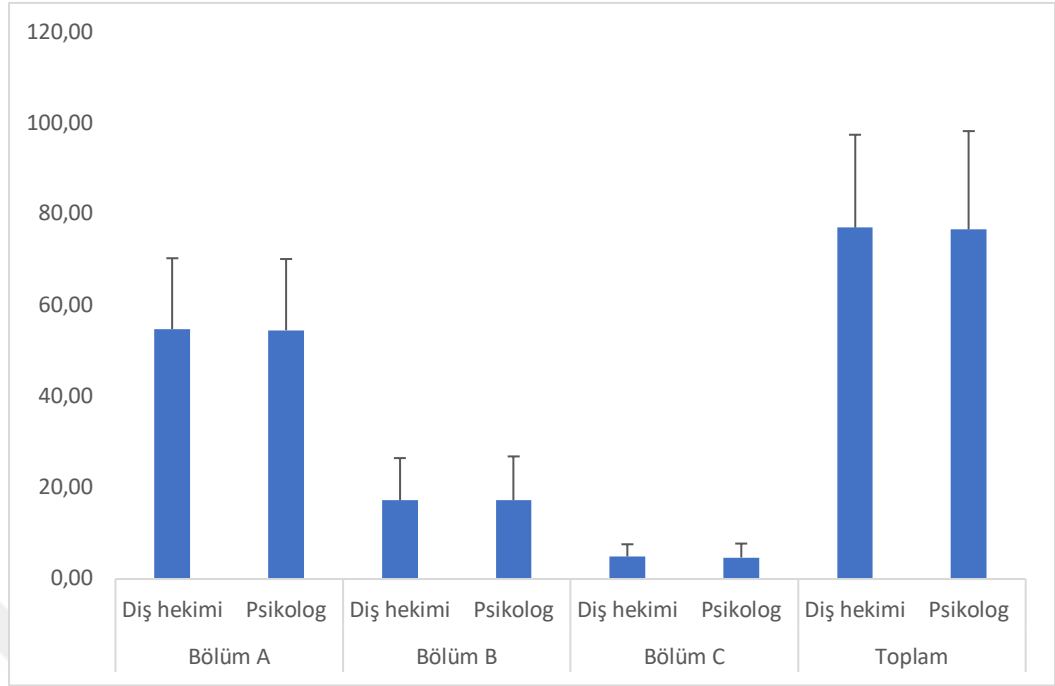
Toplamda 115 kişi üzerinde yapılan ölçümlere ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 4.3.'de sunuldu. Her bir bölüm kendi içinde değerlendiricilere göre incelendiğinde ortalama değerlerin birbirine yakın elde edildiği gözlemlenmiştir. Bölüm A için elde edilen toplam skorların değerlendiriciler arasındaki uyumu sınıf içi korelasyon katsayısı (SKK) ile değerlendirildi ve aralarında pozitif yönlü, güçlü düzey ve istatistiksel olarak

anlamlı korelasyon elde edildi ($SKK_A = 0,948$; $p < 0,001$). Bölüm B için elde edilen toplam skorların değerlendiriciler arasındaki uyumu sınıf içi korelasyon katsayısı (SKK) ile değerlendirildi ve aralarında pozitif yönlü, güçlü düzey ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyon elde edildi ($SKK_B = 0,844$; $p < 0,001$). Bölüm C için elde edilen toplam skorların değerlendiriciler arasındaki uyumu sınıf içi korelasyon katsayısı (SKK) ile değerlendirildi ve aralarında pozitif yönlü, güçlü düzey ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyon elde edildi ($SKK_C = 0,729$; $p < 0,001$). Toplam skor için elde edilen değerlerin değerlendiriciler arasındaki uyumu sınıf içi korelasyon katsayısı (SKK) ile değerlendirildi ve aralarında pozitif yönlü, güçlü düzey ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyon elde edildi ($SKK_{Toplam} = 0,936$; $p < 0,001$).

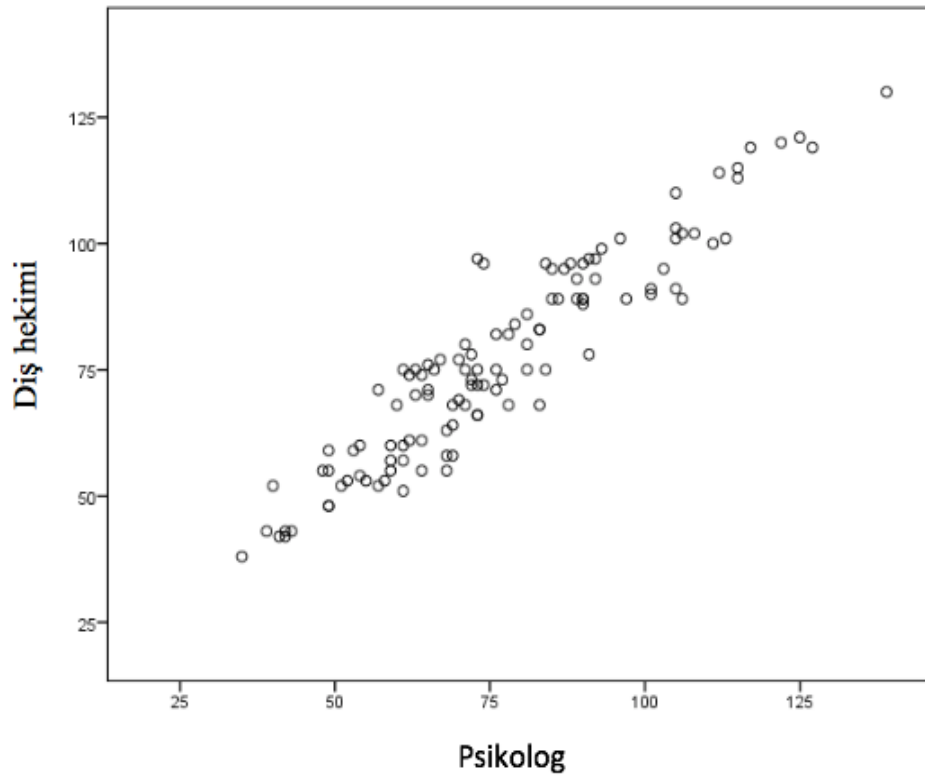
Tablo 4.3. Tanımlayıcı istatistikler ve gözlemciler arası uyum

Bölüm	Değerlendirici	N	Ortalama	S.Sapma	Ortanca	Min.	Mak.	SKK (%95CI)	p
A	Diş Hekimi	115	54,87	15,53	55	22	91	0,948 (0,926- 0,964)	<0,001
	Psikolog	115	54,59	15,64	53	19	99		
B	Diş Hekimi	115	17,26	9,28	20	0	50	0,844 (0,782- 0,889)	<0,001
	Psikolog	115	17,30	9,60	20	0	50		
C	Diş Hekimi	115	4,94	2,69	5	1	10	0,729 (0,631- 0,805)	<0,001
	Psikolog	115	4,72	3,06	5	1	10		
Toplam Skor	Diş Hekimi	115	77,11	20,39	75	38	130	0,936 (0,908- 0,955)	<0,001
	Psikolog	115	76,72	21,58	73	35	139		

SKK: Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı



Şekil 4.1. Değerlendiricilere göre bölümlere ait toplam skorların ortalama ve standart sapma grafiği

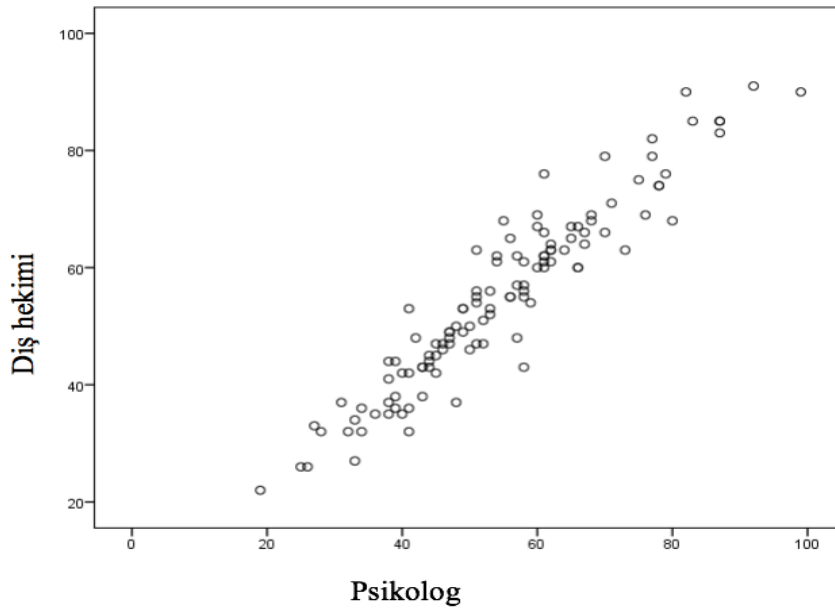


Şekil 4.2. Toplam skorlar arasındaki serpilme diyagramı

Tablo 4.4. A bölümü için tanımlayıcı istatistikler ve gözlemciler arası uyum

Madde	Değerlendirici	Ortalama	s.sapma	Ortanca	Min.	Mak.	SKK (%95CI)	p
1	Diş hekimi	4,3565	3,1877	2	1	10	0,934 (0,905-0,954)	<0,001
	Psikolog	4,3826	3,1276	2	1	10		
2	Diş hekimi	4,2087	2,6999	3	1	10	0,817 (0,746-0,870)	<0,001
	Psikolog	3,7565	2,4228	3	1	10		
3	Diş hekimi	3,3913	2,0378	3	1	10	0,794 (0,716-0,853)	<0,001
	Psikolog	3,1043	2,0874	2	1	10		
4	Diş hekimi	3,5304	2,9627	2	1	10	0,932 (0,902-0,952)	<0,001
	Psikolog	3,6348	2,9568	2	1	10		
5	Diş hekimi	2,8783	2,9503	1	1	10	0,944 (0,920-0,961)	<0,001
	Psikolog	2,8609	2,9762	1	1	10		
6	Diş hekimi	5,8261	2,3518	7	1	10	0,781 (0,698-0,843)	<0,001
	Psikolog	5,7043	2,2320	7	1	10		
7	Diş hekimi	2,4087	2,2317	1	1	10	0,475 (0,321-0,605)	<0,001
	Psikolog	1,5391	1,5576	1	1	10		
8	Diş hekimi	6,3565	2,9236	6	1	10	0,872 (0,820-0,910)	<0,001
	Psikolog	6,1304	2,9781	6	1	10		
9	Diş hekimi	4,5391	2,9567	5	1	10	0,992 (0,988-0,994)	<0,001
	Psikolog	4,4957	2,9835	5	1	10		
10	Diş hekimi	3,5565	2,8629	3	1	10	0,827 (0,760-0,877)	<0,001
	Psikolog	4,7043	3,1650	5	1	10		
11	Diş hekimi	2,8435	2,4444	1	1	10	0,831 (0,765-0,880)	<0,001
	Psikolog	3,0435	2,5969	1	1	10		
12	Diş hekimi	4,5130	2,0191	5	1	8	0,645 (0,524-0,740)	<0,001
	Psikolog	5,2261	1,8641	5	1	10		
13	Diş hekimi	2,7130	1,9813	3	1	10	0,844 (0,782-0,890)	<0,001
	Psikolog	2,7652	1,9571	3	1	10		
14	Diş hekimi	3,8348	1,5612	3	1	10	0,627 (0,501-0,726)	<0,001
	Psikolog	3,5565	1,3125	3	1	7		

A bölümünde yer alan toplam 14 maddenin her birisi için diş hekimi ve psikolog arasındaki uyumlar SKK ile değerlendirildi (Tablo 4.4.). En yüksek korelasyon 9. madde olan “kullanılan renk sayısı” ve ikinci en yüksek korelasyon 5. madde olan “yüz ifadesi” maddesinde görüldü. 7. madde olan “kişinin çevreye göre uyumu” istatistiksel olarak anlamlı iken orta düzeyde korelasyon gösterdi. A bölümünde düşük korelasyonlara rastlanmadı.



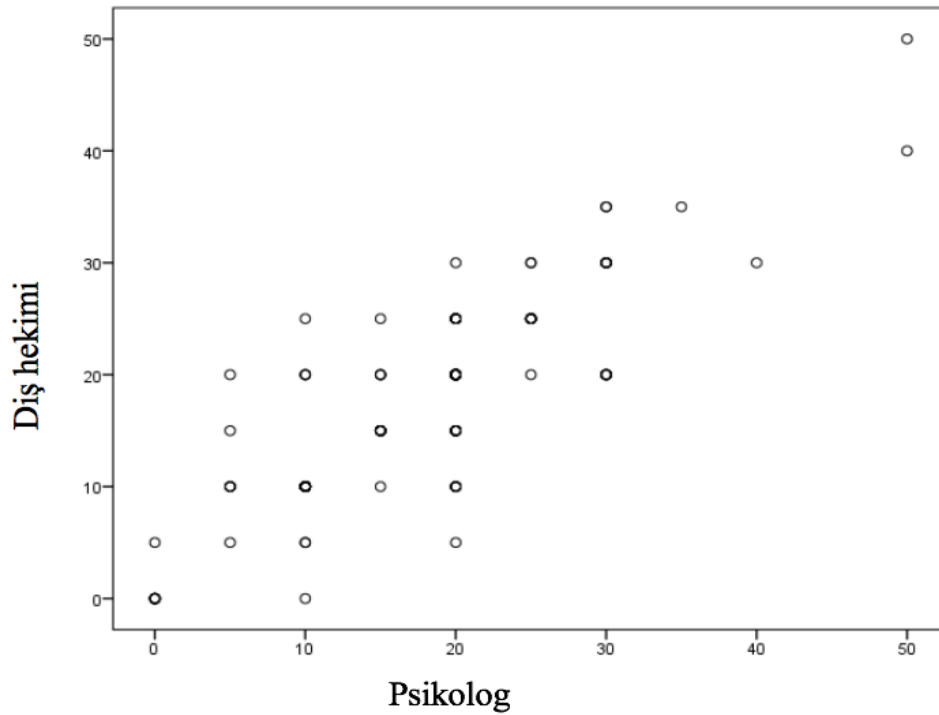
Şekil 4.3. A bölümü skorları arasındaki serpilme diyagramı

Tablo 4. 5. B bölümü için tanımlayıcı istatistikler ve gözlemciler arası uyum

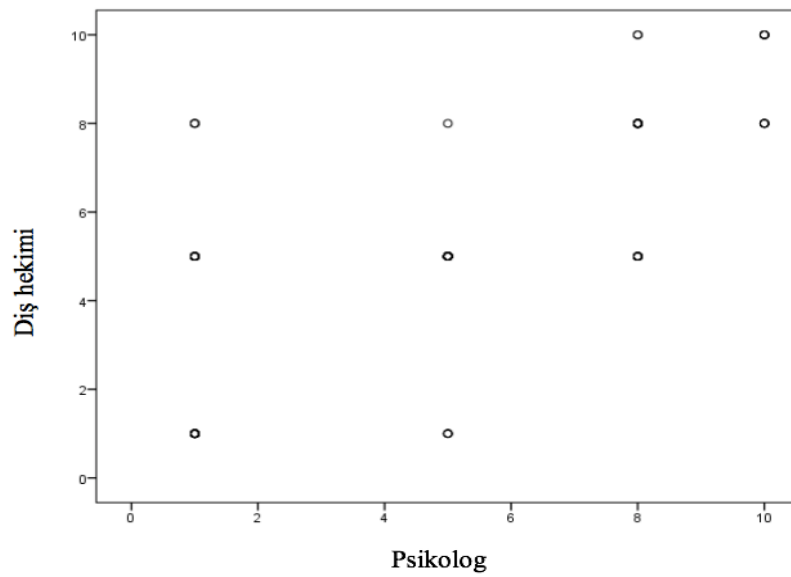
Madde	Değerlendirici	Ortalama	s.sapma	Ortanca	Min.	Mak.	SKK (%95CI)	p
15	Diş hekimi	1,4348	2,2716	0	0	5	0,712 (0,609-0,792)	<0,001
	Psikolog	0,8696	1,9035	0	0	5		
16	Diş hekimi	1,2609	2,2791	0	0	5	0,346 (0,175-0,497)	<0,001
	Psikolog	0,8696	1,9035	0	0	5		
17	Diş hekimi	0,2174	1,0241	0	0	5	0,475 (0,320-0,605)	<0,001
	Psikolog	0,3043	1,2007	0	0	5		
18	Diş hekimi	3,6522	4,8360	0	0	10	0,715 (0,613-0,794)	<0,001
	Psikolog	2,8696	4,5432	0	0	10		
19	Diş hekimi	5,3043	5,0126	10	0	10	0,813 (0,740-0,867)	<0,001
	Psikolog	5,9130	4,9374	10	0	10		
20	Diş hekimi	0,2609	1,6009	0	0	10	0,327 (0,154-0,481)	<0,001
	Psikolog	1,3043	3,3826	0	0	10		
21	Diş hekimi	0,1739	1,3130	0	0	10	0,440 (0,280-0,576)	<0,001
	Psikolog	0,6087	2,4014	0	0	10		
22	Diş hekimi	5,0435	5,0217	10	0	10	0,847 (0,786-0,891)	<0,001
	Psikolog	4,6087	5,0065	0	0	10		

Bölüm B’de yer alan toplam 8 maddenin her birisi için diş hekimi ve psikolog arasındaki uyumlar SKK ile değerlendirildi (Tablo 4.5.). En yüksek korelasyon 22. madde

“gölgelendirme” ve ikinci en yüksek korelasyon 19. madde “vücudun iki ya da daha fazla bölümünün atlanması” nda görüldü. En düşük korelasyon 20. madde “şeffaflık” ve ikinci en düşük korelasyon 16. madde “vücudun bir bölümünün abartılması” maddelerinde görüldü. 17. madde “vücudun bir bölümünün vurgulanmaması” ve 21. madde de “karışık profil” korelasyon orta ve diğer maddelerde ise korelasyon değerleri yüksek olarak elde edildi. 16. ve 20. maddelerin skaladan çıkarılması düşünüldü. Ancak bu maddelerin çıkarılmasıyla çizimlerin değerlendirilmesinde önemli bir basamağın eksik kalacağı düşünüldü ve skalada A-B-C bölümlerinin toplam skoru için hesaplanan SKK değerinin (0,936) yüksek olması sonucunda bu maddelerin çıkarılmamasına karar verildi.



Şekil 4.4. B bölümü skorları arasındaki serpilme diyagramı



Şekil 4.5. C bölümü skorları arasındaki serpilme diyagramı

4.2. DENTAL ANKSİYETENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmanın ikinci basamağında dolgu ya da kanal tedavisi yapılan hastaların ÇHÇS kullanılarak dental anksiyeteleri değerlendirildi.

Çalışmamızda 4-13 yaş aralığında diş ağrısı olup dolgu ya da kanal tedavisi yapılan 70 kız ($8,47 \pm 2,01$), 50 erkek ($8,2 \pm 1,84$) toplam 120 hasta değerlendirildi (Tablo 4.6.).

Tablo 4.6. Hastaların cinsiyet, yaş ve tedaviye göre dağılımı

		Hasta sayısı (n)	Hasta dağılımı (%)	Yaş Ortalaması
Cinsiyet	Kız	n=70	%58,33	$8,47 \pm 2,01$
	Erkek	n=50	%41,66	$8,2 \pm 1,84$
Tedavi	Kanal	n=49	%40,83	$7,9 \pm 1,77$
	Dolgu	n=71	%59,16	$8,68 \pm 2$
Toplam		n=120		

Hastalara lokal anestezi altında dolgu veya kanal tedavisi olmak üzere iki tedaviden biri uygulandı. Hastaların tedavi sırasındaki davranış ve tutumları “Frankl Davranış Değerlendirme Skalası” ile değerlendirildi. Tedavi yapılırken hissettikleri ağrı ise tedavi bitiminde “Wong Baker Yüz Derecelendirme Skalası” ile ölçüldü. Tedavi bitiminde hastalar tarafından çizilen ve tedavi sırasındaki deneyimlerini yansıtan resimler ile dental anksiyete seviyeleri ÇHÇS ile ölçüldü.

Cinsiyetin değerlendirilen diğer parametreler ile olan ilişkisine bakıldı. Cinsiyete göre diş hekimi tarafından değerlendirilen ÇHÇS skorlarının ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,001$). Kız çocuklarının ÇHÇS skor ortancası “düşük stres” ve erkek çocukların ÇHÇS skor ortancası “ortalama stres” olarak elde edilmiştir. Bu farklılık kızların skor ortancasının erkeklerin skor ortancasından düşük olarak elde edilmesinden kaynaklanmaktadır.

Cinsiyete göre psikolog tarafından değerlendirilen ÇHÇS skorlarının ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,001$). Kız çocuklarının ÇHÇS skor ortancası “düşük stres” ve erkek çocukların ÇHÇS skor ortancası “ortalama stres” olarak elde edilmiştir. Bu farklılık kızların skor ortancasının erkeklerin skor ortancasından düşük olarak elde edilmesinden kaynaklanmaktadır.

Cinsiyete göre yaş, Frankl ve Wong baker skalasının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p değerleri sırasıyla 0,739, 0,243, 0,360) (Tablo 4.7.).

Tablo 4.7. Cinsiyete göre yaşı ve skala skorların karşılaştırılması

Parametre	Gösterim	Kız	Erkek	Toplam	Test istatistiği	p
Yaş	Ort. $\pm$ S. sapma	8,43 $\pm$ 2	8,2 $\pm$ 1,84	8,34 $\pm$ 1,93	U=1664	0,739
	Ortanca (Min - Maks)	8 (5 - 12)	8 (4 - 12)	8 (4 - 12)		
Frankl Skalası	Ort. $\pm$ S. sapma	3,54 $\pm$ 0,88	3,48 $\pm$ 0,76	3,52 $\pm$ 0,83	U=1569	0,243
	Ortanca (Min - Maks)	4 (1 - 4)	4 (1 - 4)	4 (1 - 4)		
Wong Baker	Ort. $\pm$ S. sapma	1,43 $\pm$ 1,9	1,24 $\pm$ 2,02	1,35 $\pm$ 1,94	U=1596	0,360
	Ortanca (Min - Maks)	0 (0 - 10)	0 (0 - 10)	0 (0 - 10)		
ÇHÇS- Diş hekimi	Ort. $\pm$ S. sapma	2,23 $\pm$ 0,54	2,6 $\pm$ 0,53	2,38 $\pm$ 0,57	U=1183	0,001
	Ortanca (Min - Maks)	2 (1 - 3)	3 (2 - 4)	2 (1 - 4)		
ÇHÇS - Psikolog	Ort. $\pm$ S. sapma	2,2 $\pm$ 0,53	2,58 $\pm$ 0,54	2,36 $\pm$ 0,56	U=1167	<0,001
	Ortanca (Min - Maks)	2 (1 - 3)	3 (2 - 4)	2 (1 - 4)		

U: Mann-Whitney U test istatistiği
p<0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlılık

Hastaların yaşı ile Frankl skoru arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($p<0,001$; $r=0,353$) (Tablo 4.8.). Hastaların yaşı arttıkça tedavi sırasındaki davranışları negatiflikten pozitifliğe doğru artış gösterdi.

Hastaların yaşı ile Wong Baker skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan negatif korelasyon vardır. Hasta yaşı azaldıkça ağrı düzeylerinde artış görüldü ($p=0,987$; $r=-0,002$).

Wong baker skoru ile Frankl skoru arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($p=0,016$; $r=-0,219$) (Tablo 4.8.). Hastaların ağrı düzeyleri arttıkça tedavi sırasındaki davranışları pozitiflikten negatifliğe doğru artış gösterdi.

Diş hekimi tarafından değerlendirilen ÇHÇS skoru ile psikolog tarafından değerlendirilen ÇHÇS skoru arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü çok yüksek bir ilişki vardır ($p<0,001$; $r=0,925$) (Tablo 4.8.).

Frankl skoru ile diş hekimi ve psikolog tarafından değerlendirilen ÇHÇS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan negatif korelasyon vardır. ($r=-0,118$; $r=-0,113$) (Tablo 4.8.). Hastaların dental anksiyeteleri arttıkça tedavi sırasındaki uyumları arttı.

Diş hekimi ve psikolog tarafından değerlendirilen ÇHÇS skorları ile Wong baker arasında istatistiksel açıdan anlamlı olmayan pozitif korelasyon vardır. ($p>0,05$) (Tablo 4.8.). Hastaların tedavi sırasında hissettikleri ağrı düzeyi arttıkça dental anksiyeteleri arttı. Ancak bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Tablo 4.8. Yaş ve skala skorlar arasındaki ilişkinin incelenmesi

		Yaş	Frankl Skalası	Wong Baker	ÇHÇS-Diş hekimi
Frankl Skalası	r	0,353			
	p	<0,001			
Wong Baker Skalası	r	-0,002	-0,219		
	p	0,987	0,016		
ÇHÇS-Diş hekimi	r	-0,140	-0,118	0,092	
	p	0,128	0,199	0,319	
ÇHÇS - Psikolog	r	-0,169	-0,113	0,121	0,925
	p	0,066	0,218	0,190	<0,001

r: Spearman's rho korelasyon katsayısı

p<0,05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlılık

Tedaviye göre Frankl skalasının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,038$). Kanal tedavisi ve dolgu tedavisi olanların skor ortancası “kesinlikle pozitif” olarak elde edilmiştir. Bu farklılık sıra ortalamalarının farklı olmasından kaynaklanmaktadır. Kanal tedavisi olan hastaların skor sıra ortalaması 53,96 (düşük anksiyete) ve dolgu tedavisi olan hastaların skor sıra ortalaması 65,01 (düşük anksiyete) olarak elde edilmiştir. Farklılık kanal tedavisi olanların sıra ortalamasının

dolgu tedavisi olanların sıra ortalamasından düşük olarak elde edilmesinden kaynaklanmaktadır.

Tedaviye göre diş hekimi tarafından değerlendirilen ÇHÇS skorlarının ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,011$). Kanal tedavisi olanların ÇHÇS skor ortancası “ortalama stres” ve dolgu tedavisi olanların ÇHÇS skor ortancası “düşük stres” olarak elde edilmiştir. Bu farklılık kanal tedavisi olanların skor ortancasının dolgu tedavisi olanların skor ortancasından yüksek olarak elde edilmesinden kaynaklanmaktadır (Tablo 4.9.).

Diş hekimi ve psikolog tarafından değerlendirilen ÇHÇS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı çok iyi düzeyde bir uyum vardır ($p<0,001$) (Tablo 4.10.).

Tablo 4.9. Tedaviye göre yaşın ve skala skorlarının karşılaştırılması

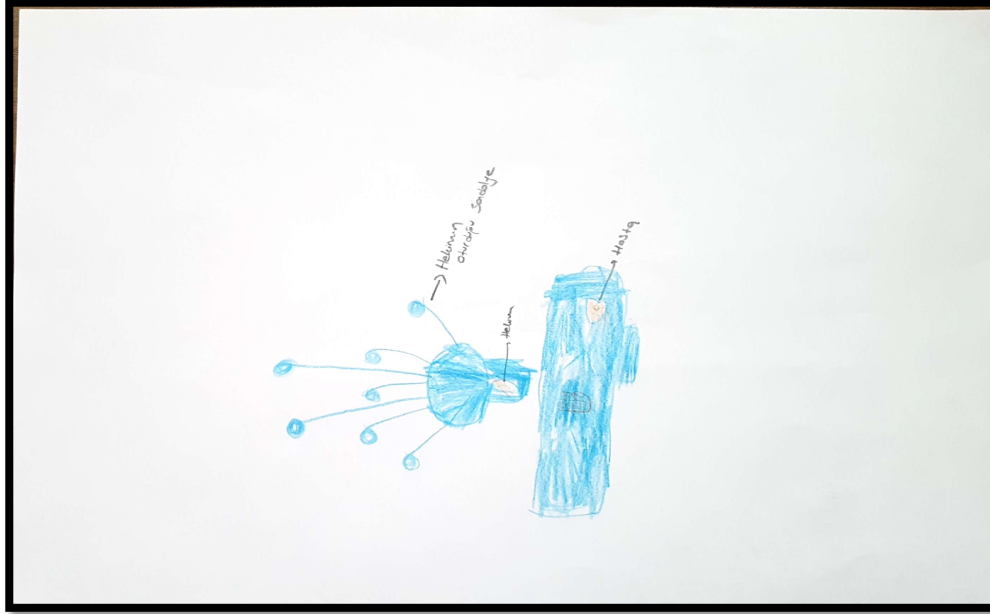
Parametre	Gösterim	Kanal tedavisi	Dolgu tedavisi	Toplam	Test istatistiği	p
Yaş	Ort. $\pm$ S. sapma	7,9 $\pm$ 1,77	8,64 $\pm$ 1,99	8,34 $\pm$ 1,93	U=1396	0,080
	Ortanca (Min - Maks)	8 (4 - 11)	8 (4 - 12)	8 (4 - 12)		
Frankl Skalası	Ort. $\pm$ S. sapma	3,33 $\pm$ 0,97	3,65 $\pm$ 0,7	3,52 $\pm$ 0,83	U=1419	0,038
	Ortanca (Min - Maks)	4 (1 - 4)	4 (1 - 4)	4 (1 - 4)		
Wong Baker Skalası	Ort. $\pm$ S. sapma	1,8 $\pm$ 2,46	1,04 $\pm$ 1,43	1,35 $\pm$ 1,94	U=1499	0,152
	Ortanca (Min - Maks)	0 (0 - 10)	0 (0 - 6)	0 (0 - 10)		
ÇHÇS-Diş hekimi	Ort. $\pm$ S. sapma	2,55 $\pm$ 0,54	2,27 $\pm$ 0,56	2,38 $\pm$ 0,57	U=1322,5	0,011
	Ortanca (Min - Maks)	3 (2 - 4)	2 (1 - 3)	2 (1 - 4)		
ÇHÇS - Psikolog	Ort. $\pm$ S. sapma	2,49 $\pm$ 0,54	2,27 $\pm$ 0,56	2,36 $\pm$ 0,56	U=1423	0,051
	Ortanca (Min - Maks)	2 (2 - 4)	2 (1 - 3)	2 (1 - 4)		

U: Mann-Whitney U test istatistiği

$p<0,05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlılık

Tablo 4.10. Diş hekimi ve psikolog tarafından değerlendirilen ÇHÇS skorları arasındaki uyumun incelenmesi

		ÇHÇS-Diş hekimi				Kappa değeri	p
		Çok düşük stres	Düşük stres	Ortalama stres	Ortalamanın üzerinde stres		
ÇHÇS - Psikolog	Çok düşük stres	4 (100)	---	---	---	0,920	<0,001
	Düşük stres	---	66 (98,5)	4 (8,3)	---		
	Ortalama stres	---	1 (1,5)	44 (91,7)	---		
	Ortalamanın üzerinde stres	---	---	---	1 (100)		



- Dental ünit ve hekim sandalyesinin boyutunda artış,
- 8 renk boyadan sadece 2 tanesinin kullanımı
- Vücut bölümlerinin belirsiz çizilmesi,
- Eksik vücut bölümlerinin bırakılması,
- Yüz ifadelerinin bulanık olması ÇHÇ Skalasında yüksek skorların alınmasına neden olmuştur ve anksiyete seviyesi normalin üstünde olarak ölçülmüştür.

Hasta Numarası: 69

Yaş: 8

Cinsiyet: Erkek

Yapılan Tedavi: Kanal tedavisi

Frankl Skalası: ++

Wong Baker Skalası: 6

Bölüm A

	Diş hekimi	Psikolog
1. Kişinin Pozisyonu	: 8	8
2. Hareket-Yaşam	: 10	10
3. Kişinin Uzunluğu	: 9	9
4. Kişinin Boy Genişlik Oranı	: 10	10
5. Yüz İfadesi	: 9	9
6. Gözler/Göz Bebekleri	: 10	10
7. Kişinin Çevreye Göre Boyutu	: 5	5
8. Renk Baskınlığı	: 5	5
9. Kullanılan Renk Sayısı	: 9	9
10. Kağıdın Kullanımı	: 8	8
11. Kağıttaki Yerleşimi	: 1	1
12. Darbelerin Niteliği	: 3	5
13. Hastane Ekipmanları	: 5	5
14. Gelişim Seviyesi	: 5	5
Bölüm A Toplamı	: 97	99

Bölüm B

Aşağıdakilerin Her Biri İçin 5 Puan Ekleyin	Diş hekimi	Psikolog
15. Bir Vücut Bölümünü Unutulması	: 0	0
16. Vücudun Bir Bölümünün Abartılması	: 0	0
17. Vücudun Bir Bölümünün Vurgulanmaması	: 0	0
Aşağıdakilerin Her Biri İçin 10 Puan Ekleyin		
18. Bozulma	: 10	10
19. Vücudun İki Ya Da Daha Fazla Bölümünün Atlanması	: 10	10
20. Şeffaflık	: 10	10
21. Karışık Profil	: 0	0
22. Gölgeleştirme	: 0	0
Bölüm B Toplamı	: 30	30

Bölüm C

Resmin Bütünlüğünü En Net Şekilde Tanımlayan Sayıyı Daire İçine Alın

Diş hekimi	Psikolog
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bölüm C Toplamı:

Toplam Skor Diş hekimi	A	97	+ B	30	+ C	10	= 137	.
Toplam Skor Psikolog	A	99	+ B	30	+ C	10	= 139	.

Ortalamanın üzerinde anksiyete



- Dental ortam ekipmanlarının normal boyutlarda çizilmesi,
- 8 renk boyanın hepsinin kullanılması,
- Vücut bölümlerinin eksiksiz olarak çizilmesi,
- Vücutların boy genişlik oranlarının orantılı olması ÇHÇ Skalasında düşük skorların alınmasına neden olmuştur ve anksiyete seviyesi çok düşük olarak ölçülmüştür.

Hasta Numarası: 89

Yaş: 12

Cinsiyet: Erkek

Yapılan Tedavi: Dolgu tedavisi

Frankl Skalası: +, +

Wong Baker Skalası: 0

Bölüm A

	Diş hekimi	Psikolog
1. Kişinin Pozisyonu	: 2	2
2. Hareket-Yaşam	: 1	1
3. Kişinin Uzunluğu	: 2	2
4. Kişinin Boy Genişlik Oranı	: 1	1
5. Yüz İfadesi	: 5	5
6. Gözler/Göz Bebekleri	: 1	1
7. Kişinin Çevreye Göre Boyutu	: 1	1
8. Renk Baskınlığı	: 5	5
9. Kullanılan Renk Sayısı	: 1	1
10. Kağıdın Kullanımı	: 1	1
11. Kağıttaki Yerleşimi	: 1	1
12. Darbelerin Niteliği	: 3	3
13. Hastane Ekipmanları	: 3	3
14. Gelişim Seviyesi	: 3	1
Bölüm A Toplamı	: 30	28

Bölüm B

Aşağıdakilerin Her Biri İçin 5 Puan Ekleyin	Diş hekimi	Psikolog
15. Bir Vücut Bölümünü Unutulması	: 0	0
16. Vücudun Bir Bölümünün Abartılması	: 0	0
17. Vücudun Bir Bölümünün Vurgulanmaması	: 0	0
Aşağıdakilerin Her Biri İçin 10 Puan Ekleyin		
18. Bozulma	: 0	0
19. Vücudun İki Ya Da Daha Fazla Bölümünün Atlanması	: 0	0
20. Şeffaflık	: 0	0
21. Karışık Profil	: 0	0
22. Gölgeleştirme	: 10	10
Bölüm B Toplamı	: 10	10

Bölüm C

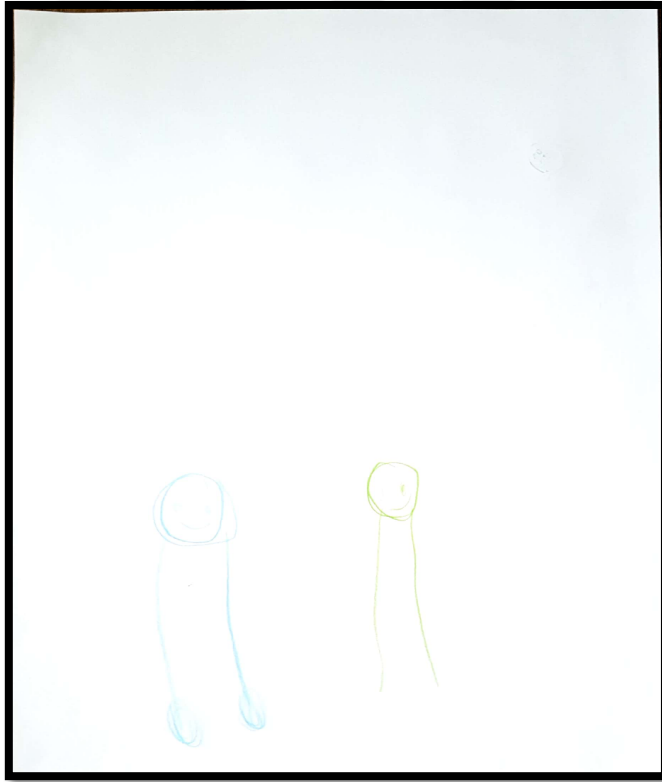
Resmin Bütünlüğünü En Net Şekilde Tanımlayan Sayıyı Daire İçine Alın

Diş hekimi	Psikolog
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bölüm C Toplamı:

Toplam Skor Diş hekimi	A	30	+ B	10	+ C	1	= 41	.
Toplam Skor Psikolog	A	28	+ B	10	+ C	1	= 39	.

Çok düşük anksiyete



- 8 renk boya içinden sadece 2 renk kullanılması,
- Vücut bölümlerinin ve bazı ekstremitelerin eksik çizilmesi,
- Kağıdın sınırlı kullanımı, ÇHÇ Skalasında yüksek skorların alınmasına neden olmuştur ve anksiyete seviyesi ortalama anksiyete olarak ölçülmüştür.

Hasta Numarası: 99

Yaş: 7

Cinsiyet: Erkek

Yapılan Tedavi: Kanal tedavisi

Frankl Skalası: +

Wong Baker Skalası: 4

Bölüm A	Diş hekimi	Psikolog
1. Kişinin Pozisyonu	: 2	2
2. Hareket-Yaşam	: 10	10
3. Kişinin Uzunluğu	: 10	10
4. Kişinin Boy Genişlik Oranı	: 9	9
5. Yüz İfadesi	: 1	1
6. Gözler/Göz Bebekleri	: 7	7
7. Kişinin Çevreye Göre Boyutu	: 1	1
8. Renk Baskınlığı	: 5	5
9. Kullanılan Renk Sayısı	: 9	9
10. Kağıdın Kullanımı	: 5	5
11. Kağıttaki Yerleşimi	: 5	5
12. Darbelerin Niteliği	: 5	10
13. Hastane Ekipmanları	: 1	1
14. Gelişim Seviyesi	: 10	5
Bölüm A Toplamı	: 80	80

Bölüm B

Aşağıdakilerin Her Biri İçin 5 Puan Ekleyin

	Diş hekimi	Psikolog
15. Bir Vücut Bölümünü Unutulması	: 0	0
16. Vücudun Bir Bölümünün Abartılması	: 5	5
17. Vücudun Bir Bölümünün Vurgulanmaması	: 5	5

Aşağıdakilerin Her Biri İçin 10 Puan Ekleyin

18. Bozulma	: 10	10
19. Vücudun İki Ya Da Daha Fazla Bölümünün Atlanması	: 10	10
20. Şeffaflık	: 0	0
21. Karışık Profil	: 0	0
22. Gölgeleştirme	: 0	0

Bölüm B Toplamı

Bölüm C

Resmin Bütünlüğünü En Net Şekilde Tanımlayan Sayıyı Daire İçine Alın

Diş hekimi	Psikolog
1 2 3 4 5 6 7 8 9 (10)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 (10)

Bölüm C Toplamı:

Toplam Skor Diş hekimi	A	80	+ B	30	+ C	10	= 120	.
Toplam Skor Psikolog	A	80	+ B	30	+ C	10	= 120	.

Ortalama anksiyete



- Dental üniten boyut olarak küçük çizilmesi,
- 8 renk boya kaleminden 7 sinin kullanılması,
- Vücut bölümlerinin eksiksiz çizilmesi,
- Kağıdın tamamına yakınının kullanılması,
- Mutlu yüz ifadelerinin yer alması ÇHC Skalasında düşük skorların alınmasına neden olmuştur ve anksiyete seviyesi çok düşük olarak ölçülmüştür.

Hasta Numarası: 95

Yaş: 7

Cinsiyet: Kız

Yapılan Tedavi: Dolgu tedavisi

Frankl Skalası: +

Wong Baker Skalası: 2

Bölüm A

	Diş hekimi	Psikolog
1. Kişinin Pozisyonu	: 2	2
2. Hareket-Yaşam	: 3	3
3. Kişinin Uzunluğu	: 2	2
4. Kişinin Boy Genişlik Oranı	: 1	1
5. Yüz İfadesi	: 1	1
6. Gözler/Göz Bebekleri	: 3	5
7. Kişinin Çevreye Göre Boyutu	: 3	1
8. Renk Baskınlığı	: 1	1
9. Kullanılan Renk Sayısı	: 2	1
10. Kağıdın Kullanımı	: 1	1
11. Kağıttaki Yerleşimi	: 1	1
12. Darbelerin Niteliği	: 1	3
13. Hastane Ekipmanları	: 3	3
14. Gelişim Seviyesi	: 1	1
Bölüm A Toplamı	: 25	26

Bölüm B

Aşağıdakilerin Her Biri İçin 5 Puan Ekleyin

	Diş hekimi	Psikolog
15. Bir Vücut Bölümünü Unutulması	: 5	5
16. Vücudun Bir Bölümünün Abartılması	: 0	0
17. Vücudun Bir Bölümünün Vurgulanmaması	: 0	0

Aşağıdakilerin Her Biri İçin 10 Puan Ekleyin

	Diş hekimi	Psikolog
18. Bozulma	: 0	0
19. Vücudun İki Ya Da Daha Fazla Bölümünün Atlanması	: 0	0
20. Şeffaflık	: 0	0
21. Karışık Profil	: 0	0
22. Gölgeleştirme	: 10	10
Bölüm B Toplamı	: 15	15

Bölüm C

Resmin Bütünlüğünü En Net Şekilde Tanımlayan Sayıyı Daire İçine Alın

Diş hekimi	Psikolog
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bölüm C Toplamı:

Toplam Skor Diş hekimi	A	25	+ B	15	+ C	1	= 41	.
Toplam Skor Psikolog	A	26	+ B	15	+ C	1	= 42	.

Çok düşük anksiyete

5. TARTIŞMA

Çocuk diş hekimliğinde anksiyete, tedavi sürecini etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Dental anksiyetenin doğru şekilde tespit edilmesi çocuk ile diş hekimi arasında sağlıklı bir iletişim kurulmasına, kaliteli tedavi yapılmasına ve çocuğun devam eden randevulara gelmesine katkıda bulunur. Çocuklarda dental anksiyetenin değerlendirilmesinde birçok yöntem kullanılmakla birlikte günümüzde çocuk çizimleriyle anksiyete değerlendirilmesi de bunlardan biridir.

Diş hekimliği alanında, Pond, diş hekimi tarafından toplanan bir dizi çocuk resminde ağrı, kan ve diğer saldırganlık belirtileriyle ilgili olduğunu gördü (Pond, 1968). 1982'de Sheskin ve ark. bir diş kliniği ortamında çocukların çizimlerini, kaygıları için bir değerlendirme aracı olarak kullandılar (Sheskin, Klein, & Lowental, 1982). Klingberg, stres uyandıran diş tedavilerindeki çocukları gösteren, hasta tarafından seçilecek beş karttan oluşan Çocukların Diş Hekimi Korkusu Resmedilmesi Testi (CDFP)'nin geçerliliğini değerlendirmiş ve Çocuk Korku Değerlendirme Skalası (CFSS) ile karşılaştırmıştır (Gunilla Klingberg, 1995). 1999 yılında, Child Drawing: Hospital (CD:H) – Çocuk Hastane Çizimleri Skalası (ÇHÇS), hastaneye yatırılan okul çağındaki çocukların kaygılarını ölçmenin bir aracı olarak ABD kültürüne uygun olarak geliştirilmiştir (Clatworthy ve ark., 1999a; Clatworthy ve ark., 1999b). Bu yöntem son yıllarda diş hekimliği alanında dental anksiyetenin değerlendirilmesinde kullanılmaya başlanmıştır (Pala ve ark., 2016).

Çocuklarda dental anksiyetenin değerlendirilmesi amacıyla farklı dil ve kültürde skalalar oluşturulmuştur. Belirli bir kültür ve dile ait olan skalalar, o kültürün anlayış, kavramlaştırma ve örnekleme özelliklerini taşır. Bu nedenden dolayı skalanın diğer

kültür/dillerde kullanılabilmesi için ölçeğin uyarlanması (validasyonu) gereklidir. ÇHÇ Skalası diş hekimliğinde az sayıda çalışmada kullanılmıştır ve diş hekimliği alanı için validasyonu yapılmamıştır. Çalışmamızda ÇHÇ Skalasının Türkçe validasyonu ve diş hekimliği alanına uyarlamasını yaparak Türk diş hekimliği alanına kazandırılması ve bu skalayı kullanarak dolgu ve kanal tedavisi sırasında çocukların hissettiği anksiyete düzeylerinin değerlendirmesi amaçlandı.

Bir skalanın başka bir dile çevrilmesi, skalanın olağan yapısında değişikliğe neden olur. Kavramlaştırma ve dilsel farklılıklar bu değişimin kaçınılmaz sebeplerindendir . Skala uyarlarken farkların en az olması için skala maddeleri titizlikle incelenmeli, çevrilen dilde anlamlı olması için gereken dönüştürmeler yapılmalı ve çevrilen dili kullanan bireylerin normlarına göre standardize edilmelidir (Aksayan & Gözüm, 2002). Bir skalanın dil uyarlamasında kavramsallaştırma ve anlatım farkını en aza indirebilmek için çeviri yöntemi kullanılır (Gözüm & Aydın, 2004). Skalayı çevirecek uzmanların doğru seçimi, uyarlama aşamasının en önemli noktalarından biridir. Uzmanlar her iki dili iyi bilen, akıcı konuşabilen, her iki dil ve kültürde eş değer anlamı ifade edebilen kişiler olmalıdır. Ayrıca bu kişiler skalanın konusuna, skala yapısına ve ölçülen yapıya hakim olan uzmanlar arasından seçilmelidir (Deniz, 2007). Çalışmamızın çeviri aşaması mütercim tercüman (MÇ, GG) ve filolog (OD) tarafından yapıldı.

Skalanın çevirisinde tek taraflı çeviri, grup çevirisi veya çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılabilir. Tek taraflı çevirinin başarılı olması tamamen çevirmenin bu konudaki bilgi ve becerisine bağlıdır. Araştırma sonuçları, tek taraflı çeviri yapılarak kullanılan ölçeklerin, geçerlilik ve güvenilirliğinin düşük olduğunu göstermiştir (Gözüm & Aydın, 2004).

Grup çevirisinde orijinal skalayı her iki dili bilen iki veya daha fazla kişi, birlikte ya da ayrı ayrı çevirir. Bu çeviride ya çevrilen versiyonda grup üyelerince bir anlaşmaya varılır ya da bağımsız bir gözlemci tarafından en uygun versiyon seçilir. Bu yöntem araştırmalarda sık kullanılan bir yöntem olsa da grup üyeleri birbirinden etkilenebilir ve bir anlaşmaya varma baskısı gibi önemli sınırlılıkları vardır (Gözüm & Aydın, 2004).

Skala çevirisinde en sık kullanılan yöntem “çeviri-geri çeviri” yöntemidir ve bu yöntemde skala ana dilden uyarlama yapılacak olan dile çevrilir, sonra tekrar ana diline çevrilerek anlamsal yönden değerlendirilir (Gözüm & Aydın, 2004). Çalışmamızda tek taraflı ve grup çeviride karşılaşılan olumsuzluklar nedeniyle çeviri-geri çeviri yöntemi tercih edildi.

Çevrilen skalanın maddelerinin görünüm geçerliğini değerlendirmek için “Maddeler okuyana anlamlı gelir mi?” sorusuna cevap aramalıdır. Bu sorusunun cevabı için en fazla uygulanan yaklaşımlar, uzman görüşü ve eşdeğerlik sınavasıdır (Gözüm & Aydın, 2004). Uzman görüşünde, çevrilen versiyonun dil uygunluğu ve açıklığı uzmanlar tarafından değerlendirilir. Bu aşamada araştırmacı psikoloji ve kendi bilim alanındaki uzmanların görüşüne başvurabilir. Daha sonra elde edilen soru formu hedef kitle içerisinde seçilecek olan en az 5-10 kişiye uygulanmalıdır. Böylece soru formu, hedef kitlenin soruları anlama ve dil uygunluğu açısından değerlendirmesinin ardından son şeklini almaktadır (Ercan & Kan, 2004). Çalışmamızda skalanın Türkçe versiyonu oluşturulduktan sonra 3 uzman diş hekimi ve 1 psikolog tarafından değerlendirildi. Değerlendirme sonucunda bildirilen görüşler doğrultusunda skala 18 hastadan oluşan bir örneklem grubunun çizdiği resimlerin değerlendirilmesinde kullanıldı. Resimler resim yorumlama eğitimi almış diş hekimi (DÖ) ve uzman psikolog (ED) tarafından

değerlendirildi. Değerlendirme sonuçlarına bakılarak skaladaki maddeler tekrar incelendi ve skalanın son formu elde edildi.

ÇHÇ Skalası'nın iki farklı dilde validasyonu yapılmıştır. Bunlar Wennström ve ark, (2011) tarafından yapılan İsveç versiyonu ve Fernandes ve Barbosa (2017) tarafından yapılan Brezilya versiyonudur. ÇHÇS cerrahi işlem gören ve çoğunlukla hastaneye yatışı gereken çocuklara uygulanmıştır (Wennström, Nasic, Hedelin, & Bergh, 2011; Fernandes & Barbosa, 2017). Wennström ve ark, (2011), Fernandes ve Barbosa (2017) validasyon çalışmalarında hastaneye yatış gerektirmeyen cerrahi işlem gören çocukları ve hastaneye gelmesi gerekmeyen o an için herhangi bir tedavi almamış okul çocuklarını çalışmalarına dahil etmişlerdir. ÇHÇS ile okul çocuklarının anksiyete düzeylerini daha düşük cerrahi işlem alan çocukların ise daha yüksek anksiyeteye sahip olacaklarını varsaymışlardır.

Değerlendiriciler arası güvenilirlikte veriler gözleme dayalı olarak toplanır ve birden fazla gözlemci, önceden eğitilerek birbirinden bağımsız bir şekilde, aynı durumu, aynı zamanda, aynı ölçüm aracı ile ölçmeye çalışılır (Ereife, 2002). Wennström ve ark (2011) tarafından yapılan ÇHÇS' nin İsveç versiyonu validasyonunda değerlendiriciler arası güvenilirlik korelasyonlarını, özellikle bölüm A,B ve toplam skor için yüksek olarak bulmuşlardır. C Bölümü için değerlendiriciler arası güvenilirlik biraz daha düşük ancak yine de anlamlı olarak elde edilmiştir. Fernandes ve Barbosa (2017), Wennström ve ark (2011)'nin yaptığı çalışmaya benzer şekilde korelasyonların bölüm A ve toplam skor için güçlü olma eğiliminde olduğunu, ancak B ve C kısımları için orta ve güçlü korelasyon katsayıları gözlemlenmesine rağmen zayıf olma eğiliminde olduğunu bulmuşlardır. Çalışmamızda bölüm A ($SKK_A = 0,948$; $p < 0,001$), bölüm B ($SKK_B = 0,844$; $p < 0,001$), bölüm C ($SKK_C = 0,729$; $p < 0,001$) ve toplam skor için ($SKK_{Toplam} = 0,936$; $p < 0,001$)

değerlendiriciler arasındaki güvenilirlik pozitif yönlü ve güçlü düzey korelasyon olarak bulundu.

ÇHÇ Skalası'nda en düşük korelasyon değeri B bölümü 16. madde “vücudun bir bölümünün abartılması” ve 20. madde “şeffaflık” da görüldü ($SKK_{16} = 0,346$; $p < 0,001$, $SKK_{20} = 0,327$; $p < 0,001$). Şeffaflık maddesi, vücutta dışarıdan bakıldığında gözükmeyen deri ile örtülü organların (kalp, kemik gibi) çizimde gösterilmesi durumunda puanlanır. Dişler birer iç organ olmadıkları için çizimlerde yer almaları şeffaflık maddesini ifade etmez. Bu maddenin farklı alınmaya açık olmasından dolayı 20. maddenin korelasyonunun düşük bulunmuş olabileceği düşünüldü. Vücudun bir bölümünün abartılması maddesinde bu maddenin puanlandığı çizimler incelendiğinde korelasyonun düşük çıkmasında çizim yapılırken silgi verilmemesi, perspektif hataları ve sayfayı tam ortalayamama gibi durumlarla karşılaşıldı. Bu sebeplerden dolayı çizimlerde endişeye bağlı abartılı çizimin dışında çizim sırasında karşılaşılan ilgili sorunlara bağlı abartılı çizimler olduğu görüldü. Bu nedenle 16. madde için düşük korelasyon değerlerinin gerçeği tam yansıtmadığını düşünmekteyiz. B bölümü için toplam SKK yüksek olduğundan ($SKK_B = 0,844$; $p < 0,001$) 16. ve 20. maddelerin skaladan çıkarılması düşünülmeydi.

Skalanın güvenilirliğinin bulma yöntemleri değişmezlik, iç tutarlılık, bağımsız gözlemciler arası ve içindeki uyum gibi üç temel başlık altında toplanmaktadır. Bir ölçme aracının, aynı denek grubuna, aynı koşullarda ve belli bir zaman aralığında iki kez uygulanması test-tekrar yöntemidir. İki uygulamadan elde edilen ölçüm değerleri korelasyon katsayısı, ölçeğin güvenilirlik katsayısıdır (Ercan & Kan, 2004). Ölçülen özellik sürekli değişken ve geliştirilen ölçek eşit aralık ya da oran ölçeği ise en güçlü, kuvvet yetkinliği en yüksek korelasyon tekniği olduğu için Pearson korelasyon katsayısı

hesaplanır (Tavşancıl, 2002). Korelasyon katsayıları iki değişken arasındaki ilişkinin derecesi ve yönü ile ilgili bilgi verir ve -1 ile +1 arasında değer alır. Katsayının +1 olması pozitif ve mükemmel ilişki varlığını gösterir. Bir ölçeğin kararlılık gösterdiğinin kabulü için en az 0,70 olması gerekir. Ölçülen davranış ve hedef kitleye göre bu sürenin değişmekle beraber ortalama 4 haftanın yeterli olduğu belirtilmektedir (Tavşancıl, 2002). Çalışmamızda test-tekrar test için en çok tercih edilen süre olan 4 hafta uygulandı. Psikolog ve diş hekiminin 4 hafta arayla yaptığı değerlendirmeler sonucu Pearson korelasyon katsayısı hesaplanmış ve 0,967 olarak bulundu.

Çalışmamızın ÇHÇS'nin validasyonu basamağında değerlendiriciler arası güvenilirlik (psikolog ve diş hekimi) yüksekti. A-B ve C bölümlerinin yanı sıra ÇHÇS toplam skoru, anksiyeteyi, lokal anestezi altında dolgu ve kanal tedavisi yapılan çocuklardan oluşan karşılaştırma grubu arasında anlamlı bir şekilde ayırt etmiş ve yeterli geçerliliği göstermiştir.

ÇHÇ Skalasının diş hekimliği alanında kullanımı sınırlı olmakla birlikte mevcut çalışmalarda lokal anestezi gerektiren diş çekimi, dolgu ya da kanal tedavisi uygulanan çocukların dental anksiyetesini ölçmede bu skalanın kullanıldığı görülmüştür (Aminabadi, Ghoreishizadeh, Ghoreishizadeh, & Oskouei, 2011; Guner Onur ve ark., 2020; Pala ve ark., 2016). Çalışmamızda lokal anestezi altında dolgu ve kanal tedavisi uygulanan çocuk hastaların dental anksiyete düzeylerinin ÇHÇ Skalası ile ölçülmesi amaçlandı.

Çizim 4-6 yaş arası çocuklar için, iç dünyaları ve algıladıkları gerçekler arasında bir bağlantı sağlayarak travmatik deneyimler hakkında bilgi sahibi olmamızı kolaylaştırabilir. Küçük çocuklar çizimle kendilerini ve deneyimlerini ifade etmeye çalışırlar. Doğumdan ergenliğe kadar çocuklar fizyolojik olarak ağlama veya çığlık atma

yeteneğine sahipken, bu davranışlar okul çağındaki çocuklar ve ergenler için sosyal olarak takdir edilmez. Bu nedenle, 9-13 yaş aralığındaki çocuklar çevrenin ve akranlarının bu tür davranışlar hakkındaki olumsuz düşünceleri nedeniyle bu tarz davranışları bastırabilir. Gelişimsel farklılıkları hesaba katmak için farklı araçlara ihtiyaç vardır. Çizim geniş bir yaş aralığında bize çocukların iç dünyası ve dışarıya göstermekten korktukları için bastırdıkları davranışları hakkında bilgi sahibi olmanın kapısını açar. Çalışmamızda bu bilgiler ışığında 4-13 yaş aralığındaki çocuklar çalışmaya dahil edildi.

Çocukların dental anksiyetelerinin ÇHÇS ile ölçüldüğü çalışmalarda kız ve erkek çocuklar arasında çeşitli farklılıklar görülebilmektedir. Burns-Nader ve ark. hastanede yatarak tedavi gören çocukların anksiyetelerini ölçtüğünde kız ve erkek çocuklar arasında bir fark bulunamamıştır (Burns-Nader, Hernandez-Reif, & Porter, 2014). Güner ve ark. (2020) lokal anestezi altında dental tedavi uygulanan çocukların dental anksiyetesini ölçtüğünde cinsiyetler arasında bir farklılık olmadığını belirtmişlerdir. Wennström ve ark. (2011) hastaneye yatmayı gerektirmeyen minör cerrahi uygulama yapılmış çocukların anksiyete düzeylerini ölçtüğü çalışmada erkek çocukların kız çocuklara oranla daha yüksek anksiyeteye sahip olduklarını bildirmişlerdir. Benzer şekilde Fernandes ve Barbosa (2017) hastaneye yatış gerektiren cerrahi işlem uygulanmış çocuklarda erkek çocukların kız çocuklara oranla daha yüksek anksiyete skoruna sahip olduğunu bulmuşlardır. Çalışmamızda Wennström (2011) ve Fernandes (2017)'in çalışmalarına benzer şekilde erkek çocukların anksiyetesi kız çocuklardan anlamlı şekilde yüksek bulundu.

Frankl Davranış Derecelendirme Skalası diş hekimliğinde dental anksiyetenin değerlendirilmesi amacıyla yaygın olarak kullanılan, öğrenme ve kullanım kolaylığı nedeniyle popüler olan ölçektir. Çocuk hastaların dört kategoriden birinde hızlı bir

şekilde sınıflandırılmasını sağlar. ÇHÇS ile ilgili diş hekimliği alanında yapılan çalışmalarda Frankl Davranış Derecelendirme Skalası sıklıkla kullanılmıştır (Aminabadi ve ark., 2011; Guner Onur ve ark., 2020; Pala ve ark., 2016). Bu çalışmalarda ÇHÇ Skalası ve Frankl Davranış Değerlendirme Skalası skorları arasında değişen korelasyonlar görülmüştür. ÇHÇS ile Frankl Davranış Değerlendirme Skalası skorları pozitif korelasyonu hastaların dental anksiyetesi artarken davranışlarının negatiften pozitive doğru artış gösterdiğini ifade ederken; negatif korelasyonda ise hastaların dental anksiyeteleri artarken davranışlarının pozitiften negatife doğru artış gösterdiğini ifade eder. Literatür ÇHÇS ile Frankl Davranış Değerlendirme Ölçeği arasındaki korelasyon negatif olması yönündedir (Aminabadi ve ark., 2011; Guner Onur ve ark., 2020). Güner ve ark. (2020) ÇHÇ Skalası ile Frankl Davranış Değerlendirme Ölçeği'nin skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon olduğunu göstermişlerdir (korelasyon katsayısı= -0,314; $p=0,005$). Aminabadi ve ark. (2011) ÇHÇ Skalası ve Frankl Davranış Değerlendirme Ölçeği skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan negatif korelasyon olduğunu göstermişlerdir (korelasyon katsayısı=-0,055; $p>0,05$). Pala ve ark. (2016) ÇHÇ Skalası ve Frankl Davranış Değerlendirme Ölçeğin skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan pozitif korelasyon ($p<0,05$) bulmuşlardır. Çalışmamızda ÇHÇ Skalası ve Frankl Davranış Değerlendirme Ölçeği skorları arasında diş hekiminin (korelasyon katsayısı= -0,118; $p>0,05$) ve psikoloğun (korelasyon katsayısı= -0,113; $p>0,05$) değerlendirdiği ÇHÇS skorlarının her ikisinde de istatistiksel olarak anlamlı olmayan negatif korelasyon ilişkisi bulundu.

Güner ve ark. (2020) yaptıkları çalışmada hastalara dolgu, amputasyon ve kanal tedavisi olmak üzere üç farklı tedavi prosedüründen birini uygulamışlardır. Uygulanan tedavi ve ÇHÇ Skalası skorlarını karşılaştırdıklarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark

olmadığını bulmuşlardır. Çalışmamızda hastalara dolgu ve kanal tedavisi olmak üzere iki farklı tedavi prosedüründen biri uygulanmıştır. Kanal tedavisi yapılan çocuklarda, kanal tedavisinin daha zor ve uzun süreli bir tedavi olması nedeniyle dolgu yapılan çocuklara göre daha yüksek anksiyete düzeyleri görüleceği varsayıldı. Yapılan tedavi ve ÇHÇ Skalası skorları arasındaki korelasyon incelendiğinde kanal tedavisi uygulanan çocukların dolgu tedavisi uygulanan çocuklara göre belirgin derecede daha yüksek dental anksiyete seviyesine sahip oldukları bulundu. İki çalışma arasında böyle bir farklılığın görülmesinde çalışmaların örneklem büyüklüklerinin farklı olması, hastaların ağrı şiddetlerindeki farklılıklar, hastaların tedavi sırasındaki kooperasyonu ve hekimin davranış yönetimi gibi çeşitli faktörlerin etkili olmuş olabileceği düşünüldü.

Hastalar dental işlemler sırasında normalden daha fazla ağrı hissedeceklerini düşünerek tedaviyi güçleştirir, aksatır ve diş hekimine geldiklerinde rahatsız olurlar (Taani ve ark., 2005). Bunun sonucunda anksiyete, hastaların tedavilerini yaptırmamaları için en önemli gerekçelerden biri olarak karşımıza çıkar (Stabholz & Peretz, 1999). Tedavi sırasında duyulan ağrı ve anksiyete arasında güçlü bir ilişki vardır. (Scott ve ark., 1983).

Dental anksiyete ve ağrı sorunu, hastalar için olduğu kadar, diş hekimleri için de önemli bir sorun oluşturmaktadır. Ağrılı dental işlemler korkuya neden olmakta, korku ve anksiyete algılanan ağrının şiddetini arttırmaktadır. Toplumun büyük çoğunluğu dental tedavi hakkında endişelere sahiptir ve bu yaklaşım ağız sağlığının korunmasında engel oluşturabilmektedir (Holmes & Girdler, 2005).

Ağrı öznel ve her bir birey tarafından farklı şekilde hissedilir. Bu nedenle, sadece hastalar hissettikleri acıyı değerlendirebilirler. Wong-Baker Ağrı Derecelendirme Skalası, çocuklarda ağrı değerlendirme yöntemleri içinde en sık kullanılanlardan biridir.

Yüz ifadeleri güvenilir ve tarafsız belirteç olarak görülmektedir (Wong & Baker, 1981). Yüz ifadesi çocuğun içinde bulunduğu duygu durumu hakkında bilgi sahibi olmaya yardımcı olur. Mutlu yüz ifadeleri olumlu duyguları temsil ederken, mutsuz yüz ifadeleri olumsuz duyguları ifade etmektedir.

Pala ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada diş çekimi uygulanan hastaların ağrı düzeylerini ölçmek için Faces Pain Scale-Revised (FPS-R)'i kullanmışlardır. Bu skala Wong-Baker Ağrı Derecelendirme Skalası'na benzer şekilde 0-4 arasındaki değerler hafif ağrıyı, 4-6 arasındaki değerler orta derecede ağrıyı, 6-8 arasındaki değerler şiddetli ağrıyı ve 8-10 arasındaki değerler ise dayanılmaz ağrıyı belirtmektedir. Pala ve ark. (2016) FPS-R skoru ile ÇHC Skalası'ndan elde edilen skorları karşılaştırarak ağrı ve dental anksiyete arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir ve ağrı ile dental anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan pozitif korelasyon bulmuşlardır (korelasyon katsayısı=0,17, $p>0,05$). Çalışmamızda lokal anestezi uygulaması altında dolgu ve kanal tedavisi uygulanan hastaların tedavi sırasında hissettikleri ağrı düzeyleri Wong-Baker Ağrı Derecelendirme Skalası ile ölçüldü ve hem diş hekimi hem de psikolog tarafından ÇHC Skalası ile değerlendirilen anksiyete düzeyleri karşılaştırıldı. Pala ve ark.'nın (2016) sonucuna benzer şekilde ağrı ve dental anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan pozitif korelasyon bulundu (korelasyon katsayısı=0,092; 0,121 $p>0,05$).

Anksiyete düzeylerindeki ayrıntıların sayısı ile çizim arasında pozitif bir ilişki vardır; bir kişi endişeli hissettiğinde, daha takıntılı hale gelerek bir başa çıkma stratejisi geliştirebilmektedir (Clatworthy ve ark., 1999b). Ayrıca, koyu renklerin kullanımı ve gölgelendirmelerin yapılması anksiyete belirtileri olarak kabul edilir (Sancei, Bahrami, & Haghegh, 2011; Skybo ve ark., 2007). Anksiyete düzeyi arttıkça, çocuklar uzuvların veya vücudun diğer kısımlarının boyutunu büyütürler ya da bazı vücut kısımlarını eksik

çizebilirler. Bu çalışmada, yüksek anksiyete düzeyine sahip çocukların diş hekiminin ya da kendisinin vücut kısımlarını eksik çizdikleri görüldü.

Diş hekimliği ekipmanları yüksek kaygı düzeyine sahip çocukların çizimlerinde daha büyük ve tehdit edici olarak gözlenmiştir (Clatworthy ve ark., 1999b). Kıyafetli ya da kıyafetsiz çöp adamlar, uyumsuz ve asimetric bir vücut görünümü, göz bebeği olmayan veya göz küresi olmayan büyük gözler, ekstremiteilerin zayıf entegrasyonu, vücutların zayıf boy-genişlik oranı, çok koyu ya da çok açık çizgiler, az sayıda renk kullanımı ve kullanılan renklerinde koyu renkte olması yüksek kaygı düzeylerine sahip çocukların çiziminde gözlenmiştir. Buna karşılık, düşük kaygı düzeylerine sahip çocukların çizimi, mutlu yüz ifadeleri ve uyumlu ve simetric bir görünüm, çizimin kağıt üzerinde merkezi yerleşim, uygun vücut oranları, orta koyulukta çizgiler, verilen renklerin tamamını veya çoğunluğunu kullanma ve renklerin içinde ağırlıklı olarak açık renkli boyaların kullanımını içeriyordu (Aminabadi ve ark., 2011; Frauches, Monteiro, Rodrigues, Dias, & Diniz, 2018; Mittal & Sharma, 2012).

ÇHÇ Skalasında çizimlerde baskın rengin değerlendirildiği bölümde en yüksek anksiyete puanı, 10 puan siyah, 9 puan kırmızı renk almaktadır. Bu renklerin ağırlıklı çizimlerin daha yüksek anksiyete düzeyine sahip çocuklar tarafından çizildiği görülmüştür (Clatworthy ve ark., 1999a). Amerikanda bir okuldaki Arap kökenli çocuklarda yapılan renk ve ağrı ilişkili çalışmada çocuklar siyah ve maviyi ağrı rengi olarak tanımlamışlardır (Abu-Saad, 1984). Gana'da erişkin hastalarda postoperatif uygulanan Renk Çemberi Ağrı Skalası (CCPS) altı renkten (beyaz, yeşil, altın, mavi, kırmızı, siyah) oluşmaktadır (Aziato, Dedey, Marfo, Asamani, & Clegg-Lampsey, 2015). Aziato ve ark. (2015) tarafından CCPS kullanılarak yapılan çalışmada dayanılmaz ağrı ve şiddetli ağrı hastalar tarafından siyah ve kırmızı ile ifade edilirken ; beyaz renk ise ağrı

olmayan hastalar tarafından ifade edilmiştir. Altan ve ark.'nın (2019) çocuklarda diş ağrısının renklerle olan ilişkisine baktıkları çalışmada çocukların ağrı düzeylerini VAS ile ölçmüşlerdir (Altan ve ark., 2019). Diş ağrısı varken ve yokken seçilen renkleri kaydetmişlerdir. Bu çalışma sonucunda ağrı seviyesi yüksek çocukların siyah ve kırmızı renkleri ağırlıklı olarak seçerken ağrısı olmayan çocukların ağırlıklı olarak sarı rengi seçtiklerini bildirmişlerdir. Çalışmamızda ağrıyı ölçmek için Wong-Baker Ağrı Derecelendirme Skalası kullanılmıştır. Wong-Baker skoru 6 (belirgin ağrı var), 8 (ciddi ağrı var), 10 (dayanılmaz ağrı var) olan çocukların sayısı 4 ile sınırlıydı. Bu 4 çocuğun resimleri incelendiğinde 2'sinin yaptığı çizime hakim olan renk siyahtı ve ortalamanın üstünde anksiyete skoruna sahipti. Bu çalışmalardan yola çıkarak siyah ve kırmızı rengin yüksek ağrı ve anksiyetenin göstergesi olduğu sonucuna varabilmekteyiz. Ağrı ve anksiyetenin bu ortak yanı birbirleriyle ilişkili olup ağrı düzeyi yüksek çocukların anksiyetelerinin de yüksek olabileceğini düşündürmektedir. Çalışmamızda Wong-Baker skoru 6 (belirgin ağrı var), 8 (ciddi ağrı var), 10 (dayanılmaz ağrı var) olan çocuk sayısının az olması nedeniyle bu görüşü destekleyecek daha fazla örneklem grubuna ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu çalışmanın diğer limitasyonları, çocukların sadece dental tedavi seanslarından sonra bir çizim yapmasıdır. Bu nedenle, çizimler genel kaygı düzeylerini değil, çocukların tedavi sırasında yaşadıkları anlık dental duygu ve korkuları yansıtabilir. Daha sonraki çalışmalarda, çocuk çizimleri zaman içinde birden fazla çizim kullanılarak ve farklı diş tedavisi seanslarından sonra değerlendirilebilir.

Dental ortamlardaki çocuk çizimleri çok çeşitli bilgileri toplamak için kullanılabilir. Çizim, çocukların deneyimleri hakkında karşıya aktardıkları bilgi miktarını artırır ve aynı zamanda anlatılarını düzenlemelerine yardımcı olarak daha iyi bir hikaye

anlatmalarına olanak tanır. Mevcut yöntemlerin eksiklikleri, anksiyete ve ağrıyı birbirinden ayırabilen yeni öznel yöntemlerin kullanılmasının gerekliliğini vurgulamaktadır. Bu nedenle, ÇHÇS'den çıkan skarlama sisteminin ve skor kağıdının duygusal göstergelerinin daha fazla araştırılması gerekebilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çocuk Hastane Çizimleri Skalası (ÇHÇS)'nin Türkçe validasyonunun yapıldığı ve dental anksiyetenin çizim yoluyla değerlendirildiği iki aşamalı çalışmamızdaki sonuç ve öneriler şunlardır:

- 1- Çocuk Hastane Çizimleri Skalası'nın Türkçe versiyonu, 4-13 yaşlar arasındaki çocuklarda dental anksiyete değerlendirmesi için güvenilir ve geçerli bir araç olarak kullanılabileceği bulundu.
- 2- ÇHÇS' nin A-B-C bölümleri ve toplam skor için elde edilen değerlerin değerlendiriciler arasındaki korelasyonu sınıf içi korelasyon katsayısı ile değerlendirildi ve aralarında pozitif yönlü, güçlü düzey ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyon elde edildi.
- 3- Tekrarlanabilirliği saptamak için test tekrar test uygulandı. Dört hafta ara ile yapılan değerlendirilmeler sonucunda, skalanın tekrarlanabilir olduğu saptandı.
- 4- Erkek çocuklarının ÇHÇS dental anksiyete değerleri kız çocuklardan daha yüksek bulundu.
- 5- ÇHÇS ile ölçülen dental anksiyete değerleri kanal tedavisi yapılan çocuklarda dolgu yapılan çocuklara göre daha yüksek bulundu.
- 6- Hastaların yaşı ile Wong Baker skoru arasında ilişkiye bakıldığında, hasta yaşı azaldıkça ağrı düzeylerinde artış görüldü.
- 7- Hastaların ÇHÇS dental anksiyete skorları arttıkça tedavi sırasındaki davranışları pozitiflikten negatifliğe doğru artış gösterdi.

- 8- Hastaların tedavi sırasında hissettikleri ağrı düzeyi arttıkça dental anksiyeteleri arttı.
- 9- Çizim, ağrının şiddetinin değerlendirilmesi hakkında diş hekimine yorum yapma fırsatı vermektedir.
- 10- ÇHÇ Skalası'nın Türkçeye kazandırılmasıyla birlikte psikometrik dental anksiyetenin ölçüldüğü skalalarla çalışmaların sayısının artırılması gerektiğini düşünmekteyiz.



7. KAYNAKLAR

- Aartman I., Hoogstraten J., & Schuurs A. (1998). Self-report measurements of dental anxiety and fear in children: a critical assessment. *ASDC journal of dentistry for children*, 65(4), 252-258, 229-230.
- Abu-Saad H. (1984). Cultural components of pain: The Arab-American child. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 7(2-3), 91-99.
- Aksayan S., & Gözüm S. (2002). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 4(1), 9-14.
- Altan H., Çevik H., Doğru S., Coşgun A., Süren M., & Okan İ. (2019). The pain colour of children with toothache in Turkish population. *BMC oral health*, 19(1), 1-8.
- Altın K. T., Onur Ş. G., Yurtseven B. D., Altunok Ç., & Sandallı N. (2018). Ebeveyn dental kaygısının çocukların dental kaygısı üzerine etkileri The influences of. 146-151.
- Alwin N., Murray J., & Britton P. (1991). An assessment of dental anxiety in children. *British dental journal*, 171(7), 201-207.
- Aminabadi N. A., Ghoreishizadeh A., Ghoreishizadeh M., & Oskouei S. G. (2011). Can drawing be considered a projective measure for children's distress in paediatric dentistry? *International Journal of Paediatric Dentistry*, 21(1), 1-12.
- Aziato L., Dedey F., Marfo K., Asamani J. A., & Clegg-Lampsey J. N. A. (2015). Validation of three pain scales among adult postoperative patients in Ghana. *BMC nursing*, 14(1), 42.

- Bademci V. (2006). Tartışmayı Sonlandırmak: Cronbach'ın Alfa Katsayısı, İki Değerli [0, 1] Ölçümlenmiş Maddeler İle Kullanılabilir. Atatürk Üniversitesi Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi(13), 438-446.
- Baygın Ö., Tüzüner T., TÜZÜNER T., Işık B., Arslan İ., Tanrıver M., & TANRIVER M. (2012). Preoperatif Anksiyetenin Süt Dişi Çekimi Yapılan Çocuklarda Ağrı Düzeyi İle Korelasyonunun Değerlendirilmesi. Journal of Istanbul University Faculty of Dentistry, 46(1), 32-42.
- Bayrak Ş., Şen E., Eğilmez D. T., & Tüloğlu D. N. (2010). Ebeveyn dental kaygısı ve sosyodemografik faktörlerin çocukların dental kaygısı üzerine etkileri. Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, 2010(3), 181-188.
- Berry P. H., & Dahl J. L. (2000). The new JCAHO pain standards: implications for pain management nurses. Pain Management Nursing, 1(1), 3-12.
- Broadbent J. M., Thomson W. M., Boyens J. V., & Poulton R. (2011). Dental plaque and oral health during the first 32 years of life. The Journal of the American Dental Association, 142(4), 415-426.
- Buchanan H., & Niven N. (2002). Validation of a Facial Image Scale to assess child dental anxiety. International Journal of Paediatric Dentistry, 12(1), 47-52.
- Burkitt E., Barrett M., & Davis A. (2005). Drawings of emotionally characterised figures by children from different educational backgrounds. International Journal of Art & Design Education, 24(1), 71-83.
- Burns-Nader S., Hernandez-Reif M., & Porter M. (2014). The relationship between mothers' coping patterns and children's anxiety about their hospitalization as reflected in drawings. Journal of Child Health Care, 18(1), 6-18.

- Casamassimo P. S., Thikkurissy S., Edelstein B. L., & Maiorini E. (2009). Beyond the dmft: the human and economic cost of early childhood caries. *The Journal of the American Dental Association*, 140(6), 650-657.
- Chadwick B. L. (2002). Assessing the anxious patient. *Dental update*, 29(9), 448-454.
- Chambers C. T., & Craig K. D. (1998). An intrusive impact of anchors in children's faces pain scales. *Pain*, 78(1), 27-37.
- Chambers C. T., Giesbrecht K., Craig K. D., Bennett S. M., & Huntsman E. (1999). A comparison of faces scales for the measurement of pediatric pain: children's and parents' ratings. *Pain*, 83(1), 25-35.
- Chapman H., & Kirby-Turner N. (1999). Dental fear in children—a proposed model. *British dental journal*, 187(8), 408-412.
- Clatworthy S., Simon K., & Tiedeman M. (1999a). Child drawing: hospital manual. *Journal of pediatric nursing*, 14(1), 10-18.
- Clatworthy S., Simon K., & Tiedeman M. E. (1999b). Child drawing: Hospital—An instrument designed to measure the emotional status of hospitalized school-aged children. *Journal of Pediatric Nursing*, 14(1), 2-9.
- Cohen L. L., Blount R. L., Cohen R. J., & Johnson V. C. (2004). Dimensions of pediatric procedural distress: Children's anxiety and pain during immunizations. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11(1), 41-47.
- Çankırılı A. (2011). Çocuk resimlerinin dili: Zafer Basın Yayın Ve Turizm Ve Bilg. Ürünleri San. TİC. LTD. ŞTİ.
- Davidson A. J., Shrivastava P. P., Jansen K., Huang G. H., Czarnecki C., Gibson M. A., . . . Stargatt R. (2006). Risk factors for anxiety at induction of anesthesia in children: a prospective cohort study. *Pediatric Anesthesia*, 16(9), 919-927.

- Deniz Z. (2007). Psikolojik ölçme aracı uyarlama. *Journal of Faculty of Educational Sciences*, vol:40, 1-16.
- DiLeo J. (1970). *Young children and their drawings*. New York, NY: Brunner. Mazel Publishers.
- Eisenhart, M., Finkel, E., & Marion, S.(1996). Creating conditions for scientific literacy: A reexamination. *American Educational Research Journal*, 33, 261-295.
- Driessnack M. (2005). Children's drawings as facilitators of communication: a meta-analysis. *Journal of pediatric nursing*, 20(6), 415-423.
- Ercan İ., & Kan İ. (2004). Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30 (3), 211-216.
- Erefe İ. (2002). Veri toplama araçlarının niteliği. *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri*, Odak Ofset, Ankara, 133-138.
- Fernandes I. A. d. O., & Barbosa A. J. G. (2017). Preliminary validity and reliability evidence of the child drawing: hospital-brazilian version. *Avaliação Psicológica*, 16(3), 338-347.
- Flanagan R., & Motta R. W. (2007). Figure drawings: A popular method. *Psychology in the Schools*, 44(3), 257-270.
- Folayan M., Idehen E., & Ufomata D. (2003). The effect of sociodemographic factors on dental anxiety in children seen in a suburban Nigerian hospital. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 13(1), 20-26.
- Frauches M., Monteiro L., Rodrigues S., Dias C., & Diniz M. (2018). Association between children's perceptions of the dentist and dental treatment and their oral health-related quality of life. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 19(5), 321-329.

- Freeman R. (1985). Dental anxiety: a multifactorial aetiology. *British dental journal*, 159(12), 406-408.
- Furth G. (2002). *The Secret World Of Drawings: A Jungian Approach to Healing Through Art*, Toronto: Inner City Boks, 2 edition.
- Goettems M. L., Ardenghi T. M., Romano A. R., Demarco F. F., & Torriani D. D. (2011). Influence of maternal dental anxiety on oral health-related quality of life of preschool children. *Quality of Life Research*, 20(6), 951-959.
- Gözüm S., & Aydın I. (2004). Validation evidence for Turkish adaptation of champion's health belief model scales. *Cancer nursing*, 27(6), 491-498.
- Guner Onur S., Tonguc Altin K., Demetgul Yurtseven B., Haznedaroglu E., & Sandalli N. (2020). Children's drawing as a measurement of dental anxiety in paediatric dentistry. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 1-10.
- Hamama L., & Ronen T. (2009). Children's drawings as a self-report measurement. *Child & Family Social Work*, 14(1), 90-102.
- Holmes R., & Girdler N. (2005). A study to assess the validity of clinical judgement in determining paediatric dental anxiety and related outcomes of management. *International journal of paediatric dentistry*, 15(3), 169-176.
- Jaakkola S., Rautava P., Alanen P., Aromaa M., Pienihäkkinen K., Räihä H., . . . Sillanpää M. (2009). Dental fear: one single clinical question for measurement. *The open dentistry journal*, 3, 161.
- Karakoç A. G. D. F. Y., & Dönmez L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 13(40), 39-49.

- Keenum A. J., Wallace L. S., & Stevens A. R. B. (2003). Patients' attitudes regarding physical characteristics of family practice physicians. *Southern medical journal*, 96(12), 1190-1195.
- Kehnemuyi Z. (1977). *Çocuğun Resim Eğitimi*. istanbul: Redhouse Yayınevi.
- Kelly M. (2000). Adult dental health survey. *Oral health in the United Kingdom 1998*.
- Klaassen M. A., Veerkamp J. S. J., & Hoogstraten J. (2007). Dental fear, communication, and behavioural management problems in children referred for dental problems. *International journal of paediatric dentistry*, 17(6), 469-477.
- Kleiman M. (1982). Fear of dentists as an inhibiting factor in children's use of dental services. *J. dent. Child.*, 49, 209-213.
- Kleinknecht R. A., Klepac R. K., & Alexander L. D. (1973). Origins and characteristics of fear of dentistry. *The Journal of the American Dental Association*, 86(4), 842-848.
- Klepsch M., & Logie L. (1982). *Children draw and tell: An introduction to the projective uses of children's human figure drawings*: Psychology Press.
- Klingberg G. (1995). Dental fear and behavior management problems in children. A study of measurement, prevalence, concomitant factors, and clinical effects. *Swedish dental journal. Supplement*, 103, 1-78.
- Klingberg G. (2001). Behavior management problem in children and adolescents. *Pediatric Dentistry-a Clinical Approach-*, 53-70.
- Klingberg G., & Hwang C. (1994). Children's dental fear picture test (CDFP): a projective test for the assessment of child dental fear. *ASDC journal of dentistry for children*, 61(2), 89-96.
- Koch G. (1991). *Pedodontics: a clinical approach*: Munksgaard.

- Krochak M. (1988). The psychodynamics of dental anxiety and dental phobia. *Dent Clin North Am*, 32(4), 647.
- Kuuppelomäki M. (2002). Pain management problems in patients' terminal phase as assessed by nurses in Finland. *Journal of advanced nursing*, 40(6), 701-709.
- Kvale G., Berggren U., & Milgrom P. (2004). Dental fear in adults: a meta-analysis of behavioral interventions. *Community dentistry and oral epidemiology*, 32(4), 250-264.
- Lee C. Y., Chang Y. Y., & Huang S. T. (2007). Prevalence of dental anxiety among 5-to 8-year-old Taiwanese children. *Journal of public health dentistry*, 67(1), 36-41.
- Looman W. S. (2006). A developmental approach to understanding drawings and narratives from children displaced by Hurricane Katrina. *Journal of Pediatric Health Care*, 20(3), 158-166.
- Mac Lellan K. (2004). Postoperative pain: strategy for improving patient experiences. *Journal of advanced nursing*, 46(2), 179-185.
- Machover K. (1949). Personality projection in the drawing of the human figure: A method of personality investigation.
- Malchiodi C. A., & Yurtbay T. (2005). Çocukların resimlerini anlamak: Epsilon.
- Malhan S. (2005). Sağlıkla bağlı yaşam kalitesi kalitemetri: Ergun Oksuz.
- Mathewson R., & Primosch R. (1995). Behavioral and Physical Assessment. *Fundamentals of Pediatric Dentistry*. Carol Stream, IL: Quintessence Books, 7-23.
- Mathur J., Diwanji A., Sarvaiya B., & Sharma D. (2017). Identifying dental anxiety in children's drawings and correlating it with frankl's behavior rating scale. *International journal of clinical pediatric dentistry*, 10(1), 24.

- Matto H. C. (2007). Drawings in Clinical Assessment of Children and Adolescents. In S. R. Smith & L. Handler (Eds.), *The clinical assessment of children and adolescents: A practitioner's handbook* (p. 207–221). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- McDonald R. E., & Avery D. R. (2004). *Dentistry for the child and adolescent*: Mosby Incorporated.
- Milgrom P., Fiset L., Melnick S., & Weinstein P. (1988). The prevalence and practice management consequences of dental fear in a major US city. *The Journal of the American Dental Association*, 116(6), 641-647.
- Milgrom P., Mancl L., King B., & Weinstein P. (1995). Origins of childhood dental fear. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 313-319.
- Milgrom P., Vignehsa H., & Weinstein P. (1992). Adolescent dental fear and control: prevalence and theoretical implications. *Behaviour Research and Therapy*, 30(4), 367-373.
- Mistry D., & Tahmassebi J. (2009). Children's and parents' attitudes towards dentists' attire. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 10(4), 237-240.
- Mittal R., & Sharma M. (2012). Assessment of psychological effects of dental treatment on children. *Contemporary Clinical Dentistry*, 3(Suppl1), S2.
- Nakai Y., Hirakawa T., Milgrom P., Coolidge T., Heima M., Mori Y., . . . Shimono T. (2005). The children's fear survey schedule–dental subscale in Japan. *Community dentistry and oral epidemiology*, 33(3), 196-204.
- Newton J. T., & Buck D. J. (2000). Anxiety and pain measures in dentistry: a guide to their quality and application. *The Journal of the American Dental Association*, 131(10), 1449-1457.

- Nicolas E., Bessadet M., Collado V., Carrasco P., Rogerleroi V., & Hennequin M. (2010). Factors affecting dental fear in French children aged 5–12 years. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 20(5), 366-373.
- Otis J. D., Keane T. M., & Kerns R. D. (2003). An examination of the relationship between chronic pain and post-traumatic stress disorder. *Journal of rehabilitation research and development*, 40(5), 397-406.
- Önçağ Ö. (2005). Çoğulu D. Ailenin sosyoekonomik durumu ve eğitim düzeyinin çocuklarda dental kaygı üzerine etkisi. *Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 2, 32.
- Özel A., & Çetin H. (2020) Çocuklarda kan alma işlemi sırasında titreşimli turnike uygulamasının hissedilen ağrıya etkisi, 32(1), 25-30.
- Öztunç H., Haytaç M. C., Özmeriç N., & Uzel İ. (2000). Adana ilinde 6-11 yaş grubu çocukların ağız-diş sağlığı durumlarının değerlendirilmesi. *Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 17(2), 1-6.
- Özyürek A., Cinar M., Yavuz N., Bektaş M., & Çetin A. (2015). İlkokul öğrencileri ve annelerinin ağız ve diş sağlığı konusundaki bilgi ve uygulamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*(30), 34-48.
- Pala S. P., Nuvvula S., & Kamatham R. (2016). Expression of pain and distress in children during dental extractions through drawings as a projective measure: a clinical study. *World journal of clinical pediatrics*, 5(1), 102.
- Panda A., Garg I., & Bhobe A. P. (2014). Children's perspective on the dentist's attire. *International journal of paediatric dentistry*, 24(2), 98-103.
- Pelander T., Lehtonen K., & Leino-Kilpi H. (2007). Children in the hospital: elements of quality in drawings. *Journal of pediatric nursing*, 22(4), 333-341.

- Peretz B., & Efrat J. (2000). Dental anxiety among young adolescent patients in Israel. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 10(2), 126-132.
- Pinkham J. (1982). The dentist and child-patient encounter: an Adlerian analysis. *ASDC journal of dentistry for children*, 49(4), 266.
- Pinkham J. R., Casamassimo P., Fields H., McTigue D., & Nowak A. (2005). *Pediatric dentistry. Infancy through adolescence*, 4.
- Pond D. (1968). The tooth and the psyche. *British dental journal*, 125(10), 457.
- Quirk M. (1977). Human relations with dental personnel. *ASDC journal of dentistry for children*, 44(3), 203-206.
- Ramos-Jorge J., Marques L. S., Homem M. A., Paiva S. M., Ferreira M. C., OLIVEIRA FERREIRA F., & RAMOS-JORGE M. L. (2013). Degree of dental anxiety in children with and without toothache: prospective assessment. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 23(2), 125-130.
- Sadock B., & Kaplan S. V. (2003). *Sadocks Synopsis of Psychiatry*. 9th eds. In: Philadelphia: Williams & Wilkins, 591–636.
- Saneei A., Bahrami H., & Haghegh S. A. (2011). Self-esteem and anxiety in human figure drawing of Iranian children with ADHD. *The arts in psychotherapy*, 38(4), 256-260.
- Scott L. E., Clum G. A., & Peoples J. B. (1983). Preoperative predictors of postoperative pain. *Pain*, 15(1-4), 283-293.
- Sheskin R., Klein H., & Lowental U. (1982). Assessment of children's anxiety throughout dental treatment by their drawings. *ASDC journal of dentistry for children*, 49(2), 99-106.

- Skaret E., Raadal M., Berg E., & Kvale G. (1998). Dental anxiety among 18-yr-olds in Norway, Prevalence and related factors. *European journal of oral sciences*, 106(4), 835-843.
- Skybo T., Ryan-Wenger N., & Su Y.-h. (2007). Human figure drawings as a measure of children's emotional status: Critical review for practice. *Journal of pediatric nursing*, 22(1), 15-28.
- Stabholz A., & Peretz B. (1999). Dental anxiety among patients prior to different dental treatments. *International dental journal*, 49(2), 90-94.
- Stafstrom C. E., Rostasy K., & Minster A. (2002). The usefulness of children's drawings in the diagnosis of headache. *Pediatrics*, 109(3), 460-472.
- Taani D., El-Qaderi S., & Abu Alhaija E. (2005). Dental anxiety in children and its relationship to dental caries and gingival condition. *International journal of dental hygiene*, 3(2), 83-87.
- Taşkın Ç., & Akat Ö. (2010). Araştırma yöntemlerinde yapısal eşitlik modelleme: LISREL ile marka değeri ölçümü örnekleri: Ekin Basım Yayın Dağıtım, 2. bölüm:16-26.
- Tavşancıl E. (2002). Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. Nobel Yayıncılık, 1. Baskı ,Ankara.
- Uzbay İ. T. (2002). Anksiyetenin nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(1), 5-13.
- Uzun C. (2011). Çocuklarda dental anksiyetenin nonfarmakolojik giderilme yolları. Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı, Bitirme Tezi, İzmir,(Danışman: Doç. Dr. Nazan Ersin).
- Veltman M. W., & Browne K. D. (2002). The assessment of drawings from children who have been maltreated: A systematic review. *Child Abuse Review: Journal of the*

- British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect, 11(1), 19-37.
- Versloot J., Veerkamp J. S., & Hoogstraten J. (2004). Assessment of pain by the child, dentist, and independent observers. *Pediatric dentistry*, 26(5), 445-449.
- Viinikangas A., Lahti S., Yuan S., Pietilä I., Freeman R., & Humphris G. (2007). Evaluating a single dental anxiety question in Finnish adults. *Acta Odontologica Scandinavica*, 65(4), 236-240.
- Wennström B., Nasic S., Hedelin H., & Bergh I. (2011). Evaluation of the Swedish version of the Child Drawing: hospital Manual. *Journal of advanced nursing*, 67(5), 1118-1128.
- Winer G. A. (1982). A review and analysis of children's fearful behavior in dental settings. *Child Development*, 1111-1133.
- Wong P., & Baker R. (1981). Control Of Wheat Take-All And Ophiobolus Patch Of Agrostis Turfgrass By Fluorescent Pseudomonads From A Fusarium Wilt-Suppressive Soil. Paper presented at the Phytopathology, Vol. 71 No. 9, pp. 1008-1008.
- Xia B., Wang C. L., & Ge L. H. (2011). Factors associated with dental behaviour management problems in children aged 2–8 years in Beijing, China. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 21(3), 200-209.
- Yahyaoğlu Ö., & Baygın Ö. (2018). Çocuk Diş Hekimliğinde Diş Hekimi Kaygı ve Korkusunun Değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 28(4), 599-609.
- Yavuzer H. (2005). *Resimleriyle Çocuk*, İstanbul, Remzi Kitabevi.

Yetiş C. Ç., & Küçükeşmen Ç. (2013). Çocuk Hastalarda “Dental Kaygı ve Davranış İdaresi Problemlerinin” Görülme SıklığıI ve Etiyolojik Faktörleri. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(1), 62-68.



8. EKLER

EK-1 DİŞ HEKİMİ RESİM YORUMLAMA EĞİTİM BELGESİ



EK-2. ÇEVİRİ YAPAN UZMANLAR

Melek ÇETİN	Mütercim tercüman
Gamze GÜRLEYEN	Mütercim tercüman
Okaycan DURUKOĞLU	Filolog



EK-3 ÇİZİMLERİ YORUMLAYAN UZMANLAR

Elif DENİZ

Psikolog

Arş. Gör. Deniz Sıla ÖZDEMİRTokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Diş
Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı



EK-4 GÖRÜŞÜ ALINAN UZMANLAR

Doç. Dr. Halenur ALTAN	Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı
Dr. Öğr. Üyesi Sibel AKBULUT	Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalı
Arş. Gör. Melek BELEVÇİKLİ	Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı

EK-5 ETİK KURUL ONAYI

T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 83116987 - 527
Konu : Etik Kurul Kararı
Toplantı Tarihi : 09.01.2018
Toplantı No : 2018/01
Proje No : 17-KAEK-195

24.10.2018

Sayın, Dr. Öğretim Üyesi Halenur ALTAN

Etik Kurulumuzun 09.01.2018 tarihli toplantısında görüşülen 17-KAEK-195 kayıt numaralı **“Çizim, Çocuk Diş Hekimliğinde Dental Ağrıların Değerlendirilmesinde Bir Ölçüt Olarak Düşünülebilir mi?”** başlıklı çalışmanız gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Doç.Dr. Faruk KUTLUÖZ
Başkan

EK-6 ÇHÇS ve ÇHÇS SKOR SAYFASI
ÇHÇS BÖLÜM A

BÖLÜM A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Kişinin Pozisyonu	Ayakta-Zemin Var	Ayakta-Zemin Yok	Koltuk Değneği ile Ayakta	Dental Ünit- Ayakta Duran	Sandalyede Oturur Durumda	Dental ünitte Oturur Durumda	Dental ünitte Oturur Durumda-Üstü Örtülü	Dental ünitte Uzanır Durumda	Dental ünitte Uzanır Durumda-Üstü Örtülü	Yüzer Durumda veya Kişi Yok
2.Hareket-Yaşam	Gözle Görülür Hareketlilik		Kişi Ya Da Resimde Canlılık		Biraz Canlılık		Hareket Potansiyeli	Hareket Yok Ama Canlılık Var		Kaskatı, Canlılık Yok
3.Kişinin Uzunluğu	Vücut Uzun, Tüm Kağıdı Kaplar	Resme Uygun Uzun Vücut	Resme Uygun Kısa Vücut		Kısa İnsanlar, Açıkta Vücutlar		Çok Küçük Sıkıştırılmış İnsanlar	Sadece Üst Gövde	Sadece Kafa Vücut Örtülü	Kafa Var, Vücut Yok
4. Kişinin Boy Genişlik Oranı	Vücudun Genişliği Uzunluğuna Uygun	Vücudun Genişliği Uzunluğuna Göre Biraz Daha Azdır	Vücudun Uzunluğuna Göre Genişliği İnce, Giyinik	Vücut İnce, Giyinik Değil Ya Da Vücut Ölçülü Ama Giyinik Değil	Uygun Vücut Ölçüsü, Örtülü	Kıyafetli Çöp Adamlar	Kıyafetsiz Çöp Adamlar	Çok İnce Vücut veya Örtülü Çöp Adam Şeklinde	Belirsiz Vücut Şekilleri	Vücut Yok, Sadece Kafa Var, Örtü Altında Vücut Olduğuna Dair Kanıt Yok
5.Yüz İfadesi	Gülümseme		½Gülümseme		Nötral			½Somurtma	Somurtma	Yüz Yok, İfade Yok
6.Gözler / Göz Bebekleri							 Delici	 Minik Noktalar Şeklinde	 Kapalı	 Boş, Görünmeyen

BÖLÜM A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7.Kişinin Çevreye Göre Boyutu	Uygun Boyut		Ortadan Küçüğe		Küçük			Çok Küçük		Küçücük
8.Renk Baskınlığı	Sarı		Yeşil		Mavi	Turuncu	Mor	Kahverengi	Kırmızı	Siyah
9.Kullanılan Renk Sayısı	8	7	6		5	4	3		2	1
10.Kağıdın Kullanımı	Tümü		3/4		1/2			1/4		1/8 Sınırlı
11.Kağıttaki Yerleşimi										
12.Darbelerin Niteliği	Sert,Koyu		Koyu, Biraz Açık		Orta, Eşit Derecede Açık Ve Koyu			Açık		Çok Açık
13.Hastane Ekipmanları	Hiç yok		Boyut Olarak Orantılı		Boyutta Hafif Artış			Daha Büyük Ekipman		Büyük ve Tehdit Edici
14.Gelişim Seviyesi	Normalin Üstünde		Normal		Normalin Biraz Altında		Normalin Altında			Belirgin Derecede Normalin Altında

ÇHÇS BÖLÜM B

15. Bir Vücut Bölümünün Unutulması	El bir tarafta yer alırken, diğer tarafta yer almaz. Tüm kişilerin vücudunda; ağzı, gözleri ve yüzü olan bir kafası, ellerinin olduğu kolları ve ayaklarının olduğu bacakları olmalıdır. Yedi yaşından itibaren burun, saç ve kulaklar da olmalıdır. Gövde kısmı örtü altındaysa, eksik kısım sayılmaz. Saçlarla örtülüyse kulakları eksik saymayın. İki ya da daha fazla vücut bölümünün eksikliğini puanlarsanız, bu kısım puanlamayın.	Her biri için 5 puan ekleyin. Öge mevcut değilse, 0 puan kaydedilir.
16. Vücudun Bir Bölümünün Abartılması	Bir bacak diğerinden çok daha büyüktür. Ayrıca, kafa veya vücut abartılıysa da puanlayın.	
17. Vücudun Bir Bölümünün Vurgulanmaması	Bir kol diğerinden çok daha küçüktür. Ayrıca, kafa veya vücut daha küçükse de puanlayın.	
18. Bozulma	Vücudun bir bölümü bozulma ya da kopmaya uğramıştır.	
19. Vücudun İki ya da Daha Fazla Bölümünün Atlanması	İki el, iki göz veya bir el ve bir ayak eksik bırakılmıştır.	
20. Şeffaflık	Herhangi bir yaşta derinin altından görünen organ (kemikler, kalp vb.). Dokuz yaşından itibaren vücudun bölümlerinin kıyafet, battaniye vb. üzerinden görünmesi veya başka türlerden şeffaflık.	
21. Karışık profil	10 yaşından itibaren profilde iki göz ve iki kulak görülür.	
22. Gölgeleştirme	Vücudun bir bölümünde kıyafete veya cilt rengine işaret etmeyen renklendirme. Ayrıca farklı renkte bir uzuv görülebilir. Arka planın tamamının veya bir kısmının renklendirilmesi (yani, gökyüzü, zemin vs.) gölgeleştirme olarak puanlanır.	Her biri için 10 puan ekleyin. Öge mevcut değilse, 0 puan kaydedilir.

ÇHÇS BÖLÜM C

Gestalt, resmin puanlayıcıda uyandırdığı genel histir.

1	2 3 4	5	6 7	8	9	10
Başa çıkma		Hafif stres		Stresli		Rahatsız
Gerçekçi, hoş, parlak, iyi oranlanmış, kendinden emin, mutlu		Daha az hoş, boyut olarak biraz bozulma, daha az parlak ve neşeli		Sıkışık, engellenmiş, donuk, üzgün, korkmuş		Bunalmış, üzgün, dağınık, yenilmişlik hissi içinde, tuhaf



ÇHÇS SKOR SAYFASI

Hasta Numarası:

Yaş:

Cinsiyet:

Yapılan Tedavi:

Frankl Skalası:

Wong Baker Skalası:

Bölüm A

1. Kişinin Pozisyonu :
2. Hareket-Yaşam :
3. Kişinin Uzunluğu :
4. Kişinin Boy Genişlik Oranı :
5. Yüz İfadesi :
6. Gözler/Göz Bebekleri :
7. Kişinin Çevreye Göre Boyutu :
8. Renk Baskınlığı :
9. Kullanılan Renk Sayısı :
10. Kağıdın Kullanımı :
11. Kağıttaki Yerleşimi :
12. Darbelerin Niteliği :
13. Hastane Ekipmanları :
14. Gelişim Seviyesi :

Bölüm A Toplamı:

Bölüm B

Aşağıdakilerin Her Biri İçin 5 Puan Ekleyin

15. Bir Vücut Bölümünü Unutulması :
16. Vücudun Bir Bölümünün Abartılması :
17. Vücudun Bir Bölümünün Vurgulanmaması :

Aşağıdakilerin Her Biri İçin 10 Puan Ekleyin

18. Bozulma :
19. Vücudun İki Ya Da Daha Fazla Bölümünün Atlanması :
20. Şeffaflık :
21. Karışık Profil :
22. Gölgeleştirme :

Bölüm B Toplamı:

Bölüm C

Resmin Bütünlüğünü En Net Şekilde Tanımlayan Sayıyı Daire İçine Alın

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bölüm C Toplamı:

Toplam Skor ÇHÇS A + B + C = .

9.ÖZGEÇMİŞ

1993 yılında Ankara’da doğdum. İlkokul eğitimimi Lalahan İlköğretim Okulu’nda, lise eğitimimi ise Anıttepe Lisesi’nde tamamladım. 2011 yılında Kırıkkale Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi’ne başladım. 2016 yılında diş tabibi olarak mezun oldum. 2016 yılı Diş Hekimliğinde Uzmanlık Sınavını kazanarak Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji Anabilim Dalı’nda Araştırma Görevlisi olarak uzmanlık eğitimine başladım. Aynı yıl bu bölümdeki görevimden ayrılıp Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı’nda Araştırma Görevlisi olarak uzmanlık eğitimine başladım.

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında (proceedings) basılan bildiriler :

1- ÖZDEMİR DENİZ SILA,ALTAN HALENUR (2019). Complications Caused by Ectopic Eruption in Children and Ectopic Eruption Prevalence. TDB 25. ULUSLARARASI DİŞ HEKİMLİĞİ KONGRESİ (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:5631432)

2-ALTAN HALENUR,ÖZDEMİR DENİZ SILA,ALTAN AHMET (2018). Forced Eruption of Impacted Central Tooth: Case Report. 12th International ACBID Congress (Özet Bildiri/Poster)(Yayın No:4286248)

3- AKKOÇ SÜMEYRA,ÖZDEMİR DENİZ SILA,ALTAN HALENUR (2018). Analyzing Traumatic Dental Injury on Children in Tokat Region. International Congress on Preventive Dentistry (Özet Bildiri/Poster)(Yayın No:5631346)

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında basılan bildiriler:

1- BELEVÇİKLİ MELEK,ÖZDEMİR DENİZ SILA,ALTAN HALENUR (2019). Maloklüzyonun Erken Dönem Tedavisi: İki Olgu Sunumu. 1. Tokat Diş Hekimliği Ulusal Sempozyumu. (Özet Bildiri/Poster)(Yayın No:5628393)

Teknik Not, Vaka Takdimi, Araştırma notu

1- Vaka Takdimi, ÖZDEMİR DENİZ SILA,ALTAN HALENUR (2020). A Complicated Trauma Case In Immature Permanent Teeth. Uluslararası Diş Hekimliği Bilimleri Dergisi (Yayın No: 6394786)