



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PEDODONTİ ANABİLİM DALI

**ÇOCUKLARIN MİZAÇ ÖZELLİKLERİ
DENTAL BEKLEME ODASI TERCİHLERİNİ
ETKİLER Mİ?**

Gizem AVCI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Öğr. Üyesi Nagehan YILMAZ

TRABZON-2021



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PEDODONTİ ANABİLİM DALI

**ÇOCUKLARIN MİZAÇ ÖZELLİKLERİ
DENTAL BEKLEME ODASI TERCİHLERİNİ
ETKİLER Mİ?**

Gizem AVCI
ORCID: 0000-0003-3349-3908

UZMANLIK TEZİ

Dr. Öğr. Üyesi Nagehan YILMAZ
ORCID: 0000-0001-9523-2899

TRABZON-2021

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak hazırlanarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

13.09.2021

Gizem AVCI

İthaf

*Bu uzmanlık tezimi, benim bu günlere gelmem için hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan
ve her zaman yanımda olan sevgili aileme ithaf ediyorum.*

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tez çalışmalarım sırasında bilgi ve deneyimleri ile beni yönlendiren, yardım ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Nagehan YILMAZ'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca değerli bilgi, tecrübe ve destekleriyle her zaman yanımda ve yol gösterici olan değerli hocalarım Prof. Dr. Tamer TÜZÜNER ve Prof. Dr. Özgül BAYGIN'a,

Birlikte çalışmaktan çok keyif aldığım, bu şehri ve hastaneyi sevgileri ve varlıkları ile güzelleştiren, yardımlarını benden esirgemeyen ve bundan sonra da yanımda olmasını dilediğim değerli çalışma arkadaşlarıma ve tüm kürsü personeline,

Her türlü koşulda bana enerji veren, motivasyon kaynağı olan, acı tatlı çok fazla şey paylaştığım sadece uzmanlık süresince değil tüm hayatım boyunca yanımda olan çok değerli dostlarıma,

Birçok güzel anı paylaştığım ve paylaşacağım, bana varlığı ile güç veren, sabrı ve şefkatiyle her an sevgisini ve desteğini hissettiğim kıymetli yol arkadaşım Anıl EFE'ye

Fedakarlıkları sayesinde bugüne gelmemde en çok emeği geçen, hayatımın her döneminde ve verdiğim her kararda en büyük destekçilerim olarak yanımda olan, beni kocaman yürekleri ve hiç bitmeyen sevgileri ile motive eden, her şeyden çok sevdiğim canım annem Ayşe AVCI'ya, canım babam Ali AVCI'ya ve biricik kardeşim Gökem AVCI'ya,

Tüm kalbimle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İÇ KAPAK SAYFASI	
BEYAN	
<i>İthaf</i>	
TEŞEKKÜR	
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
RESİMLER DİZİNİ	x
KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ	xi
ÖZET	xii
SUMMARY	xv
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Mizaç	3
2.1.1. Çocukluk Dönemi Mizaç Yaklaşımları	3
2.1.2.1. Duygusallık, Aktivite ve Sosyallık Mizaç Anketi-EAS Mizaç Anketi (Emotionality, Activity and Shyness Temperament Survey-EAS Temperament Survey)	5
2.2. Anksiyete ve Korku Kavramı	7
2.2.1. Dental Anksiyetenin Tanımı, Klinik Önemi ve Diş Hekimliği Açısından Yaratacağı Olumsuzluklar	7
2.2.2. Dental Anksiyetenin Belirlenmesi	8
2.2.2.1. Çocuk Korku Değerlendirme Skalası-Dental Alt Ölçeği (ÇKDS-DAÖ) (Children Fear Survey Schedule-Dental Subscale/CFSS-DS)	9
2.2.3. Anksiyete ve Mizaç İlişkisi	9
2.2.4. Dental Anksiyete ve Korkuyla Baş Etme Yöntemleri	11
2.3. Çocuk Diş Hekimi Kliniğinde İç Mekan Tasarımı	12
2.3.1. Resepsiyon (Sekreterlik)	13
2.3.2. Bekleme Odası	14
2.3.2.1. Bekleme Odasındaki Yapısal Gereksinimler ve Bu Gereksinimlerin Anksiyete Üzerine Etkisi	14
3. GEREÇ ve YÖNTEM	21

3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı	21
3.2. Etik Kurul Onayı	21
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	21
3.4. Örneklem Seçimi	22
3.5. Hastaların Seçim Kriterleri	22
3.6. Randomizasyon	23
3.7. Veri Toplama Araçları	23
3.7.1. Anket 1- Duygusallık, Aktivite ve Sosyallik Mizaç Anketi-EAS Mizaç Anketi (Emotionality, Activity and Sociability Temperament Survey-EAS Temperament Survey)	23
3.7.2. Anket 2- Çocuk Korku Değerlendirme Skalası-Dental Alt Ölçeği (ÇKDS-DAÖ) (Children Fear Survey Schedule-Dental Subscale/ CFSS-DS)	24
3.7.3. Anket 3- Modifiye Bekleme Odası Tercihleri Anketi-MBOTA	25
3.7.4. Anket 4- Demografik Veri Anketi	25
3.8. Araştırmanın Yöntemi	26
3.9 İstatistiksel Analiz	29
4. BULGULAR	30
5. TARTIŞMA	41
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	54
KAYNAKLAR	56
EKLER	72
Ek 1. Etik Kurul Onayı	73
Ek 2. EAS Mizaç Anketi	76
Ek 3. Çocuk Korku Değerlendirme Skalası – Dental Alt Ölçeği (ÇKDS-DAÖ) (Children Fear Survey Schedule – Dental Subscale/ CFSS-DS)	77
Ek 4. Modifiye Bekleme Odası Tercihleri Anketi-MBOTA	78
Ek 5. Demografik Veri Anketi	80
Ek 6. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu	81

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Dental anksiyete ve/veya davranış yönetimi problemleriyle ilişkili bazı mizaç kategorileri (Buss ve plomin'in mizaç boyutlarına göre)(52, 82)	10
Tablo 2. Hastaların yaş, cinsiyet, demografik anket ve ÇKDS-DAÖ verilerine göre dağılımı (N=150)	31
Tablo 3. EAS Mizaç Anketi alt grupları için ortalama puanlar ve standart sapmalar	32
Tablo 4. EAS Mizaç Anketi alt gruplarının hasta yaşı, cinsiyeti ile karşılaştırılması	33
Tablo 5. ÇKDS-DAÖ ile EAS Mizaç Anketi alt grupların karşılaştırılması	33
Tablo 6. EAS Mizaç Anketi alt gruplarının demografik veri anketi soruları ile karşılaştırılması	34
Tablo 7. EAS Mizaç Anketi alt gruplarının MBOTA soruları ile karşılaştırılması	35
Tablo 8. MBOTA sorulara verilen cevapların utangaçlık ve duygusallık alt gruplarının median puanlarına göre incelenmesi	36
Tablo 9. MBOTA sorularına verilen cevapların yüzdelik dağılımı	39

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa
Şekil 1. Dil geçerliliği	27
Şekil 2. Akış diyagramı	28



RESİMLER DİZİNİ

Resim No	Sayfa
Resim 1. Çalışmanın gerçekleştirildiği alan	21
Resim 2. Araştırmacının çocuklara anketleri uygulaması esnasında çekilen görüntü	28
Resim 3. Araştırmacının ebeveynlere anketleri uygulaması esnasında çekilen görüntü	29



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

ÇKDS-DAÖ	Çocuk Korku Değerlendirme Skalası – Dental Alt Ölçeği
EAS Mizaç Anketi	Duygusallık, Aktivite ve Sosyallik Mizaç Anketi
MBOTA	Modifiye Bekleme Odası Tercihleri Anketi
DBMP	Dental Davranış Yönetimi Problemleri
SS	Standart Sapma
min	Minimum
max	maximum

Simgeler

>	Büyüktür
<	Küçüktür
=	Eşittir
±	Standart Sapma

ÖZET

Çocukların Mizaç Özellikleri Dental Bekleme Odası Tercihlerini Etkiler mi?

Hastalarda tedaviden önce bekleme odasındaki bekleme eylemi sırasında dental anksiyete oluşabileceği bilinmektedir. Bekleme odalarının fiziksel çekiciliği artırılarak çocukların bekleme deneyimini iyileştirmek ve preoperatif anksiyetenin azalmasını sağlamak mümkün olabilir. Bu çalışmada preoperatif anksiyeteyi azaltmada önemli olan dental bekleme odalarının düzenlenmesinde araştırmanın sonucunda elde edilen çocuk tercihlerini kullanmak ve hatta farklı mizaç özelliklerine sahip çocukların kooperasyonunu arttırmak amaçlı farklı tasarımlarda bekleme odalarının oluşturulmasında fikir vermek amaçlanmaktadır.

Çalışmaya 6-11 yaş aralığında 150 çocuk katıldı. Anketlerin tamamı uygulanmadan önce ilk olarak “Duygusallık, Aktivite ve Sosyallik Mizaç Anketi (EAS Mizaç Anketi)” gözlemciler arası güvenilirliği ölçmek için çalışmaya dahil edilmeyen 15 adet katılımcıya aynı ziyarette hem baş araştırmacı hem de çalışmadaki farklı bir çocuk diş hekimi tarafından uygulandı. İki hafta sonra testlerin güvenilirliğini ölçmek amacıyla EAS Mizaç Anketi baş araştırmacı tarafından 15 çocuğun her birine tekrar uygulandı. Sonrasında baş araştırmacı tarafından 150 çocuğa “Modifiye Bekleme Odası Tercihleri Anketi (MBOTA)” ve “Çocuk Korku Değerlendirme Skalası-Dental Alt Ölçeği (ÇKDS-DAÖ)”;

ebeveynlere EAS Mizaç Anketi ve demografik veri anketi uygulandı.

Duygusallık, Aktivite ve Sosyallik Mizaç Anketi’nin gözlemciler arası uyumunun tespitinde Cohen’s Kappa testi ve iki hafta arayla uygulanan anketleri karşılaştırmak için Wilcoxon testi uygulandı. Çalışma verileri değerlendirilirken Mann-Whitney-U testi, Kruskal Wallis testi, Bonferroni düzeltmesi ile birlikte Mann-Whitney-U testi ve Spearman’s rho korelasyon analizi kullanıldı. Tüm analizlerde $p < 0.05$ düzeyi anlamlı olarak kabul edildi.

Çalışmamızda demografik veri soruları olan anne ve baba eğitim düzeyi, aile geliri, anne ve baba mesleği, çocukların gittikleri okulun tipi, babayla beraber yaşama durumu, ailedeki toplam çocuk sayısı ve küçük kardeş sayısı ile çocukların mizaçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ($p > 0.05$), büyük kardeş sayısı ile duygusallık alt grubunun zayıf ama istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde ilişkili olduğu saptandı ($r = -0.206$, $p = 0.012$; $p < 0.05$).

Çalışmada katılımcılara uygulanan EAS Mizaç Anketi ile yaş ve cinsiyet gruplarına göre farklılıklarını belirlemek adına yapılan analizler sonucunda, duygusallık ve sosyallik puanları ile yaş grupları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu ve hem duygusallık hem de sosyallik puanlarının artan yaşla birlikte azaldığı belirlendi ($p=0.043$; $p<0.05$, $p=0.014$; $p<0.05$). Aktivite ile utangaçlık puanlarıyla yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p>0.05$). Cinsiyet ile EAS Mizaç Anketi alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p>0.05$).

Utangaçlık alt grubuyla, ÇKDS-DAÖ alt gruplarından düşük-yüksek derecede anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu ve utangaçlık puanları ile ÇKDS-DAÖ puanlarının beraber arttığı belirlendi ($p=0.001$; $p<0.017$).

MBOTA soruları ile mizaç alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p>0.05$). MBOTA için genel yüzdelik tercihlere bakıldığında ise çocukların sekreter cinsiyeti olarak kadını, müzik olarak çocuk müziğini, parfüm kokusu için gül gibi çiçek kokularını, ışıktandırma için güneş ışığını, oda olarak bir ya da iki çocuğun olduğu sessiz odayı, duvar dekorasyonu için Mickey Mousse gibi karakter resimlerini, duvar rengi için maviyi, mobilya olarak puf veya armut koltuğu ve beklerken yapılacak aktivite olarak kitap okumayı diğer seçeneklere göre daha çok tercih ettiği saptandı. Çocukların tablet ve cep telefonundan videolar ile televizyondan çizgi film izlemek istedikleri saptandı. Bekleme odalarında çocukların ebeveyn veya yakınlarıyla birlikte beklemek istedikleri ve onları bekleme odasından velilerinin alıp bırakmasını istedikleri bulguları. Çocukların bekleme odasında beklerken diğer duygulara nazaran daha çok mutlu hissettikleri ve kısa süre beklemek istedikleri tespit edildi. Ek olarak çocukların, içerisinde çiçek olan bekleme odasında beklemek istedikleri bulguları.

Dental anksiyete gösterme ihtimalleri genellikle yüksek olan duygusal ve utangaç alt gruplarındaki çocukların istatistiksel olarak anlamlı olmasa da çalışmamızda parfüm olarak nane karanfil gibi baharat kokusunu, ışık olarak güneş ışığını, renk olarak maviyi yüksek oranda tercih ettikleri saptandı. Ayrıca bekleme odasında ebeveyn ve yakınlarıyla beklemek istedikleri ve beklerken diş ve fırçalama ile ilgili videolar izlemek istedikleri bulundu.

Bekleme odası tercihleri ile mizaç arasında bir ilişki olmadığını ancak çocukların bekleme odası genel tercihleri ile utangaç ve duygusal çocukların tercihlerinin bekleme odaları hazırlanırken dikkate alınmasının, çevresel unsurlar sayesinde çocukların

anksiyetesinin azaltılmasına yönelik stratejilerin geliştirilmesi adına yararlı olabileceği düşünöldü.

Anahtar Kelimeler: Mizaç, Dental bekleme odası, Anksiyete, Çocuk



SUMMARY

Do Temperament Characteristics Of Children Affect Their Preferences For Dental Waiting Room?

It is known that dental anxiety may occur during the waiting action in the waiting room before the treatment in patients. By increasing the physical attractiveness of waiting rooms, it may be possible to improve the waiting experience of children and reduce preoperative anxiety. In this study, it is aimed to give an idea about the arrangement of dental waiting rooms, which are important in reducing preoperative anxiety, to use the child preferences obtained as a result of the research, and even to create waiting rooms in different designs in order to increase the cooperation of children with different temperaments.

150 children between the ages of 6-11 participated in the study. Before all of the questionnaires were administered, the "Emotionality, Activity and Sociability Temperament Survey (EAS Temperament Survey)" was first administered to 15 participants who were not included in the study, by both the principal researcher and a different pediatric dentist in the study, at the same visit, in order to measure the inter-observer reliability. Two weeks later, the EAS Temperament Survey was administered to each of the 15 children again by the principal investigator to measure the reliability of the tests. Afterwards, the "Modified Waiting Room Preferences Questionnaire (MWRPQ)" and "Children Fear Survey Schedule-Dental Subscale (CFSS-DS)" were applied to 150 children; EAS Temperament Survey and demographic data questionnaire were applied to parents by the principal researcher.

The Cohen's Kappa test was used to determine the interobserver agreement of the Emotionality, Activity and Sociability Temperament Survey, and the Wilcoxon test was used to compare the questionnaires administered at two-week intervals. While evaluating the study data, Mann-Whitney-U test, Kruskal Wallis test, Mann-Whitney-U test with Bonferroni correction, and Spearman's rho correlation analysis were used. $p < 0.05$ level was considered significant in all analyzes.

In our study, there was no statistically significant relationship between the demographic data questions (mother-father education level, family income, mother-father profession, type of school the children attend, living with the father, the total number of children in the family and the number of younger siblings) and the temperament of the

children ($p > 0.05$), a weak but statistically significant negative correlation was found between the number of older siblings and the emotionality subgroup ($r = -0.206$, $p = 0.012$; $p < 0.05$).

As a result of the analyzes made to determine the differences according to age and gender groups with the EAS Temperament Questionnaire applied to the participants in the study, it was determined that the relationship between emotionality and sociability scores and age groups was statistically significant, and that both emotionality and sociability scores decreased with increasing age ($p = 0.043$; $p < 0.05$, $p = 0.014$; $p < 0.05$). No statistically significant relationship was found between activity and shyness scores and age groups ($p > 0.05$). No statistically significant relationship was found between gender and EAS Temperament Survey subgroups ($p > 0.05$).

It was determined that there was a statistically significant relationship between the shyness subgroup and the low-high degree of anxiety, which is one of the CFSS-DS subgroups and it was determined that shyness scores and CFSS-DS scores increased together ($p = 0.001$; $p < 0.017$).

No statistically significant relationship was found between MWRPQ questions and temperament subgroups ($p > 0.05$). When we look at the general percentage preferences for MWRPQ, it is seen that the children prefer women as the gender of the secretary, pop music as the music, flower scents such as roses for the perfume scent, sunlight for the lighting, a quiet room with one or two children as the room, character paintings such as Mickey Mouse for the wall decoration, blue for wall color, pouffe or pear chair as furniture and reading a book as an activity more than other options while waiting. It was determined that the children wanted to watch videos on tablets and mobile phones and cartoons on television. It was found that the children wanted to wait in the waiting rooms with their parents or relatives, and they wanted their parents to pick them up and drop them off from the waiting room. It was determined that the children felt more happy to compared other emotions while waiting and wanted to wait for a short time in the waiting room. In addition, it was found that the children wanted to wait in the waiting room with flowers.

Although it was not statistically significant, it was found that the children in the emotionality and shyness subgroups, who were generally more likely to show dental anxiety, preferred the scent of spices such as mint and cloves as perfumes, sunlight as light,

and blue as color. It was also found that children wanted to watch videos about teeth and brushing and they wanted to wait with their parents and relatives.

It was thought that there was no relationship between waiting room preferences and temperament, but considering the general preferences of the children's waiting room and the preferences of shy and emotional children while preparing the waiting rooms would be beneficial for the development of strategies to reduce children's anxiety through environmental factors.

Keywords: Temperament, Dental waiting room, Anxiety, Child



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Ağız ve diş sağlığı, birey ve toplum sağlığında önemli bir yere sahiptir. İnsan vücudunun gelişmesi ve sağlıklı bir yaşam sürdürmesi için, ağız içindeki dişlerin sağlıklı olması gerekmektedir (1). Diş tedavi planlamasının uygulanması ve gerçekleştirilmesinde toplumların diş tedavilerine ve diş hekimlerine karşı duydukları korku ve anksiyetenin önemi büyüktür. Modern teknolojik uygulamalara rağmen diş hekimliği uygulamaları, korku ve anksiyete reaksiyonlarının gelişmesindeki etkenlerden birisidir (2).

Dental anksiyetenin sıklıkla anksiyete duyulan obje ve durumlar arasında beşinci sırada yer aldığı bildirilmektedir (2). Her yaşta görülmekle birlikte genellikle çocukluk veya ergenlik döneminde ortaya çıkmaktadır (3). Mevcut birçok psikometrik ölçeğin içinde diş korkusu ve anksiyetesinin belirlenmesi için en sık Çocuk Korku Değerlendirme Skalası-Dental Alt Ölçeği (ÇKDS-DAÖ) (Children Fear Survey Schedule-Dental Subscale/CFSS-DS) kullanılmaktadır (4, 5). Çocuk Korku Değerlendirme Skalası-Dental Alt Ölçeği'nin, farklı ülkelerde kullanımı için çeşitli dillere çevirisi bulunmakla birlikte yönetim kolaylığı, güvenilirlik ve geçerliliği gibi olumlu özellikleri sebebiyle araştırmalarda tercih edilmektedir ve çocuk diş kaygısı envanterinin altın standart ölçüsü olarak kabul edilmektedir (5-7). Çocuklarda anksiyete problemlerini birçok etyolojik faktör etkilemektedir. Bunlar arasında kişilik özellikleri ve mizaç gibi faktörler bulunmaktadır (8, 9). Mizaç dental anksiyete ile açık bir ilişki göstermektedir (10, 11). Mizaç, bir çok farklı şekilde ifade edilebilen ve kişinin yaşam deneyimlerine bağlı olarak farklı kişilik özelliklerine dönüşen, genel davranış ve duygu durum kalıpları olarak tanımlanmaktadır (12). Erken çocukluktaki mizaç özellikleri, bireyin sürekli kaygı özelliğini etkilemektedir (13, 14). Çocuklar için Duygusalılık, Aktivite ve Sosyalite Mizaç Anketi (EAS Mizaç Anket) (Emotionality, Activity and Shyness Temperament Survey-EAS Temperament Survey) mizaç özelliklerini ölçmek, kişilik ve davranışı tahmin etmek için kullanılmaktadır (15).

Hastane tasarımı, hastaların anksiyetesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilmektedir (16). Birçok çalışma, iyileştirici bir etkiye sahip olabilecek mekan tasarımı aracılığıyla hastaların ve refakatçilerin psikolojik durumuna hitap etmenin mümkün olduğunu göstermektedir (17, 18). Dental bekleme odası, çocukların ve ebeveynlerinin diş hekimi ve hizmetlerinden aldığı ilk izlenimi oluşturmaktadır. Bekleme odalarındaki fiziksel çevrenin çekiciliği, çocukların rahatlamasına ve çocukların yaklaşan diş

randevusuna karşı olumlu bir tutum geliştirmesine yardımcı olmaktadır. Bir çocuk diş ortamında rahat olduğunda, anksiyete uyarıcı durumlarla başa çıkması daha kolay hale gelmekte ve bu etkili bir tedavi sağlamaya yardımcı olmaktadır (19, 20).

Dental bekleme odasının fiziksel çekiciliği çocukların anksiyetesi üzerine etki edebilir. Bu nedenle, bu tez çalışması, preoperatif kaygıyı azaltmak ve sonrasında daha rahat bir diş tedavisi geçirmeyi sağlamak için çocukların dental bekleme alanı ile ilgili tercihlerini belirlemeyi ve bu tercihlerle mizaç özellikleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi hedeflemektedir. Ayrıca elde edilen verilere göre preoperatif anksiyeteyi azaltmada önemli olan dental bekleme odalarının düzenlenmesinde, araştırmanın sonucunda elde edilen çocuk tercihlerini kullanmak ve hatta farklı mizaç özelliklerine sahip çocukların kooperasyonunu arttırmak amaçlı farklı tasarımlarda bekleme odalarının oluşturulmasında fikir vermek amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Mizaç

Mizaç, genel bir tanım olarak bireyin benzersiz doğasından kaynaklanan, duygusal tepkiler ve davranışlar şeklinde kişinin çevre ile ilişkisini etkileyen, davranış türü veya tepki tarzı olarak tanımlanmaktadır (21, 22).

Çocuk mizacına yönelik çağdaş çalışmalar; Alexander Thomas ve Stella Chess'in 1950'lerde mizacın ve çevresel faktörlerin davranış bozuklukları üzerindeki etkilerini inceledikleri "New York Boylamsal Çalışması" ile başlamıştır (23, 24). Günümüzde mizaç, bir çok farklı şekilde ifade edilebilen ve kişinin yaşam deneyimlerine bağlı olarak farklı kişilik özelliklerine dönüşen, genel davranış ve duygu durum kalıpları olarak tanımlanmaktadır (12).

Mizaç nispeten içsel, biyolojik temelli ve sabit bir özellik olsa da yine de çevresel etkiler yoluyla değiştirilebilmektedir (25). Etkileşimler sonucu çocuk belirli durumlarda kendi mizacından değişik davranabilmektedir (26).

Mizaçtaki bireysel farklılıklar genellikle yaşamın birinci yılında kendilerini göstermektedir (27). Bebekler benzer durumlarla karşılaştıklarında bireysel olarak farklı cevaplar verebilmektedirler (28). Aynı zamanda mizaç, bireyin diğerleriyle olan etkileşimini de etkiler. Mizacın çocuklardaki sosyal etkileşimler üzerindeki doğrudan etkilerine dair yaygın kanıtlar vardır (29). Erken çocukluktan ergenlik dönemine kadar olan çocukları izleyen boylamsal kanıtlar, sosyal becerilerde farklılığın yaklaşık yarısının mizaç özellikleriyle açıklanabileceğini göstermektedir (25).

2.1.1. Çocukluk Dönemi Mizaç Yaklaşımları

Çocukların mizaçlarını belirleyebilmek ve mizaç özelliklerini sınıflandırabilmek için oldukça fazla teori oluşturulmuştur. Mizaç hakkında tam anlamıyla bir görüş birliği olmaması ile birlikte tüm yaklaşımların aynı görüşte oldukları noktalar; mizacın kalıtsal ve biyolojik kökenlerinin olduğu, çok erken yaşlarda oluşmaya başladığı ve davranış eğilimleri üzerinde belirgin şekilde etkili olduğudur (30).

Thomas ve Chess'in Mizaç Yaklaşımı

Mizaç özelliklerinin yaşamın ilk yıllarında dahi gözlemlenebildiğine dair ilk çalışmalar Thomas ve Chess'in bebekleri ergenliklerinin ilk yıllarına kadar izlemiş

oldukları “New York Boylamsal Çalışması” ile başlamıştır (31, 32). Thomas ve Chess mizaç kavramının bireyin bebeklikten itibaren farklılaşan davranışlarının yaşam boyu devam etmesini sağlayan bir kavram olduğunu öne sürmüştür (33, 34). Thomas ve Chess, bireysel farklılıkları anlamak ve mizacın unsurlarını tanımlamak için dokuz kategorilik mizaç yaklaşımını ortaya koymuşlardır. Biyolojik işlevlerin ritmikliği, etkinlik düzeyi, yeni uyaranlara yaklaşma veya onlardan kaçınma, uyum yeteneği, duygusal eşik, duygu durumun baskın niteliği, duygu ifadesinin yoğunluğu, dikkatini dağıtmak veya sebat/dikkat süresi bu dokuz kategoriyi oluşturmaktadır (31). Ayrıca Thomas ve Chess bu mizaç gruplarının bir araya gelmesi ile 3 temel mizaç türünün (kolay mizaç, zor mizaç, yavaş ısınan mizaç) oluştuğunu söylemişlerdir (35).

Diş hekimliği literatüründe Thomas ve Chess’in mizaç teorisinden temel alan anketlerin kullanıldığı çalışma olmakla birlikte (36), Cloninger, Rothbart, Prior, Sanson ve Oberklaid ile Buss ve Plomin’in mizaç teorilerini temel alan anketlerin kullanıldığı çalışmalar da bulunmaktadır (10, 15, 37-39).

Cloninger’in Mizaç Yaklaşımı

Cloninger normal ve anormal kişilik varyantlarının klinik olarak tanımı ve sınıflandırılması için sistematik bir yöntem geliştirerek genel bir biyososyal kişilik teorisi önermiştir. Yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, sebat etme olarak dört çeşit mizaç özelliği tanımlanmıştır (40). Cloninger’e göre kişinin yeni gelişmelere, ödüllendirmelere ve tehlikelere otomatik olarak vereceği yanıt mizaç özellikleri ile doğuştan getirilmiştir ve bu özellikler kişinin yaşamının ilk yıllarında belirginleşmekte ve hayatı boyunca değişmeden kalmaktadır (41). Karakteri hipokampal oluşum ve serebral neokorteks tarafından belirlenen hedefler ve değerlerdeki bireysel farklılıklar olarak tanımlayan Cloninger; kendini yönetme, kendini aşma ve iş birliği yapma şeklinde karakteri üç kategori şeklinde incelemiştir (40, 42).

Rothbart’in Mizaç Yaklaşımı

Rothbart’a göre mizaç yapıları hem kişilik hem de altta yatan sinirsel işlevlerdeki bireysel farklılıklarla bağlantılıdır (43). Bu teoriye göre nörobiyolojik olarak ele alınan mizaç, bireysel farklılıkları oluşturan reaktivite ve self-regülasyon (kendini düzenleme) olmak üzere iki boyutta incelenmektedir. Bunlar görece değişmeyen, birincil olarak biyolojik temelleri olan ve ayrıca kalıttan, olgunlaşmadan ve deneyimden etkilenen durumlardır (44). Reaktivite boyutu; motor uyarılabilirlik, duygusallık ve yönelimdeki

bireysel farklılıkları ifade etmektedir (45). Aynı zamanda doğumda mevcuttur ve bebeğin nispeten istikrarlı bir özelliğini yansıtmaktadır (46, 47). Rothbart tarafından önerilen diğer boyut olan self-regülasyon ise reaktiviteyi düzenleyen süreçlerin tümünü ifade etmektedir (45).

Rothbart ve Bates, sonrasında bu teoriyi genişleterek mizacı 3 kategori olarak değerlendirmişlerdir. Bunlar negatif duygulanım, dışa dönüklük ve gayretli kontrol/öz düzenlemedir (48, 49).

Prior, Sanson ve Oberklaid'in Mizaç Yaklaşımı

Prior, Sanson ve Oberklaid'e göre mizaç, davranışın içeriği ile değil, tarzı ile ilgilidir. Yani mizaç, bir durumda bireylerin ne yaptıklarından daha çok o duruma yönelik nasıl tepki verdikleri ile ilgilidir. Mizacın her bireyde gözlemlenebilir nitelikte belirgin özellikler olarak bireyin dünya ile kurduğu etkileşimi etkilediğini belirtmişlerdir. Çocuğun çevresindeki insanlar, çocuğun mizaç özelliklerine göre değişik tepkilerle onunla iletişime geçmektedirler. Böylelikle mizaç, diğer insanların çocuğa karşı tepkilerini ve ilişki biçimlerini değiştirebilmektedir. Prior, Sanson ve Oberklaid tepkisellik, sebatkarlık, sıcakkanlılık ve ritmiklik olmak üzere dört mizaç özelliği olduğunu belirtmişlerdir (50).

2.1.2.1. Duygusallık, Aktivite ve Sosyallik Mizaç Anketi-EAS Mizaç Anketi (Emotionality, Activity and Shyness Temperament Survey-EAS Temperament Survey)

Thomas ve Chess'in davranış temelli çalışmasından sonra Rothbart nörobiyolojik modellenmiş mizaç tanımı geliştirirken Buss ve Plomin ise mizacı genetik temelli olarak ele almışlardır (51). Buss ve Plomin, mizacı yaşamın erken dönemlerinde ortaya çıkan kalıtsal kişilik özellikleri olarak tanımlamışlardır. Bu kişilik özelliklerinin, kalıtımın etkisiyle yaşamın ilk yılında kendilerini gösterdiği ve zamanla birlikte çevre etkileşimi ile değişiminin mümkün olmadığını savunmuşlardır (49, 52).

Buss ve Plomin mizaç teorisini Diamond'ın filogenetik temelli yaklaşımını baz alarak oluşturmuşlardır (53). Diamond, bireysellikten ve kültürlerden ayrı bir şekilde, bir bireyi diğerinden ayıran temel özellikleri bulabilmenin hayvan çalışmalarıyla mümkün olabileceğini düşünmüştür (53) ve böylece tüm memeliler tarafından paylaşılan dört mizaç kategorisi tanımlamıştır: korku, saldırganlık, bağılılık ve dürtüsellik. Ancak, insan davranışı

üzerine hiçbir araştırma yapmamış ve mizacını değerlendirebilmek için herhangi bir araç da sağlamamıştır (54).

Buss ve Plomin, kişiliğin hangi yönlerine mizaç denilebileceğiyle alakalı üç kriter önermişlerdir (55). İlk olarak, mizaç özelliklerinin yaşamın erken dönemlerinde mevcut olması gerektiğini ve çocukluk döneminde kararlılık göstermesi gerektiğini belirtmişlerdir. İkinci olarak mizacın esaslı bir bölümünü oluşturduğunu düşünerek kriter olarak kalıtsallık boyutunu eklemişlerdir. Buss ve Plomin'e göre bir özellik ne kadar kalıtsalsa mizaç özelliği olma olasılığı o kadar yüksektir (53). Ekledikleri son kriter süreklilik olup sürekli olan, gelecek yıllarda da kişilik içinde yer alan özelliklerin, mizaç özelliği olma olasılığının da o kadar yüksek olduğunu belirtmişlerdir (53).

Buss ve Plomin, Diamond'ın filogenetik mizaç görüşünü ve bu üç kriteri temel alarak 1975'te duygusallık, aktivite, sosyallik ve dürtüsellik gelişimin erken dönemlerinde ortaya çıkmalarından dolayı bireyselliğin temel kriterleri olarak tanımlayan bir mizaç teorisi yayınlamışlardır (54, 55). Dürtüsellik kalıtsallığına dair kanıtlarının karışık olduğu kaydedildiği için mizaç listesinden sonradan çıkarılmıştır (26) ve utangaçlık alt grubu listeye eklenmiştir (56).

Duygusallık, Aktivite ve Sosyallik Mizaç Anketi (EAS Mizaç Anketi) bu mizaç teorisi baz alınarak Buss ve Plomin tarafından oluşturulmuştur. Anket duygusallık, aktivite, sosyallik ve utangaçlık olmak üzere 4 mizaç kategorisinden oluşmaktadır (52). Bu modelde duygusallık, duygusal tepkilerin yoğunluğunu göstermektedir. Sık sık ağlayan, kolayca korkan ve öfkeli çocuklar bu mizaçtadır. Aktivite, kişinin genel enerjik tepkilerin seviyesini ifade etmektedir. Bu mizaçta olan çocuklar çok hareket ederler, çok fazla aktivite gerektiren oyunları tercih ederler (12). Sosyallik ve utangaçlık, aşağı yukarı aynı kişilik özelliği olarak görülmesine rağmen, utangaçlık ve sosyallik bağımsız olarak tanımlanabilmektedir (56). Sosyallik; bir kişinin genel olarak yakınlaşma, yalnız kalmaktansa ilişkiler kurma ve başkalarıyla etkileşim kurma eğilimiyle ilgilidir. Sosyal çocuklar oynamak için başkalarını arar, insanlardan zevk alır ve insanlara karşı duyarlıdır (12). Utangaçlık ise, kişinin çok fazla tanımadığı veya yabancı insanlara karşı olan davranışıyla ilgilidir. Utangaç mizaçlı kişiler sosyal etkileşimden kaçma eğiliminde olan çekingen yapıdaki kişilerdir. Başka insanlarla karşı karşıya geldiklerinde gerginlik ve sıkıntı hissederler. Aslında sosyal olmayan insanların utangaç olabileceği gibi sosyal insanlar da utangaç olabilirler (56).

Duygusallık, Aktivite ve Sosyallık Mizaç Anketi dört mizaç kategorisinin her biri için beş sorudan oluşmaktadır. Toplamda 20 soru, 5li Likert tipi ölçek kullanılarak ebeveynler tarafından doldurulmaktadır (52). Bu ankette incelenen mizaç faktörleri kişilik alanındaki en kalıtsal faktörlerdir (57). Klinik ve toplum çalışmalarında yaygın olarak kullanılan EAS Mizaç Anketi (58) kısa ve anlaşılırdır, derecelendirilen çocuğun cinsiyetinden veya yaşından etkilenmez (57). Ayrıca yapılan çalışmalar ölçeğin faktör yapısının ve psikometrik özelliklerinin iyi olduğunu göstermektedir (57, 59). Tsoi ve ark. (15) yaptıkları çalışmada EAS Mizaç Anketi'ni modifiye ederek soruları diş hekimliği alanına yönelik oluşturulmuşlardır. Modifiye edilerek oluşturulan EAS Mizaç Anketi çocuğum yardımcı personelden hoşlanacak, çocuğum diş hekimi koltuğundan kalkmak isteyecek gibi soruları içermektedir (15).

2.2. Anksiyete ve Korku Kavramı

Anksiyete ve korku, tehlikeli sayılabilecek bir durum karşısında savunma mekanizmalarını harekete geçiren duygulardır (60) ve birbirinin yerine kullanılmasına rağmen aslında farklı anlamlar taşımaktadırlar (61).

Korku, subjektif bir duygu olup, bireyin hayatını korumak için gösterdiği tepkidir (62, 63). Korku, sevinç, üzüntü, öfke gibi herkes tarafından yaşanabilen temel bir duygu olmakla birlikte korkuya neden olan şey tanımlanabilir bir niteliktedir (63).

Anksiyete ise, kişinin bütünlüğünün tehdit altında olduğu herhangi bir durumda ortaya çıkan ve korkunun bilinmeyene karşı olan daha genel şeklidir (62). Korkuda olduğu gibi şu anki duruma verilen bir tepki değildir ve gelecekte olabilecek sorunların beklentisiyle ilgilidir (64). Korku, somut ve dışsal bir obje veya duruma yönelik iken anksiyete daha ziyade içsel bir süreçtir (65) ve kökeninde korku bulunmaktadır (66).

2.2.1. Dental Anksiyetenin Tanımı, Klinik Önemi ve Diş Hekimliği Açısından Yaratacağı Olumsuzluklar

Dental anksiyete, kaynağı belli olmaksızın, hastanın her türlü dental prosedüre karşı duyduğu yoğun kaygı olarak tanımlanabilmektedir (3). Dental anksiyete, birçok ülkede ağız diş sağlığının korunmasında en büyük engellerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır (67). Her yaşta görülmekle birlikte genellikle çocukluk veya ergenlik döneminde ortaya çıkmaktadır ve erişkin dönemde de kalıcılığını sürdürdüğü görülmektedir (3, 68).

Modern teknolojik uygulamalara karşın diş hekimliği uygulamaları, hala korku ve anksiyetenin oluşmasındaki etkenlerden birisidir. Dental anksiyetenin sık sık anksiyete duyulan durumlar ve objeler arasında beşinci sırada yer aldığı bildirilmektedir (2).

Dental anksiyetenin toplumlardaki yaygınlığının belirlenmesine yönelik yapılan çalışmalarda farklı ölçme yöntemleri ve farklı örneklem grupları kullanıldığı için kesin bir değer saptanamamakla birlikte, Türk popülasyonunda %21.3-%23.5 (69, 70) diğer popülasyonlarda ise %2.5-%20 (71, 72) arasında değiştiği bildirilmiştir (2). Çocuklarda ise dental anksiyete oldukça yaygındır. Dental anksiyetenin 4-18 yaş arasındaki çocuklarda %6 ile %20 arasında değişen bir oranda olduğu belirtilmektedir (73).

Genel olarak dental anksiyetenin etiyolojisinde; hastanın başından geçen travmatik deneyimler, hekimin tavırları, sosyal etkileşimler, düşük ağrı eşiği, hastanın yaklaşımı, hastanın güvensiz hissetmesi ve hekimini yetersiz bulması gibi etmenler bulunmaktadır (74, 75). Ayrıca dental anksiyete; randevu alma işlemi, tedaviden önce bekleme odasında bekleme, dental tedavide kullanılan aletler ve/veya yapılacak işlemlere göre de oluşabilmektedir (2).

Çocuklar için dental ziyaret; ağrı duymak, yabancı yetişkin ve otoriter figürlerle, değişik sesler ve tatlarla karşılaşmak, sırt üstü uzanmak zorunda kalmak gibi çeşitli stres yaratan olayları içeren bir durumdur (76). Dental anksiyete, diş ve ağız sağlığı bakımı ve tedavilerinden kaçınma sebebiyle özellikle çocuk hastaların ağız sağlığını olumsuz yönde etkileyen ciddi sonuçlara yol açmaktadır (77). Aynı zamanda dental anksiyete, çocuklarda ağız sağlığının bozulmasına bağlı olarak ağrı, yeme güçlüğü ve sosyal olarak kaçınmayı kapsayan bir dizi yaşam kalitesi ile ilgili probleme de neden olabilmektedir (78).

2.2.2. Dental Anksiyetenin Belirlenmesi

Diş hekimine başvuran bireylerin eğer varsa korku ve kaygısının tedaviden önce belirlenmesi, hekimin tedavi sırasında karşılaşılabileceği sorunlara hazırlıklı olmasına ve hastanın korku ile kaygı düzeylerinin azaltılmasına ilişkin bazı önlemlerin alınmasına olanak sağlamaktadır (79).

Anksiyetenin, her bireyde değişik aşamalarda görülmesi ve subjektif olması nedeniyle ölçümü güç olmaktadır (80). Çocuklarda dental anksiyeteyi belirleyebilmek için günümüze kadar; fizyolojik testler, davranışların puanlanması (gözleme dayalı testler), projektif teknikler ve psikometrik ölçümler gibi farklı teknikler kullanılmaktadır (81). Bu

yöntemlerden biri olan psikometrik ölçümler yetişkinlerin ve çocukların anksiyetesini ölçmek için karşılıklı soru cevap şeklinde olup, bireyin kendini sözlü olarak ifade etme temeline dayanmaktadır (7).

2.2.2.1. Çocuk Korku Değerlendirme Skalası-Dental Alt Ölçeği (ÇKDS-DAÖ) (Children Fear Survey Schedule-Dental Subscale/CFSS-DS)

Mevcut birçok psikometrik ölçeğin içinde diş korkusu ve anksiyetesinin belirlenmesi için en sık Çocuk Korku Değerlendirme Skalası-Dental Alt Ölçeği (ÇKDS-DAÖ) kullanılmaktadır (4, 5). Bu skala; enjeksiyon, muayene, ağzını açık tutma zorunluluğu, diş hekiminin döner aletleri kullanması gibi dental tedavinin farklı basamaklarıyla ilgili 15 sorudan oluşan bir değerlendirmeyi içermektedir. Her bir soruya verilen cevap 1'den (hiç korkmuyorum) 5'e (aşırı korkuyorum) kadar değişmektedir. Her bir soruya puan verildikten sonra tüm puanlar toplanır ve toplam puanlar 15 ile 75 arasındadır. 15-31 arası düşük derecede, 32-38 arası orta derecede, 39 ve üzeri puanlama ise yüksek derecede anksiyeteyi gösterecek şekilde değerlendirilmektedir (4).

Çocuk Korku Değerlendirme Skalası-Dental Alt Ölçeği'nin, farklı ülkelerde kullanımı için çeşitli dillere çevirisi bulunmakla birlikte yönetim kolaylığı, güvenilirlik ve geçerliliği gibi olumlu özellikleri sebebiyle araştırmalarda tercih edilmektedir ve çocuk diş kaygısı envanterinin altın standart ölçüsü olarak kabul görmektedir (5-7).

2.2.3. Anksiyete ve Mizaç İlişkisi

Çocuklarda veya ergenlerde dental anksiyete ve dental davranış yönetimi problemleri (DBMP), dental bakım ile ilişkili sorunları oluşturan iki yaygın durumdur (10). Dental anksiyete ve çocukların veya ergenlerin diş tedavisine yönelik işbirlikçi olmayan davranışları olarak tanımlanan DBMP, her zaman birbiriyle ilişkili değildir. Dental davranış yönetimi problemleri diş hekiminin gözlemlediği davranışlarken, dental korku ve anksiyete hastanın hissettikleridir (82).

Dental davranış yönetimi problemleri, kişisel, çevresel ve durumsal faktörlerin etkileşimde bulunduğu çok faktörlü bir bağlam olarak göze çarpmaktadır. Çocuklar ve ergenler; yaş, mizaç, kişilik, yeterlilik, entelektüel kapasite, olgunluk, yaşam deneyimleri, aile durumu ve kültürel geçmiş açısından farklılıklar göstermektedirler. Tüm bu durumlar, çocuğun veya ergenin diş muayenelerini ve tedavilerini tolere etme yeteneğini etkilemektedir (68).

Mizaç, genetik olan, bireyler arasında değişen, zaman ve durumlar içinde oldukça istikrarlı olan, yaşamın erken dönemlerinde ortaya çıkan davranışsal eğilimler ve duygusal kapasite anlamına gelmektedir (26). Mizacın önemli bir yönü de bir bireyin yeni bir duruma verdiği tipik tepkiyi oluşturmastır. Örneğin; bir çocuğun ilk diş hekimi ziyareti sırasında nasıl tepki vereceğini mizaç etkilemektedir (82). Mizacın çocuklarda dental anksiyete ve DBMP ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (73, 83).

Genellikle olumsuz ruh halinde, mutsuz olan ve kolay sıkılan çocuklar ile yeni durumlara ve tanıdık olmayan kişilere yaklaşma güçlüğü olan veya dürtüsel mizaçlı olarak tanımlanan çocukların diş anksiyetesine ve/veya DBMP'ye sahip oldukları bildirilmiştir (Tablo 1). Mizacın bir boyutu, çocukların yaklaşık %10'unda bulunan utangaçlıktır. Utangaç çocukların kendilerini rahat hissetmeleri için fazladan zamana ihtiyaçları vardır. Diş anksiyetesi ve davranış yönetimi problemleriyle ilişkili bir diğer mizaç boyutu, olumsuz duygusallıktır (73). Olumsuz duygusallık, özellikle hayal kırıklığına uğradığında kolayca ve fazla bir şekilde üzülmeye eğilimine, agresiflik ve/veya reddetme davranışına yol açtığı için çocukların diş tedavisindeki tolere etme yeteneklerini de etkileyebilmektedir (68). Dental anksiyete ve mizaç arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bir çalışma, en başta utangaçlık ve sonrasında duygusallıkla birleşen utangaçlığın çocuklarda dental anksiyetenin gelişimine katkıda bulunan faktörler olabileceğini kanıtlamıştır (83). Ayrıca dental davranış yönetimi sorunları olan çocukların da aktivite ve dürtüsellik konusunda daha yüksek puan aldıkları bildirilmiştir (82).

Tablo 1. Dental anksiyete ve/veya davranış yönetimi problemleriyle ilişkili bazı mizaç kategorileri (Buss ve plomin'in mizaç boyutlarına göre)(52, 82)

Utangaçlık	Yeni insanlarla ya da insanlarla karşılaşınca yavaş ısınma eğilimi
Olumsuz duygusallık	Hayal kırıklığına uğrayınca kolayca sinirlenme veya saldırganlık eğilimi
Aktivite	Tempo ve zindelik, yani yürümede ve konuşmada aceleci olma, hızlanma ve zorlama eğilimi
Dürtüsellik	Sabırsızlık ve sebat eksikliği

2.2.4. Dental Anksiyete ve Korkuyla Baş Etme Yöntemleri

Anksiyete seviyesi yüksek hastalar diş hekimleri için ciddi sorun teşkil etmektedirler. Bu hastalar randevularına gelmemeye üç kat daha meyilli olup diş hekimlerinin uygulama sırasında diğer hastalara kıyasla tedavi için %20 oranında daha fazla zaman ve gayret harcamasına neden olmaktadır. Anksiyeteli hastalar tedavi esnasında problemler oluşturabileceği için tedavi öncesinde dental anksiyetenin etiyolojisi göz önüne alınarak bunların aşılması veya en azından makul düzeylere indirilmesi için bir takım önlemlerin alınması gerekmektedir (84).

Hastalara uygulanacak işlemler hakkında bilgi verilmesi, davranış yönlendirme tekniklerinin uygulanması, hipnoz tekniğinin denenmesi veya farmakolojik ajanların kullanılması gibi uygulamalar anksiyeteyi azaltarak tedavinin daha kolay yapılmasını sağlayabilmektedir (85).

Ayrıca hastane tasarımı, hastaların anksiyetesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilmektedir (16). Bekleme alanındaki fiziksel çevrenin çekiciliği, çocukların rahatlamasına ve yaklaşan diş randevusuna karşı olumlu bir tutum geliştirmesine yardımcı olmaktadır. Bir çocuk diş ortamında rahat olduğunda, anksiyete uyarıcı durumlarla başa çıkması daha kolay hale gelmekte, bu da etkili ve verimli bir tedavi sağlamaya yardımcı olmaktadır (19, 20).

Hastaların dikkatini dağıtmak ve stresi azaltmak için yapılan birçok çalışma doğa resimlerinin büyük avantajlar sağladığını kanıtlamaktadır (86-88). Ulrich ve Gilpin (88) yaptıkları çalışmalarda su manzaraları, doğal manzaralar, çiçekler ve bahçelerle ilgili temalar içeren ve duygusal açıdan olumlu jestler ve yüz ifadeleri bulunduran sanat eserlerinin kullanımının stresi azalttığını tespit etmişlerdir

Duvarların rengi sakinleştirici etki yaratan unsurlardan biridir (89). Renk tercihinde yumuşak toprak tonlarını, sarıyı, yeşili veya maviyi kullanmak sakinleştirici etki sağlamaktadır (89). Ayrıca hastaların renk zevkleri ile çelişen odaların hastalar üzerinde belirgin bir şekilde rahatsızlık duyacak kadar güçlü bir etkiye sahip oldukları bilinmektedir (90).

Aromaterapi ve müzik terapisi, yan etkilere neden olabilecek yatıştırıcı ilaçların kullanımına kıyasla, herhangi bir yan etki olmaksızın anksiyetenin üstesinden gelmenin bir yoludur (91). Tıbbi ortamlarda yapılan çalışmalar müzik ve aromaterapinin stres azaltıcı

etkisini kanıtlar nitelikte bulgular sunmaktadır (92, 93). Ayrıca hastanenin fiziksel ortamının eğlenceli ve güvenli olmasının yanı sıra ebeveynin varlığı ve çocuğun hastanede yalnız kalmasına gerek olmaması da hastane korkusunu azaltacaktır (94).

Anksiyeteye katkıda bulunan faktörler arasında hastanın tedaviyi beklerken geçirdiği bekleme süresi miktarı da bulunmaktadır, çünkü beklemek ne olacağını ve en kötü durumdaki sonuçları düşünme süresini uzatır (95). Hem hayvan hem de insan çalışmalarından, öngörülemeyen olayların daha fazla sıkıntı ve fizyolojik strese neden olduğuna dair bol miktarda kanıt vardır. Ayrıca diş hekimliği kliniğinde yapılan bir çalışma da uzun süre bekleyen hastalarda ölçülen anksiyete düzeyleri anlamlı olarak daha yüksek olduğunu belirtmektedir (96).

2.3. Çocuk Diş Hekimi Kliniğinde İç Mekan Tasarımı

Tüm bilim alanlarında olduğu gibi sağlık alanında da insanlar daha rahat ve daha güvenli bir hayatı amaçlamaktadır (97). Rahatlatıcı bir atmosfer, kaygı ve depresyonu azaltma potansiyeline sahiptir. İç mekan tasarımında duvarda resimlerin, arka plan müziğinin ve dışarıdaki güzel manzaraların olmaması, her zaman ciddi bir sağlık sorununa neden olmamaktadır, ancak bunlara sahip olunması, hastaların klinik sonuçları ve refahı üzerinde olumlu bir etki yaratabilmektedir (17). Ayrıca doğru mekan organizasyonu yapılmış, kendi içinde konfor koşulları sağlanmış iç mekanları barındıran bir binada; hasta, hasta yakını, çalışanlar için ortam daha verimli ve rahat olabilmektedir (98).

Son yıllarda, hastaların bütüncül tedavisinin bir parçası olarak tasarımın ve teknolojinin rolüne giderek artan bir ilgi bulunmaktadır (99). Çevresel tasarımın bazı unsurları iyileşmeye yardımcı olabileceği gibi engel de yaratabilmektedir. Çünkü hastanın psikolojik ve fiziksel sağlığı bir bütün halinde hastane tasarımıyla oldukça etkilenmektedir (100). Örneğin; on dokuzuncu yüzyılda Florence Nightingale (101), çeşitli tesislerdeki hayatta kalma oranlarındaki farklılıkları gözlemleyerek hastanelerin olumsuz etkilerini fark edip araştırmış ve bu durumu; özellikle kalabalıklık, ışıklandırma ve havalandırma unsurlarındaki farklılıklar sonucu hastanelerin tasarım ve yapımına bağlamıştır (102).

Fiziksel çevrenin hastanın iyileşme süreci ve iyiliği üzerindeki etkileri göz önüne alındığında, sağlık tesislerinin tasarımı büyük önem taşımaktadır. 1990'larda, sağlık hizmetlerinde yayınlanmış araştırmalara dayanan tasarım önerileri ve çözümleri “kanıta dayalı tasarım” olarak tanımlanmıştır (99). Kanıta dayalı tasarım, yapılı çevrenin

kullanıcıları üzerinde önemli fiziksel ve psikolojik etkiler yaratabileceği varsayımına dayanan bilimsel bir analiz metodolojisidir (103).

Sağlık hizmetlerinde kanıta dayalı tasarıma doğru hareket Ulrich ile başlamıştır. Doğal manzara görüntüsüne sahip hastaların ameliyattan sonraki iyileşme sürecini, tuğla duvar görüntüsüne maruz kalan benzer durumdaki hastalar ile karşılaştırmıştır. Ulrich (87), duvar görüşü grubuyla karşılaştırıldığında, doğal manzaralı hastaların ameliyat sonrası; hastanede kalış sürelerinin daha kısa olduğunu, güçlü ilaçları daha az aldıklarını, küçük cerrahi sonrası komplikasyonlar için biraz daha düşük puan aldıklarını ve ayrıca hastaların hemşireler tarafından daha az olumsuz değerlendirildiğini saptamıştır. Bu çalışma itibarıyla, hastanenin fiziksel ortamının hastanın refahı ve sağlığı üzerindeki etkisi kapsamlı bir akademik ilgi görmüştür. Sonuç olarak, bu durum iyileştirici ortamlar olarak kabul edilen alanların yaratılmasına neden olmuş ve sağlık alanında kanıta dayalı tasarım konusunda artan bir bilgi birikimi mevcut hale gelmiştir (99).

2.3.1. Resepsiyon (Sekreterlik)

Resepsiyon hastaların ve ziyaretçilerin ilk bağlantılarını kurdukları alanlar olduğu için tasarım açısından büyük önem taşımaktadır. Hastalar, resepsiyon alanına girdiklerinde tüm hastanenin ayrıntılarını görecektir, değerlendirecek ve inceleyecekleri için bu mekanın tasarımı onları çekecek şekilde olmalıdır (104). Ayrıca diş hekimi hakkındaki ilk izlenimler burada oluşacağı için, bu bölümün dizaynı hastanın diş hekiminin mesleki becerisi ve diş hekimi hizmeti hakkındaki görüşünü de etkileyecektir (90).

Resepsiyon tasarımında diş hekiminin en modern teknikleri kullandığını gösterecek şekilde çağdaş bir tarz tercih edilmelidir. Çağdaş mobilyaların kullanımı güven ve güç havası yaratmaya hizmet edebileceği için bu amaca çok uygundur. Resepsiyon görevlisinin bankosu, ofisin tüm bölümleri tarafından erişilebilir ve hastanın özel görüşmesinin mümkün olacağı bir konumda olmalıdır (90).

Hastaların diş hekimliği muayenehanesi için memnuniyet düzeyleri, genellikle bekleme odasına ve resepsiyon görevlilerine dayanmaktadır (19). Diş hekimliği ekip üyelerinin cinsiyetlerine göre ilk izlenimleri bir çocuğu etkileyebilir ve pediatrik hastayla iyi ya da kötü bir ilişki oluşturmaya katkıda bulunabilir (105). Diş hekimliği alanında yapılan bir çalışmada çocukların genellikle kadın sekreteri tercih edeceklerini bulunmuştur (19).

2.3.2. Bekleme Odası

Hastaların hastane mekanına girdiği zaman ilk deneyimlediği mekanlardan biri olan bekleme alanları aynı zamanda da hastane içinde geçirilen süre analiz edildiğinde, hem tedavi hem de kontrol amaçlı hastane ziyaretlerinde en çok zaman geçirilen hastane bölümleri arasında yer almaktadır (106).

Hastane mekanlarının kullanıcı üzerinde yaratacağı ilk izlenimi olumlu yönde yönetebilmek amacıyla tasarlanan hastane bölümleri arasında bekleme odası, tasarımı en önemli olanlardandır (106). İyi tasarlanmış bekleme odası sayesinde olumsuz durumların hasta üzerinde bıraktığı etki azaltılabilir (107). Bu sebeple pediatrik bekleme odalarının tasarımı ve yönetiminde daha fazlasının yapılması gerektiği düşünülmektedir (18). (17). Weber ve Easley-Rosenberg (108), hastaların estetik ve fonksiyonel gereksinimleri dikkate alınarak tasarlanmış bir bekleme odasının hastaların kendilerini rahat hissetmelerinde önemli rol oynadığını ve hastaların iyileşme döneminde olumlu etki yarattığını bildirmiştir. Ayrıca hastalar diş hekimliği muayenelerindeki memnuniyet düzeylerini resepsiyon görevlilerine ve bekleme odasına dayandırmaktadırlar. Bununla birlikte iyi tasarlanmış bekleme ortamının hastane kalitesi ve bekleme süresi algısına olumlu katkı sağladığını bilinmektedir (19). Bu bilgileri destekler nitelikte Leather ve ark. (109) da yaptıkları çalışmada, bekleme alanlarının fiziksel yapısının, psikolojik durum ve memnuniyet düzeyi ile ilişkili olduğunu vurgulamıştır.

2.3.2.1. Bekleme Odasındaki Yapısal Gereksinimler ve Bu Gereksinimlerin Anksiyete Üzerine Etkisi

Pediatric hizmetleri, çocukların öngörülemez davranışları ve içinde bulundukları korku ve stres nedeniyle özel bir zorluk teşkil etmektedir (18, 110). Stres hastaların iyileşmesini ve memnuniyetini kötüleştiren çok çeşitli olumsuz etkilere neden olabilmektedir. Stresin bu bağlamdaki önemine rağmen, hastaların %50'si hala sağlık merkezlerini stresli bulmaktadır (18). Sağlık yapıları kullanıcıları için bekleme eylemi strese neden olan sıkıcı bir durumdur. Bu zaman dilimini yalnızca oturarak beklemek yerine kullanıcıların çeşitli aktiviteler yapabileceği biçimde tasarlamak gerekmektedir. Kullanıcılar üzerindeki bekleme eylemini stres yaratan bir eylem olmaktan çıkartmak için olabildiğince çok aktiviteyi, çevresel düzenlemeler ile sunmak gerekmektedir. Bu çevresel düzenlemeler; sessizliği bozmadan gerçekleştirilecek olan okuma, televizyon izleme ve oyun oynama gibi aktiviteler olarak örneklendirilebilir. Ayrıca bekleme alanları içerisinde

akvaryum, sanat eserleri, posterler, bitkiler, güncel dergi ve gazeteler bekleme eyleminin kolaylaşması için olumlu etkiler doğuran materyallerdir (111).

Aydınlatma

Işık ve renk, bir hastanın sağlığı üzerinde en büyük genel etkiye sahip olabilecek iki husustur (112). Daha detaylı incelenecek olursa ışık bir enerji türü olarak, fiziksel çevreyi görebilmeyi sağlamanın yanında, insanların psikolojik ve biyolojik hatta fizyolojik durumunu da etkilemektedir. Işığın gözle görülmeyen etkileri olarak değerlendirilen bu durum, insan biyolojisi ile bağlantılı olarak psikolojisini de ilgilendirmektedir (113). Yeterli ve uygun ışığa maruz kalma, hastaların ve sağlık bakım ortamlarındaki personelin sağlığı ve refahı için çok önemlidir (114). Gün ışığının; hastaların, doktorların ve hemşirelerin zihinsel ve fiziksel yükünü azaltabildiğini gösteren kanıtlar bulunmaktadır. Bununla birlikte gün ışığı ağrıyı en aza indirmekte, hastanede kalış süresini kısaltmakta ve görsel görevleri yerine getirme yeteneğini geliştirmektedir (114). Ayrıca parlak lamba (yapay) ışığı üzerine yapılan bir çalışmada ise lamba ışığına maruz kalmanın sağlıklı deneklerde kalp atış hızı değişkenliğini iyileştirdiği bulunmuştur. Artan kalp atış hızı değişkenliği, parasempatik sinir sisteminin artan aktivasyonu ile ilişkilendirilmiştir, bu da parlak ışığın gün ışığı gibi potansiyel stres azaltıcı etkisi olduğunu göstermektedir (115).

Loş ve ışık almayan bekleme alanlarında çocuklar etrafı net olarak göremeyecekleri için olan bitene anlam vermekte zorlanacaklardır, bu nedenle çocukların hastane korkusunu azaltmak amacıyla aydınlık ve hatta gün ışığı alan bekleme alanlarının tasarlanması son derece önemlidir. Bu sayede yapı içindeki aktiviteyi inceleyebilen çocukların hastane korkularında azalma olacaktır (106).

Renk

Renk kavramı yalnızca fiziksel bir cisim değil, ışık tarafından üretilen görsel bir algıdır ve psikolojik bir yanıt olarak düşünülebilir (116). Renk seçimleri de sadece kullanıcı grubunun estetik gereksinimlerine cevap verecek bir öge değil aynı zamanda kullanıcıların psikolojilerini olumlu veya olumsuz şekilde etkileme gücüne sahip bir tasarım unsurudur (117).

Renklerin duygularımız ve hislerimiz üzerinde güçlü bir etkisi bulunmaktadır (118). Rengin ruh halimiz üzerindeki etkilerinin çoğu, belirli bir renkle sosyal ve psikolojik ilişkilerin sonucunda oluşabilmektedir (89). Brown (119), nabız hızının farklı tonlara tepki

olarak değiştiğini bildirerek rengin duygusal durumları tetikleyebileceği iddiasını doğrulamıştır. Genel olarak soğuk renklerin (yeşil ve mavi) nabız hızını dūřurerek rahatlatıcı bir etkisi olduğu, sıcak renklerin (kırmızı) ise nabız hızını artırarak hem fizyolojik uyarılmayı hem de dikkatin çevreye yönlendirilme eğilimini tetiklediği dūřünölmektedir (109).

Fiziksel çevrenin temel bir unsuru olarak, sağlık ortamında renk, kullanıcıların ve personelin stresini, güvenliğini ve yorgunluğunu etkileyebilecek bir çevresel faktör olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte, renk paletlerinin de insanların iyileşme süreçlerini olumlu etkilediği ve sağlık personelinin iş verimliliğini arttırdığı bulunmuştur (120). Kalamar ve ark. (121) renklerin çocuk diş hekimine gelen hastaların kaygı düzeyleri üzerindeki etkisini değerlendirmek için yaptıkları çalışmada siyah rengin kaygı düzeylerini arttırdığını, sarı ve pembe gibi renklerin ise stresi azaltmaya yardımcı olduğunu göstermişlerdir.

ocuk hastanelerinin bekleme alanında kullanılan renkler ile çocukların sağlık yapısı ile alakalı sahip oldukları önyargının seviyesini dūřürmek hatta ortadan kaldırmak mümkündür. Kullanıcı grubunun yař grubuna ve ilgi alanlarına göre seçilecek canlı ve sıcak renkler sayesinde ocuk kullanıcının bekleme alanında deneyimlediği stres ve endişe duygusunun yerini merak duygusu alacak, yatıştırıcı ve sakinleştirici renkler neticesinde ise ocuk sakinleşecek ve etrafını gözlemlemeye odaklanacaktır (106).

Koku ve Aromaterapi

Suzuki (122) yaptığı çalışmada hastane ortamı için büyük tasarımlara dahil edilmesi gereken unsurlar olarak aydınlatma dışında üç alan daha belirlemiştir. Bunlar; kötü kokuların hariç tutulduğu ve güzel kokuların düzenlendiği koku ortamı, hoş sesleri içeren ve aşırı güröltünün hariç tutulduğu ses ortamı ile doğayı taklit eden bireylerin kendilerini rahat hissedebilecekleri doğal bir ortamdır (122).

Kokular, çeşitli araştırmalara göre ruh halini ve davranışı düzenleyebilmektedir (123). Aromaterapi fiziksel, zihinsel sağlığı ve yaşam kalitesini arttırmak amacıyla, bitkilerden elde edilen saf uçucu yağların kullanılması olarak tanımlanmaktadır (124). Son zamanlarda aromaterapi tıp ve diş hekimliği ortamlarında tamamlayıcı bir yaklaşım olarak öne sürölmüştür. Aromaterapi ucuz ve basit bir şekilde gevfemeye neden olabilmekte ve anksiyete semptomlarını hafifletebilmektedir (125). Diş hekimliği alanındaki çalışmaların çoğu anketler kullanarak, bekleme odasında farklı aromaların hastalar üzerindeki

anksiyolitik etkisini değerlendirmiştir (91, 125). Lehrner ve ark. (92) diş hekimini bekleme odasında portakal kokusunu kullanarak yaptıkları çalışmada, kontrole kıyasla kokuya maruz kalan hastalarda anksiyetenin azaldığını bulmuşlardır. Pradopo ve ark. (91) ise yaptıkları çalışmayla fissür örtücü uygulama sırasında pandan yaprakları ile yapılan aromaterapinin ocuk anksiyetesini azaltmadaki olumlu etkisini göstermişlerdir.

Müzik Terapisi

Müzik terapisi, yan etkilere neden olabilen sakinleştirici ilaçların kullanımına kıyasla kaygıyı herhangi bir yan etki olmaksızın yenmenin bir yoludur (91). Müzik müdahalesi, dikkati olumsuz durumdan uzaklaştıran ve farkındalığı yatıştırıcı uyaranlara odaklayan bir dikkat dağıtıcı olarak işlev görmektedir (126). Müzik, geçmişten günümüze kadar çeşitli nedenlerden dolayı sağlık bakım ortamlarında kullanılmasıyla birlikte müziğin en bariz iyileştirici kullanımı gevşemeye ve stresi azaltmaya yöneliktir. Yapılan pek çok çalışma, müziğin ağrı ve anksiyete üzerinde olumlu etkiler yarattığını ve bireylerin yaşam kalitesini yükselttiğini göstermektedir (127, 128). Ayrıca yüksek stres zamanlarında uygulanan müziğin anksiyolitik bir etkiye sahip olmasının yanında, hastanın endorfin seviyelerinde artışa, kalp atışının azalmasına ve anestezi ihtiyaının azalmasına neden olduğu da gösterilmiştir (102). Fenko ve Loock (127) yaptıkları çalışmada müziğin etkisini kanıtlar nitelikte, bekleme odasında koku veya müzik olduğunda hastaların kaygı düzeylerinin düştüğünü bulmuşlardır.

Gürültü

Müzik terapisinde rneklen-diği gibi, hoş sesler hastaları iyileştirme, anksiyeteyi azaltma ve yaşam kalitesini yükseltme potansiyeline sahipken bunun tersine aşırı gürültü sağlığı engelleyebilecek bir etki göstermektedir (122). Mekan içerisindeki ses düzeyi mekanın algılanma biçimini değiştirmektedir. İşitsel açıdan gerekli konfor koşulları sağlanamadığı yani grltnn kabul edilebilir düzeyi açtığı durumlarda, insan sağlığı üzerinde işitme kayıpları, solunum sistemi sorunları, kan basıncının artması, hormonal dengenin bozulması gibi fizyolojik etkilere ve yorgunluk, gerginlik, sıkıntı, uykusuzluk ve saldırgan davranışlar gibi psikolojik etkilere neden olmaktadır (129). Hastane gürültü seviyelerinin genellikle yüksek olduğu (65-85 desibel) ve grltnn hastalarla personelde yaygın rahatsızlık yarattığı ve strese neden olduğu bilinmektedir (130).

Hastanelerdeki en önemli gürültü kaynaklarının başında insan yoğunluğundan kaynaklanan sesler gelmektedir (131). Bu nedenle bekleme odasının planlanması oda

büyüklüğü, bekleyen nüfusun büyüklüğü ve bekleme süreleri dikkate alınarak yapılmalıdır (132). Ayrıca hastane bekleme alanlarında çocuklar oynarken gürültü yapmaya eğilimli oldukları için, çocukların kullanımına ayrılan alanda ses yutucu malzemelerin kullanımı son derece önemlidir (111). Bu önlemlere ek olarak müzik de, giderilemeyen rahatsız edici çevresel gürültüyü maskelemek için kullanılabilir (102).

Doğal unsurlar

Doğaya maruz kalmanın insanların sağlığı ve refahı üzerinde yararlı etkileri bulunmaktadır (133). Doğal alanlarda zaman geçirmek, insanın üzerindeki stresi azaltır ve ruhsal durumunun olumlu yönde değişmesine olanak sağlar. Bu etkilerin yanı sıra doğanın; insana fiziksel aktivite, zihinsel rahatlama ve sosyal iletişim imkanları sağladığı, depresyonla ve günlük endişelerle mücadele etmeye katkıda bulunduğu (134) ve ayrıca düşük kan basıncı ve düşük kalp hızı gibi faydalı fizyolojik değişikliklere sebep olduğu bilinmektedir (130). Ek olarak belirli doğa türlerini basitçe görmenin, sağlıklı bireyler ve hastalarda oluşan stresi yalnızca beş dakika veya daha kısa sürede önemli ölçüde iyileştirdiği bilinmektedir (130).

Hastane ortamlarındaki doğal unsurlar, hastaların stres duygularını azaltma potansiyeline sahiptir (133). Hastalar ve personel tarafından kolayca erişilebilen bahçeler yapılarak doğanın etkileri sağlanabilmektedir (135). Ayrıca gerçek bitki ve/veya bitki posterleri eklemek bekleme salonunun çekiciliğini artırarak, hastaların refahını olumlu yönde etkileyen hoş bir atmosfer oluşturmaktadır. Sağlık bakım ortamına iç mekan bitkilerinin eklenmesi, sonuç olarak hastalar için invazif olmayan ve etkili bir tamamlayıcı tedavi işlevi görebilmektedir (133). Bunun yanı sıra doğaya erişimi teşvik etmeye yönelik diğer tasarım yaklaşımları olarak akvaryum ve atriyum kullanılabilir (135).

Mobilya

Bekleme odasının iyi iç mekan tasarımı ile hasta ve hasta yakını için psikolojik ve fiziksel rahatlama sağlanmaktadır (136). Mekanın fiziki şartlarının iyi olarak sağlanması için; bekleme odasının görsel konforun sağlanması, alanın ferahlığı açısından aydınlatmanın iyi ayarlanması, ses düzeyinin sağlanması, koltuk ya da sandalyelerin yeterli sayıda, rahat ve konforlu olması gerekmektedir (109). Hasta ve yakınlarının beklemesi için oturma alanları estetik olarak düzenlenmeli, iç tasarımla uyumlu olmalı ve kullanıcılar için rahatlığı sağlanabilir nitelikte olması gerekmektedir (137). Bekleme odası gibi stresli mekanlardaki hastalar ve ziyaretçiler, rahat hissedebilecekleri koltuk modüllerinde

oturmaya tercih etmektedir. Bununla birlikte doğrudan çocukların kullanımı için tasarlanan mobilyaların çocuk büyüklüğünde, güvenli ve pratik bir yapıda olması gerekmektedir (106).

Sanat eserleri

Çocuk hastanelerinin bekleme odaları, geçirilen sürenin uzunluğu ve hastane yapısına girildiğinde ilk karşılaşılan alanlardan birisi olması sebebiyle estetik gereksinimlerin karşılanması açısından büyük bir görev üstlenmektedir. Bekleme alanlarında gerekli estetik gereksinimlerin karşılanması için sanat eserlerinin iç mimari tasarımda kullanılması, renk seçimlerinin kullanıcı yaş grubuna göre seçilmesi, farklı dokuların tasarımla ilişkilendirilmesi gibi farklı yöntemler kullanılabilmektedir (106). Sağlık hizmeti ortamlarında giderek artan bir ilgiye sahip olan sanat, hoş bir dikkat dağıtıcı olmanın yanı sıra, aynı zamanda uygun eserler kullanıldığında stresi ve endişeyi azaltmakta ve iyileşmeyi sağlamaktadır (138).

Ulrich ve Gilpin (88) yaptıkları çalışmalarda su manzaraları, doğal manzaralar, çiçekler ve bahçelerle ilgili temalar içeren ve duygusal açıdan olumlu jestler ve yüz ifadeleri bulunduran sanat eserlerinin kullanımının stresi azalttığını tespit etmişlerdir. Bunun aksine soyut ve duygusal açıdan zorlayıcı sanatlar hastalar tarafından genellikle beğenilmemekte ve hastaların stresini arttırmaktadır (139). Yüksek stresli bekleme ve tedavi alanlarındaki tüm görsel sanatlar (resimler, baskılar, fotoğraflar) açık bir şekilde olumlu bir konuya sahip olmalı ve belirsiz, zorlayıcı sanat sergilemeden önce dikkatli olunmalıdır (88). Yetişkin çalışmalarına göre, doğa görüntülerinin stresi azaltması nedeniyle en çok tercih edilen sanat türü olduğu ve pediatrik hastalar üzerinde de stres azaltıcı etkileri olduğu tahmin edilmektedir (20). Ancak yetişkin algıları çocukların ve gençlerin tercihleri için her zaman en doğru gösterge değildir (138). Bu amaçla Nanda ve ark. (138) yaptıkları çalışmanın sonucunda, küçük çocukların animasyonel görüntüleri seçerken büyük çocukların yetişkinlerle aynı olacak şekilde doğa görüntülerini tercih ettiklerini rapor etmektedirler.

Oyun alanı

Bekleme mekanı içerisinde veya yakınında, korunaklı, algılanır küçük oyun alanlarının olması çocuklar için büyük önem taşımaktadır (140). Oyun, hastalık ve hastaneyle ilgili travmayı azaltmak, çocuğun tedaviye ilişkin duygularını ve yanlış anlamalarını değerlendirmek ile stres yaratan olaydan önce, olay sırasında ve sonrasında

çocuklarda olumlu baş etme yöntemleri geliştirmek için kullanılabilmektedir (141). Bekleme odasında oynamak, sağlık uzmanları tarafından çocukların kaygı ve sinirliliklerini azaltarak ruh hallerini iyileştirmelerine yardımcı olan ve klinik ziyaret sırasında sağlık profesyonelleri ile iletişimi geliştiren bir aktivite olarak kabul edilmektedir. Araştırmacılar, genç hastaların tıbbi bakımla daha iyi başa çıkmalarına ve rahatlamalarına yardımcı olmak için bekleme odalarının oyuncaklar ve hoş fiziksel alanlarla donatılması gerektiği konusunda genel fikir birliği bulunmaktadır (142). Pedro ve ark. (143) yaptıkları çalışmada çocukların klinik ziyaretten önce oyun etkinliklerine katıldıklarında, refakatçileri ve sağlık profesyonelleri ile uyumlu ilişkiler kurduklarını ve daha az endişeli olduklarını bulmuşlardır. Ayrıca oyunun kaygı, korku gibi olumsuz duyguları ifade etme ve detaylandırma fırsatı olduğuna da dikkat çekmişlerdir (143).

Sağlık hizmetlerinin fiziksel ortamı üzerine onlarca yıl süren araştırmalardan sonra, bunun hasta ve ziyaretçiler üzerinde bir etkisi olduğu gerçeğini göz ardı etmek zordur (144). Fiziksel çevre, sağlık tesislerinde stres üreten faktörlerin önlenmesinde ve azaltılmasında önemli rol oynamaktadır (132). Çevreyi iyileştirici bir ortam olarak gördüğümüzde hastane bekleme odaları kritik öneme sahiptir (145). Bekleme odalarındaki fiziksel çevrenin çekiciliği, çocukların rahatlamasına ve yaklaşan diş randevusuna karşı olumlu bir tutum geliştirmesine yardımcı olmaktadır (19, 20).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Bu çalışma preoperatif anksiyeteyi azaltmada önemli bir unsur olan dental bekleme odalarının düzenlenmesi için araştırmanın sonucunda elde edilen çocuk tercihlerini kullanmak ve hatta farklı mizaç özelliklerine sahip çocukların kooperasyonunu arttırmak amaçlı farklı dizaynlarda bekleme odalarının oluşturulmasında fikir vermek amacıyla yapıldı.

3.2. Etik Kurul Onayı

Tez çalışması için, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik kurul onayı alındı (2020/54) (Ek 1.).

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma: Eylül 2020-Aralık 2020 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi çocuk diş hekimliği kliniğinde sessiz bir alanda gerçekleştirildi (Resim 1).



Resim 1. Çalışmanın gerçekleştirildiği alan

3.4. Örneklem Seçimi

Örneklem boyutunun tespitinde Tsoi Ak ve ark.'nın (15) çalışması baz alınarak hesaplama yapıldı ve alfa hata=0.05, beta hata=0.95 olacak şekilde toplam 129 hastanın yeterli olduğu tespit edildi ancak araştırma sırasında ve süresince veri kaybı olma ihtimaline karşı örneklem sayısı gerekli olandan fazla olarak hesaplandı ve 150 hasta ile ebeveynin araştırmaya dahil edilmesi kararlaştırıldı. Gözlemciler arası uyum ve test-tekrar test analizleri için ise esas araştırmaya dahil olmayan 15 hastaya EAS Mizaç Anketi uygulandı.

3.5. Hastaların Seçim Kriterleri

Çalışmaya katılan hastalar Eylül 2020-Aralık 2020 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı'na tedavi amacıyla başvurmuş, kayıtları alınmış 6-11 yaşları arasında dahil edilme kriterlerine uyan çocuklar arasında rastgele seçildi.

Dahil edilme kriterleri;

- 6-11 yaş aralığında olan ve velisi yanında olan
- Fiziksel, sistemik ve psikolojik olarak sağlıklı olan
- Uygulanan anketi eksiksiz tamamlayan
- Öğrenme ve anlama engeli olmayan, Türkçe okuma kabiliyeti ve anadili Türkçe olan çocuklar ve velileri

Dışlanma kriterleri;

- 6-11 yaş aralığında olmayan ve velisi yanında olmayan
- Fiziksel, sistemik ve psikolojik olarak sağlıklı olmayan
- Uygulanan anketi tamamlamayan
- Öğrenme ve anlama engeli olan, Türkçe okuma kabiliyeti ve anadili Türkçe olmayan çocuklar ve velileri

3.6. Randomizasyon

İlgili tez çalışmasında pedodonti kliniğine Eylül 2020-Aralık 2020 tarihleri arasında randevu almış 6-11 yaş grubundaki hastalar dahil edilme kriterlerine uygun olacak şekilde aylık olarak kaydedildi. Bu hastalar arasından toplam örneklem boyutuna (n=150) uygun olacak şekilde 3 ay boyunca çalışmaya dahil edilmesi gereken 50'şer hasta bilgisayar destekli bir randomizasyon programı yardımıyla seçildi (146).

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmada gerekli verileri toplamak amacıyla kullanılan anketler şunlardır:

- Anket 1- Duygusallık, Aktivite ve Sosyallik Mizaç Anketi-EAS Mizaç Anketi (Emotionality, Activity and Shyness Temperament Survey-EAS Temperament Survey) (Ek 2.)
- Anket 2- Çocuk Korku Değerlendirme Skalası-Dental Alt Ölçeği (ÇKDS-DAÖ) (Children Fear Survey Schedule-Dental Subscale/CFSS-DS) (Ek 3.)
- Anket 3- Modifiye Bekleme Odası Tercihleri Anketi-MBOTA (Ek 4.)
- Anket 4- Demografik veri anketi (Ek 5.)

3.7.1. Anket 1- Duygusallık, Aktivite ve Sosyallik Mizaç Anketi-EAS Mizaç Anketi (Emotionality, Activity and Sociability Temperament Survey-EAS Temperament Survey)

Duygusallık, Aktivite ve Sosyallik Mizaç Anketi çocukların mizacını ölçmek amacıyla oluşturulan ve mizacı; duygusallık, aktivite, sosyallik ve utangaçlık olmak üzere 4 kategori şeklinde sınıflandıran toplam 20 sorudan oluşan bir değerlendirmeyi kapsar:

1. Çocuğum utangaç olacak
2. Çocuğum ağlayacak
3. Çocuğum sizden hoşlanacak
4. Çocuğum çok hareketli olacak
5. Çocuğum onunla konuşmanızdan hoşlanacak
6. Çocuğum duygusal olacak
7. Çocuğum diş hekimi koltuğundan kalkmak isteyecek

8. Çocuğum yardımcı personelden hoşlanacak
9. Çocuğum endişelenecek ve ağlayacak
10. Çocuğum çok enerjik olacak
11. Çocuğumun size ısınması uzun zaman alacak
12. Çocuğum kolayca üzülecek, mutsuz olacak
13. Çocuğum bugün yalnız kalmaktan hoşlanmayacak
14. Çocuğum mutsuz olursa gerginleşecek
15. Çocuğum hareketli olacak fakat yavaş hareket edecek
16. Çocuğum sizinle arkadaş olacak
17. Çocuğum sizinle iş birliği içinde olacak
18. Çocuğum etrafında kimse yokken daha iyi olacak
19. Çocuğum tedavi aletlerinize dokunmak ve onlarla ilgilenmek isteyecek.
20. Çocuğum size karşı çok dostane/cana yakın olacak

Her mizaç kategorisi için 5'er soru bulunan ölçekte 5'li likert tipi ölçek kullanılarak ebeveynler tarafından dolduruldu. Anket ebeveynlere uygulandıktan sonra her kategoriden alınan puanlar ayrı ayrı toplanıp 5'e bölündü ve en yüksek puanı alan kategori çocuğun mizacını temsil edecek şekilde listelendi. Anketlerin ebeveynler tarafından anlaşılamaması durumunda araştırmacı tarafından açıklayıcı unsurlarla yardımcı olundu ancak kesinlikle cevaplarda yönlendirme yapılmadı.

3.7.2. Anket 2- Çocuk Korku Değerlendirme Skalası-Dental Alt Ölçeği (ÇKDS-DAÖ) (Children Fear Survey Schedule-Dental Subscale/ CFSS-DS)

Çocuk Korku Değerlendirme Skalası-Dental Alt Ölçeği, çocuklarda dental korkuya neden olabilecek tedavinin çeşitli aşamalarıyla ilgili 15 sorudan oluşan bir ölçektir:

1. Diş hekimi
2. Doktor
3. İğne
4. Birinin ağzını muayene etmesi

5. Ağzını açmak zorunda olmak
6. Bir yabancınn sana dokunması
7. Birinin sana bakması
8. Diş hekiminin diş temizleme aleti
9. Diş hekiminin diş temizlerkenki görüntüsü
10. Diş temizleme aletinin sesi
11. Birinin ağzına aletler koyması
12. Nefes alamamak
13. Hastaneye gitmek
14. Beyaz önlüklü insanlar
15. Diş hekiminin dişlerini temizlemesi

Çocuklardan her bir soru için 1’den (hiç korkmuyorum) 5’e (aşırı korkuyorum) kadar puan vermesi istendi (1= Hiç korkmuyorum, 2= Çok az korkuyorum, 3=Biraz korkuyorum, 4=Çok korkuyorum, 5=Aşırı korkuyorum). Toplam puanlar 15-31 arası düşük derece, 32-38 arası orta derece, 39 ve üzeri puanlama ise yüksek derece anksiyete olacak şekilde değerlendirildi.

3.7.3. Anket 3- Modifiye Bekleme Odası Tercihleri Anketi-MBOTA

İlgili tez çalışmasında kullanılan MBOTA, çocukların fiziksel çevre tercihlerini belirlemek için oluşturulan 18 soruluk bir ankettir. Panda ve ark.’nın (19) yaptıkları çalışmadaki anketten Türkçeye uyarlanan anket yeni maddeler de eklenip modifiye edilerek oluşturuldu. Duvar rengi, müzik, koku, bekleme sırasındaki aktivite gibi unsurların çoktan seçmeli sorularını içeren anket çocuklara uygulandı. Anlaşılammaması durumunda araştırmacı tarafından açıklayıcı unsurlarla yardımcı olundu ancak kesinlikle cevaplarda yönlendirme yapılmadı.

3.7.4. Anket 4- Demografik Veri Anketi

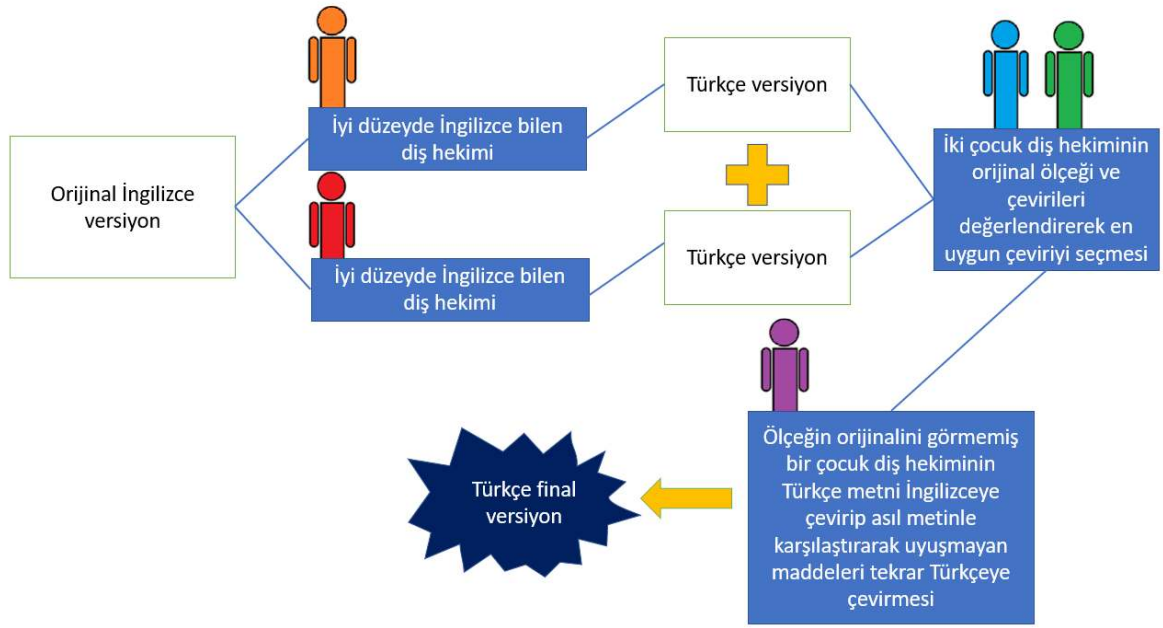
Ebeveynlere uygulanan demografik bilgi içerkli sorular şunları içermektedir:

1. Yaş
2. Cinsiyet

3. Yakınlık Derecesi
4. Anne Eğitim Durumu
5. Anne mesleği
6. Baba Eğitim Durumu
7. Baba mesleği
8. Ailenin gelir düzeyi
9. Çocuğunuz annesi ile aynı evde mi yaşıyor?
10. Çocuğunuz babası ile aynı evde mi yaşıyor?
11. Ailedeki toplam çocuk sayısı?
12. Çocuğumun kendisinden büyük kardeşleri var. Kaç tane
13. Çocuğumun kendisinden küçük kardeşleri var. Kaç tane
14. Çocuğunuzun gittiği okulu seçiniz.
15. Çocuğunuz kaçınıcı sınıfa gidiyor?
16. Çocuğunuz öncesinde nerede tedavi gördü?
17. Çocuğunuzun önceki tedavisi aynı doktorla mıydı?

3.8. Araştırmanın Yöntemi

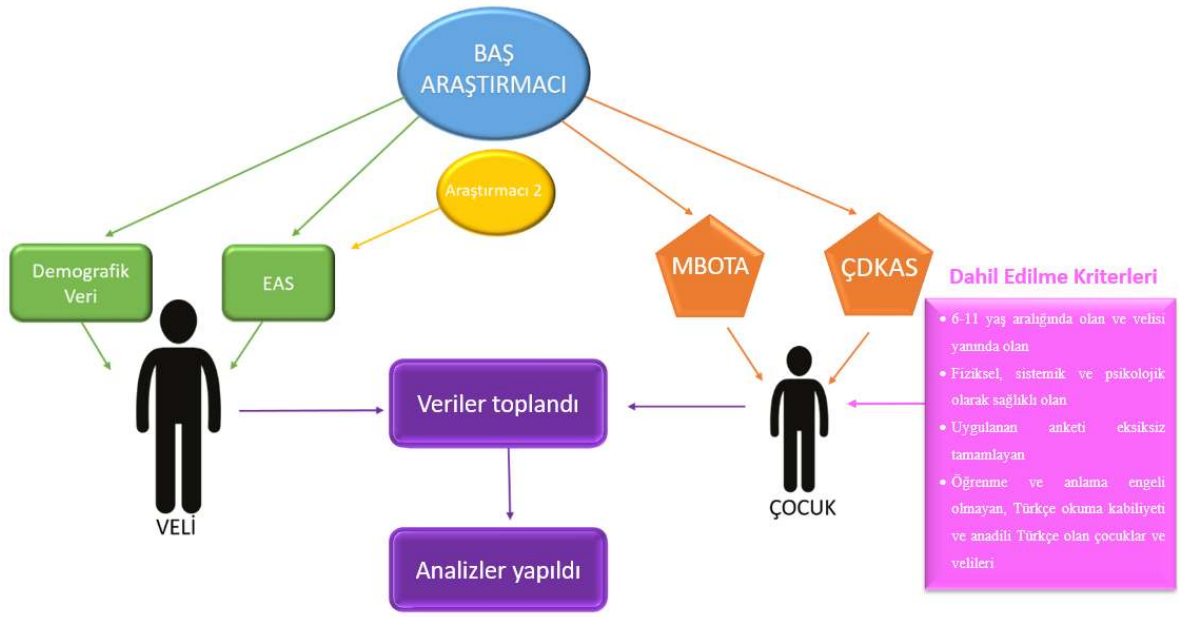
Çalışmaya başlamadan önce EAS Mizaç Anketi ve MBOTA ölçeklerinin sahipleri çalışmaya dahil edildi. Ayrıca çalışmanın başında EAS Mizaç Anketi'nin dil geçerliliğini test etmek amacıyla çeviri-tekrar çeviri yöntemi kullanıldı. Ölçeğin Türkçeye çevrilmesi üç aşamada gerçekleştirildi. İngilizceyi iyi düzeyde bilen iki çocuk diş hekimi birbirinden bağımsız olarak skalayı Türkçeye çevirdi. Daha sonra iki farklı çocuk diş hekimi orijinal ölçeği ve çevirileri değerlendirerek en uygun çeviriyi seçtiler. Son aşamada ölçeğin orijinalini görmemiş olan bir diş hekimi Türkçe metni İngilizce'ye çevirip, asıl metinle karşılaştırarak uyuşmayan maddeleri tekrar Türkçeye çevirdi ve final skala formatı elde edildi (Şekil 1).



Şekil 1. Dil geçerliliği

Anket uygulanmadan önce katılımcılara bilgilendirme ve olur formu doğrultusunda çalışmanın amacı ve içeriği hakkında yazılı ve sözlü olarak bilgi verildi. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu her hastanın ebeveyni tarafından imzalandı (Ek 6.).

Anketlerin tamamı uygulanmadan önce ilk olarak EAS Mizaç Anketi gözlemciler arası güvenilirliği ölçmek için çalışmaya dahil edilmeyen 15 adet katılımcıya baş araştırmacı tarafından uygulandıktan sonra aynı ziyarette çalışmadaki farklı bir çocuk diş hekimi tarafından her bir çocuğa bir kez daha uygulandı. İki hafta sonra testlerin güvenilirliğini ölçmek amacıyla EAS Mizaç Anketi baş araştırmacı tarafından 15 çocuğun her birine tekrar uygulandı. Sonrasında baş araştırmacı tarafından 150 çocuğa MBOTA ve ÇKDS-DAÖ; ebeveynlere EAS Mizaç Anketi ve demografik veri anketi uygulandı (Şekil 2). Veri kaybı olmaması amacıyla, anketler araştırmacı tarafından katılımcılarla yüz yüze görüşme yapılarak soruldu ve anket formu araştırmacı tarafından dolduruldu (Resim 2, Resim 3).



Şekil 2. Akış diyagramı



Resim 2. Araştırmacının çocuklara anketleri uygulaması esnasında çekilen görüntü



Resim 3. Araştırmacının ebeveynlere anketleri uygulaması esnasında çekilen görüntü

3.9 İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen verilerin analizi sırasında SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, SPSS Inc. Chicago, IL, USA) 17.0 istatistik paket programı kullanıldı. Duygusallık, Aktivite ve Sosyalite Mizaç Anketi için gözlemciler arası uyumun tespitinde Cohen's Kappa testi kullanıldı. Skalanın zamana göre değişmezliği test-tekrar test ile incelendi. Bu amaçla skala aynı bireylere, aynı koşullarda belli bir zaman aralığı ile tekrar uygulandı. Zamana karşı değişmezliğin sınındığı bu yöntem için 15 hastaya iki hafta arayla test tekrar uygulandı ve sonuçları Wilcoxon testi ile analiz edildi.

Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, minimum, maximum, medyan) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney-U testi, grup sayısı üç ve daha fazla olması durumunda ise Kruskal Wallis testi kullanıldı. Elde edilen verilerin istatistik analizi Kruskal Wallis testi ile anlamlı çıkan ölçümlere ait ikili alt grup karşılaştırmaları için Bonferroni düzeltmesi ile birlikte Mann-Whitney-U testi yapıldı. Normal dağılıma uygunluk göstermeyen parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman's rho korelasyon analizi kullanıldı. Tüm testler için p değeri 0.05'den küçük hesaplandığında istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Hastaların Cinsiyet, Yaş, Demografik Veri ve ÇKDS-DAÖ'ye Göre Dağılımı

Çalışma, 76'sı (%50.7) kız, 74'ü (%49.3) erkek olmak üzere 150 çocuk üzerinde gerçekleştirildi. Hastaların 76'sı (%50.7) 6-8 yaş arasında ve 74'ü (%49.3) 8-11 yaş arasındaydı.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin 55'i (%36.7) 37 yaşından küçük, 50'si (%33.3) 37-42 yaş aralığında ve 45'i (%30.0) 42 yaşından büyüktü. Araştırmaya katılan ebeveynlerin 40'ı (%26.7) erkek ve 110'u (%73.3) kadındı. Annelerin 39'unun (%26.0) ilkokul mezunu, 23'ünün (%15.3) ortaokul mezunu, 49'unun (%32.7) lise mezunu, 38'inin (%25.3) üniversite mezunu olduğu ve 1'inin (%0.7) doktora ve üzeri eğitim aldığı gözlemlendi. Annelerin 25'inin (%16.7) serbest meslek sahibi olduğu, 1'inin (%0.7) profesyonel meslek (avukat, doktor vb.) yaptığı, 20'sinin (%13.3) memur olduğu, 90'ının (%60.0) çalışmadığı ve 14'ünün (%9.3) diğer meslekleri yaptığı bulgulandı. Babaların 21'inin (%14.0) ilkokul mezunu, 27'sinin (%18.0) ortaokul mezunu, 49'unun (%32.7) lise mezunu, 48'inin (%32.0) üniversite mezunu olduğu ve 5'inin (%3.3) doktora ve üzeri eğitim aldığı gözlemlendi. Babaların 58'inin (%38.7) serbest meslek sahibi olduğu, 6'sının (%4.0) profesyonel meslek (avukat, doktor vb.) yaptığı, 40'nın (%26.7) memur olduğu, 8'inin (%5.3) çalışmadığı ve 38'inin (%25.3) diğer meslekleri yaptığı bulgulandı. Ailenin gelir düzeyi açısından değerlendirildiğinde, ailelerin 39'u (%26.0) 2500 TL ve altında gelire, 65'i (%43.3) 2500-5000 TL arası gelire ve 46'sı (30.7) 5000 TL ve üzeri gelire sahipti. Çocukların 34'ünün (%22.7) 2. sınıfa ve 33'ünün (%22.0) 4. sınıfa gittiği saptandı. Çocukların 13'ünün (%8.7) ilk tedavisi olduğu, 112'sinin (%74.7) bu klinikte öncesinde tedavi gördüğü ve 25'inin (%16.7) öncesinde başka klinikte tedavi gördüğü bulgulandı. Çocukların 40'ının (%26.7) önceki tedavisinin aynı doktorla olduğu ve 97'sinin (%64.7) önceki tedavisinin başka doktorla olduğu saptandı. Çocuklar ÇKDS-DAÖ'ye göre sınıflandırıldığında, 136 (%90.7) çocuk düşük derece anksiyeteye (15-31 puan), 7 (%4.7) çocuk orta düzey anksiyeteye (32-38 puan) ve 7 çocuk (%4.7) yüksek düzey anksiyeteye (39 puan ve üzeri) sahipti (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların yaş, cinsiyet, demografik anket ve ÇKDS-DAÖ verilerine göre dağılımı (N=150)

		N	(%)
Çocuk Cinsiyet	<i>Erkek</i>	74	(49.3)
	<i>Kız</i>	76	(50.7)
Çocuk Yaş	<i>6-8 yaş arası</i>	76	(50.7)
	<i>8-11 yaş arası</i>	74	(49.3)
Katılan Ebeveynin Yaşı	<i>37'den küçük</i>	55	(36.7)
	<i>37-42 arası</i>	50	(33.3)
	<i>42'den büyük</i>	45	(30.0)
Katılan Ebeveynin Cinsiyeti	<i>Erkek</i>	40	(26.7)
	<i>Kadın</i>	110	(73.3)
Anne Eğitim Durumu	<i>İlkokul</i>	39	(26.0)
	<i>Ortaokul</i>	23	(15.3)
	<i>Lise</i>	49	(32.7)
	<i>Üniversite</i>	38	(25.3)
	<i>Doktora ve üzeri</i>	1	(0.7)
Anne Mesleği	<i>Serbest</i>	25	(16.7)
	<i>Memur</i>	20	(13.3)
	<i>Çalışmıyor</i>	90	(60.0)
	<i>Profesyonel (avukat, doktor vb.)</i>	1	(0.7)
	<i>Diğer</i>	14	(9.3)
Baba Eğitim Durumu	<i>İlkokul</i>	21	(14.0)
	<i>Ortaokul</i>	27	(18.0)
	<i>Lise</i>	49	(32.7)
	<i>Üniversite</i>	48	(32.0)
	<i>Doktora ve üzeri</i>	5	(3.3)
Baba Mesleği	<i>Serbest</i>	58	(38.7)
	<i>Memur</i>	40	(26.7)
	<i>Çalışmıyor</i>	8	(5.3)
	<i>Profesyonel (avukat, doktor vb.)</i>	6	(4.0)
	<i>Diğer</i>	38	(25.3)
Ailenin Gelir Düzeyi	<i>2500 TL ve altı</i>	39	(26.0)
	<i>2500-5000 TL</i>	65	(43.3)
	<i>5000 TL ve üzeri</i>	46	(30.7)
Çocuğunuz Kaçınıcı Sınıfa Gidiyor?	<i>Anaokulu</i>	12	(8.0)
	<i>1. sınıf</i>	13	(8.7)
	<i>2. sınıf</i>	34	(22.7)
	<i>3. sınıf</i>	20	(13.3)
	<i>4. sınıf</i>	33	(22.0)
	<i>5. sınıf</i>	16	(10.7)
	<i>6. sınıf</i>	13	(8.7)
	<i>7. sınıf</i>	7	(4.7)
	<i>8. sınıf</i>	2	(1.3)

Tablo 2. (Devam)

		N	(%)
Çocuğunuz Öncesinde Nerede Tedavi Gördü?	<i>İlk tedavisi</i>	13	(8.7)
	<i>Bu klinikte</i>	112	(74.7)
	<i>Başka klinikte</i>	25	(16.7)
Çocuğunuzun Önceki Tedavisi Aynı Doktorla mıydı?	<i>İlk tedavisi</i>	13	(8.7)
	<i>Evet</i>	40	(26.7)
	<i>Hayır</i>	97	(64.7)
ÇKDS-DAÖ	<i>Düşük derecede anksiyete (15-31 puan)</i>	136	(90.7)
	<i>Orta derecede anksiyete (32-38 puan)</i>	7	(4.7)
	<i>Yüksek derecede anksiyete (39 puan ve üzeri)</i>	7	(4.7)

EAS Mizaç Anketi Alt Gruplarının Dağılımı

Mizaç alt gruplarının ortalama, standart sapma, minimum, medyan ve maximum puanları Tablo 3'te verildi. Duygusallık kategorisi için puanlar 1.0-5.0 arasında değişmekte olup ortalaması 2.989 ve standart sapması 0.7621'di. Aktivite kategorisi için puanlar 1.2-4.4 arasında değişmekte olup ortalaması 2.816 ve standart sapması 0.5621'di. Sosyallik kategorisi için puanlar 2.0-5.0 arasında değişmekte olup ortalaması 3.783 ve standart sapması 0.6434'tü. Utangaçlık kategorisi için puanlar 1.0-3.8 arasında değişmekte olup ortalaması 2.051 ve standart sapması 0.6451'di.

Tablo 3. EAS Mizaç Anketi alt grupları için ortalama puanlar ve standart sapmalar

	N	Ortalama	SS	Minimum	Medyan	Maximum
Duygusallık	150	2.989	0.7621	1.0	3.000	5.0
Aktivite	150	2.816	0.5621	1.2	2.800	4.4
Sosyallik	150	3.783	0.6434	2.0	3.800	5.0
Utangaçlık	150	2.051	0.6451	1.0	2.000	3.8

SS; Standart Sapma

EAS Mizaç Anketi Alt Gruplarının Diğer Değişkenlerle Değerlendirilmesi

Çalışmada katılımcılara uygulanan EAS Mizaç Anketi alt gruplarından elde edilen puanların yaş ve cinsiyet gruplarına göre farklılıklarını belirlemek adına istatistiksel analizler yapıldı ve sonuçları Tablo 4'te sunuldu. Yapılan analizler sonucunda aktivite ve utangaçlık puanlarıyla yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p>0.05$). Duygusallık ve sosyallik puanları ile yaş grupları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu ve hem duygusallık hem de sosyallik puanlarının artan yaşla birlikte azaldığı belirlendi ($p=0.043$; $p<0.05$, $p=0.014$; $p<0.05$).

Cinsiyet değişkeni ile EAS Mizaç Anketi alt gruplarının hiçbirisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p>0.05$).

Tablo 4. EAS Mizaç Anketi alt gruplarının hasta yaşı, cinsiyeti ile karşılaştırılması

	EAS Mizaç Anketi alt grupları					
	Duygusallık		Aktivite	Sosyallik		Utangaçlık
Cinsiyet	0.830		0.495	0.077		0.663
Yaş	0.043*		0.803	0.014*		0.962
	6-8yaş Median değeri (min-max)	8-11 yaş Median değeri (min-max)		6-8yaş Median değeri (min-max)	8-11 yaş Median değeri (min-max)	
	3.200 (1.4-5.0)	2.800 (1.0-4.8)		4.000 (2.6-5.0)	3.800 (2.0-4.8)	

Mann-Whitney-U Test (* $p < 0.05$)

Duygusallık, Aktivite ve Sosyallik Mizaç Anketi alt gruplarından elde edilen puanların ÇKDS-DAÖ'ye göre farklılıklarını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis Testi kullanıldı. Duygusallık alt grubu ve utangaçlık alt grubunun ÇKDS-DAÖ ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki gösterdiği saptandı ($p=0.039$; $p<0.05$, $p=0.004$; $p<0.05$). Çocuk Korku Değerlendirme Skalası-Dental Alt Ölçeği ve EAS Mizaç Anketi'nin Kruskal Wallis testi ile elde edilen verileri istatistiksel olarak anlamlı çıktığı için ÇKDS-DAÖ'ye ait ikili alt grup karşılaştırmaları Bonferroni düzeltmesi ile birlikte Mann-Whitney-U testi ile yapıldı ve sonuçları Tablo 5'te sunuldu. Utangaçlık alt grubuyla, ÇKDS-DAÖ alt gruplarından düşük-yüksek derecede anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ve utangaçlık puanları ile ÇKDS-DAÖ puanlarının beraber arttığı belirlendi ($p=0.001$; $p<0.017$).

Tablo 5. ÇKDS-DAÖ ile EAS Mizaç Anketi alt grupların karşılaştırılması

ÇKDS-DAÖ alt grupları	EAS Mizaç Anketi alt grupları			
	Duygusallık	Aktivite	Sosyallik	Utangaçlık
<i>Düşük - Orta derecede anksiyete</i>	0.125	0.289	0.622	0.428
<i>Orta - Yüksek derecede anksiyete</i>	0.606	0.562	0.519	0.018
<i>Düşük - Yüksek derecede anksiyete</i>	0.036	0.073	0.481	0.001*
	Düşük derece anksiyete Median değeri (min-max)		Yüksek derece anksiyete Median değeri (min-max)	
	2.000 (1.0-3.8)		3.000 (1.8-3.4)	

Bonferroni düzeltmesi ile birlikte Mann-Whitney-U (* $p<0.017$)

Demografik veri soruları ve EAS Mizaç Anketi arasındaki ilişkiler değerlendirildi ve sonuçları Tablo 6’da sunuldu. Çalışmadaki katılımcıların dağılımlarına bakıldığında 150’sinin (%100) anne ile aynı evde yaşadığı belirlendi. Dolayısıyla analiz sürecinde demografik veri anketinde yer alan “anne ile aynı evde mi yaşıyor?” sorusu göz önünde bulundurulmadı. Analizlerin sonucunda büyük kardeş sayısı ile duygusallık alt grubunun zayıf ama istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde ilişkili olduğu saptandı ($r=-0.206$, $p=0.012$; $p<0.05$).

Tablo 6. EAS Mizaç Anketi alt gruplarının demografik veri anketi soruları ile karşılaştırılması

Demografik veri anketi soruları	EAS Mizaç Anketi alt grupları			
	Duygusallık	Aktivite	Sosyallik	Utangaçlık
Anne eğitimi	^a 0.840	^a 0.288	^a 0.149	^a 0.882
Anne mesleği	^a 0.186	^a 0.452	^a 0.364	^a 0.354
Baba eğitimi	^a 0.625	^a 0.057	^a 0.509	^a 0.631
Baba mesleği	^a 0.528	^a 0.422	^a 0.374	^a 0.768
Aile geliri	^a 0.365	^a 0.062	^a 0.487	^a 0.409
Anne ile aynı evde mi yaşıyor	-	-	-	-
Baba ile aynı evde mi yaşıyor	^b 0.214	^b 0.513	^b 0.578	^b 0.174
Okul	^a 0.070	^a 0.694	^a 0.652	^a 0.393
Toplam çocuk sayısı	^c 0.057 $r= -0.156$	^c 0.189 $r= -0.108$	^c 0.182 $r= -0.110$	^c 0.971 $r= -0.003$
Büyük kardeş sayısı	^c 0.012* $r= -0.206$	^c 0.076 $r= -0.145$	^c 0.478 $r= -0.058$	^c 0.223 $r= -0.100$
Küçük kardeş sayısı	^c 0.149 $r= 0.118$	^c 0.941 $r= -0.004$	^c 0.472 $r= -0.059$	^c 0.123 $r= 0.127$

r: Spearman’s rho korelasyon katsayısı

^aMann-Whitney-U Testi, ^bKruskal Wallis Testi, ^cSpearman korelasyon testi (* $p<0.05$)

Yapılan analizler sonucunda MBOTA soruları ile mizaç alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p>0.05$) (Tablo 7).

Tablo 7. EAS Mizaç Anketi alt gruplarının MBOTA soruları ile karşılaştırılması

MBOTA soruları	EAS Mizaç Anketi alt grupları			
	Duygusallık	Aktivite	Sosyallik	Utangaçlık
1.Bekleme odasına girdiğinde danışma masasında (sekreterlikte) kimi tercih edersin?	^b 0.440	^b 0.906	^b 0.180	^b 0.699
2.Bekleme odasında ne tarz müzik dinlemek istersin?	0.896	0.092	0.386	0.962
3.Bekleme odasında ne çeşit parfüm kokusu olmasını istersin?	0.982	0.535	0.263	0.299
4.Bekleme odasında ne tarz ışıklandırma tercih edersin?	0.189	0.507	0.290	0.584
5.Hangisini seveceğini düşünürsün?	0.619	0.108	0.398	0.396
6.Bekleme odasında duvarların nasıl dekore edilmiş olmasını tercih edersin?	0.280	0.292	0.520	0.591
7. Bekleme odasının duvarlar rengi olarak hangisini tercih edersin?	0.618	0.113	0.256	0.412
8. bekleme odasında çiçek olmasını ister misin?	0.251	0.995	0.102	0.811
9.Bekleme odasında beklerken kiminle olmak istersin?	0.140	0.695	0.083	0.796
10.Bekleme odasında hangisine oturmayı tercih edersin?	^b 0.061	^b 0.500	^b 0.317	^b 0.883
11.Bekleme odasında hangisini seyretmeyi tercih edersin?	0.126	0.760	0.831	0.669
12.Bekleme odasında televizyon varsa hangi kanalı seyretmek istersin?	0.876	0.960	0.554	0.296
13.Sıranı beklerken ne yapmak istersin?	0.070	0.545	0.473	0.976
14.Bekleme odasında ne kadar beklemek istersin?	0.718	0.663	0.820	0.838
15.Sıranı beklerken, nasıl hissedersin?	0.100	0.926	0.262	0.726
16.Seni bekleme odasından kimin almasını ve bırakmasını istersin?	0.815	0.526	0.065	0.129

Mann-Whitney-U Testi, ^bKruskal Wallis Testi (*p<0.05)

Modifiye Bekleme Odası Tercihleri Anketi ve EAS Mizaç Anketi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamasına rağmen (p>0.05), utangaçlık ve duygusallık alt gruplarının median puanlarına göre rakamsal farklılık gösteren MBOTA sorularına verilen cevapları incelendi ve sonuçlar Tablo 8’de sunuldu.

Tablo 8. MBOTA sorulara verilen cevapların utangaçlık ve duygusallık alt gruplarının median puanlarına göre incelenmesi

MBOTA Soruları		Duygusallık Median değeri (min-max)	Utangaçlık Median değeri (min-max)
3. Bekleme odasında ne çeşit parfüm kokusu olmasını istersin?	Limon gibi meyve kokusu	2.900 (1.8-4.8)	2.000 (1.2-3.4)
	Gül gibi çiçek kokusu	3.000 (1.0-4.8)	2.000 (1.0-3.8)
	Nane karanfil gibi baharat kokusu	3.200 (1.4-4.0)	2.200 (1.4-3.0)
	Fark etmez (Herhangi bir koku olabilir)	2.400 (2.0-4.4)	2.000 (1.4-3.6)
	Parfüm kokusu olmasını istemem	3.100 (2.2-5.0)	2.000 (1.0-3.2)
4. Bekleme odasında ne tarz ışıklandırma tercih edersin?	Güneş ışığı	3.200 (1.0-4.4)	2.000 (1.0-3.6)
	Parlak yapay ışık (lamba)	3.000 (1.6-4.8)	2.000 (1.0-3.8)
	Loş yapay ışık (lamba)	2.400 (1.4-4.0)	1.800 (1.4-3.8)
	Fark etmez/Önemli değil	2.900 (1.6-5.0)	2.000 (1.0-3.4)
7. Bekleme odasının duvar rengi olarak hangisini tercih edersin?	Sarı	3.000 (1.4-5.0)	2.000 (1.2-3.8)
	Yeşil	2.600 (1.6-4.8)	2.000 (1.0-3.4)
	Mavi	3.200 (1.0-4.8)	2.000 (1.0-3.8)
	Beyaz	3.000 (1.6-3.8)	2.000 (1.0-3.2)
9. Bekleme odasında beklerken kiminle olmak istersin?	Ebeveyninle/seninle birlikte gelen yakınla	3.200 (1.0-5.0)	2.000 (1.0-3.8)
	Diğer çocuklarla	3.000 (1.6-4.0)	1.800 (1.0-2.8)
	Kendi başına	2.600 (1.4-4.8)	2.000 (1.0-3.2)
	Fark etmez/Önemli değil	2.800 (1.6-4.0)	2.000 (1.0-3.4)
12. Bekleme odasında televizyon varsa hangi kanalı seyretmek istersin?	Çizgi film	3.000 (1.6-5.0)	2.000 (1.0-3.4)
	Spor kanalı	2.800 (2.2-4.0)	1.800 (1.0-2.8)
	Belgesel	2.800 (1.0-4.0)	1.800 (1.0-2.8)
	Çocuk videosu	3.200 (1.4-4.2)	2.000 (1.0-3.8)
	Diş ve fırçalama ile ilgili video	3.400 (1.8-4.8)	2.000 (1.0-3.8)
	Fark etmez/Önemli değil	3.000 (1.4-4.2)	2.000 (1.4-3.2)

MBOTA Sorularına Verilen Cevapların Yüzdelik Dağılımının İncelenmesi

Modifiye Bekleme Odası Tercihleri Anketi sorularından olan “Bekleme odasına girdiğinde danışma masasında (sekreterlikte) kimi tercih edersin?” sorusunda çocukların 58’inin (%38.7) erkek personeli ve 92’sinin (%61.3) kadın personeli seçtiği bulgulandı. “Bekleme odasında ne tarz müzik dinlemek istersin?” sorusuna çocukların 44’ünün (%29.3) çocuk müziği, 35’inin (%23.3) pop müzik (yabancı/Türkçe), 18’inin (%12) rap müzik (yabancı/Türkçe), 11’inin (%7.3) enstrümantal müzik (piyano, keman sesi vb.), 4’ünün (%2.7) diğer (arabesk, halk müziği vb.) seçtiklerini, çocukların 22’si (14.7) fark etmez (herhangi bir şarkı olabilir) seçeneğini ve 16’sının (%10.7) müzik dinlemek istemem seçeneğini seçtiği saptandı. Üçüncü soru olan “Bekleme odasında ne çeşit parfüm kokusu olmasını istersin?” sorusuna çocukların 30’unun (%20) limon gibi meyve kokusu seçeneğini, 75’inin (%50) gül gibi çiçek kokusu seçeneğini, 14’ünün (%9.3) nane, karanfil gibi baharat kokusu seçeneğini, 17’sinin (%11.3) fark etmez (herhangi bir koku olabilir) seçeneğini ve 14’ünün (%9.3) parfüm kokusu istemem seçeneğini seçtiği saptandı. Dördüncü soru olan “Bekleme odasında ne tarz ışıklandırma tercih edersin?” sorusunda çocukların 57’sinin (%38) güneş ışığı, 30’unun (%20) parlak yapay ışık (lamba), 11’inin (%7.3) loş yapay ışık (lamba) ve 52’sinin (%34.7) fark etmez/önemli değil seçeneklerini seçtiği görüldü. “Hangisini seveceğini düşünürsün?” sorusunda ise çocukların 7’sinin (%4.7) çocuklarla dolu gürültü oda, 46’sının (%30.7) çocuklarla dolu sessiz oda, 10’unun (%6.7) bir ya da iki çocuğun olduğu gürültülü oda, 49’unun (%32.7) bir ya da iki çocuğun olduğu sessiz oda seçeneklerini ve 38’inin (%25.3) fark etmez/önemli değil seçeneğini seçtiği gözlemlendi. “Bekleme odasında duvarların nasıl dekore edilmiş olmasını tercih edersin?” sorusunda 33 (%22) çocuğun hayvan resimleri, 37 (%24.7) çocuğun manzara resimleri, 42 (%28) çocuğun Mickey Mouse gibi karakter resimleri, 6 (%4) çocuğun duvar yapıştırması ya da duvar kağıdı, 22 (%14.7) çocuğun ağız hijyeniyle ilgili posterler, bilgilendirmeler seçeneklerini ve 10 (%6.7) çocuğun fark etmez/önemli değil seçeneğini seçtiği bulundu. Modifiye Bekleme Odası Tercihleri Anketi’nin yedinci sorusu olan “Bekleme odasının duvar rengi olarak hangisini tercih edersin?” sorusunda yeşil cevabını veren 19 (%12.7) çocuk, sarı cevabını veren 35 (%23.3) çocuk, mavi cevabını veren 72 (%48) çocuk ve beyaz cevabını veren 24 (%16) çocuk olduğu saptandı. “Bekleme odasında çiçek olmasını ister misin?” sorusunda 114 (%76) çocuk evet cevabını verirken, 36 (%24) çocuğun hayır cevabını verdiği gözlemlendi. “Bekleme odasında beklerken kiminle olmak istersin?” sorusunda 98 (%65.3) çocuğun ebeveyninle/seninle birlikte gelen

yakınıyla, 11 (%7.3) çocuğun diğer çocuklarla, 18 (%12) çocuğun kendi başına, 23 (%15.3) çocuğun fark etmez/önemli değil seçeneklerini seçtiği bulundu. Modifiye Bekleme Odası Tercihleri Anketi'nin onuncu sorusu olan “Bekleme odasında hangisine oturmayı tercih edersin?” sorusuna çocukların 14'ünün (%9.3) sandalye, 27'sinin (%18) koltuk, 74'ünün (%49.3) puf veya armut koltuk seçeneklerini seçtiği ve 35'inin (23.3) fark etmez/önemli değil seçeneğini seçtiği saptandı. “Bekleme odasında hangisini seyretmeyi tercih edersin?” sorusunda 48 (%32) çocuğun akvaryum, 41 (%27.3) çocuğun televizyon, 50 (%33.3) çocuğun tablet veya cep telefonu ve 11 (%7.3) çocuğun başka insanları seçeneklerini seçtiği bulundu. “Bekleme odasında televizyon varsa hangi kanalı seyretmek istersin?” sorusunda çocukların 42'sinin (%28) çizgi film, 16'sının (%10.7) spor kanalı, 13'ünün (%8.7) belgesel, 35'inin (%23.3) çocuk videosu ve 17'sinin (%11.3) dış ve fırçalama ile ilgili videolar seçeneklerini seçtiği görüldü. Ayrıca bu soruda 27 (%18) çocuğun fark etmez/önemli değil seçeneğini seçtiği belirlendi. Modifiye Bekleme Odası Tercihleri Anketi'nin on üçüncü sorusu olan “Sıranı beklerken ne yapmak istersin?” sorusunda çocukların 22'sinin (%14.7) oyuncaklarla oynamak, 15'inin (%10) boyama kitabı boyamak, 19'unun (%12.7) puzzle veya lego yapmak, 11'inin (%7.3) diğer çocuklarla oynamak, 19'unun (%12.7) bulmaca çözmek, 30'unun (%20) teknolojik aletlerle oynamak (telefon vb.) ve 34'ünün (%22.7) kitap okumak seçeneklerini tercih ettiği bulundu. “Bekleme odasında ne kadar beklemek istersin?” sorusunda çocukların 60'ının (%40) kısa bir süre (2 dakika gibi), 32'sinin (%21.3) uzun bir süre (15-30 dakika gibi) seçeneklerini ve 58'inin (%38.7) beklediğim süre benim için önemli değil seçeneğini seçtiği bulundu. “Sıranı beklerken, nasıl hissedersin?” sorusunda ise 75 (%50) çocuğun mutlu, 3 (%2) çocuğun üzgün, 16 (%10.7) çocuğun kormuş ve 56 (%37.3) çocuğun meraklı hissettikleri saptandı. Son soru olan “Seni bekleme odasından kimin almasını ve bırakmasını istersin?” sorusunda çocukların 120'sinin (%80) veli, 8'inin (%5.3) dış hekimi, 18'inin (%12) kendim gelmek isterim ve 4'ünün (%2.7) yardımcı personel (dış hekimi yardımcısı) seçeneklerini tercih ettiği saptandı (Tablo 9).

Tablo 9. MBOTA sorularına verilen cevapların yüzdelik dağılımı

MBOTA soruları		N	%
1. Bekleme odasına girdiğinde danışma masasında (sekreterlikte) kimi tercih edersin?	Erkek Personel	58	(38.7)
	Kadın Personel	92	(61.3)
2. Bekleme odasında ne tarz müzik dinlemek istersin?	Çocuk müziği	44	(29.3)
	Pop müzik (Yabancı/Türkçe)	35	(23.3)
	Rap müzik (Yabancı/Türkçe)	18	(12)
	Enstrümantal müzik (piyano, keman sesi vb.)	11	(7.3)
	Diğer (arabesk, halk müziği vb.)	4	(2.7)
	Fark etmez (Herhangi bir şarkı olabilir)	22	(14.7)
	Müzik dinlemek istemem	16	(10.7)
3. Bekleme odasında ne çeşit parfüm kokusu olmasını istersin?	Limon gibi meyve kokusu	30	(20)
	Gül gibi çiçek kokusu	75	(50)
	Nane karanfil gibi baharat kokusu	14	(9.3)
	Fark etmez (Herhangi bir koku olabilir)	17	(11.3)
	Parfüm kokusu olmasını istemem	14	(9.3)
4. Bekleme odasında ne tarz ışıklandırma tercih edersin?	Güneş ışığı	57	(38)
	Parlak yapay ışık (lamba)	30	(20)
	Loş yapay ışık (lamba)	11	(7.3)
	Fark etmez/Önemli değil	52	(34.7)
5. Hangisini seveceğini düşünürsün?	Çocuklarla dolu gürültülü oda	7	(4.7)
	Çocuklarla dolu sessiz oda	46	(30.7)
	Bir ya da iki çocuğun olduğu gürültülü oda	10	(6.7)
	Bir ya da iki çocuğun olduğu sessiz oda	49	(32.7)
	Fark etmez/Önemli değil	38	(25.3)
6. Bekleme odasında duvarların nasıl dekore edilmiş olmasını tercih edersin?	Hayvan resimleri	33	(22)
	Manzara resimleri	37	(24.7)
	Mickey Mouse gibi karakter resimleri	42	(28)
	Duvar yapıştırması ya da duvar kağıdı	6	(4)
	Ağız hijyeniyle ilgili posterler, bilgilendirmeler	22	(14.7)
	Fark etmez/Önemli değil	10	(6.7)
7. Bekleme odasının duvar rengi olarak hangisini tercih edersin?	Sarı	35	(23.3)
	Yeşil	19	(12.7)
	Mavi	72	(48)
	Beyaz	24	(16)
8. Bekleme odasında çiçek olmasını ister misin?	Evet	114	(76)
	Hayır	36	(24)

MBOTA soruları		N	%
9. Bekleme odasında beklerken kiminle olmak istersin?	Ebeveyninle/seninle birlikte gelen yakınla	98	(65.3)
	Diğer çocuklarla	11	(7.3)
	Kendi başına	18	(12)
	Fark etmez/Önemli değil	23	(15.3)
10. Bekleme odasında hangisine oturmayı tercih edersin?	Sandalye	14	(9.3)
	Koltuk	27	(18)
	Puf veya armut koltuk	74	(49.3)
	Fark etmez/Önemli değil	35	(23.3)
11. Bekleme odasında hangisini seyretmeyi tercih edersin?	Akvaryum	48	(32)
	Televizyon	41	(27.3)
	Tablet veya cep telefonu	50	(33.3)
	Başka insanları	11	(7.3)
12. Bekleme odasında televizyon varsa hangi kanalı seyretmek istersin?	Çizgi film	42	(28)
	Spor kanalı	16	(10.7)
	Belgesel	13	(8.7)
	Çocuk videosu	35	(23.3)
	Diş ve fırçalama ile ilgili video	17	(11.3)
	Fark etmez/Önemli değil	27	(18)
13. Sıranı beklerken ne yapmak istersin?	Oyuncakla oynamak	22	(14.7)
	Boyama kitabı boyamak	15	(10)
	Puzzle veya lego yapmak	19	(12.7)
	Diğer çocuklarla oynamak	11	(7.3)
	Bulmaca çözmek	19	(12.7)
	Teknolojik aletlerle oynamak (telefon vb.)	30	(20)
	Kitap okumak	34	(22.7)
14. Bekleme odasında ne kadar beklemek istersin?	Kısa bir süre (2 dakika gibi)	60	(40)
	Uzun bir süre (15-30 dakika gibi)	32	(21.3)
	Beklediğim süre benim için önemli değil.	58	(38.7)
15. Sıranı beklerken, nasıl hissedersin?	Mutlu	75	(50)
	Üzgün	3	(2)
	Korkmuş	16	(10.7)
	Meraklı	56	(37.3)
16. Seni bekleme odasından kimin almasını ve bırakmasını istersin?	Veli	120	(80)
	Diş hekimi	8	(5.3)
	Kendim gelmek isterim	18	(12)
	Yardımcı personel (diş hekimi yardımcısı)	4	(2.7)

5. TARTIŞMA

Dental anksiyete, diş tedavisine karşı duyulan korku ve kuruntular nedeniyle gelişen, tam olarak ifade edilemeyen yoğun bir huzursuzluk hali olarak tanımlanmaktadır (147). Dental anksiyete, bireylerin dental tedavileri için randevu almayı ertelemelerine ve randevuya gitmemelerine neden olabilmektedir (2). Dental anksiyete oluşumu çocukluk çağında başlayabildiğinden anksiyetenin erken dönemlerde belirlenmesi büyük önem taşımaktadır (148). Çocuklarda dental anksiyeteyi belirleyebilmek için; fizyolojik testler, davranışların puanlanması (gözleme dayalı testler), projektif teknikler ve psikometrik ölçümler gibi farklı teknikler kullanılmaktadır (81). Bu yöntemler arasından psikometrik testler, uygulama kolaylığı nedeniyle en çok tercih edilen testlerdir ve uygulanacak yaşa göre farklılık göstermektedir (149). Mevcut birçok psikometrik ölçeğin içinde diş korkusu ve anksiyetesinin belirlenmesi için en sık ÇKDS-DAÖ kullanılmaktadır (5). Bu çalışmada da 6-11 yaşındaki çocuklarda dental anksiyete değerlendirmek için ÇKDS-DAÖ tercih edilmiştir. Benzer şekilde 6-11 yaş grubu dahil olacak şekilde anksiyeteyi ölçmek için ÇKDS-DAÖ'nün kullanıldığı çalışmalar mevcuttur (6, 83).

Çalışmamıza katılan çocuklar ÇKDS-DAÖ'ye göre değerlendirildiğinde 136 (%90.7) çocuğun düşük derece anksiyeteye (15-31 puan), 7 (%4.7) çocuğun orta düzey anksiyeteye (32-38 puan) ve 7 (%4.7) çocuğun yüksek düzey anksiyeteye (39 puan ve üzeri) sahip olduğu saptanmıştır. Çocuklarda dental anksiyeteyi etkileyen sosyodemografik faktörlerin en önemlilerinden biri çocuğun yaşıdır (82). Çeşitli yaş gruplarında yapılan çalışmalarda dental anksiyetenin, daha küçük yaştaki çocuklarda daha çok görüldüğü bulgusu elde edilmiştir (6, 150). Aynı şekilde Bayrak ve ark. (149) yaptıkları çalışmada, küçük çocukların (3-6 yaş), büyük çocuklara göre (7-12 yaş) daha yüksek dental anksiyeteye sahip olduğunu belirtmişlerdir. Küçük çocuklar diş hekimini ilk kez ziyaret ettiklerinde, çocukların annelerinden ayrılmalarından, diş prosedürlerini anlamadıklarından veya bunları yaşa uygun diğer korkularla ilişkilendirmelerinden dolayı bir dereceye kadar korku duymaları beklenir. Ancak çoğu çocukta, bu korku diş hekimini daha sık ziyaret ettikten ve dental durumlara alıştıktan sonra azalacaktır (6). Ek olarak artan yaşla birlikte çocukların farklı başa çıkma stratejileri geliştirmesi ve daha fazla bilişsel yetenek edinmesi sayesinde diş tedavilerine ilişkin algıları değişerek korkuları azalmaktadır. (151). Bu çalışmada da çalışma grubumuzun sadece %9.4'ünün yüksek ve orta düzeyde dental

anksiyeteye sahip olmasının, katılımcıların 6-11 yaş arası olması ve sadece 13'ünün (%8.7) ilk kez diş tedavisine gelmesi kaynaklı olabileceği düşünülmüştür.

Çocuklarda dental anksiyete ve davranış yönetimi sorunları, çok faktörlü ve karmaşık kökenlere sahip fenomenlerdir. Dental anksiyeteye neden olabilecek kişisel faktörler arasında yaş ve psikiyatrik problemlerin yanı sıra mizaç özellikleri de bulunmaktadır (82). Çocukların mizaçlarını belirleyebilmek ve mizaç özelliklerini sınıflandırabilmek için oldukça fazla teori oluşturulmuştur (30). Duygusallık, Aktivite ve Sosyalite Mizaç Anketi alanındaki en kalıtsal mizaç faktörlerini içermektedir (57). Klinik ve toplum çalışmalarında yaygın olarak kullanılan EAS Mizaç Anketi hakkında yapılan çalışmalar, anketin kısa, anlaşılır ve faktör yapısı ile psikometrik özellikler açısından iyi olduğunu göstermektedir (57-59). Anketin bebeklikten ergenliğe kadar geniş bir yaş aralığına kolaylıkla uyum sağladığı ve içerdiği kalıtsal faktörler kaynaklı olarak cinsiyet, yaş veya ırktan etkilenmediği belirtilmektedir (57, 58). Bununla birlikte diş hekimliği alanında birçok çalışmada kullanılmıştır (10, 15, 37, 38). Bu çalışmada da çocuklarda mizaç özelliklerini belirleyebilmek için EAS Mizaç Anketi kullanılmıştır.

Çalışmamızda EAS Mizaç Anketi, 15 katılımcıya hem baş araştırmacı hem de farklı bir araştırmacı tarafından aynı seansta iki kere uygulanmış ve gözlemciler arası sonuçlar, iyi düzeyde uyumlu bulunmuştur ($\kappa=0.627$, $p=0.000$; $p<0.05$). Ayrıca EAS Mizaç Anketi'nin baş araştırmacının ilk uygulaması ve iki hafta sonra yapılan ikinci uygulaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($Z=-0.116$, $p=0.908$; $p>0.05$). Test sonucunda skalanın tekrarlanabilir olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda kullandığımız EAS Mizaç Anketi'ne göre çalışma örneklemimiz yüksek sosyalite (3.783 ± 0.6434), orta duygusallık (2.989 ± 0.7621), orta aktivite (2.816 ± 0.5621) ve düşük utangaçlık (2.051 ± 0.6451) göstermiştir. Dixon'ın (152) 0-9 yaş arası çocuklarda yapmış olduğu çalışmada mizaç alt gruplarının ortalama puanlarının duygusallık, aktivite, sosyalite ve utangaçlık için sırasıyla 2.38 ± 0.84 , 4.20 ± 0.67 , 3.61 ± 0.62 , 2.41 ± 0.82 olduğunu bulmuştur. Bu çalışmayla bizim verilerimiz karşılaştırıldığında bizim örneklemimizin daha duygusal ve sosyal, daha az utangaç ve aktif çocuklardan oluştuğu gözlenmiştir. Bu durumun çalışmalara katılan yaş gruplarındaki farklılıktan veya kültürel yapının çocuğun mizacında oluşturabileceği farklılıklardan kaynaklı olabileceği düşünülmüştür.

Mizaçta önemli cinsiyet farklılıkları nadiren bildirilmiştir ve bu alanda bir fikir birliği yoktur (59). Çalışmamızda kullanılan EAS Mizaç Anketi alt grupları puanlarının cinsiyet ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$). Benzer şekilde literatürde mizacın cinsiyetle ilişkisinin olmadığını söyleyen çalışma olmakla birlikte (59), iki faktör arasında ilişki saptayan çalışma da mevcuttur (83). Çeşitli araştırmalar, mizaçtaki farklılıkların yaş, cinsiyet ve kültürel geçmişe bağlı olduğunu vurgulamaktadır (59, 153). Çalışmalardaki cinsiyete bağlı bu farklılıkların, farklı kültürlerde toplum normlarının çocuk cinsiyeti ve mizaç üzerindeki etkisinden kaynaklı olabileceği düşünülmüştür.

Mizaç, yaş ile birlikte gelişmektedir. Mizacın davranışsal belirtileri yaşla değiştiği için, aynı yapıların yaş alma süresinde değerlendirilmesini sağlamak zordur (154). Bu çalışmada, mizacın yaşla birlikte değişimini incelemek amacıyla yapılan analizler sonucunda, utangaçlık ve aktivite puanlarının yaş grupları ile ilişkisinin istatistiksel olarak anlamsız düzeyde olduğu ($p>0.05$), duygusallık ve sosyallik puanlarının ise yaş grupları ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur ($p=0.043$; $p<0.05$, $p=0.014$; $p<0.05$). Hem duygusallık hem de sosyallik puanlarının 6-8 yaş grubuna göre 8-11 yaş grubunda daha az olduğu bulunmuştur. Gasman ve ark. (155) ile Klingberg ve Broberg'in (83) yapmış oldukları çalışmalarda yaş ve mizaç arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Başka bir çalışmada ise çocukların yaşları arttıkça daha duygusal, daha utangaç, daha az aktif ve sosyal oldukları bulunmuştur (59). Bahsedilen çalışmaya göre seçilen örneklemimiz yaş olarak daha büyüktür. Duygu düzenleme becerisi yaşla ve bireysel özelliklerle ilişkili olduğu için (156) çalışmamızdaki çocukların duygusal olgunluk anlamında ileri düzeyde olabileceği ve böylelikle duygusallığın azalmış olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızda sosyallikteki azalışın sebebi ise yaşla birlikte çocuğun sosyalizasyon deneyimlerinin daha sık tekrarlanması (156) nedeniyle, çocukların yeni ortamlarda daha çekimser olmalarını yansıtır olabilir.

Çalışmamızda ÇKDS-DAÖ ve EAS Mizaç Anketi'nin ilişkisini değerlendirmek için yapılan analizlerde utangaçlık alt grubuyla, ÇKDS-DAÖ alt gruplarından düşük-yüksek derecede anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p=0.001$; $p<0.017$). Bunun sonucunda ÇKDS-DAÖ alt gruplarından yüksek derece anksiyeteli grupta daha yüksek utangaçlık puanları saptanmıştır. Benzer şekilde, Klingberg ve Broberg (83), ÇKDS-DAÖ skala puanları daha yüksek olan çocukların, utangaçlık ve

duygusallık ölçeklerinde de önemli ölçüde daha yüksek puanlar aldıklarını bulmuşlardır. Yapılan başka bir çalışmada utangaçlık ve duygusallık alt grubuyla dental anksiyete arasında zayıf ama pozitif yönde bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır (13). Bu çalışmalar utangaçlık alt grubu için çalışmamızdaki bulguları desteklemektedir. Duygusallık alt grubuyla ilişki bulamamızın sebebinin, çalışmamızda orta ve yüksek derecede anksiyeteye sahip sadece 14 (%9.4) çocuk çıkması ve bahsedilen çalışmalardaki (13, 83) yaş grupları ile bizim çalışmamızdaki yaş grubunun farklılık göstermesi kaynaklı olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda çocukların anne ve baba eğitim düzeyi, anne ve baba mesleği, ailenin gelir düzeyi, anne ve babayla beraber yaşama durumu, gittikleri okul tipi ile çocukların mizaçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Benzer şekilde, yapılan çalışmalarda farklı mizaç anketi kullanılmasına rağmen anne-baba eğitim düzeyi (157, 158) ve anne ve baba mesleği (158) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirtilmiştir. Melchior ve ark.'ı (159) ise yaptıkları çalışmada düşük gelirli bir ailede büyüyen çocukların en yüksek aktivite puanına sahip olduğunu bulmuşlardır. Çalışmamızla benzer olmayan bu durumun, çalışmamızda 2500 TL ve altı gelire sahip sadece 39 (%26.0) aile olması sebebiyle olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca literatür taraması sonucunda mizaç ile anne ve babayla beraber yaşama durumu ve gittikleri okul tipi arasındaki ilişkinin çalışıldığı başka bir çalışma bulunmadığı için karşılaştırma yapılamamıştır. Çalışmamızda bahsedilen değişkenlerle mizaç arasında ilişki bulunamamasının nedeninin, alanındaki en kalıtsal faktörler içeren mizaç anketinin (57) kullanılmasından dolayı olduğu düşünülmüştür.

Çocuğun doğum sırasının yaşantısını farklılaştırdığı, dolayısıyla sosyal ile duygusal gelişimi ve kişilik gelişimini etkilediği kabul edilmektedir. Büyük ya da küçük kardeşe sahip olma durumu bazı kişilik özelliklerinin gelişimiyle bağlantılıyken, doğum sırası farklılıkları genellikle azdır (154). Çalışmamızda yapılan analizler sonucunda küçük kardeş sayısı ve toplam çocuk sayısı ile mizaç alt grupları arasında ilişki olmadığı ($p>0.05$), büyük kardeş sayısı ile duygusallık alt grubunun zayıf ama anlamlı düzeyde negatif yönde ilişkili olduğu ($r=-0.206$, $p=0.012$; $p<0.05$) saptanmıştır. Bu sonuca göre büyük kardeş sayısı (doğum sırası) arttıkça duygusallık puanları azalmaktadır. Köycekaş'ın (154) yaptığı çalışmada çocukların doğum sırası ve toplam kardeş sayısı ile mizaç özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu çalışmada kullanılan mizaç anketi

EAS Mizaç Anketi olmadığı ve literatür taraması sonucunda EAS Mizaç Anketi ile büyük, küçük kardeş sayısı ve toplam çocuk sayısı arasındaki ilişkinin çalışıldığı bir çalışma bulunamadığı için tam olarak karşılaştırma yapılamamıştır. Ancak bizim çalışmamızda büyük kardeş sayısı (doğum sırası) arttıkça duygusallık puanları azalmaktadır, bu durumda büyük kardeşi olmayan (ilk doğan) çocukların en yüksek duygusallık puanı aldıkları söylenebilir. Doğum sırasının kişilik üzerindeki etkilerini dile getiren ilk kuramcı olan Adler (160), ailelerin ilk çocuklarından daha fazla şey beklediğini, dolayısıyla büyük çocukların kendilerini yetersiz veya kusurlu hissedebileceğini öne sürmektedir. Adler'in (160) bahsettiği bu durumun, bu çalışmada duygusallığın artmasına neden olmuş olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda MBOTA soruları ve EAS Mizaç Anketi alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamış ($p>0.05$) ve sorular çocukların genel yüzdelik tercihleri şeklinde incelenmiştir. İlk soru olan “Bekleme odasına girdiğinde danışma masasında (sekreterlikte) kimi tercih edersin?” sorusunda çocukların 58'inin (%38.7) “erkek personel” seçeneğini ve 92'sinin (%61.3) “kadın personel” seçeneğini seçtiği bulunmuştur. Benzer şekilde Panda ve ark. (19) yaptıkları çalışmada çocukların genellikle kadın sekreteri tercih ettiklerini bulmuşlardır. Literatürde çocuklar için personelin cinsiyetini sorgulayan başka bir çalışma bulunamamıştır ancak hekim cinsiyetini sorgulayan başka çalışmalarda da çocukların kadın hekimleri daha çok tercih ettiği görülmüştür (161, 162). Çocukların büyük çoğunluğunun kadın sekreteri seçme nedeninin, çalışmanın yapıldığı bölümdeki sekreterin kadın olması ve çalışmamıza katılan 112 (%74.7) çocuğun bu klinikte daha önce de tedavi görmüş olması nedeniyle ortama alışmış olmaları kaynaklı olabileceği düşünülmüştür.

Müzik, geçmişten günümüze kadar çeşitli nedenlerden dolayı sağlık bakım ortamlarında kullanılmasıyla birlikte müziğin en bariz iyileştirici kullanımı gevşemeye ve stresi azaltmaya yöneliktir (163). Routhieaux ve Tansik (164), bekleme odasında müziğin olmamasına kıyasla müziğin varlığının stres düzeylerini önemli ölçüde azalttığını bulgulamışlardır. Çalışmamızda ikinci soru olan “Bekleme odasında ne tarz müzik dinlemek istersin?” sorusuna çocuklar en çok “çocuk müziği” (%29.3), en az da “diğer (arabesk, halk müziği vb.)” (%2.7) seçeneklerini tercih etmişlerdir. Ayrıca çocukların 16'sı (%10.7) “müzik dinlemek istemem” seçeneğini seçmiştir. Panda ve ark.'nın (19) yaptıkları çalışmada çocukların önemli bir çoğunluğunun bekleme odasında müzik

dinlemeyi tercih ettiği ve cinsiyete dayalı analizde, erkekler şarkıları tercih ederken, kızların ise enstrümantal müziği tercih ettiği bulunmuştur. Bu çalışmada çocukların çoğunluğunun müzik dinlemeyi tercih etmesi bahsedilen çalışmayla tutarlılık göstermektedir. Çocukların bekleme odasında çok zaman geçirdikleri göz önüne alınırsa, bekleme odasında rahatlamalarını sağlayacak bir unsur olarak müziği (127) tercih etmiş olabilecekleri düşünölmüştür.

Modifiye Bekleme Odası Tercihleri Anketi'nin üçüncü sorusu olan “Bekleme odasında ne çeşit parfüm kokusu olmasını istersin?” sorusuna çocuklar en çok “gül gibi çiçek kokusu” (%50) ve ardından “limon gibi meyve kokusu” (%20) cevaplarını verirlerken, en az “nane karanfil gibi baharat kokusu” (%9.3) cevabını vermiş ve aynı oranda “parfüm kokusu olmasını istemem” (%9.3) seçeneğini seçmişlerdir. Panda ve ark. (19) yaptıkları çalışmada, çocukların yarısından azının kokulu bekleme odasını tercih ettiğini ve birçoğunun kokuyu önemli görmediğini bulmuşlardır. Bu durum bizim çalışmamızla örtüşmemektedir. Her iki çalışmadaki çocuklar kokuları deneyimlemeden tercihlerde bulunmalarına rağmen bu durum çalışmadaki çocukları farklı etkilemiş olabilir.

Fitzgerald ve ark. (165) yaptıkları çalışmada en çok tercih edilen kokuların meyve kokuları olduğunu belirtirken en az tercih edilenlerin ise baharat ve çiçek kokuları olduğunu belirtmişlerdir. Benzer şekilde bizim çalışmamızda da “limon gibi meyve kokusu” seçeneğini en çok tercih edilen ikinci koku olmakla birlikte, “nane karanfil gibi baharat kokusu” en az tercih edilmiştir. Bununla birlikte çiçek kokuları Fitzgerald ve ark.'nın (165) çalışmasında en az tercih edilen kokudur. Bu durum bizim çalışmamızla ters düşmekle beraber bu durum Fitzgerald ve ark.'nın (165) çalışmasında çocukların kokuları deneyimleyip seçmesi, sunulan kokuların farklı çiçekler olması ve bireysel farklılıkların tercihleri etkilediği şeklinde açıklanabilir.

Çalışmamızdaki “Bekleme odasında ne tarz ışıklandırma tercih edersin?” sorusunda çocukların en çok “güneş ışığı” (%38) ve ardından “fark etmez/önemli değil” (%34.7) seçeneklerini seçtikleri bulunmuştur. Benzer şekilde Panda ve ark.'nın (19) yaptıkları çalışmada bekleme odasındaki çocukların büyük çoğunluğu doğal ışığı tercih etmiştir. Ayrıca çalışmamızda çocukların en az “loş yapay ışık (lamba)” (%7.3) seçeneğini seçtikleri bulunmuştur. Loş ve ışık almayan bekleme alanlarında çocuk etrafı net olarak göremeyeceği için olan bitene anlam vermekte zorlanacaktır bu nedenle çocukların hastane korkusunu azaltmak amacıyla aydınlık ve gün ışığı alan bekleme

alanları tasarlanması son derece önemlidir (106). Bu bilgiler ve tıp alanında yapılan çalışmalarda gün ışığının stresi azaltmadaki etkinliği (16, 115) göz önüne alındığında bu çalışma için de en çok tercih edilen gün ışığı seçeneğinin önemli olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda “Hangisini seveceğini düşünürsün?” sorusunda çocuklar en çok “bir ya da iki çocuğun olduğu sessiz oda” (%32.7) seçeneğini seçerken, en az ise “çocuklarla dolu gürültülü oda” (%4.7) seçeneğini seçmişlerdir. Ayrıca gürültülü ve sessiz oda şeklinde ayırım yapacak olursak çocukların çoğunluğu sessiz odayı (%63.4) tercih ederken, çocukların az bir kısmı da gürültülü odayı (%11.4) seçmişlerdir. Muppa ve ark.’ı (95) yaptıkları çalışmada diş kliniğinde çocukların gürültüye karşı hislerini ve bunun diş kaygısı ile ilişkisini araştırmış ve çocukların %60’tan fazlasının diş kliniğindeki gürültüden rahatsız hissettiklerini bulgulamışlardır. Ek olarak çalışmada gürültünün kaygı uyandırdığını ve diş tedavisinden kaçınmaya neden olduğunu belirtmişlerdir (95). Bu durum hastaların genel olarak gürültüsüz ortamları seçebileceğini düşündürdüğü için bahsedilen çalışmayla bizim çalışmamızın benzerlik gösterdiği düşünülmüştür.

Çalışmamızda “Bekleme odasında duvarların nasıl dekore edilmiş olmasını tercih edersin?” sorusunda “Mickey Mouse gibi karakter resimleri” (%28) seçeneği en çok tercih edilen sanat eseriye “duvar yapıştırması ya da duvar kağıdı” (%4) ise en az tercih edilen seçenek olmuştur. Benzer şekilde Nanda ve ark. (138) pediatrik yatan hastalarla yaptıkları çalışmada küçük çocukların animasyonel, Disney tarzı görüntüleri odalarına koymak istediklerini ve büyük çocukların doğa görüntülerini tercih ettiklerini rapor etmişlerdir. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde en çok ikinci tercih edilen duvar dekorasyonu “manzara resimleri” (%24.7) olmuştur. Aynı zamanda, Eisen ve ark.’nın (20) yaptıkları çalışmada da çocuklar yaş farkı olmaksızın en çok doğa resmini seçmişlerdir.

Modifiye Bekleme Odası Tercihleri Anketi’nin yedinci sorusu olan “Bekleme odasının duvar rengi olarak hangisini tercih edersin?” sorusunda çocuklar en çok “mavi” rengi (%48) seçerken, en az ise “yeşil” rengi (%12.7) seçmişlerdir. Annamary ve ark. (166) dental anksiyeteyi azaltmak amacıyla renk tercihlerini belirlemek için yaptıkları çalışmada olumlu duygular için küçük çocukların (6-9 yaş) pembeyi, büyük çocukların (10-12 yaş) ise maviyi diğer renklere göre anlamlı derecede daha fazla tercih ettiklerini bulgulamışlardır. Ek olarak Umamaheshwari ve ark.’nın (167) yaptıkları çalışmada da

olumlu duygu için çocuklar en çok sarıyı sonrasında maviyi tercih etmişlerdir. Literatürde çelişkiler olsa da, mavinin yaş ve cinsiyete göre en çok tercih edilen renklerden biri olduğu konusunda tutarlı bir eğilim vardır (168). Mavi rengin, cinsiyet farkı olmaksızın çocuklarda olumlu duyguları canlandırması (166, 167) ve rahatlatıcı etkiyle anksiyete önleyici bir etki gösterebilmesi (109), literatürle uyumlu olacak şekilde çalışmamızda en çok tercih edilen rengin mavi olmasına neden olmuş olabileceği düşünülmüştür. Yeşil rengin ürkek ve rahatlatıcı bir etkisi vardır. Aynı zamanda hem olumlu hem de olumsuz duyguları temsil etmektedir (166). Renk, iletişim için güçlü bir araç olmasına rağmen, insanların belirli renkleri tercih etmesi çevre, kişilik, deneyim, ekonomik durum, yetiştirilme tarzı ve kültürel etkiler gibi bir dizi faktöre bağlanmaktadır (121). Genel olarak soğuk renklerin (yeşil ve mavi) nabız hızını düşürerek rahatlatıcı bir etkisi olduğu bilinmesine rağmen (109), çalışmamızda en az tercih edilen rengin “yeşil” olmasının nedeninin, çocukların önceki deneyimlerinden, kültürel yapılarından ya da bizim çalışma grubumuzdaki çocuklarda olumlu duygulara oranla olumsuz duyguları canlandırmasından kaynaklı olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda MBOTA’nın sekizinci sorusu olan “Bekleme odasında çiçek olmasını ister misin?” sorusunda çocukların çoğunluğu “evet” (%76) cevabını vermiştir. Benzer şekilde Panda ve ark. (19) yaptıkları çalışmada da çocukların bekleme odasında genellikle bitki istediklerini bulmuşlardır. Carmichael ve Patricia (136) refakatçilerin hangi bekleme odası olanaklarını önemli gördüklerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, çekici olanaklar arasında çiçeklerin de olduğunu bulgulamışlardır. Ayrıca Beukeboom ve ark.’nın (133) yaptıkları çalışmada hastane bekleme salonundaki doğal unsurların, hastaların stres duygularını azaltma potansiyeline sahip olduğunu bulgulamışlardır.

Çocuk hastaların hastane ile ilgili korkuları incelendiğinde, çocuklarda ameliyat olmaktan korkmak, ölmekten korkmak, herhangi bir medikal cihaz ile vücuduna müdahale edilmesinden korkmak gibi ciddi endişelerin bulunduğu sonucuna varılmıştır. Bu endişeler altında çocuğun ailesinin yanında olmasından dolayı rahat ve güvende hissettiği ortaya çıkmıştır (106). Benzer şekilde çalışmamızda “Bekleme odasında beklerken kiminle olmak istersin?” sorusuna çocuklar en çok “ebeveyninle/seninle birlikte gelen yakınla” (%65.3) cevabını verirken, en az “diğer çocuklarla” (%7.3) cevabını vermişlerdir. Tıp literatürüne bakıldığı zaman preoperatif anksiyeteyi belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada ebeveyn varlığı grubundaki çocukların kaygı düzeylerinin, ebeveyn yokluğu

grubundakilere göre önemli ölçüde daha düşük olduğu bulunmuştur (169). Bekleme odasındaki çocukların da preoperatif anksiyete gösterdikleri düşünülürse ebeveyn yanında bekleme odalarının anksiyeteyi azaltabileceği düşünülebilir.

Çalışmamıza katılan çocuklar “Bekleme odasında hangisine oturmayı tercih edersin?” sorusunda en çok “puf veya armut koltuk” (%49.3) seçeneğini seçerken, en az “sandalye” (%9.3) seçeneğini seçmişlerdir. Panda ve ark. (19) yaptıkları çalışmada çocukların koltuklardan çok puflara ve sandalyelere oturmayı tercih ettiklerini bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda ise puflar en çok tercih edilen seçenekken, sandalye ise en az tercih edilen seçenek olmuştur. Bunun nedeninin çocukların kendilerine daha yakın hissettikleri daha eğlenceli objeleri istemesinden dolayı olabileceği düşünülmüştür. Konforlu bir ortamın, hastaların sağlığı ve esenliği için yeterli olmasa da gerekli bir koşul olduğu bilinmektedir (106). Çocuk hastanelerinde tasarlanan iç mekanların ev atmosferini hatırlatacak şekilde organize edilmesinin, çocukların mekanlar içindeki deneyiminin daha konforlu hale gelmesi yönünde olumlu etkileri bulunduğu için (106) çalışmamızdaki çocukların koltuk ve pufu sandalyeye göre daha çok seçmiş olabilecekleri düşünülmüştür.

Modifiye Bekleme Odası Tercihleri Anketi’nin on birinci sorusu olan “Bekleme odasında hangisini seyretmeyi tercih edersin?” sorusunda çocuklar en çok “tablet veya cep telefonu” (%33.3) seçeneğini seçmiştir ve bunu sırasıyla “akvaryum” (%32), “televizyon” (27.3), “başka insanları” (%7.3) seçenekleri izlemiştir. Panda ve ark.’nın (19) yaptıkları çalışmada çocukların büyük çoğunluğu bekleme alanında akvaryum veya televizyon izlemeyi tercih etmişlerdir. Bizim çalışmamızda da akvaryum ve televizyon yüksek oranda seçilse de, bahsedilen çalışmayla bizim çalışmamız arasındaki farklılık Panda ve ark.’nın (19) yaptıkları çalışmada “tablet veya cep telefonu” ve “başka insanları” seçeneklerinin bulunmaması kaynaklı olabileceği düşünülmüştür. Yapılan literatür araştırmasında dental bekleme odası için karşılaştırma yapılabilecek başka bir çalışma bulunamamasına rağmen pediatri hastanesinde yapılan bir çalışmada çocuklardan onları hastanede olduğunu unutturacak nesneleri puanlamaları istenmiş ve çocuklar en yüksek puanı evden getirdikleri tablet, cep telefonu ve oyun konsoluna vermişlerdir (170). Çalışmamızda da en çok tercih edilen seçeneğin tablet veya cep telefonu olmasının, elektronik medya cihazlarının giderek genişleyen çeşitliliği ile çocukların bilgisayar ve internet ortamına dahil olmalarının giderek artmış olması (171) sebebiyle olabileceği düşünülmüştür.

McLaughlan ve ark. (170) yaptıkları çalışmada pediatri hastanesinde çocukların tercihlerini incelemiş ve akvaryum olmamasının çocuklarda büyük bir memnuniyetsizliğe neden olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca akvaryumun çocuk hastalarda memnuniyet seviyesini arttırmasının yanı sıra bekleme eyleminin kolaylaşması için olumlu etkiler doğuracak aktiviteyi sağlayan materyallerden olduğu bilinmektedir (111). Bununla birlikte yapılan çalışmalarda bekleme odasında televizyon olmasının dikkat dağıtıcı olduğu ve çocuklar tarafından dental bekleme odalarında ilgi gördüğü bildirilmiştir (172, 173). Bizim çalışmamızda da bunu destekler nitelikte ikinci ve üçüncü sıradaki seçimi akvaryum ve televizyon oluşturmuştur.

Hastalar için bekleme eylemi strese neden olan sıkıcı bir durumdur. Bu zaman dilimini hastaların çeşitli aktiviteler yapabileceği biçimde tasarlamak stresi azaltmanın yöntemlerinden biridir. Bu aktiviteler arasında sessizliği bozmadan gerçekleştirilecek televizyon izleme eylemi bulunmaktadır (111). Çalışmamızda “Bekleme odasında televizyon varsa hangi kanalı seyretmek istersin?” sorusunda çocuklar tarafından en çok “çizgi film” (%28), ardından “çocuk videosu” (%23.3), “diş ve fırçalama ile ilgili video” (%11.3), “spor kanalı” (%10.7) ve en az “belgesel” (%8.7) seçenekleri seçilmiştir. Ayrıca çocukların %18’i “fark etmez/önemli değil” seçeneğini seçmişlerdir. Panda ve ark. (19) yaptıkları çalışmada, erkeklerin çizgi filmi ardından sporu tercih ettiklerini, kızların ise çizgi filmi ardından ağız hijyeni talimatlarını tercih ettiklerini ortaya koymuştur. Ayrıca yaşlarına bakılmaksızın çocukların çizgi film izlemeyi, ardından belgeseli ve sporu tercih ettiklerini bulgulamışlardır (19). Çalışmamızda yaşa ve cinsiyete dayalı bir analiz yapılmadığı için bu konuda tam bir karşılaştırma yapılamasa da bahsedilen çalışmada en çok çizgi filmin tercih edilmesi bizim bulgularımızla örtüşmektedir. Bunun yanı sıra bizim çalışmamızda diş ve fırçalama ile ilgili videolar daha çok tercih edilirken belgesel ise daha az tercih edilmiştir. Bu durum diş ve fırçalama ile ilgili videolar için çalışmamızdaki çocukların ağız hijyenini sağlama konusunda eğitim almaya istekli olmalarından veya bilgi düzeylerini eksik hissetmelerinden kaynaklı olabilir. Ayrıca belgesel seçeneğinin bu çalışmada daha az seçilmesinin ise kültürel veya bireysel tercihlerden kaynaklı farklılıklar sebebiyle olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamıza katılan çocuklar “Sıranı beklerken ne yapmak istersin?” sorusunda en çok “kitap okumak” (%22.7) ve ardından “teknolojik aletlerle oynamak (telefon vb.)” (%20), “oyuncaklarla oynamak” (%14.7) seçeneklerini, en az ise “diğer çocuklarla

oynamak” (%7.3) seçeneğini tercih etmişlerdir. Benzer şekilde yapılan bir çalışmada çocukların büyük bir çoğunluğu bekleme odasında kitap okumayı ve ardından çizim yapmayı tercih etmişlerdir (19). Çalışmalarda en çok kitap okumak seçeneğinin seçilme nedeninin çocukların kendilerini araştırmacıya olumlu gösterme isteklerinden kaynaklı olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Teknolojik aletlerle oynamak (telefon vb.) seçeneğinin, en çok tercih edilen ikinci seçenek olması, son yıllarda çocukların bilgisayar ve internet ortamına dahil olmalarının giderek artması (171) sebebiyle olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca Pedro ve ark. (143) yaptıkları çalışmada çocukların klinik ziyaretten önce oyun etkinliklerine katıldıklarında, refakatçileri ve sağlık profesyonelleri ile uyumlu ilişkiler kurduklarını ve daha az endişeli olduklarını bulmuşlardır. Bu çalışmada oyuncaklarla oynamak seçeneği üçüncü tercih olsa da oyun oynamak zaman geçirmenin bir yolu olarak, çocuğun zihnini hastalıktan ve acıdan uzak tutup çocuğun hastaneyi iyi ve hoş algılamasında yardımcı olabileceği için (174) tercih edildiği düşünülebilir.

Hastaların hastane mekanına girdiği zaman ilk deneyimlediği mekanlardan biri olan bekleme alanları aynı zamanda da hastane içinde geçirilen süre analiz edildiğinde, hem tedavi hem de kontrol amaçlı hastane ziyaretlerinde en çok zaman geçirilen hastane bölümleri arasında yer almaktadır (106). Hastaların ve ailelerin bekledikleri süreler değişiklik gösterse de, bekleme sürelerinin uzun ve stresli olarak algılandığı konusunda genel bir fikir birliği vardır (172). Ayrıca diş hekimliği kliniğinde yapılan bir çalışmada uzun süre bekleyen hastalarda ölçülen anksiyete düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (96). Çalışmamızda “Bekleme odasında ne kadar beklemek istersin?” sorusunda çocuklar en çok “kısa bir süre (2 dakika gibi)” (%40) ve en az “uzun bir süre (15-30 dakika gibi)” (%21.3) seçeneklerini tercih etmişlerdir. Ayrıca çocukların %38.7’si “beklediğim süre benim için önemli değil” seçeneğini seçmiştir. Çocukların çoğunluğu bekleme odasında kısa süre beklemek istediklerini belirtse de kararsız kalan çocuk sayısı da yüksek bulunmuştur. Bunun nedeninin, anket boyunca hoş, dikkat dağıtıcı unsurların çocuklara yöneltilmesi ve bu unsurlarla dolu bekleme odalarında beklemenin onlar için sorun teşkil etmediği düşüncesinden kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür.

Modifiye Bekleme Odası Tercihleri Anketi’nin on beşinci sorusu olan “Sıranı beklerken, nasıl hissedersin?” sorusunda çocuklar en çok “mutlu” (%50) cevabını ve ardından “meraklı” (%37.3), “korkmuş” (%10.7) cevaplarını seçmişler, en az ise

“üzgün” (%2) seçeneğini seçmişlerdir. Pediatrik hematoloji ve onkoloji bölümlerinin bekleme odasındaki 7-15 yaş çocukların nasıl hissettiklerini sorgulayan bir çalışmada, beklerken çocukların %90'ının mutluluk, %76'sının can sıkıntısı hissettiği ve genel olarak, can sıkıntısı dışında hastaların olumsuz duygular yaşamadıkları bulunmuştur. Bununla birlikte, çalışmada çocukların bir kısmı, gerginlik, korku, üzüntü, yalnızlık, rahatsızlık ve endişe duyguları yaşadığını bildirmiştir (142). Bahsedilen çalışma diş hekimliği alanında olmasa da çalışmadaki çocukların çoğunluğunun çalışmamızdaki çocuklarla benzer şekilde mutlu hissetmesi dikkat çekmektedir. Bu durumun çocukların bekleme odasında beklemeyi gerekli olarak algılamasından veya çalışmamıza katılan çocukların sadece 13'ünün ilk kez tedaviye geldikleri düşünülürse uzun süreli tedaviler sonucunda çocukların hastane ortamına alışmasından kaynaklı olabileceği düşünülmüştür.

MBOTA'nın son sorusu olan “Seni bekleme odasından kimin almasını ve bırakmasını istersin?” sorusunda çocukların çoğunluğunun (%80) “veli” seçeneğini seçtiği, az bir kısmının da “kendim gelmek isterim” (%12), “diş hekimi” (%5.3) ve “yardımcı personel (diş hekimi yardımcısı)” (%2.7) seçeneklerini tercih ettiği saptanmıştır. Panda ve ark.'nın (19) yaptıkları çalışmada ise çocuklar daha çok diş hekimi tarafından karşılanmak istediklerini belirtmişlerdir. Bu durum çalışmamıza ters düşmekle beraber bizim çalışmamızda, çocukların en çok veliyi tercih etme nedeni olarak çocukların aile üyelerinden birinin yanında olduklarında kendilerini daha rahat ve güvende hissetmelerinden(106) kaynaklı olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda MBOTA soruları ve EAS Mizaç Anketi alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamasa da ÇKDS-DAÖ ve EAS Mizaç Anketi alt grupları arasındaki ilişki incelendiğinde, utangaçlık alt grubu ve dental anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ve utangaçlık puanları arttıkça dental anksiyete puanlarının da arttığı bulunmuştur ($p>0.05$, $p=0.001$; $p<0.017$). Çalışmamızı destekler nitelikte, yapılan çalışmalar sonucunda utangaçlık ve duygusallık alt grubundaki çocukların dental anksiyete gösterme olasılıklarının fazla olduğu bilinmektedir (13, 14, 73, 83). Bu durum göz önüne alınışında utangaçlık ve duygusallık alt gruplarının bekleme odası tercihlerinin bu çocuklardaki preoperatif anksiyeteyi azaltmak adına önemli olabileceği düşünülmüş ve dolayısıyla mizaç alt grupları istatistiksel olarak anlamlı olmasa da median değerleri farklılık gösteren MBOTA sorularına verilen cevaplar çocukların genel tercihlerinin yanı sıra bu şekilde de incelenmiştir.

Çalışmamızdaki duygusal ve utangaç alt gruplardaki çocukların parfüm olarak “nane karanfil gibi baharat kokusu”, ışık olarak “güneş ışığı”, renk olarak “mavi”, birlikte beklemek istedikleri kişi olarak “ebeveyninle/seninle birlikte gelen yakınınla” ve izlemek istedikleri kanal olarak “diş ve fırçalama ile ilgili video” seçeneklerini yüksek oranda tercih ettikleri bulunmuştur. Literatürde de güneş ışığının, nane ile karanfil kokularının ve mavi renginin anksiyeteyi azaltarak hastaları sakinleştirdiği ve ebeveyn varlığında çocukların daha düşük preoperatif kaygı gösterdikleri bulunmuştur (16, 115, 166, 167, 169, 175). Ayrıca yapılan başka bir çalışmada da hasta çocuklara ve ailelerine klinik ortamda, TV ve video yardımıyla sağlık alanında verilen bilgilerin, çocukların ve ailelerinin tekrar hastaneye gelirken beslediği endişe, kaygı ve korkuyu ortadan kaldırdığı bildirilmiştir (176).

Çalışmamızda, dikkat edilmesi gereken ve gelecekteki çalışmaları planlarken dikkate alınabilecek bazı sınırlılıklar vardır. Bu çalışmada mizaç değerlendirmesinin doğruluğunu etkileyen birkaç faktör olabilir. Bunlardan ilki mizaç değerlendirilmesinin ebeveyn eğitimi, sosyo-ekonomik durum ve kültürel bağlamlardan etkilenebilecek ebeveyn derecelendirmelerine dayanmasıdır. İkincisi, ebeveynlerden çalışmadan önce aşına olmadıkları bir ölçeğe dayanarak mizaç tahmini yapmaları istenmesidir. Çalışmamızın bir diğer sınırlılığı ise tek merkezli yapılmış olmasıdır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Dental bekleme odası ile ilgili tercihlerini belirlemek ve bu tercihlerle mizaç özellikleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmamızın sonuçlarına göre;

1. Çalışmamızda kullandığımız EAS Mizaç Anketi'ne göre çalışma örneklemimizin yüksek sosyallik (3.783 ± 0.6434), orta duygusallık (2.989 ± 0.7621), orta aktivite (2.816 ± 0.5621) ve düşük utangaçlık (2.051 ± 0.6451) gösterdiği saptanmıştır.
2. Mizacın yaşla birlikte değişimini incelemek amacıyla yapılan analizler sonucunda, utangaçlık ve aktivite puanlarının yaş grupları ile ilişkisinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu ($p > 0.05$), duygusallık ve sosyallik puanlarının ise yaş grupları ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gösterdiği bulunmuştur ($p = 0.043$; $p < 0.05$, $p = 0.014$; $p < 0.05$). Hem duygusallık hem de sosyallik puanlarının 6-8 yaş grubuna göre 8-11 yaş grubunda daha az olduğu bulunmuştur.
3. Çalışmamızda anne ve baba eğitim düzeyi, aile geliri, anne ve baba mesleği, çocukların gittikleri okulun tipi ve babayla beraber yaşama durumu ile çocukların mizaçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0.05$).
4. Çalışmamızda yapılan analizler sonucunda küçük kardeş sayısı ve toplam çocuk sayısı ile mizaç alt grupları arasında ilişki olmadığı ($p > 0.05$), büyük kardeş sayısı ile duygusallık alt grubunun zayıf ama anlamlı düzeyde negatif yönde ilişkili olduğu ($r = -0.206$, $p = 0.012$; $p < 0.05$) saptanmıştır. Bu sonuca göre büyük kardeş sayısı (doğum sırası) arttıkça duygusallık puanları azalmaktadır.
5. Çalışmamızda ÇKDS-DAÖ ve EAS Mizaç Anketi'nin ilişkisini değerlendirmek için yapılan analizde utangaçlık alt grubuyla, ÇKDS-DAÖ alt grupları olan düşük-yüksek derecede anksiyete arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p = 0.001$; $p < 0.017$). Bunun sonucunda ÇKDS-DAÖ alt gruplarından yüksek derece anksiyeteli grupta daha yüksek utangaçlık puanları saptanmıştır.
6. Çalışmamızda MBOTA soruları ve EAS Mizaç Anketi alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0.05$).
7. MBOTA için genel yüzdeler tercihler bakımından çocukların sekreter cinsiyeti olarak kadını, müzik olarak çocuk müziğini, parfüm kokusu için gül gibi çiçek kokularını, ışıklandırma için güneş ışığını, oda olarak bir ya da iki çocuğun olduğu

sessiz odayı, duvar dekorasyonu için Mickey Mousse gibi karakter resimlerini, duvar rengi için maviyi, mobilya olarak puf veya armut koltuğu, beklerken yapılacak aktivite olarak kitap okumayı ve diğer seçeneklere göre daha çok tercih ettiği saptanmıştır. Çocukların tablet ve cep telefonundan videolar ile televizyondan çizgi film izlemek istedikleri bulgulanmıştır. Çocukların bekleme odalarında ebeveyn veya yakınlarıyla birlikte beklemek istedikleri ve onları bekleme odasından velilerinin alıp bırakmasını istedikleri tespit edilmiştir. Çocukların diğer duygulara nazaran bekleme odasında beklerken en çok mutlu hissettikleri ce bekleme odasında kısa süre beklemek istedikleri bulgulanmıştır. Ek olarak çocukların, içerisinde çiçek olan bekleme odasında beklemek istedikleri saptanmıştır.

8. Dental anksiyete gösterme ihtimalleri genellikle yüksek olan duygusal ve utangaç alt gruplarının bekleme odası tercihlerinin bu çocuklardaki dental anksiyeteyi azaltmak adına önemli olabileceği düşünülmüş ve bu nedenle çalışmamızda bu çocukların bekleme odası tercihleri incelenmiştir. Duygusal ve utangaç alt gruplarındaki çocukların parfüm olarak nane karanfil gibi baharat kokusunu, ışık olarak güneş ışığını ve renk olarak maviyi yüksek oranda tercih ettiği saptanmıştır. Ayrıca ebeveyn ve yakınlarıyla beklemek istedikleri ve beklerken diş ve fırçalama ile ilgili videolar izlemek istedikleri bulunmuştur.

Bu sonuçlara dayanarak çalışmamız sonucunda bulunan ve yukarıda belirtilen çocukların genel tercihlerinin ve utangaç ile duygusal çocukların tercihlerinin bekleme odalarında kullanılması, çevresel unsurlar sayesinde çocukların anksiyetesinin azaltılmasına yönelik stratejilerinin geliştirilmesi adına önemli olabilir. Bekleme odalarında çevresel unsurlar kullanılarak anksiyetenin azaltılması masrafsız ve yan etkisiz yöntemler olarak kullanılabilir.

Bu çalışma, bekleme odası tercihleri ile mizaç arasında bir ilişki olmadığını göstermektedir. Ancak gelecekteki çalışmalar için çalışmanın çok merkezli yapılması veya kültürel yapının farklı olduğu merkezlerde uygulanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Kırbaş ZÖ, Özkan H (2014). Ağız ve diş sağlığı merkezine başvuran 9-12 yaş grubu çocukların durumluk kaygı düzeylerinin belirlenmesi. İzmir Dr Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi 4(2): 128-134.
2. Akarslan ZZ, Erten H (2009). Diş hekimliği korkusu ve kaygısı. Hacettepe Dişhekimliği Fakültesi Derg(Clinical Dentistry and Research) 33(1): 62-68.
3. Özdaş DÖ, Zorlu S (2015). Diş Kliniğinde"Kim, Neden, Niye Korkar?". Türkiye Klinikleri Çocuk Diş Hekimliği-Özel Konular 1(1): 18-23.
4. Cuthbert M (1982). A screening device: children at risk for dental fears and management problems. J Dent Child 49: 432-436.
5. Tong H, Khong J, Ong C, Ng A, Lin Y, Ng J, Hong C (2014). Children's and parents' attitudes towards dentists' appearance, child dental experience and their relationship with dental anxiety. European Archives of Paediatric Dentistry 15(6): 377-384.
6. Ten Berge M, Veerkamp JS, Hoogstraten J, Prins PJ (2002). Childhood dental fear in the Netherlands: prevalence and normative data. Community dentistry and oral epidemiology 30(2): 101-107.
7. Gustafsson A, Arnrup K, Broberg A, Bodin L, Berggren U (2010). Child dental fear as measured with the Dental Subscale of the Children's Fear Survey Schedule: the impact of referral status and type of informant (child versus parent). Community dentistry and oral epidemiology 38(3): 256-266.
8. Babat S. Dental Anksiyete, Dental Fobi ve Hipnoz. Üsküdar Üniversitesi Klinik Hipnoz ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi 1(1): 1-3.
9. Yetiş CÇ, Küçükeşmen Ç (2013). Çocuk hastalarda "dental kaygı ve davranış idaresi problemlerinin" görülme sıklığı ve etiyolojik faktörleri. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2(1): 62-68.
10. Stenebrand A, Wide Boman U, Hakeberg M (2013). Dental anxiety and temperament in 15-year olds. Acta Odontologica Scandinavica 71(1): 15-21.

11. Thomson WM, Locker D, Poulton R (2000). Incidence of dental anxiety in young adults in relation to dental treatment experience. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 28(4): 289-294.
12. Burger JM (2006). *Kişilik* (çev. İD Erguvan Sarioğlu). İstanbul: Kaknüs Yayınları.
13. Jain A, Suprabha BS, Shenoy R, Rao A (2019). Association of temperament with dental anxiety and behaviour of the preschool child during the initial dental visit. *European journal of oral sciences* 127(2): 147-155.
14. Boyar R, Cross M (1997). Temperament and trait anxiety as predictors of child behavior prior to general anesthesia for dental surgery. *Pediatr Dent* 19(19): 427-431.
15. Tsoi AK, Wilson S, Thikkurissy S (2018). A study of the relationship of parenting styles, child temperament, and operatory behavior in healthy children. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry* 42(4): 273-278.
16. Laursen J, Danielsen A, Rosenberg J (2014). Effects of environmental design on patient outcome: a systematic review. *HERD: Health Environments Research & Design Journal* 7(4): 108-119.
17. Zhang Y, Tzortzopoulos P, Kagioglou M (2019). Healing built-environment effects on health outcomes: Environment–occupant–health framework. *Building Research & Information* 47(6): 747-766.
18. Higuera-Trujillo JL, Llinares Millán C, Montañana i Aviñó A, Rojas J-C (2020). Multisensory stress reduction: a neuro-architecture study of paediatric waiting rooms. *Building Research & Information* 48(3): 269-285.
19. Panda A, Garg I, Shah M (2015). Children’s preferences concerning ambience of dental waiting rooms. *European Archives of Paediatric Dentistry* 16(1): 27-33.
20. Eisen SL, Ulrich RS, Shepley MM, Varni JW, Sherman S (2008). The stress-reducing effects of art in pediatric health care: art preferences of healthy children and hospitalized children. *Journal of Child Health Care* 12(3): 173-190.
21. Soydan SB, Akalin N (2020). The moderating effects of a child's self-regulation skills in the relationship between a child’s temperament and the behaviour of the parents. *Early Child Development and Care*: 1-15.

22. Bee H, Boyd D. (2005). The Developing Child (international edition). Boston, MA: Pearson; p.
23. Thomas A, Chess S, Birch HG, Hertzog ME, Korn S (1963). Behavioral individuality in early childhood.
24. Yoleri S (2014). Reliability and validity study of the Temperament Assessment Battery for Children-Revised: Parent Form Çocuklar için Mizaç Değerlendirme Bataryası Gözden Geçirilmiş Ebeveyn Formu'nun geçerlilik ve güvenirlik çalışması. Journal of Human Sciences 11(2): 221-237.
25. Bandura A, Ramachaudran VS (1994). Encyclopedia of human behavior. New York: Academic Press 4: 71-81.
26. Goldsmith HH, Buss AH, Plomin R, Rothbart MK, Thomas A, Chess S, Hinde RA, McCall RB (1987). Roundtable: What is temperament? Four approaches. Child development: 505-529.
27. Buss A. (1991). The EAS theory of temperament. In Explorations in temperament. Springer, Boston, MA : 43-60
28. Işık Ş (2017). Kişilik gelişimi. Işık Ş. (Ed.), Eğitim Psikolojisi. Pegem Akademi, Ankara, Sayfa: 152-185
29. Sanson A, Hemphill SA, Smart D (2004). Connections between temperament and social development: A review. Social Development 13(1): 142-170.
30. Bee H, Boyd D (2009). The Developing Child. Çocuk Gelişim Psikolojisi. Çeviren: Gündüz O. Kaknüs yayınları.
31. Zentner M, Bates JE (2008). Child temperament: An integrative review of concepts, research programs, and measures. International Journal of Developmental Science 2(1-2): 7-37.
32. Thomas A, Chess S (1986). The New York longitudinal study: From infancy to early adult life. Plomin R, Dunn J (Eds.), The study of temperament: Changes, continuities, and challenges, Pages: 39-52.
33. Akgül ES (2018). 5-6 yaş arası çocukların sosyal yetkinlik davranışlarının incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.

34. Thomas A, Chess S (1977). Temperament and development. Brunner/Mazel, New York.
35. Oliver KK (2002). Understanding your child's temperament. Family Life Month Packet.
36. Lochary ME, Wilson S, Griffen AL, Coury DL (1993). Temperament as a predictor of behavior for conscious sedation in dentistry. *Pediatric Dentistry* 15: 348-348.
37. Bergdahl M, Bergdahl J (2003). Temperament and character personality dimensions in patients with dental anxiety. *European journal of oral sciences* 111(2): 93-98.
38. Arnrup K, Broberg AG, Berggren U, Bodin L (2007). Temperamental reactivity and negative emotionality in uncooperative children referred to specialized paediatric dentistry compared to children in ordinary dental care. *International Journal of Paediatric Dentistry* 17(6): 419-429.
39. Lane KJ, Nelson TM, Thikkurissy S, Scott JM (2015). Assessing temperament as a predictor of oral sedation success using the Children's Behavior Questionnaire Short Form. *Pediatric dentistry* 37(5): 429-435.
40. Cloninger CR (1994). Temperament and personality. *Current opinion in neurobiology* 4(2): 266-275.
41. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P (2000). Comprehensive textbook of psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.
42. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of general psychiatry* 50(12): 975-990.
43. Rothbart MK (2007). Temperament, development, and personality. *Current directions in psychological science* 16(4): 207-212.
44. Rothbart MK (1981). Development of individual differences in temperament. *Advances in developmental psychology* 1: 37-86.
45. Rothbart MK (2004). Temperament and the pursuit of an integrated developmental psychology. *Merrill-Palmer Quarterly*, Pages: 492-505.

46. Calkins S (2005). Temperament and its impact on child development: Comments on Rothbart, Kagan, and Eisenberg. *Encyclopedia on Early Childhood Development*: 1-6.
47. Rothbart MK, Derryberry D, Hershey K (2000). Stability of temperament in childhood: Laboratory infant assessment to parent report at seven years. *Temperament and personality development across the life span*: 85-119.
48. Rothbart MK, Bates JE, Damon W, Eisenberg N (2006). *Handbook of child psychology, Vol. 3: Social, emotional, and personality development*, Pages: 99-166.
49. Koçyiğit S (2019). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan ve almayan ergenlerin akıllı telefon bağımlılığı düzeyleri, mizaç özellikleri ve anne baba tutumları açısından karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Ankara.
50. Prior M, Sanson A, Smart D, Oberklaid F (1983). Pathways from infancy to adolescence: Australian temperament project 1983-2000. Australian Institute of Family Studies, Melbourne.
51. Ergül N (2019). Psikiyatri kliniğine başvuran 8-13 yaş grubundaki çocuklarda mizaç özellikleri, duygu düzenleme ve annenin ebeveynlik stresi ile içe yönelim sorunları arasındaki ilişki. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
52. Buss A, Plomin R. (1984). *Theory and measurement of EAS. Temperament: early developing personality traits*. Hillsdale, New Jersey.
53. Aydın A (2014). Gelişimsel kekelemelik ve mizaç: kekeleyen, tipik gelişim gösteren ve kekemeliği kendiliğinden iyileşen çocukların mizaç özelliklerinin karşılaştırılması.
54. Buss AH, Plomin R (1986). The EAS approach to temperament. Plomin R, Dunn J (Eds.), *The study of temperament: Changes, continuities and challenges*: 67-79.
55. Buss AH, Plomin R, Willerman L (1973). The inheritance of temperaments. *Journal of personality* 41(4): 513-524
56. Buss AH, Plomin R (2014). *Temperament. Early developing personality traits*. Psychology Press, New York.
57. Boer F, Westenberg PM (1994). The factor structure of the Buss and Plomin EAS Temperature Survey (parental ratings) in a Dutch sample of elementary school children. *Journal of personality assessment* 62(3): 537-551.

58. Masi G, Mucci M, Favilla L, Brovedani P, Millepiedi S, Perugi G (2003). Temperament in adolescents with anxiety and depressive disorders and in their families. *Child psychiatry and human development* 33(3): 245-259.
59. Mathiesen KS, Tambs K (1999). The EAS Temperament Questionnaire—Factor structure, age trends, reliability, and stability in a Norwegian sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 40(3): 431-439.
60. Işık E (1996). *Nevrozlar*. Kent Matbaası, Ankara
61. Morgan CT (1991). *Psikolojiye giriş*. Karakas S, Eski R (Ed.), Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü Yayınları, Ankara.
62. Brown DF, Wright FC, McMurray NE (1986). Psychological and behavioral factors associated with dental anxiety in children. *Journal of behavioral medicine* 9(2): 213-218.
63. Köroğlu E (2006). *Kaygılarımız korkularımız*. HYB Yayıncılık, Ankara.
64. Oltmanns T, Emery R, Taylor S. (2006). *Abnormal Psychology* (2nd Canadian Edition). 2th ed. Toronto.
65. Bourne E. (1995). *The Anxiety and Phobia Workbook-A step by step program for curing yourself of extreme anxiety, panic attacks and phobias*. MJF Books, New York.
66. Clark DA, Beck AT (2011). *The anxiety and worry workbook: The cognitive behavioral solution*. Guilford Press, New York.
67. 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.
68. Gustafsson A, Broberg A, Bodin L, Berggren U, Arnrup K (2010). Dental behaviour management problems: the role of child personal characteristics. *International journal of paediatric dentistry* 20(4): 242-253.
69. Firat D, Tunc EP, Sar V (2006). Dental anxiety among adults in Turkey. *J Contemp Dent Pract* 7(3): 75-82.
70. Tunc EP, Firat D, Onur OD, Sar V (2005). Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) in a Turkish population. *Community dentistry and oral epidemiology* 33(5): 357-362.

71. Hägglin C, Berggren U, Hakeberg M, Hallstrom T, Bengtsson C (1999). Variations in dental anxiety among middle-aged and elderly women in Sweden: a longitudinal study between 1968 and 1996. *Journal of dental research* 78(10): 1655-1661.
72. Locker D, Liddell A (1991). Correlates of dental anxiety among older adults. *Journal of Dental Research* 70(3): 198-203.
73. Klingberg G, Broberg AG (2007). Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *International journal of paediatric dentistry* 17(6): 391-406.
74. Ürer Ç (2013). Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Kliniği'ne Ağrı Yakınması İle Başvuran Hastalarda Kişilik Özellikleri ve Diş Tedavi Deneyimleri İle Ağrı Algısı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, yayınlanmamış. Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
75. Eli I, Uziel N, Baht R, Kleinhaus M (1997). Antecedents of dental anxiety: learned responses versus personality traits. *Community dentistry and oral epidemiology* 25(3): 233-237.
76. Freeman R (1985). Dental anxiety: a multifactorial aetiology. *British dental journal* 159(12): 406-408.
77. Chapman H, Kirby-Turner N (1999). Dental fear in children—a proposed model. *British dental journal* 187(8): 408-412.
78. Foster Page L, Thomson W, Jokovic A, Locker D (2005). Validation of the child perceptions questionnaire (CPQ11-14). *Journal of dental research* 84(7): 649-652.
79. Ragnarsson E (1998). Dental fear and anxiety in an adult Icelandic population. *Acta Odontologica Scandinavica* 56(2): 100-104.
80. Alwin N, Murray J, Britton P (1991). An assessment of dental anxiety in children. *British dental journal* 171(7): 201-207.
81. Yamada M, Tanabe Y, Sano T, Noda T (2002). Cooperation during dental treatment: the Children's Fear Survey Schedule in Japanese children. *International journal of paediatric dentistry* 12(6): 404-409.

82. Klingberg G, Raadal M, Anrup K (2009). *Pediatric Dentistry: A Clinical Approach*. 3th ed. Pages: 55-66
83. Klingberg G, Broberg A (1998). Temperament and child dental fear. *Pediatric Dentistry* 20: 237-243.
84. Pawlicki RE (1991). Psychological/behavioral techniques in managing pain and anxiety in the dental patient. *Anesthesia progress* 38(4-5): 120.
85. Ng SK, Leung WK (2008). A community study on the relationship of dental anxiety with oral health status and oral health-related quality of life. *Community dentistry and oral epidemiology* 36(4): 347-356.
86. Ulrich R, Zimring C, Zhu X, DuBose J, Seo H, Choi Y, Joseph A. (2008). A review of the research literature on evidence-based healthcare design. *Health Environments Research & Design Journal*, 1 (3), 61-125.
87. Ulrich RS (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science* 224(4647): 420-421.
88. Ulrich R, Gilpin L (1999). Healing arts. *Nursing* 4(3): 128-133.
89. Zraati P (2013). Color consideration for waiting areas in Hospitals. *ICoRD'13* : 1369-1379.
90. Nussenbaum I (1963). Dental office design and layout. *The Journal of the American Dental Association* 66(2): 269-278.
91. Pradopo S, Sinaredi BR, Januarisca BV (2017). Pandan leaves (*Pandanus amaryllifolius*) aromatherapy and relaxation music to reduce dental anxiety of pediatric patients. *Journal of International Dental and Medical Research* 10(3): 933-937.
92. Lehrner J, Eckersberger C, Walla P, Pötsch G, Deecke L (2000). Ambient odor of orange in a dental office reduces anxiety and improves mood in female patients. *Physiology & behavior* 71(1-2): 83-86.
93. Erickson Megel M, Wagner Houser C, Simons Gleaves L (1998). Children's responses to immunizations: lullabies as a distraction. *Issues in comprehensive pediatric nursing* 21(3): 129-145.

94. Salmela M, Salanterä S, Aronen E (2009). Child-reported hospital fears in 4 to 6-year-old children. *Pediatric nursing* 35(5): 269-276
95. Muppa R, Bhupatiraju P, Duddu M, Penumatsa NV, Dandempally A, Panthula P (2013). Comparison of anxiety levels associated with noise in the dental clinic among children of age group 6-15 years. *Noise and Health* 15(64): 190.
96. Coffey P, Di Giusto J (1983). The effects of waiting time and waiting room environment on dental patients' anxiety. *Australian dental journal* 28(3): 139-142.
97. Kaysılı B (2006). Tanzimat'tan Cumhuriyet'e Türkiye'de sağlık eğitimi üzerine bir araştırma (1839-1938). Yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ortaöğretim Sosyal Alanlar Eğitimi Anabilim Dalı, Konya.
98. Özil E (2009). Hasta yatak odalarında görsel konfor koşullarının örneklerle incelenmesi. Yüksek lisans tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
99. Huisman ER, Morales E, van Hoof J, Kort HS (2012). Healing environment: A review of the impact of physical environmental factors on users. *Building and environment* 58: 70-80.
100. Winkel GH, Holahan CJ (1985). The environmental psychology of the hospital: is the cure worse than the illness? *Journal of Prevention & Intervention in the Community* 4(1-2): 11-33.
101. Nightingale F (1893). *Sick-Nursing and Health*. Nursing: 353-376.
102. Schweitzer M, Gilpin L, Frampton S (2004). Healing spaces: elements of environmental design that make an impact on health. *Journal of Alternative & Complementary Medicine* 10(Supplement 1): 71-83.
103. Alfonsi E, Capolongo S, Buffoli M (2014). Evidence based design and healthcare: an unconventional approach to hospital design. *Anne Ig* 26(2): 137-143.
104. Mohammad K (2018). A Standard Pediatric Dental Clinic. *Modern Approaches in Dentistry and Oral Health Care*.
105. Inglehart MR (2013). Interactions between patients and dental care providers: does gender matter? *Dental Clinics* 57(2): 357-370.

106. Arık ES (2019). Çocuk Hastanelerinin Bekleme Alanlarında İç Mekân Değerleri Üzerine Bir İnceleme. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İç Mimarlık ve Çevre Tasarımı Anabilim Dalı, Ankara.
107. Yildirim K, Muslu MS (2006). Poliklinik Bekleme Alanlarında Çevresel Faktörlerin Kullanıcıların Fonksiyonel ve Algı-Davranışsal Performansına Etkisi: Gazi Hastanesi Çocuk Polikliniği. *Politeknik Dergisi* 9(1): 39-52.
108. Weber DdA, Easley-Rosenberg A (2001). Creating an interactive environment for pediatric assessment. *Pediatric Physical Therapy* 13(2): 77-84.
109. Leather P, Beale D, Santos A, Watts J, Lee L (2003). Outcomes of environmental appraisal of different hospital waiting areas. *Environment and Behavior* 35(6): 842-869.
110. Gorski JA, Slifer KJ, Kelly-Suttka J, Lowery K (2004). Behavioral interventions for pediatric patients' acute pain and anxiety: Improving health regimen compliance and outcome. *Children's Health Care* 33(1): 1-20.
111. Carpman JR, Grant MA (2016). Design that cares: Planning health facilities for patients and visitors. 3th ed. John Wiley & Sons, New Jersey.
112. McKahan D (1993). Healing environments: healing by design--therapeutic environments for healthcare. *Journal of healthcare design: proceedings from the Symposium on Healthcare Design Symposium on Healthcare Design* 5: 159-166.
113. Altuncu D, Tansel B. Aydınlatma kontrol sistemlerinin hastanelerde kullanımı. *Tasarım Kuram*. 2009; 5(8): 116-143
114. Alzoubi HH, Al-Rqaibat SM (2015). The effect of hospital design on indoor daylight quality in children section in King Abdullah University Hospital, Jordan. *Sustainable Cities and Society* 14: 449-455.
115. Beute F, de Kort YA (2014). Salutogenic effects of the environment: Review of health protective effects of nature and daylight. *Applied psychology: Health and well-being* 6(1): 67-95.
116. Kürkçü E (2017). The effects of color temperature on performance and mood of users: a color task implementation model. A master's thesis, Department of Interior Architecture and Environmental Design İhsan Doğramacı Bilkent Üniversitesi, Ankara.

117. Haggard L, Hosking S (2003). *Healing the hospital environment: Design, management and maintenance of healthcare premises*. Taylor & Francis, United Kingdom.
118. Boyatzis CJ, Varghese R (1994). Children's emotional associations with colors. *The Journal of genetic psychology* 155(1): 77-85.
119. Brown BB (1974). *New mind, new body: Bio-feedback: New directions for the mind*. Harper & Row, New York.
120. Malkin J (2014). *Medical and dental space planning: A comprehensive guide to design, equipment, and clinical procedures* John Wiley & Sons, New Jersey
121. Karmakar S, Mathur S, Sachdev V (2019). A game of colours, changing emotions in children: a pilot study. *European Archives of Paediatric Dentistry* 20(4): 377-381.
122. Suzuki T (2010). Consideration of grand design for the care environment in hospitals–smell, lighting and sound. *Jpn Hosp* 29(1): 65-73.
123. Jafarzadeh M, Arman S, Pour FF (2013). Effect of aromatherapy with orange essential oil on salivary cortisol and pulse rate in children during dental treatment: A randomized controlled clinical trial. *Advanced biomedical research* 2:10
124. Thomas DV (2002). Aromatherapy: mythical, magical, or medicinal? *Holistic Nursing Practice* 17(1): 8-16.
125. Ghaderi F, Solhjoui N (2020). The effects of lavender aromatherapy on stress and pain perception in children during dental treatment: A randomized clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 40: 101182.
126. Gooding L, Swezey S, Zwischenberger JB (2012). Using music interventions in perioperative care. *Southern medical journal* 105(9): 486-490.
127. Fenko A, Looock C (2014). The influence of ambient scent and music on patients' anxiety in a waiting room of a plastic surgeon. *HERD: Health Environments Research & Design Journal* 7(3): 38-59.
128. Mandel SE, Davis BA, Secic M (2014). Effects of music therapy on patient satisfaction and health-related quality of life of hospital inpatients. *Hospital topics* 92(2): 28-35.

129. Kutlu R (2018). Çevresel faktörlerin mekan kalitesi ve insan sağlığına etkileri. The Turkish Online Journal of Design Art and Communication 8(1): 67-78.
130. Ulrich R (2001). 01/01. Effects of healthcare environmental design on medical outcomes. Design & Health World Congress & Exhibition WCDH 2000, Stockholm.
131. Erol H (2006). İç Mekanda Malzeme Kullanımında Akustik Performans Kriterleri. Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü: 25-42.
132. Rodríguez CE, Ortega-Andeane P, Fornara F, Yi Q, Bassani MA, Camilli M, Devlin A, Toledano F, Estrada-Rodríguez C, Bonaiuto M, Manca S, Salvetti A, Malakuczi V, Dilucchio L, París A, Ohno R (2006). Environmental valuation of hospital's waiting rooms: relationships of psycho environmental variables.
133. Beukeboom CJ, Langeveld D, Tanja-Dijkstra K (2012). Stress-reducing effects of real and artificial nature in a hospital waiting room. The Journal of Alternative and Complementary Medicine 18(4): 329-333.
134. Özdemir A, Cengiz MÇ (2018). Kullanıcı tercihlerine göre hastane çevresi iyileştirme tasarımı önerisi; ADSM Kıbrıs Şehitleri Polikliniği, Denizli. Bartın Orman Fakültesi Dergisi 20(3): 388-401.
135. Ulrich RS (1992). How design impacts wellness. The Healthcare Forum Journal 20-25.
136. Carmichael JM, Agre P (2002). Preferences in surgical waiting area amenities. AORN journal 75(6): 1077-1083.
137. Sungur Ergenoğlu A (2006). Sağlık kurumlarının iyileştiren hastane anlayışı ve akreditasyon bağlamında tasarımı ve değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Mimarlık Anabilim Dalı, İstanbul
138. Nanda U, Chanaud CM, Brawn L, Hart R, Hathorn K (2009). Pediatric art preferences: Countering the “one-size-fits-all” approach. HERD: Health Environments Research & Design Journal 2(4): 46-61.
139. Ulrich RS (1991). Effects of interior design on wellness: Theory and recent scientific research. Journal of health care interior design 3(1): 97-109.

140. Karakurt AS (2003). Critical analysis and evaluation of hospital main entrances according to design and performance criteria in the case of Turkey. Master's thesis, The Middle East Technical University The Department Of Architecture, Ankara.
141. Çavuşoğlu H (2001). Çocuk sağlığı hemşireliği. Bizim Büro Basımevi, Ankara
142. Corsano P, Majorano M, Vignola V, Guidotti L, Izzi G (2015). The waiting room as a relational space: young patients and their families' experience in a day hospital. *Child: care, health and development* 41(6): 1066-1073.
143. Pedro ICdS, Nascimento LC, Poleti LC, Lima RAGd, Mello DFd, Luiz FMR (2007). Playing in the waiting room of an infant outpatient clinic from the perspective of children and their companions. *Revista latino-americana de enfermagem* 15(2): 290-297.
144. Andrade C, Lima ML, Fornara F, Bonaiuto M (2012). Users' views of hospital environmental quality: Validation of the perceived hospital environment quality indicators (PHEQIs). *Journal of environmental psychology* 32(2): 97-111.
145. Harun WMW, Ibrahim F (2008). Human-environment relationship study of waiting areas in hospitals. 1st International Conference On Built Environment In Developing Counties (ICBED) Pulau Pinang.
146. Urbaniak G, Plous S (2013). Research randomizer (version 4.0)[computer software].
147. Koroğlu DA, Durkan R (2010). Diş hekimliği uygulamalarında karşılaşılan dental anksiyete sendromunun etiyolojisinin ve tedavi yöntemlerinin değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2010(3): 205-212.
148. Bodrumlu E, Sümer AP, Sümer M, Köprülü H (2006). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesine başvuran bireylerde dental korkunun değerlendirilmesi. *Journal of Hacettepe Faculty of Dentistry* 30(1): 51-56.
149. Bayrak Ş, Tunç EŞ, Eğilmez T, Tüloğlu N (2010). Ebeveyn dental kaygısı ve sosyodemografik faktörlerin çocukların dental kaygısı üzerine etkileri. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2010(3): 181-188.
150. 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.

151. Ten Berge M, Veerkamp J, Hoogstraten J (2002). The etiology of childhood dental fear: the role of dental and conditioning experiences. *Journal of anxiety disorders* 16(3): 321-329.
152. Dixon JM (2005). Child's Temperament and Conscious Sedation Outcomes. Master's thesis, Virginia Commonwealth University, School of Dentistry, Virginia
153. Prior M (1992). Childhood temperament. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 33(1): 249-279.
154. Köycekaş A (2019). Çocukların mizaç özellikleri ile oyun davranışlarının incelenmesi / An investigation of temperamental characteristics and the play behaviors of children. Yüksek Lisans. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Bilim Dalı, Ankara.
155. Gasman I, Purper-Ouakil D, Michel G, Mouren-Siméoni M-C, Bouvard M, Perez-Diaz F, Jouvent R (2002). Cross-cultural assessment of childhood temperament. *European Child & Adolescent Psychiatry* 11(3): 101-107.
156. Ari M, Yaban EH. Okulöncesi Dönemdeki Çocukların Sosyal Davranışları: Mizaç ve Duygu Düzenlemenin Rolü Social Behavior in Preschool Children: The Role of Temperament and Emotion Regulation. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 31(1): 125-141
157. Akbaba G (2017). Beş ve altı yaş çocuklarının duygu düzenlemesinde çocuk mizacıyla anne davranışları arasındaki etkileşimin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Temel Eğitim Anabilim Dalı Okul Öncesi Eğitimi Programı, İstanbul.
158. Nalbant AA (2016). Okul öncesi eğitim kurumlarına devam eden 5 yaş çocuklarının mizaç, sosyal yetkinlik özellikleri ile çaba sarf ederek kendini denetleme becerisi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Anabilim Dalı Ankara.
159. Melchior M, Chastang J-F, de Lauzon B, Galéra C, Saurel-Cubizolles M-J, Larroque B, Group EMCCS (2012). Maternal depression, socioeconomic position, and temperament in early childhood: The EDEN mother-child cohort. *Journal of affective disorders* 137(1-3): 165-169.

160. Adler A (2013). The practice and theory of individual psychology. Toutledge & Kegan Paul, London.
161. Asokan A, Kambalimath HV, Patil RU, Maran S, Bharath K (2016). A survey of the dentist attire and gender preferences in dentally anxious children. Journal of Indian Society of Pedodontics and preventive dentistry 34(1): 30.
162. Münevveroğlu AP, Akgöl BB, Erol T (2014). Assessment of the feelings and attitudes of children towards their dentist and their association with oral health. International Scholarly Research Notices 2014.
163. Karamızrak N (2014). Ses ve müziğin organları iyileştirici etkisi. Koşuyolu Kalp Dergisi 17(1): 54-57.
164. Routhieaux RL, Tansik DA (1997). The benefits of music in hospital waiting rooms. The Health care supervisor 16(2): 31-40.
165. Fitzgerald M, Culbert T, Finkelstein M, Green M, Johnson A, Chen S (2007). The effect of gender and ethnicity on children's attitudes and preferences for essential oils: a pilot study. Explore 3(4): 378-385.
166. Annamary K, Prathima GS, Sajeev R, Kayalvizhi G, Ramesh V, Ezhumalai G (2016). Colour preference to emotions in relation to the anxiety level among school children in Puducherry—A cross-sectional study. Journal of clinical and diagnostic research 10(7): ZC26.
167. Umamaheshwari N, Asokan S, Kumaran TS (2013). Child friendly colors in a pediatric dental practice. Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry 31(4): 225.
168. Park JG (2009). Color perception in pediatric patient room design: Healthy children vs. pediatric patients. Health Environments Research & Design Journal 2(3): 6-28.
169. Wright KD, Stewart SH, Finley GA (2010). When are parents helpful? A randomized clinical trial of the efficacy of parental presence for pediatric anesthesia. Canadian Journal of Anesthesia 57(8): 751-758.
170. McLaughlan R, Sadek A, Willis J (2019). Attractions to fuel the imagination: Reframing understandings of the role of distraction relative to well-being in the pediatric hospital. Health Environments Research & Design Journal 12(2): 130-146.

171. Topçu S (2018). Çocuk ve sanal ortam. Kocatepe Tıp Dergisi 19(1): 27-33.
172. Pati D, Nanda U (2011). Influence of positive distractions on children in two clinic waiting areas. Health Environments Research & Design Journal 4(3): 124-140.
173. Devlin AS, Anderson A, Hession-Kunz S, Kelly M, Noble L, Zou A (2020). Magnitude Matters: Art Image Size and Waiting Time Impact Perceived Quality of Care. Health Environments Research & Design Journal 13(3): 140-153.
174. Nascimento LC, Pedro ICdS, Poleti LC, Borges ALV, Pfeifer LI, Lima RAGd (2011). Playing in the waiting room of a children's outpatient clinic: the view of health professionals. Revista da Escola de Enfermagem da USP 45: 465-472.
175. Ozgoli G, Torkashvand S, Moghaddam FS, Borumandnia N, Mojab F, Minooee S (2016). Comparison of peppermint and clove essential oil aroma on pain intensity and anxiety at first stage of labor. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 19(21): 1-11.
176. Ispa J, Barrett B, Kim Y (1988). Effects of supervised play in a hospital waiting room. Children's Health Care 16(3): 195-200.



EKLER

T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KTÜ TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL
BAŞKANLIĞI

Sayı : 24237859- 199
Konu: Etik Kurul onay belgesi

28.01.2020

Sayın; Dr. Öğr. Üyesi Nagehan YILMAZ
Pedodonti ABD.

“Çocukların Mizaç Özellikleri Dental Bekleme Odası Tercihlerini Etkiler mi?” başlıklı etik kurul 2020/45 protokol numaralı çalışma önerisi raportör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Faruk AYDIN
Etik kurul Başkanı

Ek: 1 adet onay belgesi

61080 – Trabzon / TÜRKİYE

Tel: +90 (462) 377 5403

Faks: +90(462)325 2270

Elektronik Ağ: www.ktu.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat
Şerafettin YILMAZ
e posta:
serafettinyilmaz@ktu.edu.tr

Ek 1. (Devam)

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU				
BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Çocukların Mizaç Özellikleri Dental Bekleme Odası Tercihlerini Etkiler mi?”		
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2020 / 45		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Nagehan YILMAZ		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Pedodonti		
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRICILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Arş.Gör.Dt.Gizem AVCI, Prof.Dr.Özgül BAYGIN, Prof.Dr.Tamer TÜZÜNER, Prof.Dr.Stephen WILSON, Prof.Dr.Anup Kumar PANDA		
	DESTEKLEYİCİ			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	TEZ ☒ AKADEMİK AMAÇLI ☐		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU				Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
OLGU RAPOR FORMU				Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Açıklama
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐		
SİGORTA	☐			
ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐			
BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐			
İLAN	☐			
YILLIK BİLDİRİM	☐			
SONUÇ RAPORU	☐			
GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐			
DİĞER:	☐			

Ek 1. (Devam)

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU									
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 15	Tarih: 24.02.2020							
	Dr.Öğr.Üyesi Nagehan YILMAZ'ın sorumluluğunda yürütülmesi planlanan Arş.Gör.Dt.Gizem AVCI'ya ait "Çocukların Mizaç Özellikleri Dental Bekleme Odası Tercihlerini Etkiler mi?" başlıklı 2020/45 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma/tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.								
KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU									
ÇALIŞMA ESASI		Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu							
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Faruk AYDIN							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
Prof. Dr. Faruk AYDIN Başkan:	Tıbbi Mikrobiyoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Murat LİVAOĞLU Başkan Yrd.:	Plastik, Rekons. ve Estetik Cer.	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. S. Murat KESİM Raportör:	Tıbbi Farmakoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Yılmaz BÜLBÜL Üye:	Göğüs Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Murat ÇAKIR Üye:	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Şafak ERSÖZ Üye:	Tıbbi Patoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Prof. Dr. Nazım Ercüment BEYHUN Üye:	Halk Sağlığı	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Demet SAĞLAM AYKUT Üye:	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin YAMAN Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
* :Araştırma ile İlişki ** :Toplantıda Bulunma									

Ek 2. EAS Mizaç Anketi

EAS MİZAÇ ANKETİ

Hasta adı:

Tarih:

Lütfen tedavi sırasında çocuğunuzun davranışını düşünerek en uygun olacak şekilde doldurunuz.

	Asla	Çok Şüpheli	Bazen	Büyük Olasılıkla	Her Zaman Kesinlikle
1. Çocuğum utangaç olacak	1	2	3	4	5
2. Çocuğum ağlayacak	1	2	3	4	5
3. Çocuğum sizden hoşlanacak	1	2	3	4	5
4. Çocuğum çok hareketli olacak	1	2	3	4	5
5. Çocuğum onunla konuşmanızdan hoşlanacak	1	2	3	4	5
6. Çocuğum duygusal olacak	1	2	3	4	5
7. Çocuğum diş hekimi koltuğundan kalkmak isteyecek	1	2	3	4	5
8. Çocuğum yardımcı personelden hoşlanacak	1	2	3	4	5
9. Çocuğum endişelenecek ve ağlayacak	1	2	3	4	5
10. Çocuğum çok enerjik olacak	1	2	3	4	5
11. Çocuğumun size ısınması uzun zaman alacak	1	2	3	4	5
12. Çocuğum kolayca üzülecek, mutsuz olacak	1	2	3	4	5
13. Çocuğum bugün yalnız kalmaktan hoşlanmayacak	1	2	3	4	5
14. Çocuğum mutsuz olursa gerginleşecek	1	2	3	4	5

Aşağıdaki anketin ters numaralandırıldığına dikkat ediniz.

	Her Zaman Kesinlikle	Büyük Olasılıkla	Bazen	Çok Şüpheli	Asla
15. Çocuğum hareketli olacak fakat yavaş hareket edecek	5	4	3	2	1
16. Çocuğum sizinle arkadaş olacak	5	4	3	2	1
17. Çocuğum sizinle iş birliği içinde olacak	5	4	3	2	1
18. Çocuğum etrafında kimse yokken daha iyi olacak	5	4	3	2	1
19. Çocuğum tedavi aletlerinize dokunmak ve onlarla ilgilenmek isteyecek.	5	4	3	2	1
20. Çocuğum size karşı çok dostane/cana yakın olacak	5	4	3	2	1

Ek 3. Çocuk Korku Değerlendirme Skalası – Dental Alt Ölçeği (ÇKDS-DAÖ) (Children Fear Survey Schedule – Dental Subscale/ CFSS-DS)

Adı soyadı: _____	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				
Yaş: _____ Cinsiyet: _____	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
Adres: _____	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				

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

Ek 4. Modifiye Bekleme Odası Tercihleri Anketi-MBOTA

Tarih:

Ad-soyad:

Lütfen soruları okuyup, size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

1. Cinsiyetin: a. Erkek b. Kız
2. Hangi yaş grubuna dahilsin: a. 6-8 Yaş b. 9-11 Yaş
3. Bekleme odasına girdiğinde danışma masasında (sekreterlikte) kimi tercih edersin ?
a. Erkek Personel b. Kadın Personel
4. Bekleme odasında ne tarz müzik dinlemek istersin ?
a. Çocuk müziği b. Pop müzik (Yabancı/Türkçe)
c. Rap müzik (Yabancı/Türkçe) d. Enstrumantal müzik (piyano, keman sesi vb.)
e. Diğer (arabesk, halk müziği vb.) f. Farketmez (Herhangi bir şarkı olabilir)
g. Müzik dinlemek istemem
5. Bekleme odasında ne çeşit parfüm kokusu olmasını istersin ?
a. Limon gibi meyve kokusu b. Gül gibi çiçek kokusu
c. Nane karanfil gibi baharat kokusu d. Farketmez (Herhangi bir koku olabilir)
e. Parfüm kokusu olmasını istemem
6. Bekleme odasında ne tarz ışıklandırma tercih edersin ?
a. Güneş ışığı b. Parlak yapay ışık (lamba)
c. Loş yapay ışık (lamba) d. Farketmez/Önemli değil
7. Hangisini seveceğini düşünürsün ?
a. Çocuklarla dolu gürültülü oda b. Çocuklarla dolu sessiz oda
c. Bir ya da iki çocuğun olduğu gürültülü oda d. Bir ya da iki çocuğun olduğu sessiz oda
e. Farketmez/Önemli değil
8. Bekleme odasında duvarların nasıl dekore edilmiş olmasını tercih edersin?
a. Hayvan resimleri
b. Manzara resimleri
c. Mickey Mouse gibi eğlenceli karakter resimleri
d. Duvar yapıştırması ya da duvar kağıdı
e. Ağız hijyeniyle ilgili posterler, bilgilendirmeler
f. Farketmez/Önemli değil
9. Bekleme odasının duvar rengi olarak hangisini tercih edersin?
a. Sarı b. Yeşil c. Mavi d. Beyaz
10. Bekleme odasında çiçek olmasını ister misin ?
a. Evet b. Hayır

Ek 4. (Devam)

11. Bekleme odasında beklerken kiminle olmak istersin ?
 - a. Ebeveyninle/seninle birlikte gelen yakınla
 - b. Diğer çocuklarla
 - c. Kendi başına
 - d. Farketmez/Önemli değil
12. Bekleme odasında hangisine oturmayı tercih edersin ?
 - a. Sandalye
 - b. Koltuk
 - c. Puf veya armut koltuk
 - d. Farketmez/Önemli değil
13. Bekleme odasında hangisini seyretmeyi tercih edersin ?
 - a. Akvaryum
 - b. Televizyon
 - c. Tablet veya cep telefonu
 - d. Başka insanları
14. Bekleme odasında televizyon varsa hangi kanalı seyretmek istersin ?
 - a. Çizgi film
 - b. Spor kanalı
 - c. Belgesel
 - d. Çocuk videosu
 - e. Diş ve fırçalama ile ilgili video
 - f. Farketmez/Önemli değil
15. Sıranı beklerken ne yapmak istersin ?
 - a. Oyuncakla oynamak
 - b. Boyama kitabı boyamak
 - c. Puzzle veya lego yapmak
 - d. Diğer çocuklarla oynamak
 - e. Bulmaca çözmek
 - d. Teknolojik aletlerle oynamak (telefon vb.)
 - f. Kitap okumak
16. Bekleme odasında ne kadar beklemek istersin?
 - a. Kısa bir süre (2 dakika gibi)
 - b. Uzun bir süre (15-30 dakika gibi)
 - c. Beklediğim süre benim için önemli değil.
17. Sıranı beklerken, nasıl hissedersin ?
 - a. Mutlu
 - b. Üzgün
 - c. Korkmuş
 - d. Meraklı
18. Seni bekleme odasından kimin almasını ve bırakmasını istersin ?
 - a. Veli
 - b. Diş Hekimi
 - c. Kendim gelmek isterim
 - d. Yardımcı personel (Diş hekimi yardımcısı)

EBEVEYN DEMOGRAFİK VERİ ANKETİ:

Tarih:

Ad soyad:

Yaş:

Cinsiyet:

Yakınlık Derecesi:

Anne Eğitim Durumu: () İlkokul () Ortaokul () Lise
 () Üniversite () Doktora ve üzeri

Anne mesleği: ()Serbest ()Memur ()Çalışmıyor
()Profesyonel(avukat, doktor vb.) ()Diğer

Baba Eğitim Durumu: () İlkokul () Ortaokul () Lise
 () Üniversite () Doktora ve üzeri

Baba mesleği: ()Serbest ()Memur ()Çalışmıyor
()Profesyonel(avukat, doktor vb.) ()Diğer

Ailenin Gelir düzeyi: () 2500 tl ve altı () 2500-5000 tl () 5000tl ve üzeri

Çocuğunuz annesi ile aynı evde mi yaşıyor? () Evet () Hayır

Çocuğunuz babası ile aynı evde mi yaşıyor? () Evet () Hayır

Ailedeki toplam çocuk sayısı:

Çocuğunuz için doğru olanı işaretleyiniz. (ikisi de seçilebilir)

()Çocuğumun kendisinden büyük kardeşleri var. Kaç tane

()Çocuğumun kendisinden küçük kardeşleri var. Kaç tane ...

Çocuğunuzun gittiği okulu seçiniz.

a. Okula gitmiyor b. Özel okul c. Devlet okulu

Çocuğunuz kaçınıcı sınıfa gidiyor?

Cocuğunuz öncesinde nerede tedavi gördü? ()bu klinikte ()başka klinikte

Cocuğunuzun önceki tedavisi aynı doktorla mıydı? ()evet ()hayır

Ek 6. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Çocuğunuzun ve sizin Karadeniz Teknik Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi tarafından yürütülen ‘Çocukların mizaç özellikleri dental bekleme odası tercihlerini etkiler mi?’ isimli araştırma amaçlı çalışmaya katılmanızı arzu ediyoruz. Aşağıda bu çalışma ile ilgili bazı bilgiler bulacaksınız. Bu bilgiler size veya çocuğunuza çalışmaya katılmada kolaylık sağlanması ve konunun öneminin açıkça anlaşılabilmesi için düzenlenmiştir.

Bu araştırma, 6-11 yaş grubu çocukların tercihlerine dayalı bekleme odası dizaynının, çocukların işlem öncesi stresini azaltmadaki önemini göstermek, bu tercihlerin mizaç tipleriyle olan ilişkisini değerlendirmek, çocukları dental ortamlarda da rahat ettirmek ve sağlık hizmetlerinin sunumunu iyileştirmek amacıyla yapılacaktır. Çalışmanın yürütücüsü Dr.Öğretim Üyesi Nagehan YILMAZ ve çalışmayı gerçekleştirecek kişi Arş.Gör.Dt. Gizem AVCI’dır.

Çocuklara, bekleme odası tercihlerine dayalı 18 soruluk bir anket ve korkularının düzeyini belirlemek için bir ölçek, klinik içerisindeki sessiz bir odada araştırmacı tarafından uygulanacaktır. Bu ziyarette aynı zamanda velilere de, çocukların mizaçlarını belirlemek için bir ölçek ve demografik veri anketi uygulanacaktır. Araştırmaya katılacak bireylerin kimlik bilgileri gizli tutulacaktır.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasiin;

Adı, Soyadı:

Telefonu:

İmzası:

Tarih:

Arş.Gör.Dt. Gizem AVCI
Tel: 05544643608

Açıklamaları yapan araştırmacının;

Adı, Soyadı

Telefonu :

İmzası:

Arş.Gör.Dt. Gizem AVCI: 0462377744-4808