

**T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**

**ÇOK BOYUTLU EBEVEYNLİK STİLLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ
KULLANILARAK BELİRLENEN FARKLI EBEVEYN DAVRANIŞLARININ
ÇOCUKLARDAKİ DENTAL ANKSİYETE VE AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI İLE
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

Dt. Hatice YILDIRIM

**Çocuk Diş Hekimliği Programı
Uzmanlık Tezi**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Ayça KURT**

RİZE-2024

**T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**

**ÇOK BOYUTLU EBEVEYNLİK STİLLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ
KULLANILARAK BELİRLENEN FARKLI EBEVEYN DAVRANIŞLARININ
ÇOCUKLARDAKİ DENTAL ANKSİYETE VE AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI İLE
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

Dt. Hatice YILDIRIM

**Çocuk Diş Hekimliği Programı
Uzmanlık Tezi**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Ayça KURT**

RİZE-2024

KABUL ve ONAY

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalında, Dr. Öğr. Üyesi Ayça KURT danışmanlığında, Hatice YILDIRIM tarafından hazırlanan Çok Boyutlu Ebeveynlik Stilleri Değerlendirme Ölçeği Kullanılarak Belirlenen Farklı Ebeveyn Davranışlarının Çocuklardaki Dental Anksiyete ve Ağız-Diş Sağlığı ile İlişkisinin İncelenmesi adlı bu tez çalışması 24/09/2024 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu oy birliğiyle başarılı bulunmuş ve jürimiz tarafından **Uzmanlık Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

Unvan, Adı Soyadı

Başkan

: Dr. Öğr. Üyesi Ayça KURT

Üye

: Doç. Dr. Sema AYDINOĞLU

Üye

: Doç. Dr. Hüseyin ŞİMŞEK

ETİK BEYAN

Çocuk Diş Hekimliği Uzmanlık Eğitim Programından mezun olmak üzere teslim ettiğim “Çok Boyutlu Ebeveynlik Stilleri Değerlendirme Ölçeği Kullanılarak Belirlenen Farklı Ebeveyn Davranışlarının Çocuklardaki Dental Anksiyete ve Ağız-Diş Sağlığı ile İlişkisinin İncelenmesi” adlı tezim, bilim ve araştırma etiği prensiplerine riayet edilerek tarafımdan yazılmıştır.

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında:

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Hatice YILDIRIM

24/09/2024

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince hem maddi hem de manevi desteğini hiç esirgemeyen ve tez çalışmamın her aşamasında bilgi ve deneyimleriyle bana yardımcı olan kıymetli danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ayça KURT'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bana her konuda yol gösteren, bilgi ve deneyimlerini paylaşan, her zaman desteğini hissettiğim hocam Sayın Doç. Dr. Sema AYDINOĞLU'na,

Birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum, her konuda desteklerini hissettiğim ve beraber birçok güzel anı biriktirdiğim, çok değerli eş kıdemli arkadaşlarım başta olmak üzere tüm çalışma arkadaşlarıma,

Hayatımın her döneminde bana duydukları inanç ve özveri ile bu noktaya gelmemde büyük katkıları olan, uzaklarda olmalarına rağmen desteklerini her zaman yakından hissettiğim ve sonsuz sevgi ile saygı duyduğum sevgili aile bireylerime içten teşekkürlerimi sunarım.

Hatice YILDIRIM

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY	.
ETİK BEYAN.....	I
TEŞEKKÜR	II
İÇİNDEKİLER	III
ÖZET	IIII
ABSTRACT.....	VII
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	VIII
ŞEKİLLER DİZİNİ	X
TABLolar DİZİNİ	XI
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Ebeveynlik Stilleri.....	3
2.1.1. Ebeveynlik Tanımı	3
2.1.2. Ebeveynlik Stilleri Kavramı Tanım ve Önemi	4
2.1.3. Ebeveynlik Stilleri Tarihçesi	5
2.1.3.1. Demokratik Ebeveynlik.....	7
2.1.3.2. Otoriter Ebeveynlik	9
2.1.3.3. İzin Verici-Hoşgörölü Ebeveynlik	11
2.1.3.4. Reddedici-İhmalkar Ebeveynlik	12
2.1.3.5. Aşırı Koruyucu Ebeveynlik	13
2.1.4. Ebeveynlik Stillerini Belirleyen Faktörler.....	15
2.1.4.1. Sosyoekonomik Faktörler.....	15
2.1.4.2. Ebeveynlerin Ruhsal Durumlarıyla İlgili Faktörler.....	16
2.1.4.3. Ebeveynlerin Stres Seviyeleri.....	17
2.1.4.4. Ebeveynlerin Kişilik Özellikleri.....	17
2.1.4.5. Algılanan Ebeveynlik Stili.....	18
2.1.4.6. Ebeveynlerin Eğitim Seviyeleri.....	18
2.1.4.7. Ebeveynlerin Çalışma Durumu	19
2.1.4.8. Çocuğun Cinsiyeti	19
2.1.4.9. Ebeveynin Çocuk Gelişimi Konusundaki Bilgi Seviyesi.....	19
2.1.5. Ebeveynlik Stilleri ile İlgili Kullanılan Ölçekler.....	19
2.1.5.1. Çocuklardan Alınan Bilgiler Doğrultusunda Oluşturulan Ölçekler	19
2.1.5.2. Ebeveynlerden Alınan Bilgiler Doğrultusunda Oluşturulan Ölçekler	20

2.2. Dental Anksiyete	23
2.2.1. Dental Anksiyete ve Korku Kavramları	23
2.2.2. Dental Anksiyete Prevalansı.....	24
2.2.3. Dental Anksiyete Etiyolojisi.....	24
2.2.3.1. Bireysel Faktörler	24
2.2.3.2. Çevresel Faktörler	25
2.2.3.3. Dental Faktörler.....	26
2.2.4. Dental Anksiyete Belirtileri	26
2.2.5. Dental Anksiyete Belirleme Yöntemleri.....	27
2.2.5.1. Davranışların Puanlandırılması	28
2.2.5.2. Fizyolojik Teknikler	29
2.2.5.3. Projektif Teknikler	30
2.2.5.4. Psikometrik Ölçümler.....	32
2.3. Ağız ve Diş Sağlığı.....	35
2.3.1. Ağız ve Diş Sağlığının Tanım ve Önemi	35
2.3.2. Ağız Diş Sağlığı ve Beslenme	36
2.3.3. Diş Çürüğü.....	36
2.3.4. Ağız Diş Sağlığı Göstergeleri	37
2.3.4.1. NYVAD Sistemi	37
2.3.4.2. ICDAS (International Caries Detection and Assessment System) Sistemi	38
2.3.4.3. CAST İndeksi (Caries Assessment Spectrum And Treatment Index)	38
2.3.4.4. DMFT/dmft İndeksi.....	39
2.3.4.5. PUFA/pufa İndeksi	39
2.3.5. Periodontal Sağlık Göstergeleri.....	40
2.3.5.1. Plak İndeksi (Quigley ve Hein)	40
2.3.5.2. Aproksimal Plak İndeksi (API)	40
2.3.5.3. Plak Kontrol Kaydı.....	40
2.3.5.4. Plak İndeksi (Silness&Löe).....	40
2.3.5.5. Modifiye Plak İndeksi (Silness&Löe)	41
2.3.5.6. Gingival İndeksi (Silness&Löe).....	41
2.3.5.7. Sondalamada Kanama İndeksi (BOP)	41
2.3.5.8. Modifiye Diş Eti Oluğu Kanama İndeksi (Lange)	42
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	43
3.1. Araştırmanın Çeşidi, Yeri ve Zamanı	43
3.2. Etik Kurul Onayı.....	43

3.3. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması.....	43
3.3.1. Hasta Seçim Kriterleri	44
3.4. Verilerin Elde Edilmesi	45
3.4.1 Anketlerin Uygulanması.....	45
3.5. Ağız İçi Değerlendirme.....	47
3.5.1. DMFT/dmft İndeksi' nin Belirlenmesi	48
3.5.2. Plak İndeksi' nin Belirlenmesi	49
3.5.3. Gingival İndeks'in Belirlenmesi	49
3.5.4. PUFA/pufa İndeksi' nin Belirlenmesi	50
3.5.5. Kanama İndeksi	51
3.6. İstatistiksel Analiz	51
4. BULGULAR.....	53
4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri	53
4.2. Katılımcıların Ağız Sağlığı Sorularına Verdikleri Cevapların Tanımlayıcı İstatistiği.....	55
4.3. Demografik Özelliklere Göre Ağız Sağlığı İndekslerinin Karşılaştırılması	56
4.4. Ağız Sağlığı ile İlgili Anket Sorularına Göre Ağız Sağlığı İndekslerinin Karşılaştırılması	59
4.5. Demografik Özelliklerin ÇESDÖ'ye Göre Karşılaştırılması.....	62
4.6. Demografik Özelliklerin ÇESDÖ'nün Alt Başlıklarına Göre Karşılaştırılması ..	65
4.7. Ağız Sağlığı Anket Sorularının ÇESDÖ'ye Göre Karşılaştırılması.....	68
4.8. Ağız Sağlığı Anket Sorularının ÇESDÖ'nün Alt Başlıklarına Göre Karşılaştırılması	71
4.9. Demografik Özelliklerin Anksiyete Ölçeklerine Göre Karşılaştırılması	76
4.10. Ağız Sağlığı Anket Sorularının Anksiyete Ölçeklerine Göre Karşılaştırılması .	78
4.11. Ağız Sağlığı İndeksleri, Anksiyete Skala Sonuçları ve ÇESDÖ Sonuçları Arasındaki Korelasyonun Değerlendirilmesi.....	81
4.12. Diş Çürüğünü Yordayan Faktörlerin Binominal Lojistik Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi.....	83
4.13. Plak İndeksini Yordayan Faktörlerin Binominal Lojistik Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi.....	87
4.14. PUFA/pufa İndeksini Yordayan Faktörlerin Binominal Lojistik Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi	91
4.15. Gingival İndeksi Yordayan Faktörlerin Binominal Lojistik Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi.....	94
4.16. Kanama İndeksini Yordayan Faktörlerin Binominal Lojistik Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi.....	97

5. TARTIŞMA	100
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....	126
KAYNAKLAR.....	128
EKLER	152
EK-1. Etik Kurul Onayı	153
EK-2. Dekanlık İzin Belgesi	155
EK-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	161
EK-4. Çok Boyutlu Ebeveynlik Stilleri Değerlendirme Ölçeği.....	163
EK-5. Modifiye Çocuk Dental Anksiyete Skalası- yüzler Versiyonu.....	163
EK-6. İntihal Raporu.....	164



ÖZET

Çok Boyutlu Ebeveynlik Stilleri Değerlendirme Ölçeği Kullanılarak Belirlenen Farklı Ebeveyn Davranışlarının Çocuklardaki Dental Anksiyete ve Ağız-Diş Sağlığı ile İlişkisinin İncelenmesi

Amaç: Bu çalışmanın amacı Çok Boyutlu Ebeveynlik Stilleri Değerlendirme Ölçeği (ÇESDÖ) kullanılarak belirlenen farklı ebeveynlik davranışları ile çocukların dental anksiyete seviyeleri ve ağız-diş sağlıkları arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Mayıs 2023 ve Mayıs 2024 tarihleri arasında Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Ana Bilim Dalı'na muayene olma amacıyla başvuran ve ilk dental tecrübesini yaşayacak olan 6-12 yaş aralığında sistemik olarak sağlıklı 605 hasta ve ebeveyni dahil edildi. Çalışmanın ilk bölümünde çocukların ve ebeveynlerin demografik verileri, ebeveynlerinden alınan bilgiler doğrultusunda çocukların ağız diş sağlığı ve beslenme alışkanlıkları hakkında veriler kaydedildi. Ardından ebeveynlere ebeveynlik davranışlarını belirleyebilmek için 34 sorudan oluşan ÇESDÖ uygulandı. Çocuklara da dental anksiyete seviyelerini belirlemek için MÇDAS-y ölçeği ve dental anksiyete anketi yöneltildi. Son bölümde çocukların ağız içi muayeneleri yapılarak; DMFT/dmft, PUFA/pufa, Pİ, Gİ, Kİ değerleri kaydedildi. Elde edilen veriler Jamovi yazılımının 2.3.28 sürümü kullanılarak, $p<0,05$ anlamlılık derecesi kabul edilerek değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan çocukların %50' si kız ($n=300$) ve %50' si erkekti ($n=305$). Proaktif ebeveynlik ile DMFT/dmft, PUFA/pufa, Pİ, Gİ ve Kİ arasında negatif korelasyon, dental anksiyete anketi ve MÇDAS-y ile proaktif ebeveynlik arasında da negatif bir korelasyon ($r=-0,17$, $r=-0,13$, $p<0,001$) bulundu. Olumlu pekiştirme ve samimi ilişki ile DMFT/dmft, PUFA/pufa, Pİ, Gİ ve Kİ arasında negatif korelasyon, dental anksiyete anketi ile de aralarında negatif bir korelasyon mevcutken, MÇDAS-y ile aralarında önemli bir ilişki kaydedilmedi ($p>0,05$). Destekleyici yaklaşım ile DMFT/dmft, PUFA/pufa, Pİ, Gİ ve Kİ arasında negatif korelasyon, dental anksiyete anketi ve MÇDAS-y ile destekleyici yaklaşım arasında da negatif bir korelasyon ilişkisi hesaplandı ($r=-0,21$, $r=-0,12$, $p<0,001$). Düşmanlık, düşük kontrol ve fiziksel kontrol ile DMFT/dmft, PUFA/pufa, Pİ, Gİ ve Kİ arasında pozitif korelasyon, dental anksiyete anketi ve MÇDAS-y ile düşmanlık, fiziksel kontrol ve düşük kontrol arasında da pozitif korelasyon bulundu. Ebeveynlerin düşmanca tutumları ile kapsamlı olumsuz ebeveynlik boyutu ($r=0,78$, $p<0,001$) ve düşük kontrol ile kapsamlı olumsuz ebeveynlik boyutu ($r=0,80$, $p<0,001$) arasında güçlü pozitif korelasyonlar gözlemlendi.

Sonuç: Ebeveynlik stilleri ile çocukların dental anksiyete seviyeleri ve ağız diş sağlıkları arasında kuvvetli ilişkiler bulundu. Daha olumlu ebeveynlik tarzları ile çocukların dental anksiyete seviyelerinin düşürülebileceği ve daha iyi ağız diş sağlığına ulaşabilecekleri görüldü.

Anahtar Kelimeler: Ağız-diş sağlığı, Dental anksiyete, Ebeveynlik stilleri

ABSTRACT

Investigation of the Relationship Between Different Parental Behaviors Determined Using the Multidimensional Assessment of Parenting Scale Rating Scale and Dental Anxiety and Oral-Dental Health in Children

Aim: The aim of this study was to evaluate the relationship between different parenting behaviors determined using the Multidimensional Assessment of Parenting Scale (MAPS) and children's dental anxiety levels and oral-dental health.

Material and Method: The study included 605 systemically healthy patients and their parents between the ages of 6-12, who applied to the Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry, Recep Tayyip Erdoğan University, between May 2023 and May 2024 for examination and who would have their first dental experience. In the first part of the study, demographic data of children and parents, and data on children's oral and dental health and nutritional habits were recorded based on information obtained from their parents. Then, the 34-question MAPS was administered to the parents to determine their parenting behaviors. The MCDAS-f scale and dental anxiety questionnaire were administered to children to determine their dental anxiety levels. In the last section, children's oral examinations were performed and DMFT/dmft, PUFA/pufa, PI, GI, KI values were recorded. The obtained data were evaluated using Jamovi software version 2.3.28, accepting $p < 0.05$ as the significance level.

Results: Of the children participating in the study, 50% were girls ($n=300$) and 50% were boys ($n=305$). A negative correlation was found between proactive parenting and DMFT/dmft, PUFA/pufa, PI, GI and KI, and a negative correlation was found between proactive parenting with dental anxiety questionnaire and MCDAS-y ($r=-0.17$, $r=-0.13$, $p < 0.001$). A negative correlation was found between positive reinforcement and warm relationship and DMFT/dmft, PUFA/pufa, PI, GI and KI, and a negative correlation was found between them and dental anxiety questionnaire, but no significant relationship was recorded with MCDAS-y ($p > 0.05$). A negative correlation was calculated between supportive approach and DMFT/dmft, PUFA/pufa, PI, GI and CI and a negative correlation was calculated between supportive approach and dental anxiety questionnaire and MCDAS-y ($r=-0.21$, $r=-0.12$, $p < 0.001$). A positive correlation was found between hostility, low control and physical control and DMFT/dmft, PUFA/pufa, PI, GI and CI and a positive correlation was found between dental anxiety questionnaire and MCDAS-y and hostility, physical control and low control. Strong positive correlations were observed between hostile attitudes of parents and comprehensive negative parenting dimension ($r=0.78$, $p < 0.001$) and between low control and comprehensive negative parenting dimension ($r=0.80$, $p < 0.001$).

Conclusion: Strong relationships were found between parenting styles and children's dental anxiety levels and oral and dental health. It has been seen that with more positive parenting styles, children's dental anxiety levels can be reduced and they can achieve better oral and dental health.

Key words: Dental anxiety, Oral and dental health, Parenting styles

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

%	: Yüzde
>	: Büyüktür
<	: Küçüktür
^	: Referansı gösterir
°C	: Santigrat derece
mmHg	: Milimetre cıva
cm	: Santimetre
API	: Aproximal Plak İndeksi
BOP	: Sondalamada Kanama İndeksi (Bleeding On Probing Index)
CAST	: Caries Assesment Spectrum and Treatment Index
CDAS	: Korah'ın Dental Anksiyete Skalası (Corah's Dental Anxiety Scale)
CI	: Güven aralığı
ÇESDÖ	: Çok Boyutlu Ebeveynlik Stilleri Değerlendirme Ölçeği
DMFT	: Daimi dişlerde çürük, kayıp, dolgulu diş sayısı (Decay Missing Filling Teeth)
dmft	: Süt dişlerinde çürük, kayıp, dolgulu diş sayısı (decay missing filling teeth)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
Gİ	: Gingival İndeks
ICDAS	: Uluslararası Çürük Tespit ve Değerlendirme Sistemi(International Caries Detection and Assessment System)
IKA	: Intra Kuartel Aralık
Kİ	: Kanama İndeksi
MÇDAS	: Modifiye Çocuk Dental Anksiyete Skalası
MÇDAS-y	: Modifiye Çocuk Dental Anksiyete Skalası-yüzler
MDAS	: Modifiye Dental Anksiyete Skalası
OO	: Odds Oranı
p	: Anlamlılık düzeyi
Pİ	: Plak İndeksi
PUFA	: Daimi dişlerde pulpa, ülserasyon, fistül, apse (Pulpa, Ulceration, Fistul, Abscess)
pufa	: Süt dişlerinde pulpa, ülserasyon, fistül, apse (pulpa, ulceration, fistul, abscess)

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Maccoby ve Martin'in Ebeveynlik Stilleri (1938)	7
Şekil 2.2. ÇESDÖ'nün alt boyutları ile Schaefer'in ebeveynlik stilleri anlayışının karmaşık modeli (Parent ve Forehand, 2017)	22
Şekil 2.3. Venham'ın Resim Testi.....	31
Şekil 2.4. Görsel Yüz Skalası.....	31
Şekil 2.5. MÇDAS-y.....	35
Şekil 4.1. Çocuk hastaların cinsiyet dağılımı.....	53
Şekil 4.3. Hastaların dental sağlık ve ebeveynlik tutumları arasındaki korelasyon ilişkisi	82

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 3.1. MÇDAS-y Skorlarının Değerlendirilmesi.....	47
Tablo 3.2. Silness ve Loe Plak İndeksi.....	49
Tablo 3.3. Silness ve Loe Gingival İndeks.....	50
Tablo 4.1. Çocuk hastaların (n=605) demografik özellikleri.....	54
Tablo 4.2. Çalışmaya dahil edilen çocuk hastaların (n=605) demografik özellikleri.....	56
Tablo 4.3. Demografik özelliklere göre ağız sağlığı indekslerinin karşılaştırılması.....	58
Tablo 4.4. Ağız sağlığı ile ilgili anket sorularına göre ağız sağlığı indekslerinin karşılaştırılması.....	61
Tablo 4.5. Demografik özelliklerin ÇESDÖ'ye göre karşılaştırılması.....	64
Tablo 4.6. Demografik özelliklerin ÇESDÖ'nün alt başlıklarına göre karşılaştırılması.....	67
Tablo 4.7. Ağız sağlığı anket sorularının ÇESDÖ'ye göre karşılaştırılması.....	70
Tablo 4.8. Ağız sağlığı anket sorularının ÇESDÖ'nün alt başlıklarına göre karşılaştırılması.....	75
Tablo 4.9. Demografik özelliklerin anksiyete ölçeklerine göre karşılaştırılması.....	77
Tablo 4.10. Ağız sağlığı anket sorularının anksiyete ölçeklerine göre karşılaştırılması.....	80
Tablo 4.11. Diş çürüğü indeksini yordayan faktörlerin binominal lojistik regresyon analizi.....	85
Tablo 4.12. Plak indeksini yordayan faktörlerin binominal lojistik regresyon analizi.....	89
Tablo 4.13. PUFA/pufa indeksini yordayan faktörlerin binominal lojistik regresyon analizi	92
Tablo 4.14. Gingival indeksini yordayan faktörlerin binominal lojistik regresyon analizi.....	95
Tablo 4.15. Kanama indeksini yordayan faktörlerin binominal lojistik regresyon analizi.....	98

1. GİRİŞ

Ebeveynler, birincil bakım verenler olarak, çocuklarının mevcut ve gelecekteki duygusal sağlığının, kişiliğinin, karakterinin, refahının, sosyal ve bilişsel seviyelerinin ve akademik performanslarının gelişiminde önemli etkilere sahiptir. Ebeveynlik stilleri son zamanlarda büyük bir ilgiyle gözlemlenmektedir.¹⁻³ Ebeveynlik tarzı, çocukların başa çıkma tarzlarının önemli bir belirleyicisidir ve çocuğun yetişkinlere karşı davranışı, farklı ebeveynlik tarzlarına göre değişkenlik göstermektedir. Bu durum diş hekimi muayenehanesine aktarılarak diş hekimi ile etkileşimi etkilemektedir. Ebeveynlik tarzı aynı zamanda bir çocuğun diş hekimliği ortamındakiler de dahil stres ve uyarılarla nasıl başa çıkacağını da belirlemektedir.⁴

Tıp alanındaki çalışmalar şunu göstermektedir ki; ağız sağlığı genel sağlığın önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Günümüzde iyi ve yeterli bir oral hijyene ve ağız sağlığına sahip olmak; bireyin sadece diş sağlığını hedeflemekle kalmayarak, vücudunun genel sağlık ve iyi olma hali için bir başlangıç noktası oluşturmaktadır. Ağız sağlığının potansiyel olarak birçok organ sistemini ilgilendiren etkileri mevcuttur. Bundan dolayı; ağız sağlığı ve oral hijyenin iyileştirilmesinin, birey ve toplumun yaşam kalitesinde artış sağlanması bakımından büyük sistemik etkileri olabilmektedir.⁵

Ebeveynlik stilleri çocukların sağlığını etkilemektedir.^{6,7} Çocuğun ağız sağlığı konusunda ebeveynliğin rolü iki açıdan değerlendirilmektedir. İlk bakış açısında; sağlıklı beslenmeye, diş fırçalamaya ve florürlü diş macunu kullanımına evde ebeveynler karar vermektedir. İkinci olarak; çocuğun diş tedavisi sırasındaki davranışları genel davranışlarının bir yansıması olabilmektedir. Diş çürükleri, travmatik yaralanmalar ve bunlara bağlı tedavi ihtiyaçları gibi diş sorunları, bu ebeveynlik uygulamalarının doğrudan bir sonucu olarak düşünülmektedir.⁸ Günümüzde ebeveynler çocuklarının herhangi bir acı veya rahatsızlık yaşamasını önlemek istemektedir. Sheller, bunun, sınırlar

koyma ve 'hayır' deme şeklindeki 'geleneksel' ebeveynlik tekniklerinden bir adım uzakta olduğunu öne sürer. Birçok ebeveyn, çocuklarının davranışlarından daha az sorumlu olmakta ve daha az disiplin sağlamaktadır, tıbbi veya psikolojik yönetim yöntemlerine daha fazla güvenmektedir.⁹

Kanıtlar çocuk davranışları, diş çürükleri ve ebeveynlik tarzları arasında potansiyel bir ilişkiyi desteklemektedir; ancak sınırlı sayıda çalışma bu konuyu araştırmaktadır. Ebeveynlik stillerine ilişkin sınırlı literatür, ebeveynliğin diş davranışları üzerindeki etkileri hakkında çok az şey bilindiğini göstermektedir.

Araştırmamızın amacı, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Ana Bilim Dalı'na muayene olma amacıyla başvuran ve ilk dental tecrübesini yaşayacak olan, sistemik ve mental açılardan sağlıklı ve çalışmaya katılmaya gönüllü 6-12 yaş aralığındaki çocuk hasta ve ebeveynlerinde; ebeveynlik tarzlarının, çocukların ağız-diş sağlıkları ve dental anksiyeteleri ile ilişkisini incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ebeveynlik Stilleri

2.1.1. Ebeveynlik Tanımı

Aile kavramı, birbirleri ile etkileşimde olan; cinsiyet, nesil ve türlü rollerle tanımlayabildiğimiz komplike bir bütüne karşılık gelmektedir. Ebeveynlik ise bahsettiğimiz bu bütünün içindeki anne ve babadan oluşan aile alt kümesi olarak önümüze çıkmaktadır.¹⁰ Aile yapısı; kişinin sosyal, fiziksel, bilişsel ve psikolojik anlamlarda kendi gelişimini tamamlayabileceği temel yapılardan biridir. Bu kavram, bireyin gelişiminde katkı sağlayan okul, sosyal çevresi gibi çeşitli ortamlarla da etkileşim halindedir. Bronfenbrenner; kişinin gelişiminin ekolojik sistemler teoremi ile içerisinde bulunduğu bağlamlar ile geliştiğini ileri sürmektedir ve bu bağlamları birbiri içine geçmiş halkalardan oluşan sistemler şeklinde tanımlamaktadır.

Ailenin içerisinde bulunduğu sistem için ise ‘Mikrosistem’ tanımını kullanmaktadır. Çocuğun gelişimi için mikrosistem önemli bir halkadır zira çocuğun bu mevcut sistemde etkileşim içerisinde olduğu kişiler ve çevreler, çocuğu olumlu veya olumsuz etkileyebilmektedir. Ebeveyn şeklinde tabir edilen anneler ve babalar da benzer şekilde bu sistemin parçasıdır.¹¹ Bireyler; hamile kalmak suretiyle, üvey anne-babalık ile veya evlat edinme gibi çeşitli yollar ile ebeveyn olmaktadır.¹⁰ Ebeveynler; çocuklarının bakım ve korunmasından mesul olan ve bu çocukların hayatlarında çok önemli etkileri olan kişilerdir.¹² Her ebeveynin çocuk yetiştirme sürecinde kendince uyguladığı farklı yöntemler bulunmaktadır. Ebeveynlerin işte bu çocuk yetiştirme sürecinde uyguladığı ve benimsediği tüm bu yöntemler ebeveynlik stilleri olarak adlandırılmaktadır.¹³ Ebeveynlik tarzları anne ve babaların, çocuklarıyla olan iletişimlerine yönelik göstermiş oldukları tutumları da kapsamaktadır.

Ebeveynler göstermiş oldukları bu tutumlarla kendi değer ve yargılarını da çocuklarına iletmekte ve bu değer ve yargıları aktarma sürecinde kendi ebeveynlerinden öğrenmiş oldukları davranış ve tutumları yansıtabilmektedir. Böylece ebeveynlik stilleri nesilden nesile aktarılmaktadır.¹⁴

2.1.2. Ebeveynlik Stilleri Kavramı Tanım ve Önemi

Ebeveynlik stili, anneler ve babaların çocuklarını yetiştirme sırasında kullandıkları standart stratejileri; yöntem, yaklaşım, tutumları temsil eden ve çocuklarının genel olarak iyi olma hallerine etki eden psikolojik bir yapıdır.¹⁵ Ebeveynler, çocuklarını yetiştirirken pek çok farklı tutum ve tavrı benimsemektedir. Ebeveynler çoğunlukla sergiledikleri ebeveynlik stillerini yetiştikleri sosyal yapıdan, toplumsal normlardan, taleplerden veya kendi anne babalarının sergilemiş oldukları çocuk yetiştirme yaklaşımlarından etkilenecek ve bu bağlamda şekillendirmektedirler.¹⁶ Ebeveynlerin, çocukları üzerinde oluşturdukları etkiler psikoloji tarafından sıkça araştırılan temel konulardandır.¹⁷ Çocuklar hayatlarındaki ilk ve en önemli bağı ebeveynleri ile aralarında kurmaktadır. Bu bağ ise akran, romantik ve ebeveynlik ilişkileri de dahil pek çok farklı ilişkiyi etkileyebilmektedir.¹⁸ Darling ve Steinberg'in(1993) çocukların içerisinde yetiştiği duygusal iklim şeklinde tanımladığı ebeveynlik stili, annelerin ve babaların çocuklarına nasıl bir tepki verdiğinin ve çocuklarından da nasıl taleplerde bulunduğu bir göstergesidir.¹⁹ Ebeveynlik stilleri, ebeveynlerin çocuklarını yetiştirme sırasında göstermiş oldukları tipik hissetme, düşünme ve davranış şekillerini ifade etmektedir.³ Ebeveynlerin, çocuklarını yetiştirme sırasında tercih ettikleri stil, çocuğun kişiliği ve girişkenliği gibi sosyal becerilerinin gelişimi konusunda, çocuğun özgüveni, kendisi hakkında nasıl hissettiğine veya kendini nasıl gördüğüne kadar, birçok konu açısından belirleyici olmaktadır.²⁰⁻²² Ebeveynlerin çocuk-ebeveyn etkileşimlerinde sergiledikleri çeşitli ebeveyn tutumları, inançları ve çocuklarını sosyalleştirme adına uygulamış

oldukları özel ebeveynlik davranışları ebeveynlik stilleri olarak tanımlanmaktadır.²³ Baumrind (1968)'in tanımına göre ise, ebeveynin değer yargıları ve rolleri ile çocuk yetiştirme üzerine olan inançları ve bu doğrultuda gerçekleştirmiş olduğu uygulamalar ebeveynlik stillerini oluşturmaktadır. Ebeveynlik stillerini; çocuk ve ebeveyn ilişkisi şeklinde ele almaktansa; ebeveynin kullanmış olduğu disiplin yöntemlerine göre sergilediği tutumlar şeklinde ifade etmektedir.¹³

2.1.3. Ebeveynlik Stilleri Tarihçesi

Yapılan pek çok araştırma ebeveynlik stilleri konusunda birer çerçeve oluşturmayı hedeflemiştir. Symonds (1939) ebeveynlik üzerine yürütmüş olduğu bir çalışmada ebeveyn-çocuk ilişkilerindeki temel kavramlara ilişkin literatürü, özellikle ebeveyn reddi ve aşırı koruma çalışmaları ile ebeveyn tutumlarından kaynaklanan çocuk davranışlarını incelemiştir.²⁴

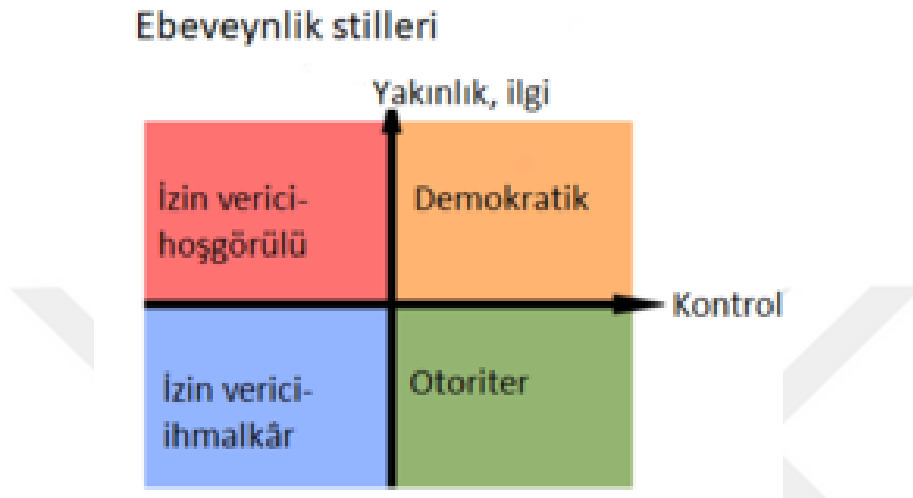
Ebeveynlik davranışlarının karmaşık modelini formüle eden ve böylece ebeveynlik araştırmalarını sentezleyen ilk araştırmacı Schaefer'dir (1959). Schaefer, ebeveyn davranışlarını ilk olarak iki uçlu olmak suretiyle iki boyut üzerinden açıklamaktadır. Bunlar; özerkliğin karşısında kontrol ve sevginin karşısında düşmanlık boyutlarıdır. İlk boyutta düşük hakimiyet özerklik kavramı ile temsil edilirken; müdahalecilik, talepler, anne kaygısı ve duygusal katılım ise kontrol kavramı ile temsil edilmektedir. İkinci boyutta ise eşitlikçi yaklaşım, çocuğa karşı yapılan pozitif değerlendirmeler, sevgi ifadeleri ve kabul sevgi kavramı ile temsil edilirken; uygulanan cezalar, çocuğu yok sayma, kontrol etme amacıyla korkutmak, katı ve reddedici davranışlar ise düşmanlık kavramı ile temsil edilmektedir.²⁵ Schaefer (1965), başka bir çalışmada ise ebeveyn davranışları için belirlemiş olduğu boyutları revize ederek yeni etiketlendirmeler yapmıştır. Sevgi boyutuna karşılık düşmanlık alt boyutunu ölçmek için yaptığı çalışmalar sonucunda, bu boyutun en doğru şekilde kabule karşı reddetme olarak

adlandırılabileceğini belirtmiştir. Yapmış olduğu çalışmalar sonucunda yine özerkliğe karşı kontrol boyutunu adlandırırken ise psikolojik özerkliğe karşı psikolojik kontrol terimlerinin daha doğru olacağını söylemiştir. Ebeveynin çocuğun bağımsız bir birey olarak gelişmesini engelleyen ve çocuğun davranışlarını kontrol etmeye yönelik davranışları, bu yeni etiketlendirmenin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Schaefer (1965), ortaya koymuş olduğu bu konfigürasyona ek olarak üçüncü yeni bir boyut öne sürmüştür. Bu boyut için önerdiği etiket ise sıkı kontrole karşı düşük kontrol şeklindedir. Sıkı kontrol terimi ile, ebeveynin kurallar koyma, bazı düzenlemeler yapma, çocuğun gerçekleştirdiği faaliyetlere sınırlamalar getirme ve bu sınırlamaları zorlama davranışları temsil edilmektedir. Diğer yandan düşük kontrol boyutunda ise, tam tersine, aşırı bir özerklik durumu söz konusudur.²⁶

Baumrind ise günümüzde dahi hala birçok araştırmaya temel teşkil eden ebeveynliğin en yaygın 3 stilini tanımlamıştır. Baumrind; izin verici, demokratik ve otoriter ebeveynlik olmak üzere 3 adet ebeveynlik tarzı tanımlamıştır.^{3,22,27}

Maccoby ve Martin (1983) ise yaptıkları çalışma ile ebeveynlik stillerini iki alt boyut şeklinde değerlendirmektedir. Bu boyutlar “kabul edicilik/duyarlılık” ile “talepkarlık/kontrol” gruplarıdır. Ebeveynin duyarlı ve kabul edici olduğu boyutta; çocuğa karşı duygusal sıcaklık, kabul etme ve talep etmeme halleri hakimdir. Ebeveyn çocuğunun ihtiyaçlarına cevap vermekte, çocuğunu bir birey olarak kabul etmekte, bunu desteklemekte ve kendisini ifade edebilmesi için olanaklar sağlamaktadır. Ebeveynin talepkar ve kontrolcü olduğu boyutta ise ebeveyn çocuğunun davranışları üzerinde sürekli bir kontrol sağlama eğilimi göstermektedir. Bu kontrolün boyutu, ebeveynin çocuk üzerinde ne derece denetleme yaptığına ve ne kadar talepkar olduğuna bağlı olarak değişmektedir.²⁸ Ebeveynler çocukları topluma uyum sağlayabilsin diye çocuklarının davranışlarını denetleme eğilimi göstermektedir.²⁹

Maccoby ve Martin (1983) bu yeni iki boyutlu sınıflandırma ışığında Baumrind'in tipik sınıflandırmasında izin verici ebeveynlik tutumunu iki koldan ele alarak yeni sınıflamayı; “demokratik ebeveynlik, otoriter ebeveynlik, izin verici-hoşgörülü ve izin verici-ihmkâr ebeveynlik” şeklinde dört başlık altında toplamışlardır.²⁷ (Şekil 2.1)



Şekil 2.1. Maccoby ve Martin'in Dört Ebeveynlik Stili (1983)

2.1.3.1. Demokratik Ebeveynlik

Demokratik ebeveynlik tarzında, ebeveynler “kabul edicilik/duyarlılık” ve “talepkarlık/kontrol” boyutlarının her ikisini de yüksek oranda göstermektedir. Bu tarzı benimsemiş olan ebeveynler, çocukları ile kurmuş oldukları iletişimlerinde karşılık alıp vermeyi önemsemekte ve bu amaçla onlara sıcaklık da göstermektedirler. Çocuklarını birey olarak kabul etmekte, özgürlüklerine ve kişisel alanlarına karşı saygılı davranmakta, ancak aynı zamanda da çocuklarından belirli seviyede disiplinli tutum ve davranışlarda bulunmalarını beklemektedirler. Ebeveyn çocuğu ile çatıştığı noktalarda bir kontrol uygulasa dahi aşırı kısıtlamalarla çocuğunu sıkıştırmamaktadır. Ebeveyn bu disiplinli tutum beklentisinin altında yatan gerekçeyi çocuğu ile paylaşmakta ve bunu anlamasını sağlamaktadır. Yasakladığı ve istemediği davranışları çocuğu ile nedensellik çerçevesinde anlamlandırmaktadır. Bu tutum çocukların, ebeveynlerinin isteklerini ve yasaklarını

algılamalarını, buna göre bir tepki vermelerini ve bu yeteneklerini geliştirmelerini sağlamaktadır.³⁰

Demokratik ebeveynlerin bulunduğu aile ortamlarında zaman zaman kuralların tartışılması, sebeplerin açıklanması; ödüllendirme ve sevginin iyi davranışların tekrarı amacıyla bolca uygulanması söz konusu olmaktadır.³¹ Demokratik annelerin ve babaların çocuklarına karşı duymuş oldukları sevgileri karşılıksızdır ve bunu daima göstermektedirler. Aynı zamanda çocuklarının kişisel gelişimlerini önemseyip bunun için çabalayan ancak çok katı kuralları olmayan ebeveynlerdir.³² Ebeveynler çocuklarını disipline ederken koymuş oldukları kurallara uyabilmeleri için onlara yardımcı da olmakta, bu durumu kolaylaştırmayı sağlamaktadırlar. Ebeveynler ve çocuklar karşılıklı olarak birbirlerinin fikir ve görüşlerine de saygı göstermektedirler. Ebeveyn sorumluluk bilinciyle çocuğunun özgür bir kişilik geliştirmesinde yardımcı olmaktadır.³¹ Demokratik ebeveynler; ilgili, hoşgörülü ve güven vericidirler.³³

Demokratik ebeveynlik stilini benimsemiş olan ebeveynler, çocuklarının mevcut kapasite ve becerilerini onaylarlar ancak gelecekteki davranışları için de ortaya belli başlı standartlar koymaktadırlar. Bu standartlar için almış oldukları kararları sadece çocuğun isteklerine veya sadece kendi isteklerine dayandırmayarak, ortak bir fikir birliğine varmaktadırlar. Çocuklarını da karar verme süreçlerine dahil ederek çocuğun merkezde olduğu bir yaklaşımda bulunmaktadır.³¹

Bornstein ve Zlotnik (2008) yaptıkları bir çalışmada, çocuğun en sağlıklı şekilde yetişebilmesi için ideal olan tutumun demokratik ebeveynlik olduğunu belirtmişlerdir.³⁴ Buna paralel bir başka çalışmada da çocukları en sağlıklı şekilde geleceğe ulaştıracak olan ebeveynlik stiline demokratik ebeveynlik olduğu belirtilmiştir.³⁵ Baumrind (1967) ise, demokratik ebeveynlerce yetiştirilen okul öncesi dönemindeki çocukların uyum

açısından en iyi işler çıkaran çocuklar olduğunu tespit etmiştir.³⁰ Bu çocukların özgüven ve sorumluluk sahibi, neşeli ve iş birliğine açık çocuklar oldukları görülmüştür.^{16,30,36} Anne ve babalar tutunmuş oldukları bu tavırlar sayesinde çocuklarına karşı pozitif bir modellik sergilemiş olmaktadır.³⁷ Demokratik ebeveynlik stili ile yetişmiş olan çocuklar; özgür düşünme tarzına sahip, özgüveni yerinde, sorumluluklarının farkında olan, yaratıcı düşünebilen, girişken ve sosyal çevreleri ile rahatça uyum sağlayan bireyler olarak tanımlanmaktadır.^{38,39} Bu çocuklar arkadaşlık kurma konusunda hevesli ve öfke kontrolüne sahip bireylerdir.²⁸

Demokratik ailelerdeki ebeveynler;

1. Çocuklarının fikir ve düşüncelerine saygı duyarak bunları kendileri ile paylaşımlarını isterler.
2. Tüm konuları konuşabilmek ve paylaşabilmek isterler.
3. Karar verilirken konuşarak ortak bir karara varmaya çalışırlar.³¹

Demokratik ebeveynlik stili ile yetişmiş olan çocuklar daha iyi akran iletişimi kurarak, daha kabul edilebilir sosyal davranışlar sergileyebilmektedirler.³

2.1.3.2. Otoriter Ebeveynlik

Otoriter ebeveynlik tarzını benimseyen ebeveynlerin “talepkarlık/kontrol” boyutları yüksek; ancak “kabul edicilik/duyarlılık” boyutları düşük seviyelerde olmaktadır. Ebeveynler çocuklarının üzerindeki kontrole sürekli sahip olmak istemekte ve bu kontrolü kaybetmekten de korku duymaktadırlar. Çocuklarının özerkliklerini teşvik etmemekte ve onlara karşı sıcak bir yaklaşım tarzı sergilememektedirler.⁴⁰ Toplumun geleneklerini ve göreneklerini devam ettirme çabası olan ve kişinin özerkliğine değer vermeyen toplumlarda daha çok görülmektedir.⁴¹ Bu ebeveynler çocuğun kişiliğini önemsemeyen, böylece çocuğun özgüvenini yitirmesine sebep olan ebeveynlerdir.

Çocuğa karşı kaba kuvvet uygulayabilen, bağırarak ve ceza veren ebeveynlerdir.⁴² Çocuklar otoriter ebeveynlerine karşı itaat etme zorunluluğunda olduğundan; duygu ve düşüncelerini dile getiremezler ve azalmış sosyal becerilere sahiptirler.^{43,44} Ebeveynleri tarafından baskı gören bu çocuklar sosyal çevrelerinde sessiz, sakın, hassas, kırılgan, narin, kibar, çekingen ve insanların kolayca etkileyebileceği bir tavır sergilemektedirler.⁴²

Otoriter ebeveynlere sahip bireyler; iletişim problemleri yaşayan, mutsuz ve kaygılı kimselerdir.⁴⁵ Bu çocukların bilinçaltılarında yatan nefret ve öfke duyguları ileriki yaşamlarında suç işleme eğiliminde olma ve saldırgan bir kişiliğe dönüşebilme ihtimallerinin yüksek olmasına sebebiyet vermektedir.⁴⁶ Otoriter ebeveynler çocuklarının ihtiyaçlarını, fikir ve görüşlerini önemsememektedirler. Onlara göre; çocuklar konulan kurallara sorgusuzca itaat etmelidir. Bunun dışında bir durum gelişmesi halinde de çocuk cezalandırılmaktadır. Fakat tezat bir durum olarak da çocuklar kurallara uyarak olumlu davranışlar sergilediği zamanlarda ödüllendirilmemektedir.^{47,48} Ebeveyn çocuğuyla ilgili çok yüksek beklentilere sahiptir ve talepkardır.¹⁹

Ebeveynlerin otoriterlik oranı arttıkça çocukların da davranış problemleri gösterme oranlarının arttığı rapor edilmiştir.⁴⁹ Konu ile ilişkili olarak başka bir çalışmada da otoriter ebeveynlere maruz kalan bireylerin saldırgan davranışlarda bulundukları gösterilmiştir.⁵⁰ Bir diğer çalışma da bize göstermektedir ki; otoriter ebeveynlik çocuklarda olumsuz kişilik gelişimine sebebiyet vererek, suçlamalar ve cezalar karşısında kolaylıkla ağlayabilen ve kırılgan bireyler yetişmesine neden olmaktadır.⁵¹ Otoriter ebeveynler; eleştirel yaklaşan ve cezalandırıcı bireylerdir. Uyguladıkları bu yöntemler dolayısıyla bireyi; küçük düşürücü, aşağılayıcı ve reddedici bir tavır içerisinde bulundurmaktadır. Bu tür ailelerde büyüyen çocuklar, kendilerini ifade etme noktasında bazı zorluklar yaşayabilmektedir.⁵²

2.1.3.3. İzin Verici-Hoşgörülü Ebeveynlik

Bu ebeveynlik tarzını benimseyen ebeveynlerde “kabul edicilik/duyarlılık” boyutu yüksek; “talepkarlık/kontrol” boyutu ise düşük seviyelerde olmaktadır. Ebeveynler çocuklarına karşı sıcak ve samimi bir tutum içerisindeyler ve onların isteklerine karşı duyarlı davranmaktadırlar. Bu ebeveynler çocuk merkezli bir yaklaşım içerisinde olmakla beraber çocuktan taleplerde bulunmamakta, beklentiye girmemekte ve onlara karşı kontrol uygulamaktan kaçınmaktadırlar.^{16,30,36,53} Ebeveyn ve çocuk arasında kurulması beklenen duygusal bağ iyi durumda değildir. Çocuğun istediği çoğu şeyi yapmasına izin verilerek, kendi kararlarını kendi almasına müsaade edilmektedir. Buradaki problem; çocuk henüz bunları düşünüp yapabilecek ve kararlarını kendisi alabilecek yaş ve olgunluğa ulaşmadan bu yetkinin ona verilmiş olmasıdır. Çocukların istedikleri gibi yeme-içmesine, istedikleri saatte uyumalarına ve diledikleri kadar oyun oynamalarına göz yumarak onlar üzerinde bir kontrol sağlamamaktadırlar veya herhangi bir yaptırım ve ceza uygulamamaktadırlar.³

Ebeveynlerin çocukları ile ilişkileri iyi durumda değildir. Çocukların davranışları her daim hoş karşılanmaktadır. Çocukları ile ilgilenmemekte ve onların davranışlarını denetlememekte bu sebepten; çocuklar, üzerlerinde herhangi bir otorite hissedememektedirler.⁵⁴

Bu ebeveynlik stilinde ebeveynler disiplin sağlamada başarısızdırlar ve çocuklarının istekleri doğrultusunda karar vermeye meyillidirler. Ebeveynler çocuklarından olgun davranmalarını beklememekte ve onların özerkliklerine müsaade etmektedirler. Bu sebeplerden dolayı bu çocuklar bencilce ve kontrolsüz olarak, dürtüsel bir şekilde hareket etme; saldırgan olma eğilimindedirler.⁵⁵

Ebeveynler aşırı hoşgörülü olduklarında çocuklarının isteklerinde de sınırlandırmaya gitmemektedir. Çocuklar ise istediklerinin derhal yapılacağını

bilincinde olduklarından; bir süre sonra öz denetimlerinde azalmalar yaşanmaktadır. Bu çocuklar fazla özgür bırakılarak şımartılmışlardır. Bu durum çocukların ilerleyen yaşlarda ben merkezli bir hayat sürmelerine ve bencillik duygularının yüksek olmasına sebebiyet vermektedir.⁵⁶ Bu çocuklar aile ortamlarında elde ettikleri hak ve özgürlükleri; sosyal çevrelerinde ve akranlarında bulamadıklarında bocalamaktadırlar. Sosyal becerileri yetersiz kalacağı için de akranları tarafından dışlanmaktadır.⁵⁷

Erken çocukluk döneminde edinilememiş disiplin sebebiyle ebeveynlerinin ve çocukların ileride sorun yaşayacağı düşünülmektedir. Bu ebeveynlik stili ışığında yetişen çocuklar; söz dinlemeyen, sınırları aşan, nerede nasıl hareket edeceğini bilmeyen ve disiplinsiz bir şekilde yetişmektedirler.⁴⁶ Aşırı hoşgörölü ebeveynler ise yine çocukları üzerinde zayıf bir kontrole sahiptirler, çocuk ailenin merkezinde yer almaktadır, onun kararlarına müdahale edilmemektedir.⁵⁸

İzin verici ebeveynler; çocuklarına istediklerini yaptırmak için şiddete başvurmamaktadır. Bütün bu yaklaşımları sonucu aslında bu ebeveynler; çocuklarının kişiliğinin gelişiminde ve davranışlarının şekillenmesi konusunda aktif rol alan ebeveynler olmaktan çıkmaktadırlar. Bu tarz bir aile atmosferinde yetişen çocuk, daha güvenilir aile ortamlarında yetişen akranlarına göre kendisini ifade etme noktasında sorunlar yaşamakta ve daha az başarılı olabileceği hissine kapılmaktadır.⁵⁹

2.1.3.4. Reddedici-İhmalkar Ebeveynlik

“Reddedici/ihmkar” ebeveynlik tarzı; “kabul edicilik/duyarlılık” boyutunun da, “talepkarlık/kontrol” boyutunun da düşük seviyelerde olduğu bir ebeveynlik tarzı ile karakterize edilmektedir. Bu ebeveynlik stilinde ebeveynler; çocuklarının talep ve gereksinimlerine karşı duyarlı olmamaktadır. Bunun yanı sıra çocuklarından da herhangi bir beklentide bulunmazlar, onlardan bir talepleri yoktur, çocuklarına bir katkı sağlamazlar ve onlar üzerinde bir denetim mekanizmasına da sahip değillerdir.

Çocuklarının yetişmeleri sırasında ortaya çıkan ihtiyaçlarını karşılamazlar, onları desteklemezler ve iyiye doğruyu bulmalarında onlara rehberlik etmezler. Çocuk yetiştirmede söz konusu olan ebeveyn görev ve sorumluluklarını reddetmekte, çocuklarının ihtiyaçlarını ihmal etmektedirler. Çocuklarını izleyip, takip etmezler; onlar üzerinde bir kontrol ve yaptırım uygulamaktan kaçınırlar. Bu ebeveynler çocuklarının gündelik rutinlerinden, yaşamlarından haberdar olmamakta; onlardan çok uzakta olup, daha çok kendi hayat meşguliyetleri ve problemleri ile ilgilenmektedirler.^{16,30,36,53}

İlgisiz anneler tarafından yetiştirilen çocukların bedensel, bilişsel ve sosyal gelişimleri açısından yeterli seviyelere ulaşamadıkları bildirilmiştir.³⁴ Bu ebeveynler çocuklarına karşı sevgilerini gösterme ve onlara karşı sıcak tavırlar sergileme konularında başarısız olmaktadır. Aynı zamanda onların davranışlarını disipline etme açısından çocukları üzerinde kural koyma noktasında da yeterli olamamaktadırlar.¹⁹

Bu ebeveynlik stili en olumsuz çocuk yetiştirme tarzı olarak kabul görmektedir. Ebeveynler bir sorun ile karşılaşıldığında kavga ve çatışma yoluna başvurmaktadırlar.¹⁷

Bu sınıflandırma çoğu araştırmacı tarafından genel kabul gören ve temel alınan ebeveynlik stilleri sınıflandırmasıdır. Bunun yanında bazı araştırmacılar tarafından farklı ebeveynlik tarzları alt başlıkları da tanımlanmıştır. Bunlardan biri de aşırı koruyucu ebeveynlik stilidir.

2.1.3.5. Aşırı Koruyucu Ebeveynlik

Bu ebeveynlik tarzında; sıcaklık boyutunun çok yüksek seviyede olduğu dikkat çekmektedir. Aşırı koruyucu ebeveynler çocukları herhangi bir kötü tecrübe yaşamassın diye çocuklarının çevrelerindeki herhangi bir durum; tehdit oluştursun oluşturmassın fark gözetmeksizin bu durumu kontrol altına almak istemektedir.⁶⁰ Bu amaçla çocuklarının davranışları üzerinde fiziksel kısıtlamalara gitmekte ve çocuklarına göstermiş oldukları aşırı ilgi ve sıcaklık ile onları rahatlatmayı hedeflemektedirler. Burada kast edilen fiziksel

kısıtlama; çocuğu yaklaşmakta olan bir tehlikeden alıkoymak ve uzaklaştırmaktır. Ebeveynin çocuğu fiziksel anlamda rahatlatma amacı ve aşırı sıcak tavırları başta olumluymuş gibi görünse de bu tutumlar çocuğun ebeveynine aşırı derecelerde bağımlı bir hale gelmesine sebebiyet vermektedir.⁶¹

Aşırı koruyucu ebeveynler çocuklarına sorumluluklar vermekten kağınarak, onların kendilerine yetemeyeceklerine inanmaktadırlar. Çocuklarının sürekli korunup kollanması ve gözetilmesi gerektiği düşüncesi ile onlara devamlı olarak müdahalelerde bulunmaktadırlar.⁶² Ebeveynlerin aşırı derecede müdahaleci oldukları bu stil ile yetişen çocukların; öz güven duygularının zayıf, risk almaktan çekinen ve girişimci olmaktan da yoksun bireyler oldukları dikkat çekmektedir.⁴⁰

Aşırı koruyucu ebeveynlikten bahsetmişken; “aşırı ebeveynlik” konusu da dikkat çekmektedir.^{63,64} Cline ve ark (1990) ise çocuklarını bütün tehlikelere karşı koruyan gözetken, onların sorunlarını çözümleyen, hayatlarını programlayan ve mükemmeliyetçi tutum sergileyen ebeveynler için “helikopter ebeveyn” tanımını kullanmışlardır.⁶⁵ Bu ebeveyn grubu ile yapılan çalışmalarda abartılı davranışlarını; çocuklarının başarı ve güvenliği adına yaptıklarını belirtmişlerdir. Sebep olarak ise; günümüzdeki mevcut akademik yarış halini, baskın olan sosyoekonomik düzeni ve çocuklara karşı işlenen suçlardaki artışları öne sürmüşlerdir.⁶⁶

Çocuklarından yüksek beklentileri olan ebeveynler ise “Kaplan anne”ler olarak tanımlanmaktadırlar.⁶⁷ Anette Lareau tarafından tanımlanmış olan “Belirli bir düzene ve kurala göre yetiştirme” ebeveynlik stilinde, anneler ve babalar çocuklarının hayatlarının okul ve dersler dışında gerçekleştirmiş oldukları aktiviteler ve onların yeteneklerini ortaya çıkarmayı hedefleyen etkinlikler aracılığı ile belirlendiğini düşünmektedirler.⁶⁸ Ebeveynlik kavramı ve ebeveynlik stilleri üzerine yapılan literatür taramaları bize göstermektedir ki; anne baba olma ve görev edinilmiş olan bu ebeveynlik rolü

kapsamında benimsenmiş olan yaklaşımlar çocukların psikososyal olarak gelişimleri üzerinde önemli etkilere sahiptir. Çocukların birincil çevresi niteliğinde olan aile ortamı ve çocuğun bu ortamda sahip olduğu duygusal atmosfer, yetişmeleri sırasında ebeveynleri tarafından uygulanan yöntemler, tatbik edilen disiplin kuralları, onlardan görmüş oldukları sevgi, ilgi ve sıcaklık, çocuktan beklenmekte olan talep ve görevler ile çocuk üzerinde uygulanan kontrol seviyesi ebeveynlerinin benimsedikleri stilin bir yansıması olmaktadır. Her ebeveynin çocuğunu yetiştirmesi sırasında sergilediği davranışlar kendisine özgü olsa dahi, ebeveynlik stili oluşurken aslında her bir boyuttan ne kadarının çocuğa sunulduğuna bağlı olarak bu stil şekillenmekte ve sınıflandırılmaktadır. Bu sırada anne ve babaların da kendi ebeveynlerinden görmüş ve edinmiş oldukları davranış teknikleri bu ebeveynlik stilinin oluşmasında temel teşkil etmektedir.⁴⁰

2.1.4. Ebeveynlik Stillerini Belirleyen Faktörler

Ebeveynlik stilleri, çocukların gelişimi açısından önemli faktörlerden birisidir. Çocukların sosyal ve duygusal açılarından gelişimleri ebeveynlerinin benimsemiş ve sergilemiş oldukları tarzdan etkilenmektedir. Çocuklar da buna benzer bir şekilde ebeveynlerinin sergilemiş oldukları ebeveynlik tarzına etki etmektedirler. Bu nedenle, karşılıklı bir etkileşimin mevcut olduğu söylenebilmektedir. Ebeveynlerin içerisinde bulunduğu sosyoekonomik durum, kişilik özellikleri, kültürel farklılıklar ve psikolojik değişkenler ebeveynlik stillerine etki eden faktörlerdendir.⁶⁹

2.1.4.1. Sosyoekonomik Faktörler

Anne babaların ebeveynlik tarzları ve bu konu hakkındaki düşünceleri sosyoekonomik durum ve konumlarından etkilenmektedir. İçerisinde bulundukları yaşam standartları ve imkanlar dahilinde, ebeveynler benimsemiş oldukları stiller üzerinde çeşitliliklere sebep olmaktadır. Bazı ebeveynler de içerisinde bulundukları sosyoekonomik tabaka neticesinde çocuklarına pek çok hizmeti, kaynağı, desteği ve

çocuklarının faydasına olabilecek sosyal bağlantıları sunabiliyorken; bazı ebeveynler ise bu imkan ve kaynaklara kendilerinin dahi erişimleri mümkün olmadığı için çocuklarına sınırlı imkan ve hizmetler sunabilmektedir.¹⁶ Bazı araştırmacılar; sosyoekonomik açıdan daha avantajlı olan ailelerde ebeveynlerin daha çok demokratik tutumu benimseyen davranışlar sergilediklerini ortaya koyarken, sosyoekonomik açıdan daha dezavantajlı olan ailelerde ise ebeveynlerin çoğunlukla izin verici ve otoriter bir tutum benimsediklerini göstermiştir.⁷⁰⁻⁷² Sosyoekonomik anlamda orta seviyelerde olan ebeveynler çocuklarına karşı eşitlikçi; daha düşük seviyelerde olan ebeveynler ise otoriter yaklaşımlarda bulunmaktadır.⁷³ Yüksek sosyoekonomik seviyelere sahip ebeveynler ise sıcak tavırlar sergileyerek, çocuklarının hayatları üzerinde sınırlayıcı olmayan bir tutum içerisinde olmaktadır.³⁴ Ebeveynler üzerine yapılan çalışmalar göstermektedir ki; sosyoekonomik seviye ebeveynlik stili üzerinde kuvvetli etkilere sahiptir.⁷⁴

2.1.4.2. Ebeveynlerin Ruhsal Durumlarıyla İlgili Faktörler

Anne babaların ruhsal sağlık durumları da ebeveynlik stillerine etki etmektedir. Psikolojik olarak sorunları olan ebeveynler çocuklarına karşı, reddedici ve tavırlar içerisinde olabilmektedirler. Bu ebeveynler çocuklarına karşı; sıkı, sert ve müdahale edici disiplin yöntemlerini benimseyerek, düşük seviyelerde duyarlılık ve sıcaklık göstererek, aynı zamanda fiziksel ceza uygulayarak negatif bir tutum içerisinde bulunabilmektedirler. Bu konu hakkında yürütülmüş olan çalışmalar göstermektedir ki; psikolojik olarak sorunları olan ebeveynler çocuklarına karşı olumlu duygu ve davranışlarda bulunmayarak, ebeveynlikle ilgili konularda üzerlerine düşen görev ve sorumlulukları ihmal etmektedirler. Bu ebeveynlerin çoğunlukla çocuklarına karşı otoriter bir davranış stili sergiledikleri gösterilmiştir.⁷⁵⁻⁷⁷

2.1.4.3. Ebeveynlerin Stres Seviyeleri

Ebeveynlik tarzlarına etkiyen diğerk bir faktör de ebeveynlik stresidir. Burada ebeveynlik stresi derken anlatılmak istenen; ebeveynin isteklerinin ebeveynlik uygulamaları sırasında başarılı olmasını sağlayacak mevcut kaynakları aştığı anda meydana gelen durumdur. Bununla beraber, çocuk yetiştirme stresini ve çocuğun mevcudiyetinden dolayı yaşanan kısıtlanma duygusunu da kapsamaktadır.⁷⁷ Ebeveynlik stres seviyelerinin daha yüksek olduğu ebeveynlerin daha çok reddetme ve daha az koruma eğiliminde oldukları görülmektedir. Benzer şekilde artan ebeveynlik stresi seviyeleri ile birlikte çocuklara karşı uygulanmakta olan ceza oranında artış görülürken; sevgi gösterme oranında ise azalma yaşanmaktadır. Ebeveynlik stresi bireyde duygusal sıkıntılara ve kaygıya sebebiyet vermektedir. Bu durum da olumsuz duyguların doğmasına sebep olarak öfkeye ve düşmanca davranışlara sebep olabilmektedir. Araştırmalar göstermektedir ki bu ebeveynler otoriter ebeveynlik stilini daha çok benimsemektedirler.⁷⁷⁻⁷⁹

2.1.4.4. Ebeveynlerin Kişilik Özellikleri

Beş faktör ışığında ele alınan kişilik kuramı doğrultusunda; uyumlu, dürüst, dışa doğru dönük ve yeni deneyimlere açık kişilik özellikleri sergileyen ebeveynlerin çocuk yetiştirme sırasında; daha fazla sıcak, yakın ve destekleyici davranışlar sergilediği görülmüştür.¹⁶ Bu tarz özellikleri benimsemiş olan ebeveynler, daha olumlu ebeveynlik stilleri profiline sahip olmaktadır. Daha uyumlu kişilik özelliklerine sahip olan ebeveynler, çocukları ile ilişkilerinde çocuk merkezli olacak şekilde bir yaklaşım tarzı benimseyerek; duygusal bağlamda daha istikrarlı bir kişilik özelliği göstermektedirler. Olumlu duygu durumları ise daha çok ebeveynler dışa dönük kişilik özelliklerine sahip olduklarında görülmektedir. Ebeveynler yaşamakta oldukları dünya ve kendileri hakkında daha olumlu hislere sahip olmaktadır. Nörotik bir kişilik özelliği sergilemekte olan

ebeveynlerde ise daha düşük sıcaklık ve duyarlılık görülürken, olumsuz duygulanım durumları daha aktif olmaktadır. Bu ebeveynler çocuklarına karşı daha otoriter tavırlarda olma eğilimi gösterirken; onlara karşı daha az özerklik tanımaktadırlar. Yaşadıkları dünya ve kendileri hakkında daha olumsuz duygular beslemektedirler.^{77,80}

2.1.4.5. Algılanan Ebeveynlik Stili

Çocukluk dönemlerinde ebeveynlerle arada kurulan özdeşleşme ile onların çocuk yetiştirme tarzlarından etkilenilmektedir.⁸¹ Çocuklarını merkeze yerleştiren ebeveynler, çocukluk çağlarında kendi yapamadıklarını anımsayarak çocuklarının isteklerini yerine getirmeye çalışmaktadır. Buna muhalefet olarak ise bazı ebeveynler de geçmişte kendi başlarına gelen olumsuzlukların diğerleri tarafından da yaşanması gerektiğine inanarak çocuklarına da bu şekilde muamelelerde bulunmaktadır.⁷⁴ Çocuklar başkalarını ve çevrelerini gözlemleyerek; davranışlarını sosyal öğrenme yolu ile edinmektedirler.⁸² Bu bağlam doğrultusunda birey; ebeveyn tutumları ve ebeveynlik tarzları konusunda bakış açısını ve duruşunu şekillendirirken; kendi içerisinde yetişmiş olduğu aile ortamından, maruz kaldığı ebeveynlik uygulamalarından ve mevcut duygu durum değişikliklerinden etkilenmektedir. Ebeveyn olduğu zaman kendi çocuğuna tatbik edeceği uygulamalar bu benimsemiş ve özümsemiş olduğu ebeveynlik tarzlarının bir yansıması şeklinde olmaktadır. Ebeveynler çocukluklarında duygusal anlamda güvende oldukları ve özerkliklerine müsaade edilen bir ortamda yetiştiklerinde; çocuklarına karşı daha samimi ve kabul edici bir yaklaşım sergilemektedirler. Kendileri katı muameleler gördükleri, disiplinli ortamlarda yetişen ebeveynler ise çocuklarına karşı benzer şekilde sert olma ve fiziksel cezalar uygulama eğiliminde olmaktadır.^{14,77,83}

2.1.4.6. Ebeveynlerin Eğitim Seviyeleri

Ülkemizde ebeveynlerin eğitim düzeyleri düştükçe, çocuk yetiştirme alanındaki bilgi seviyelerinde de azalma olduğu görülmektedir.⁸⁴ Ebeveynlerin eğitim seviyelerinde

artış oldukça, çocuklarına karşı yaklaşımlarının daha demokratik bir tutum gösterdiği yapılan araştırmalarda gösterilmiştir.⁸⁵ Yine benzer şekilde eğitim seviyeleri daha yüksek olan anne ve babaların çocuklarına kontrolden ziyade, destekleyici bir tavırla yaklaştıkları görülmüştür.³⁴ Eğitim seviyeleri daha düşük ebeveynlerin ise çocuklarına daha otoriter bir tarzda yaklaştıkları ve ceza vererek disiplini sağlamaya çalıştıkları görülmektedir.³⁴

2.1.4.7. Ebeveynlerin Çalışma Durumu

Çalışan ebeveynlerin çocuklarının, daha başarılı sosyal ilişkiler ve akademik hayata sahip oldukları rapor edilmiştir. Çalışan ebeveynler, çalışmayanlara nazaran daha demokratik bir yaklaşım içerisinde olmaktadır.³⁴

2.1.4.8. Çocuğun Cinsiyeti

Ebeveynler, kız ve erkek çocuklarına karşı davranışlarında farklı tutumlar sergileyebilmektedirler. Kız çocukları çoğunlukla baskıcı ve otoriter bir yaklaşıma maruz kalırken, erkek çocukları daha çok hoşgörülü bir tavırla karşı karşıya kalmaktadır.⁸⁶

2.1.4.9. Ebeveynin Çocuk Gelişimi Konusundaki Bilgi Seviyesi

Çocuk gelişimi konusunda bilgi seviyeleri daha yüksek olan ebeveynlerin, daha demokratik bir tutumla çocuklarına muamelede bulundukları gösterilmiştir.⁸⁷

2.1.5. Ebeveynlik Stilleri ile İlgili Kullanılan Ölçekler

Bu ölçeklerin bir kısmı çocuk ve ergenlerden alınan verilerin analizi ile bir kısmı ise ebeveynler tarafından alınan verilerin analizi ile elde edilmektedir.⁸⁸

2.1.5.1. Çocuklardan Alınan Bilgiler Doğrultusunda Oluşturulan Ölçekler

Türk toplumunda çocuklar ve ergenlerden elde edilen bilgilerle onlar tarafından algılanan ebeveynlik stillerini ölçen bazı ölçekler şu şekildedir: Kuzgun ve Eldeleklioğlu (2005)'nin geliştirdiği “Anne Baba Tutumları Ölçeği”; Lamborn ve ark. (1991) tarafından geliştirilen ve Türkçeye uyarlaması Yılmaz (2000) tarafından yapılan “Anne

Baba Tutum Ölçeği”; Polat (1986) tarafından geliştirilen “Ana-Baba Tutumunu Değerlendirme Ölçeği”; Sümer ve Güngör (1999) ’nun geliştirdiği “Anne-Baba Stilleri Ölçeği” dir.⁸⁹⁻⁹²

2.1.5.2. Ebeveynlerden Alınan Bilgiler Doğrultusunda Oluşturulan Ölçekler

Ebeveynlik stilleri ölçek grubunun bir diğeri ise ebeveynlerden alınan veriler ile değerlendirmelerin yapıldığı ölçeklerdir ve şu şekildedir:

- **Ebeveyn Tutum Ölçeği**

Karabulut-Demir ve Şendil (2008) tarafından ebeveynlerin 2-6 yaş grubunda olan çocuklarını yetiştirmeleri sırasında sergilemiş oldukları ebeveyn tutumlarının belirlenmesine yönelik geliştirdikleri ve izin verici, demokratik, aşırı koruyucu, otoriter olmak üzere dört alt boyutu olan bir ölçektir.⁶²

- **Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Ölçeği**

Schaefer ve Bell (1958) tarafından geliştirilmiş olan Le Compte ve Özer (1978) tarafın ise uyarlama çalışması gerçekleştirilen bu ölçek aşırı annelik, aile içi çatışma, eşitlik tanımı, demokratik tutum, ev hanımlığı rolünü reddetme boyutlarına sahiptir.^{93,94}

- **Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği**

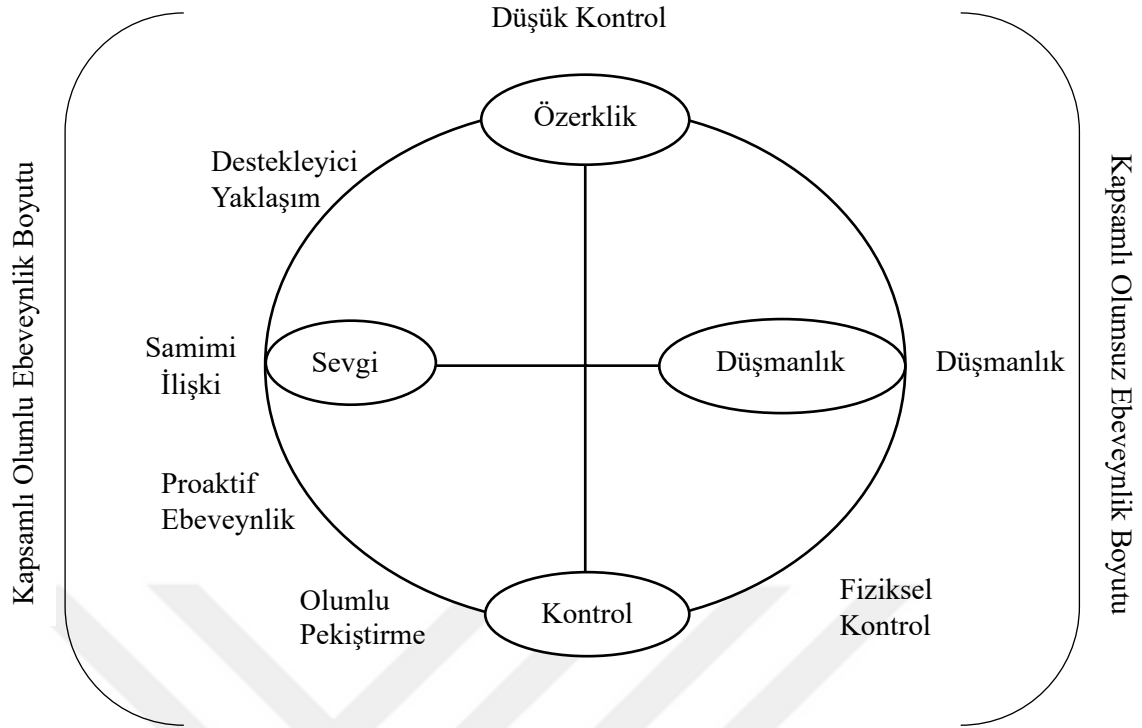
Kılınç ve Aral (2015) tarafından ebeveynlerin ilk yıllarda çocuklarını yetiştirmeleri sırasında göstermiş oldukları ebeveynlik tutumlarını belirlemeyi amaçlayan aşırı hoşgörölü, koruyucu, demokratik ve otoriter olmak üzere dört alt boyutu olan bu ölçek geliştirilmiştir.⁹⁵

- **Ebeveynlik Stilleri ve Boyutları Ölçeği**

Bu ölçek ise izin verici, yetkili ve otoriter ebeveynlik tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla Robinson ve ark. (1995) tarafından geliştirilmiştir. Önder ve Gülay (2009) ise Türkçeye uyarlamasını yapmıştır.^{96,97}

- **Çok Boyutlu Ebeveynlik Stilleri Değerlendirme Ölçeği**

Schaefer, oluşturduğu iki bölge ile (kontrolün karşısında özerklik ve düşmanlığın karşısında sevgi) ebeveynlerin karmaşık davranış modelini formüle etmiştir.²⁵ Schaefer'ın bu kavramsallaştırması ile uyumlu olarak; Parent ve Forehand (2017) Çok Boyutlu Ebeveynlik Stilleri Değerlendirme Ölçeği (ÇESDÖ)'ni geliştirmişlerdir.⁹⁸ ÇESDÖ'nün faktörlerinin yapısı Schaefer'ın orijinal terimselleştirmesine nazaran farklılıklara sahip olmakla birlikte Schaefer'ın ebeveynlik stilleri modelini geliştirmektedir. Parent ve Forehand (2017) “proaktif ebeveynlik, olumlu pekiştirme, samimi ilişki ve destekleyici yaklaşım” olacak şekilde bu dört boyutu içeren geniş anlamda olumlu ebeveynlik ve “fiziksel kontrol, düşük kontrol ve düşmanlık” boyutlarını barındıran geniş anlamda olumsuz ebeveynlik boyutu olarak iki ana grup üzerinde ölçme araçlarını geliştirmişlerdir.⁸⁸ (Şekil 2.2)



Şekil 2.2. ÇESDÖ'nün alt boyutları ile Schaefer'in ebeveynlik stilleri anlayışının karmaşık modeli (Parent ve Forehand, 2017)

Proaktif ebeveynlik; hissedilen zorlukların veya yaşanması olası olan çatışmaların önlenmesi amacıyla çocuk merkezli olacak şekilde uygun tepkilerle ilişkilidir. Olumlu pekiştirme; çocuğun sorumluluklarını yerine getirmesi halinde veya gerçekleştirdiği herhangi bir olumlu davranışı sonrasında övülmesi, tebrik edilmesi veya onaylanması gibi belirteçleri içeren ebeveynliğin bir boyutudur. Samimi ilişki boyutu ise; sevgi, sıcaklık, şefkat ve üzerine düşkünlük gibi göstergeleri içermektedir. Destekleyici yaklaşım; ebeveynin çocuğa karşı sergilemiş olduğu ilgi, alaka, onun fikir ve düşüncelerine karşı açık oluşunu ve pozitif anlamda kurulan iletişimi cesaretlendirmeye yönelik tutum ve davranışları içermektedir. Düşmanlık boyutu ise; ebeveynin merkezde olduğu ve aşırı kontrolcü bir tavır sergilediği; bağırma, tehdit, tartışmalar ile zorlayıcı süreçleri olan, sertliği ve etkisi olmayan disiplinli ve sınırlı olma halini kapsayan, elverişsiz bir ebeveynlik biçimidir. Fiziksel kontrol; öfke durumu ve hayal kırıklıklarının da haricinde genel olarak ve özellikle fiziksel anlamda disiplinli olma halini ifade etmektedir. Düşük

kontrol ise; çocuklar üzerinde ebeveynlerin kontrolünün olmaması ve onlara karşı daha çok izin verici tarzda tutum ve davranışlar içerisinde olmaları durumudur.⁹⁸

Bu ölçek; barındırdığı çok yönlü ebeveynlik boyutlarının, Türk aile yapısındaki ebeveynlik stillerini ve ebeveynlerin çocuklarına karşı yaklaşımlarını daha net analiz edeceği düşünülerek Ali Karababa (2019) tarafından Türk kültürüne uyarlanmıştır.⁸⁸

2.2. Dental Anksiyete

2.2.1. Dental Anksiyete ve Korku Kavramları

Korku ve anksiyete kavramsal olarak halk arasında sıklıkla birbirleri için kullanılıyor olsa dahi aslında birbirlerinden oldukça ayrı iki kavramdır. Anksiyete; algılanmakta olan tehlikeye karşı ortaya konan subjektif bir gergin olma durumudur ve beraberinde fizyolojik uyarılma ile kaçma tepkisi eşlik etmektedir. Genel kapsamlı duygusal tepki olarak tanımlanabilmektedir ve daha çok bir ruh halidir.⁹⁹ Korku durumunda olduğu gibi anlık bir duruma karşı oluşturulmuş bir tepki olmamakla birlikte gelecekte karşılaşılması muhtemel olan sorunların beklentisiyle ilişkili olmaktadır.¹⁰⁰ Korku; bilinmekte olan bir tehlikeye karşı verilen tepki olmakta ve bilinçli bir kaynağa bağlı olduğundan birey kaçma veya kurtulma yolu arayabilmekte fakat anksiyetede kişi bu duygu durumunun kaynağını bilmediği için vermiş olduğu tepkiler daha karmaşık olmaktadır.¹⁰¹ Korku kavramını anksiyeteden ayıran en önemli sebep, açık ve belirlenmiş bir gerekçesinin olmasıdır ve bu gerekçe ortadan kalktığında korku hali de yatışmaktadır. Anksiyete ise bunun tam tersine belirlenmiş açık bir sebep veya duruma bağlı değildir; bundan dolayı daha kalıcı, subjektif ve çevresel değişikliklerden çok daha az etkilenen bir durumdur.¹⁰²

Dental korku; dental anlamda meydana gelecek olan tehdit edici bir uyarana karşı oluşturulan hoş olmayan bir reaksiyon veya tepkiyi tanımlamaktadır.¹⁰³ Dental anksiyete

ise; tedavi sırasında meydana gelecek olan hadiselerle karşı oluşturulan endişe ve kontrolün yitirilmesi hissidir.¹⁰⁴

2.2.2. Dental Anksiyete Prevalansı

Ölçüm yöntemlerine ve nüfusa bağlı olarak; dental anksiyete prevalansı %2.5-20 arası değişiklik göstermektedir.¹⁰⁵ Ülkemizde 275 çocuk üzerinde yapılan bir çalışma sonucu 7-11 yaş grubundaki çocukların %14.5' lik bir kesiminde dental anksiyete olduğu kaydedilmiştir.¹⁰⁶ Konuyla ilgili bir başka çalışmada ise, ülkemizde yüksek seviyelerde dental anksiyete oranları çocuklarda %11.4, ergenlerde %13.3, yetişkinlerde %7.8 ve genel nüfusta ise %10.8 olarak belirlenmiştir.¹⁰⁷

2.2.3. Dental Anksiyete Etiyolojisi

Çocuk hastalarda sıkça karşılaşılan dental korku ve anksiyete durumu ile çocuk diş hekiminin başa çıkabilmesi için hekimin; mevcut anksiyetenin etiyolojisi, seviyesi ve çocuğun psikolojisi konularında bilgi sahibi olması ve bunları yönetebilmesi gerekmektedir.¹⁰⁸ Çocuklar hastalarda dental anksiyete ya da davranış yönetimi gibi sorunlar içsel veya dışsal kökenli pek çok faktörle ilişkilidir. Bu sorunların etiyojik faktörleri; “bireysel faktörler, çevresel faktörler ve dental faktörler” şeklinde 3 ana başlık altında incelenebilmektedir.¹⁰⁹

2.2.3.1. Bireysel Faktörler

Hastanın bilişsel gelişimi ve bunu etkileyen yaşı, çocuğun dental prosedürler esnasında çeşitli davranış biçimleri sergilemesinde önemli bir etkidir.¹¹⁰ Genel anlamda hasta yaşı açısından geniş bir sınıflandırmaya sahip olan okul öncesi çocuklarının iş birliği içerisinde olmayan ve yıkıcı tarzda davranışlar sergileme potansiyellerinin daha yüksek olduğu görülmektedir.¹¹¹ Çocuklar büyüdükçe, iş birliği içerisinde olmayan bu davranışlarda azalma görülür; ancak yaşanmış travmatik olaylar veya bu olay dizileri bu

tür davranışların ortaya çıkışını artırabilmektedir. Dental prosedürlere katılma noktasında bazen okul çağı çocukları ve ergenler de isteksiz olabilmektedirler. Gençlerin büyümeleriyle birlikte bilişsel gelişimleri açısından dil kazanımı, bu dilin anlaşılması ve kullanılması önem arz etmektedir.¹¹²

2.2.3.2. Çevresel Faktörler

Ebeveynler çoğunlukla çocuklarının diş hekimliği prosedürleri sırasında nasıl bir davranış sergileyecekleri konusunda iyi bir bilgi kaynağı olmaktadır. Ebeveynler bazen, sağlık hizmeti sağlayıcısı ile uyuşmayacak şekilde; bazı terapötik uygulamalar üzerine önyargılar ve tercihler oluşturabilmektedirler. Bu tür önyargılar çocuklarına ne yapılması veya yapılmaması gerektiği konusunda klinisyen ile uyuşmamaları sonucunda huzursuz hatta bazen öfkeli olmaları ile sonuçlanacaktır ki bu durum çocuk üzerinde de rahatsız bir his oluşturmaktadır.¹¹³ Ebeveynlerin yetiştirme stillerinin çocukların dental kaygısı ile ilişkili olduğu düşünülse dahi bu konu hala belirsizliğini korumaktadır.¹¹⁴ Ebeveynlik stillerinin çocuklara ağız-diş sağlığı ve bakımı sağlama konusunda etkili olduğunu kanıtlayan çalışmaların gelecekte ortaya çıkacağı ön görülmektedir.¹¹⁵ Günümüzde ebeveynlik stillerinde gözlemlenen değişiklikler ile birlikte; ebeveynlerin çocuklarına daha az sınırlamalar getirmeleri, aşırı korumacı bir tavır sergilemeleri, uygulayıcı-çocuk etkileşimi sırasında çocuğa yakın bir konumda durmaları, hatta bazen çocuk uygulamacıya karşı kavgacı bir tutum içerisinde olduğunda prosedürü durdurarak uygulamayı geciktirmelerine bazense uygulamayı imkansız hale getirmelerine sebebiyet vermektedir. Bu ebeveynler için “helikopter” veya “havada uçan” ebeveynler gibi tanımlamalar kullanılmaktadır. Bu tarz bir ebeveyn tavrının aslında çocuğun zorlu koşullara uyum sağlayabilme yeteneğini engelleyebileceği, yüksek olasılıkla da uygunsuz ve devamlı olarak anormal çocuk davranışlarına neden olabileceği gösterilmiştir. Benzer davranış şekilleri farklı ortamlarda da örneğin okullarda sınıflarda kaydedilmiştir.¹¹⁶

2.2.3.3. Dental Faktörler

Dental ekibin yeni bir aile ve hasta ile ilk tanışması, ağız diş sağlığının sağlanmasının temel felsefesini oluşturmaktadır. Genellikle aile ile ilk defa etkileşime geçecek olanlar; karşılama görevlileri, resepsiyon, bekleme alanı içerisindeki görevli personel ve diş hekimi asistanıdır. Diş hekimliği ekibine mensup tüm bu üyelerin kliniğin felsefesi, bakım kapsamaları ve işlem prosedürleri konusunda bilgi sahibi olması gerekmektedir. Dental ekip aynı zamanda hastayla ailesinin güvenini ve yakınlığını sağlama konusunda büyük öneme sahiptir. Hastanın bilişsel konumu ve yaşı ile uyumlu davranış beklentileri olan sıcak bir atmosfer oluşturulması çocuklara ve ebeveynlere sunulan güzel bir açılış mesajı olmaktadır. Diş hekimliği ekibinin çocukla uyumlu tepkiler vermesi, destekleyici ve hoş tutumları bu mesajı daha da güçlendirmektedir. Diş hekiminin tepkilerinin ve yaklaşım tarzının da hastanın duygu durumu ve korkuları üzerinde etkisi olabilmektedir.¹¹⁷ Uygun bir şekilde yapılmayan ve olumlu pekiştirmenin olmadığı çocuğu zorlama, ikna etme çabaları ve küçümseme tarzına sahip eleştiriler çocuğun korkularını olumsuz yönde etkilemekte ve yıkıcı tarzdaki davranışlarını artırmaktadır. Diğer yandan, uygun bir zamanda ve doğru yöntemlerle kullanılan olumlu pekiştirme, çocukların invaziv prosedürler de dahil diş hekimliği uygulamalarını kabullenmelerinde faydalı olmaktadır.¹¹⁶

2.2.4. Dental Anksiyete Belirtileri

Organizmanın dengesini bozmaya yönelik olan dış koşullar oluştuğunda, otonom sinir sisteminde kontrol edilen savunma veya kaçma şeklindeki cevaplar devreye girmektedir.¹¹⁸ Anksiyete sahibi olan bireylerde birçok somatik bulgu görülebilmekte ve bu bireyler duygularını farklı şekillerde gösterebilmektedirler. Görülen bu duygu durumları ise kişinin daha önceden sahip olmuş olduğu korkularına, karakterine ve olgunluk durumuna göre değişkenlik göstermektedir.¹¹⁸ Çocukların ise anksiyeteye karşı

verebilecekleri tepki; anksiyetenin seviyesi, bunun üstesinden gelebilme yetenekleri ve baş edebilme konusunda sahip oldukları motivasyon gibi faktörlere bağlı olmaktadır.¹⁰⁹

Anksiyete ile birlikte vücutta gözlemlenen somatik bulgular olarak; göz bebeklerinde büyüme, terleme, tremor, nabızda artma, kan şekerinde yükselme, aritmi, sık tuvalete çıkma ihtiyacı, mide spazmları ile birlikte kusma ve diyare, solunum sisteminde tıkanıklık hissi, hiperemi ve ağız kuruluğu gibi durumlar sayılabilmektedir. Yine bu anksiyete durumunu bağlı olarak ise bireyde gözlemlenebilen davranışları şu şekilde sıralanabilmektedir; ağlama, agresif davranış, kayıtsız kalma, tırnak yeme, dil ısırma, çekinme, utanma, sabırsızlık, sinirlilik, hızlı ve yineleyici gereksiz konuşma, konsantrasyon bozukluğu, bağırarak konuşma, kekeleme, hızlı göz hareketleri, gergin ve asık bir yüz ifadesi, konuşurken önüne bakma.¹¹³

2.2.5. Dental Anksiyete Belirleme Yöntemleri

Diş hekimi kliniğine başvuran kişilerin özellikle de çocukların dental anksiyetesinin mevcut olup olmadığının ve eğer mevcutsa bu durumun ne seviyede olduğunun dental prosedürler öncesinde tespit edilmesi, hekimin bu prosedürler esnasında karşılaşılabileceği zorlu durumlara karşı hazırlıklı olmasına yardımcı bulunurken hastanın da anksiyete seviyesinin düşürülmesi açısından çeşitli önlemlerin alınabilmesine olanak tanımaktadır.^{108,119}

Dental anksiyete seviyesini değerlendirebilmek; subjektif bir veri olması dolayısıyla oldukça zordur. ¹²⁰ Çocuğun dental anksiyetesi tüm boyutları ile ortaya çıkarılarak en doğru şekilde değerlendirilmelidir. Dental anksiyeteyi değerlendirmek amacıyla günümüze kadar pek çok farklı yöntem geliştirilmiştir. Günümüzde çocuk dental anksiyete seviyelerini değerlendirmeyi hedefleyen yöntemleri şu şekilde

sınıflandırabilmekteyiz; davranışların puanlandırılması, fizyolojik teknikler, psikometrik ölçüm yöntemleri ve projektif teknikler.¹²¹

2.2.5.1. Davranışların Puanlandırılması

Bu yöntem basit de olması dolayısıyla sıkça başvurulanan bir değerlendirme şeklidir. Davranış değerlendirme yöntemlerinden birçoğu günümüze kadar farklı şekilleri ile aktarılmıştır. Bu kategori içerisinde en sık tercih edilenler; “Frankl Davranış Derecelendirme Ölçeği” ve “Yale Preoperatif Kaygı Skalası” şeklinde tanımlanmaktadır. Bu yöntemler hekimin hasta davranışlarını gözlemlemesi ve gözle değerlendirerek skorlaması temeline dayanmaktadır.¹¹⁸

- **Frankl Davranış Skalası**

Öğrenim ve uygulama kolaylığı dolayısıyla dış hekimliğinde oldukça sık kullanımına başvurulanan bu ölçek oldukça popülerdir. Hızla ve kolayca çocuk hastanın mevcut dört kategoriden birinde sınıflandırılmasını sağlamaktadır. Bunlar; “kesinlikle negatif (1), negatif (2), pozitif (3), kesinlikle pozitif (4) ” şeklindedir.¹²² Tedaviyi reddeden, oldukça korkan, ağlayan, yüksek oranda olumsuz davranışlar sergileyen grup kesinlikle negatif grubudur. Tedaviye karşı isteksiz, uyumsuz ve küskün tavırlar sergileyen grup ise negatif grubudur. Pozitif grubu; tedaviyi kabullenir ancak tedbirli davranışları dikkat çeker, dış hekim ile uyum içerisinde. Kesinlikte pozitif grubu ise tedaviye karşı ilgilidir ve kabul eder, neşeli tavırları ile dış hekim ile iyi bir ilişki içerisinde.¹²³

- **Yale Preoperatif Anksiyete Skalası**

Kain ve ark.’nın geliştirdiği bu yöntem, 2-6 yaş aralığındaki çocuklarda kullanılan ve gözleme dayalı bir ölçek olup, hastaların anestezi indüksiyonu esnasındaki kısa süreli anksiyetelerini değerlendirmektedir.¹²⁴

2.2.5.2. Fizyolojik Teknikler

Bu teknikler korku ve anksiyete konusunda; nabız artışı, kan basıncı değişiklikleri, solunum sistemindeki hiperventilasyon gibi indirekt bilgileri elde edebileceğimiz yöntemlerdir. Bu verilerin elde edilebilmesi için çoğu zaman ekipman kullanımı gerekli olacaktır ve kullanılan bu ekipmanlar herhangi bir korku ve anksiyetesi olmayan çocuk hastada dahi dental anksiyete oluşumuna sebebiyet verebileceğinden yanıltıcı sonuçlar doğurabilmektedir.¹²⁵

- **Kalp Atım Hızı (Nabız)**

Fizyolojik yöntemler arasından en sık kullanım alanı bulan yöntemlerdendir. Anksiyetenin beraberinde ağrı durumu değerlendirilmesi için de kullanılmaktadır.¹²⁶ Korku ve anksiyete kan damarlarında vazokonstriksiyona sebep olmakta ve bu duruma karşı cevap olarak vücut periferine doğru kan akışı artmakta ve vücut bu şekilde stresle mücadele edebilmektedir.¹²⁷ Sağlıklı bir çocuk hastada nabız dakikada 70-110 atım arasında olmalıdır. Birçok çalışmada dental tedavi sırasında anksiyetenin yükseldiği aşamalarda nabız değerlerinin de yükseldiği görülmüştür.¹²⁸

- **Vücut Sıcaklığı**

Sağlıklı bir birey ele alındığında vücut sıcaklığı 37 °C olarak kabul edilmektedir ve bu değer oldukça dar bir değişkenlik aralığına sahiptir (33.2– 38.2 °C).¹²⁹ İnsanlarda ve benzer şekilde kemirgen modellerinde de stres ve kaygı kendini artmış vücut sıcaklığı ile göstermektedir.¹³⁰

- **Tansiyon/ Kan Basıncı**

Sağlıklı bir bireyin sistolik kan basınç değerlerinin 100-119 mmHg aralığında, diyastolik kan basınç değerlerinin ise 70-79 mmHg aralığında ölçüldüğü bilinmektedir.¹³¹

Arteriyel kan basıncının yükselmesi; değişen yoğunluklarda artan stres durumları ve uyanık durumda oluşan duygusal, bilişsel ve fiziksel aktiviteler ile olmaktadır.¹³²

- **Oksijen Satürasyonu**

Kanın oksijen doygunluğunu belirten bir kavramdır. Sağlıklı çocuklarda normal kabul edilen değer %97-%100 arasındadır. Hastanın parmağından pulse oksimetre cihazı ile ölçülmektedir. Cihaz hastanın kanındaki toplam hemoglobine, oksijenlenmiş olan hemoglobini oranlayarak hesaplama yapmaktadır.¹³³

2.2.5.3. Projektif Teknikler

Küçük yaş grubundaki çocukların zihinsel gelişimleri yetersiz ve anlamaları zayıf olduğu için; amaca yönelik olarak seçilmiş olan görsellerin çocuklarca hikayeleştirilmesi veya çocukta anksiyeteye oluşumuna sebebiyet verebilecek canlı ya da cansız nesnelerin yine çocuklar tarafınca resmedilmesi yöntemi ile anksiyetenin değerlendirilmesi şeklinde tanımlanabilmektedir.¹³⁴ Bu yöntemler ise; “Venham’ın Resim Testi”, “Görsel Yüz Skalası”, “Görsel Analog Skalası”, “İnsan Figürü Çizimleri” ve “Çocuk Hastane Çizimleri Skalası” şeklinde sıralanabilmektedir.¹³⁵

- **Venham Resim Testi**

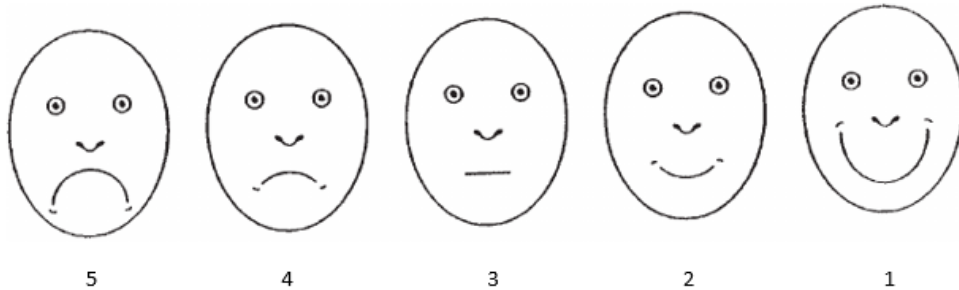
Görsel ölçüm yöntemlerinden biridir. Her bir kart, kaygılı ve kaygısız olacak şekilde iki çocuk ve bu çocukların çeşitli duyguları ifade ettiği 8 görsel karttan oluşmaktadır. Çocuğa kendi ruhsal ve duygusal durumunu en iyi şekilde ifade eden kartlar seçtirilir. Skor 0-8 değerleri arasında değişmektedir. Bu ölçek 3 yaş altı çocuklar için de uygun olacak bir tasarıma sahiptir. Çizimlerdeki erkek çocuğun kafası, yüz ifadelerinin rahat anlaşılabilmesi için büyük çizilmektedir.¹³⁶ (Şekil 2.3)



Şekil 2.3. Venham'ın Resim Testi ¹³⁷

- **Görsel Yüz Skalası**

Diğer skalalara pratik bir alternatif olarak kabul edilmektedir. Çocuğun konuşma ve algılama becerilerinin yeterli seviyelere ulaşmadığı durumlarda anlık duygu durumunu yansıtmaktadır.¹³⁸ Çok mutsuzdan başlayarak çok mutluya doğru değişen 5 yüz ifadesi vardır ve en uyumlu ifade 5 iken en uyumsuz ifade 1 numaralı ifadedir. (Şekil 2.4) Çocuktan o an kendisine en yakın hissettiği ifadeyi seçmesi istenmektedir.¹³⁹ Buchanan ve ark. yürütmüş oldukları bir çalışmada bu skalanın güvenli olduğunu ve Venham Resim Testi ile yüksek seviyede korelasyon gösterdiğini belirtmişlerdir.¹³⁹



Şekil 2.4. Görsel Yüz Skalası ¹³⁹

- **Görsel Analog Skalası**

Atiken ve ark. tarafından geliştirilmiş olup, hastanın doğrudan ölçülebilmesi mümkün olmayan nicel bir durumunun (dental anksiyete, ağrı gibi) ölçülebilmesi için kullanılan görsel analog bir skaladır. Ölçümde 10 cm uzunluğunda 0 ve 10 arasında 1'er cm aralıklarla işaretlemeler yapılmış yatay çizgi mevcuttur ve uygulama esnasında hastadan o anki durumunu en iyi ifade eden yeri seçmesi istenmektedir. Özellikle sözlü iletişim becerileri tam olarak gelişmemiş hastalarda kullanılabilir olması ve hızlı sonuç vermesi dolayısıyla avantajlı bir yöntemdir.¹⁴⁰

- **İnsan Figürü Çizimleri**

Goodenough ve Koppitz tarafından geliştirilen bu yöntemde çocuklara boş bir kağıt ve kalem verilerek onlardan bir insan resmi çizmeleri istenmektedir.¹⁴¹ Çocukların çizimlerini herhangi bir modele bakmadan ve bir başkası tarafından yönlendirilmeden tamamlamaları gerekmektedir.¹⁴² Uygulaması hem hekim hem de çocuk açısından kolay olan bu yöntem ile çocukların sadece zeka ve karakter özellikleri değil aileleri ve yaşamışlıklarıyla ilişkili kişilikleri hakkında da fikir sahibi olunmaktadır.¹⁴³

- **Çocuk Hastane Çizimleri Skalası**

5-11 yaş aralığındaki hastaların anksiyetelerinin tespiti için kullanılmaktadır. Anksiyetenin spesifik olarak 23 özelliğini içermektedir ve skor arttıkça hastanın anksiyete seviyesi de artmaktadır.¹⁴⁴ Hastadan elde edilen toplam skorlarda 44 ve altı düşük anksiyeteyi gösterirken, 168 ve üzeri yüksek anksiyete seviyelerini göstermektedir.¹³⁶

2.2.5.4. Psikometrik Ölçümler

Bu testler uygulama kolaylığından dolayı oldukça sık başvuru alan testlerdir. Bu testlerin uygulanışı hasta ile karşılıklı soru cevap şeklinde olur ve çocuğun kendisini sözlü bir şekilde ifade edebilmesini sağlamaktadır. Bu ölçümler uygulanacak yaş grubuna göre

farklılıklar göstermektedir.¹²⁵ Bu ölçekler; “Dental Anksiyete Anketi”, “Çocuk Korku Değerlendirme Skalası”, “Çocuk Korku Değerlendirme Skalası Dental Alt Ölçeği”, “Corah’ın Dental Anksiyete Skalası”, “Modifiye Dental Anksiyete Skalası” ve “Modifiye Çocuk Dental Anksiyete Skalası” şeklindedir.¹¹³

- **Dental Anksiyete Anketi**

Bu anket çocuğa yöneltilen "Diş hekimine gitmekten korkuyor musun?" sorusundan oluşmaktadır. Cevap seçenekleri ise şu şekildedir; "Hayır", "Biraz", "Evet, oldukça" ve "Evet, çok".¹⁴⁵

- **Çocuk Korku Değerlendirme Skalası – Dental Alt Ölçeği**

1968 yılında çocukların genel korku derecelerini değerlendirmek amacıyla Scherer ve Nakamura tarafından tasarlanmış 1-5 arasında puanlandırılan 80 sorudan oluşmaktadır. Cuthbert ve Malamed ise skalayı 1982 yılında diş hekimliği adına modifiye etmiştir. Dental alt ölçek tedaviyi çeşitli açılardan değerlendiren; kliniğin düzeni, muayene, tedavi, enjeksiyonlar ve kullanılan döner aletler ile ilgili 15 sorudan oluşmaktadır. Sorulara 1 (korkmaz) ve 5 (aşırı korkar) arasında puanlar verilmektedir ve toplam puan 15-75 arasında değişiklik göstermektedir. Ölçeğin uygulama yaş aralığı geniştir. Türkçe geçerlilik güvenilirliği de Şeydaoğlu ve ark. tarafından gerçekleştirilmiştir.¹⁴⁶

- **Corah’ın Dental Anksiyete Skalası (CDAS)**

1969’da Corah ve ark. tarafından geliştirilen skala günümüzde hala yaygın kullanım alanı bulmaktadır. Skaladaki her sorunun; 4 (endişeli olmayan) ve 20 (son derecede endişeli) arasında değişen değerler alan 5 cevabı bulunmaktadır. Hekim tarafından kolayca yorumlanabilmektedir. Geniş bir yaş grubuna uygulanabilen ölçek yorumlamasının kolay olması ve uygulama süresinin kısalığı gibi avantajları dolayısıyla

yaygın kullanıma sahiptir. Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlilik güvenilirliğinin alınması Şeydaoğlu ve ark. tarafından yürütülmüştür.¹⁴⁷

- **Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS)**

Humpris ve ark. tarafından 1995'te CDAS'a enjeksiyon sorusu eklenerek oluşturulmuştur. Toplamda skor 5 ve 25 arasında değerler alır, 19 puan ve üzerindeki değerler yüksek seviyede anksiyete göstergesidir. Hekim tarafından kolayca yorumlanmaktadır. Türkçe'ye uyarlaması İlgüy ve ark. tarafından yapılmıştır.¹⁴⁸

- **Modifiye Çocuk Dental Anksiyete Skalası (MÇDAS)**

8-15 yaş grubunaa dahil çocuklar için Wong ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Ölçek dental prosedürler ile ilişkili 8 soruyu kapsamaktadır. Bu sorular; diş hekimi muayenesi, polisaj, dolgu, enjeksiyon, çekim, genel anestezi ve sedasyon işlemleri ile ilgilidir. 5 dereceli likert ölçeği ile dental anksiyete skoru tespit edilmektedir. Fakat bu ölçek bilişsel işlevi yeterli olmayan ve yaşı küçük olan çocuklar için pek uygun bulunmamaktadır.

Ölçeğin orijinal formuna sayılar ile eşleşen yüz ifadeleri ekleyen Howard ve Freeman “Modifiye Çocuk Dental Anksiyete Skalası-Yüzler Uyarlamasını (MCDAS-y)” ortaya koymuştur. Bu ölçek çocuk hastalarda dental anksiyete skorlamasında güvenilir yöntemler arasında yerini almıştır. Ayrıca bu uyarlama sayesinde ölçeğin uygulama yaş aralığı 5-12 arası olacak şekilde genişletilmiştir. Ülkemizde ise Arslan I. ve Aydınoglu yaptıkları bir çalışma sayesinde MCDAS-y'nin Türkçe uyarlamasının geçerli, güvenilir ve doğru olduğu gösterilmiştir.¹⁴⁹ (Şekil 2.5)

	1: Rahat/ Endişeli değil	2: Çok az endişeli	3: Endişeli	4: Oldukça endişeli	5: Çok fazla endişeli
Hakkında nasıl hissediyorsun:					
1. Diş hekimine giderken nasıl hissedersin?					
2. Dişlerine bakıldığında nasıl hissedersin?					
3. Dişlerin temizlendiğinde nasıl hissedersin?					
4. Dişetine iğne yapıldığında nasıl hissedersin?					
5. Dişine dolgu yapılırken nasıl hissedersin?					
6. Diş çekimi yapılırken nasıl hissedersin?					
7. Tedavi sırasında uyutulursan nasıl hissedersin?					
8. Tedavi sırasında uyutulmadan seni rahatlatacak şekilde gaz ve hava karışımı verilirse nasıl hissedersin?					

Şekil 2.5. MÇDAS-y¹⁴⁹

2.3. Ağız ve Diş Sağlığı

2.3.1. Ağız ve Diş Sağlığının Tanım ve Önemi

Dünya Diş Hekimleri Birliği'nin tanımlamasına göre; ağız diş sağlığı çok fazla yönlü olmakta ve rahatsızlık, ağrı veya kraniyofasiyal kompleksin herhangi bir hastalığı olmaksızın; çiğneme, yutma, tat alma, koku alma, gülme, konuşma ve özgüvenli bir şekilde yüz ifadeleri ile duygu durumlarını iletebilme kabiliyetlerini kapsamaktadır.¹⁵⁰ Tüm dünyada yüksek insidans ve prevalansa sahip olan ağız hastalıkları büyük önemi olan halk sağlığı problemleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Ağız-diş sağlığı ile kişinin genel sağlık durumu arasındaki kuvvetli ilişkiye dikkat çekilmektedir.¹⁵¹ Dişler modern toplum anlayışında görünüşü iyileştirme açısından önemli bir role sahip olarak kabul görmektedir. Bireyin toplumla bütünleşebilmesi noktasında yüzün görünümü oldukça önem arz etmekte ve aynı zamanda dişler konuşabilme ve iletişim kurabilme konusunda temel rol oynamaktadır. Diş çürükleri diş kayıpları ile sonuçlandığında bireyin; beslenme kalitesinde, sosyalleşebilme becerilerinde ve yaşam kalitesi seviyelerinde azalmalar görülmektedir.¹⁵²

2.3.2. Ağız Diş Sağlığı ve Beslenme

Dişler modern toplumda önemli bir görev olarak görünüşü iyileştirme rolüne sahiptir. Bireyin toplumla bütünleşebilmesi açısından yüzünün görünüşü oldukça önemlidir ve dişler de iletişim kurabilme, sosyalleşebilme noktalarında esas yapı taşı olarak öne çıkmaktadır. Diş çürükleri sebebiyle karşımıza çıkabilecek olan diş kayıpları ise beslenme problemleri ile yeme yeteneğinde azalma, besinden alınan lezzette azalmalara ve sosyalleşme yeteneğinin olumsuz etkilenmesine sebep olmaktadır.¹⁵³

Beslenme ise dişleri iki farklı şekilde etkilemektedir. İlki; henüz dişler sürmeden önce şekillenirken, diğeri; dişlerin sürmesinin ardından lokal etki yolu ile olmaktadır. Dişlerin sürmesinin ardından görülen lokal etki oldukça önemlidir. Diş eti hastalıklarının oluşumunda kötü ağız hijyeninin etkili olmasının beraberinde, yetersiz ve dengesiz bir beslenme şekli de bu hastalıkların şiddetinin artmasına ve seyrinin kötüleşmesine sebep olmaktadır. Diş çürüklerinin oluşumundaki bahsedilen 4 ana faktör ile beraber; çürüklerin sayısında, şiddetinde ve seyrinde; dişlerin duyarlılığı, bakteri profilleri, tükürük miktarı, akış hızı ve kalitesi de etkili olmaktadır.¹⁵⁴ Diş çürüğü oluşumu sırasında karşımıza çıkan mine yüzeyindeki demineralizasyon; yalnızca günlük asit atakları miktarına bağlı olmayıp, besinlerin içeriklerinden ve fiziksel özelliklerinden de etkilenmektedir.¹⁵⁵ Ara öğünlerde şeker içeriği fazla besinlerin tüketimi çürük oluşumunda artışa sebebiyet vermektedir.¹⁵⁶ Çürük ve beslenme ilişkisinin değerlendirildiği bir çalışmada şeker alım sıklığının önemi belirtilmiş ve günde 4 kereden fazla ara öğünlerde şeker tüketmenin diş çürüğü riskinde artışa neden olduğu gösterilmiştir.¹⁵⁷

2.3.3. Diş Çürüğü

Dünya çapında çok yaygın karşılaşılan kronik ve bulaşıcı hastalıkların başında gelen diş çürüğü halk sağlığı problemleri arasında kabul görmektedir.^{158,159} Dünya

genelinde 530 milyonu aşkın çocuğun süt dişlerinde mevcut olan çürüklerden muzdarip oldukları düşünülmektedir.¹⁶⁰

Diş çürüklerinin oluşum mekanizmasında; asit üretebilen bakteriler, bu bakterilerin metabolize edebilecekleri bir substrat, diş yüzeyi ve bu üç bileşenin etkileşimde olduğu belirli bir süre rol oynamaktadır.^{161,162} Diş çürüklerinin oluşumuna, mikrobiyal oral plak ve dişin yapısındaki mineraller arasında mevcut olan fizyolojik düzenin bozulması neden olmaktadır. Çürük oluşumunda büyük oranda ön planda olan bakteriler (çoğunlukla mutans streptococci ve Lactobacillus sp), fermentasyona uğrayabilen karbonhidratları parçalayarak zayıf organik asit yan ürünlerini açığa çıkarmaktadırlar. Bu şekilde ortamın pH'ı kritik pH değerinin altına inerek diş sert dokusunda demineralizasyonun başlamasına sebep olmaktadır. Kalsiyum, karbonat ve fosfat mineralleri diş sert dokusundan diş ortama doğru difüze olmaya devam ederek diş yüzeyinde kavitasyon oluşumuna sebep olmaktadır.¹⁶³⁻¹⁶⁶

Bireylerde diş çürüğü oluşumunda; karyojenik bakteri sayısının fazlalığı , kötü oral hijyen, flor kullanımındaki yetersizlik, tükürük akışının azlığı, bebekler üzerinde uygulanan yanlış besleme uygulamaları ve düşük sosyoekonomik seviyeler gibi çevresel ve davranışsal pek çok faktör de rol oynamaktadır.¹⁶⁶

2.3.4. Ağız Diş Sağlığı Göstergeleri

Diş çürüğü ile ilgili epidemiyolojik araştırmalarda kullanılmak üzere oluşturulmuş birçok indeks mevcuttur. Bunlardan bazıları çürüğün şiddetini ölçerken, bir kısmı da çürüğün insidans ve prevalansını ölçmektedir.¹⁶⁷

2.3.4.1. NYVAD Sistemi

Henüz kavitasyonun görülmediği erken çürük lezyonlarında, dişin mevcut yüzey özelliklerine odaklanarak sond kullanımı ve görsel muayene ile çürüğün tespitini

sağlayan bir sistemdir.¹⁶⁸ Sağlıklı ve demineralize olmuş mine arasında ışığı kırma indekslerine göre farklılık oluştuğu için bu sistem ile değerlendirme yaparken dişlerin kurutulması önemlidir. ¹⁶⁹ Bu sistem ile başlangıç çürük lezyonları değerlendirilebildiği için koruyucu programlar planlanırken tercih edilmektedir.¹⁶⁸

2.3.4.2. ICDAS (International Caries Detection and Assessment System) Sistemi

İlk hali 2002 yılında “Uluslararası Çürük Tespit ve Değerlendirme Sistemi (ICDAS)” adı ile çürük tespiti için tanıtılmıştır. 2005 yılında ise bu sistem geliştirilerek ICDAS-II sistemi şeklindeki güncel haline gelmiştir ve çürüğün henüz kavite oluşumu görülmediği en erken evresi ile pulpaya ulaşmış en geç evresi arasını değerlendirmeyi amaçlamaktadır.¹⁷⁰ Bu sistemde çürükler; “koronal çürük, restorasyon/ fissür örtücü ile ilişkili çürük ve kök çürükleri” şeklinde üç gruba ayrılmaktadır. Koronal çürükler kodlanırken iki basamaklı bir sistem mevcuttur. İlk aşamada yüzey; restore edilmiş, fissür örtücü yapılmış veya kaybedilmiş olmasına göre, ikinci aşamada ise dişin yüzeyleri çürüğün hangi aşamada olduğuna göre değerlendirilmektedir.^{170,171}

2.3.4.3. CAST İndeksi (Caries Assessment Spectrum And Treatment Index)

Frencken ve ark. çürük lezyonunun erken ve ileri aşamalarını tek bir indekste toplamayı hedeflemişlerdir.¹⁷² CAST indeksi sağlam olan, fissür örtücü bulunan veya restorasyonlu dişlerin; diş çürüğünün minede, dentinde ve pulpada nasıl ilerlediğinin; çürük sebebiyle hastada apse ya da fistül varlığının ve çürük sebebiyle kaybedilmiş olan dişlerin kaydedilmesini sağlamaktadır. Bu indeks; DMFT, PUFA ve ICDAS II indekslerinin birleşimleri ile oluşturulmuş olan ve günümüzdeki en kapsamlı kabul edilebilecek diş çürüğü indeksidir.¹⁷³

2.3.4.4. DMFT/dmft İndeksi

Bu indeks Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ nün, çürük skoru değerlendiren indeksler arasında en çok kullandığı indekstir.¹⁷³ Bu indeks; dişlerdeki çürüklerin, çürük dolayısıyla kaybedilmiş olan dişlerin ve önceden tedavi edilmiş olan dişlerin sayılarını belirlemektedir.¹⁷⁴ İndekste mevcut olan D harfi; herhangi bir tedavi görmemiş olan çürükleri, M harfi; çürük sebebiyle kaybedilmiş olan dişleri ve F harfi ise tedavi görmüş olan dişleri ifade etmektedir.¹⁷⁵ Uygulaması basit ve pratik olan DMFT indeksinin istatistiksel analizi de kolaydır. Ancak bununla beraber bazı dezavantajlara sahiptir. Bu dezavantajlar; fissür örtücülerin, başlangıç çürüklerinin, sekonder çürüklerin, kök çürüklerinin, çürük harici sebeplerle kaybedilmiş olan dişlerin, konjenital olarak eksik olan veya sürmemiş olan dişlerin değerlendirme dışında kalmaları ve çürük aktivitesi ile ilerleme hızının tespit edilememesidir.¹⁷⁶

2.3.4.5. PUFA/pufa İndeksi

Monse ve ark.’nın 2010 yılında tanımlanmış oldukları bu indeks, tedavi edilmemiş olan çürüklerin oral dokular üzerindeki etkisini kaydetmektedir. Bu indeksle, “(P) pulpayı içine alan kavite varlığı, (U) yumuşak dokuda ülserasyon, fistül (F) ve apse (A) varlığı” kaydedilmektedir.¹⁷⁷

Değerlendirme sadece görsel olarak yapılmakta ve sond kullanılmamaktadır. Her dişe bir skor verilmekte; ilgili semptomun bulunduğu diş 1 değerini almaktadır. Bireyin PUFA indeksi değeri, 1 değerini alan dişlerinin toplamı kadardır. Daimi dişlerde hesaplandığında PUFA 0-32 aralığında değişmektedir. Süt dişleri için de yine indeks pufa şeklinde küçük harfler ile ifade edilmektedir ve bireyin pufa değeri 0-20 aralığında değişmektedir.¹⁷⁷

2.3.5. Periodontal Sağlık Göstergeleri

2.3.5.1. Plak İndeksi (Quigley ve Hein)

Bakteri plak boyası ile boyanan dişlerin fasiyal yüzeylerinden, boyanan plağın göz ile değerlendirmesiyle elde edilmektedir. Bu indeks kron yüzeyindeki tüm bakteri plağının miktarını belirlemeyi amaçlamaktadır. 0 (bakteri plağı yok) – 5 (dişin yüzeyinin 2/3'ünden fazlası bakteri plağıyla kaplı) arasında değerler verilmektedir.¹⁷⁸

2.3.5.2. Aproksimal Plak İndeksi (API)

Klinikte kolayca uygulanabilmesi ve sonucun hızlıca hesaplanabilmesi gibi avantajları sayesinde hasta ağız bakımı uygulamalarının takibi için kullanılmakta olan bir indekstir.¹⁷⁹ Quigley-Hein indeksinin bir modifikasyonu şeklindedir. Mikrobiyal dental plağın; plak boyası ile boyanmasının ardından interdental bölgeler kontrol edilmektedir. Sadece plak varlığı durumu: Var (+), Yok (-) şeklinde kaydedilmektedir. Bu indeks değeri yüzde (%) olarak hesaplanmaktadır.¹⁷⁹

2.3.5.3. Plak Kontrol Kaydı

Bu indekste; çeneler, önde bir ve arkada iki adet olmak üzere üçer segmente ayrılmaktadır. Bir segmentteki en yüksek skor, o segmentin değeri şeklinde kabul edilmektedir. 0 (segmentte hiçbir diş yüzeyinde bakteri plağı yok) ve 3 (bakteri plağı klinik kuronun 1/3'ünden daha fazlasını kapsamaktadır) arasında değerler verilmektedir.¹⁷⁸

2.3.5.4. Plak İndeksi (Silness&Löe)

Bu indeks; dişi boyamaksızın, koronal kısmın tamamı yerine sadece marjinal diş etine komşu bakteri plağını ve kalınlığını değerlendirilmeyi hedeflemektedir. Dişin fasiyal, lingual, mesiofasiyal ve distofasiyal olacak şekilde 4 yüzeyi 20 saniye süresince hava ile kurutularak, pamuklarla izole edildikten sonra periodontal sond dişin uzun aksı

ile 30 derecelik bir açı yapacak şekilde tutularak diş-diş eti birleşim yerinde diş yüzeyinde gezdirilmektedir. İndeks diş eti ile temas halinde olan bakteri plağını değerlendirmeyi amaçlamaktadır. 0 (diş eti bölgesinde bakteri plağının hiç olmaması) ve 5 (diş yüzeyinde, kuronun 2/3'ü veya daha fazlasında bakteri plağı varlığı) arasında değerler verilmektedir.¹⁷⁸

2.3.5.5. Modifiye Plak İndeksi (Silness&Löe)

Bu indekste, diş yüzeylerinin hafifçe hava su spreyi ile kurutulmalarının ardından, dişlerde boyama yapılmaksızın göz ile plak kontrolü yapılmaktadır. Dişin uzun aksına paralel olarak tutulan ve diş etrafında gezdirilen periodontal sondun dişin fasiyal, lingual, mesial ve distal bölgelerini değerlendirerek bu değerlerin toplamının muayene edilen diş yüzey sayısına bölünmesi ile hesaplanmaktadır. Muayene edilen her bir yüzey “0 (diş eti alanında hiç bakteri plağı bulunmaz) ve 3 (fazla miktarlarda yumuşak birikintisi vardır, interdental bölge yumuşak debris ile doludur)” arasında değerler almaktadır.¹⁷⁸

2.3.5.6. Gingival İndeksi (Silness&Löe)

Gingival enflamasyonun mevcudiyetini ve şiddetini belirlemek amacıyla marjinal ve papiller diş eti ünitelerinin değerlendirilmesi temeline dayanmaktadır ve dişlerin vestibül, lingual, mezial ve distal yüzeylerindeki ödem, renk değişikliği, kanama durumu ve inflamasyona göre değerler verilmektedir. “0 (sağlıklı dişeti) ve 3(şiddetli iltihap, bariz kızarıklık ve ödem, ülser, spontan kanamaya eğilim.)” arasında değerler almaktadır. Günümüz klinik çalışmalarında çok yaygın bir şekilde kullanılmaktadır.¹⁸⁰

2.3.5.7. Sondalamada Kanama İndeksi (BOP)

Sondalamada kanama indeksi (bleeding on probing-BOP) bakılırken periodontal sond dişin uzun aksına paralel bir şekilde cep içinde gezdirilmesi esnasında kanama olup olmamasına göre “0 veya 1 (kanama var ya da yok)” şeklinde değerlendirilmektedir.¹⁸¹

2.3.5.8. Modifiye Diş Eti Oluğu Kanama İndeksi (Lange)

Periodontal sond yardımıyla 1-3 numaralı yarım çenelerde oral, 2-4 numaralı yarım çenelerde fasial bölgelerden diş etlerinde kanama olup olmadığı tespit edilmektedir. Kanamanın mevcudiyetine göre (+) veya (-) şeklinde değerler verilmektedir. Pozitif olarak değerlendirilen bölgeler toplamı, mevcut ölçüm yapılan yerlerin toplamına bölünerek ve elde edilen sonuç 100 ile çarpılarak hesaplanmaktadır. Bu şekilde diş eti kanamasının yüzdesel olarak değeri elde edilmektedir.¹⁷⁸



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Çeşidi, Yeri ve Zamanı

Bu tez çalışması; Rize ili, Merkez ilçesinde, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Çocuk Diş Hekimliği Bölümü'ne muayene olma amacıyla başvuran ve ilk dental tecrübesini yaşayacak olan çocukların ve ebeveynlerinin katılım sağladığı kesitsel bir çalışmadır. Çalışmaya 2023 Mayıs ayı itibari ile başlandı. Verilerin toplanması 2024 Mayıs ayında tamamlanarak, araştırmanın veri girişleri, düzenlemeleri, istatistiksel analizlerin yapılması ve raporlanması 2024 Haziran ayında tamamlandı.

3.2. Etik Kurul Onayı

Etik kurul onayı; Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan alındı (02.02.2023 tarihli 2024/230 karar numarası) (EK-1). Çalışmanın yürütülebilmesi için Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dekanlığından izin belgesi alındı (EK-2). Çocuklar ve ebeveynleri çalışmanın süresi, içeriği ve olası yararları açısından yazılı ve sözlü bir şekilde bilgilendirildiler ve çalışmaya katılmayı kabul eden ebeveynlerden gönüllü bilgilendirilmiş onam formunu imzalamaları istendi. Aynı zamanda çalışmaya katılacak olan çocuklar da çalışmanın içeriği hakkında sözlü ve yazılı bir şekilde bilgilendirilerek, onlardan da çocuklar için hazırlanmış olan onam formunu imzalamaları istendi.

3.3. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Çocuk Diş Hekimliği Bölümü'ne araştırma süresince ilk muayene amacıyla başvuran 6-12 yaş arasındaki çocuklar ve ebeveynleri dahil edildi. Etki büyüklüğünün hesaplanmasında G Power 3.0.10 (University Kiel, Germany) programı kullanıldı. Çok boyutlu ebeveynlik

stilleri değerlendirme ölçeğinden 1-5 arası sıralı veri elde edileceği, yine dental anksiyete ölçeğinde de 0-3 arası puanlama ile 31 soruda toplamda 0-124 arası sıralı veri çıkacağı düşünüldüğünde, bu iki verinin karşılaştırılmasının Spearman Korelasyon analizi ile yapılacağı öngörüldü. Daha önce literatürde bu iki ölçeği birbiri ile karşılaştıran herhangi bir çalışma olmadığı için etki büyüklüğü 0.4 kabul edilerek ve %80 güç ile toplamda en az 102 deneğin çalışmaya dahil edilmesi gerektiği hesaplandı. Bu analizin sonuçlarına dayanarak, olası veri kaybını önlemek amacıyla Power Analizi ile belirlenen hasta sayısından daha fazla olan 605 hasta çalışmaya dahil edildi.

3.3.1. Hasta Seçim Kriterleri

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri;

- Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Çocuk Diş Hekimliği Bölümü' ne başvuran,
- 6-12 yaş aralığındaki,
- Herhangi bir sistemik rahatsızlığı ve fiziksel veya mental engel durumu bulunmayan,
- Ebeveyni ile gelmiş olan,
- Daha önce hiç diş tedavisi yaptırmamış olan,
- Acil tedavi gereksinimi bulunmayan,
- Anket sorularını cevaplamak isteyen,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan çocuklar ve/veya ebeveynler çalışma kapsamında yer aldı.

Çalışmaya Dışlanma Kriterleri;

- 6-12 yaş aralığında olmayan,
- Herhangi bir sistemik hastalığı bulunan,
- Ebeveyni ile gelmemiş olan,
- Daha önce diş tedavisi yaptırmış olan,
- Acil tedavi gereksinimi bulunan,
- Anket sorularını yanıtlamak istemeyen,
- Araştırmaya katılmayı reddeden çocuklar ve/veya ebeveynler çalışmanın dışında bırakıldı.

3.4. Verilerin Elde Edilmesi

Kliniğimize başvuran hastalarımızdan, hazırlamış olduğumuz anamnez formları ile; ebeveyn ve hastaya ait genel bilgiler, ailelerin sosyoekonomik seviyeleri, çocukların ağız sağlığı alışkanlıkları ve beslenme alışkanlıkları ile ilgili bilgiler elde edildi.

Ebeveynlik stillerinin değerlendirilmesi amacıyla; ÇESDÖ kullanıldı.

Çocukların anksiyetelerine ait verilerin toplanması için onlara MÇDAS-y uygulandı ve tek soruluk dental anksiyete sorusu yöneltildi. Anketlerin hepsi çocuklar ve ebeveynleri ile yüz yüze ve tek araştırmacı tarafından yapıldı.

3.4.1 Anketlerin Uygulanması

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Kliniği'ne başvuran ve dahil edilme kriterlerine uyan 6-12 yaş aralığındaki çocuk hastalara ve ebeveynlerine araştırmanın protokolü anlatılarak, çalışmaya hem kendilerinin ve hem de çocuklarının katılımları için sözlü onamları alındı. Daha sonra bilgilendirilmiş gönüllü onam formu (EK-3) verildi.

Anket formunun ilk bölümü çocuk ve ebeveyne ait demografik bilgilerini (çocuğun cinsiyeti, çocuğun yaşı, ebeveynin cinsiyeti, ebeveynin yaşı, ebeveynin kaç çocuğu olduğu, hastanın ebeveynin kaçınıcı çocuğu olduğu ve ebeveynin eğitim seviyesi), çocuğun ağız ve diş sağlığı alışkanlıklarını (dişlerini fırçalama durumu, günde kaç kere fırçaladığı, yatmadan önceki fırçalama durumu ve kullandığı diş macunu), beslenme alışkanlıklarını ve beslenme alışkanlıklarıyla ilgili ebeveynlerin tutumlarını (öğün aralarında atıştırılmalık tüketip tüketmediği, yemek yeme hızı, günde kaç kere şeker, çikolata vb. tükettiği) anlamaya yönelik sorulardan oluşmaktadır. Bir sonraki bölüm; 34 soruluk ÇESDÖ sorularını içermektedir. Formun devamında ise anksiyete skalaları (MÇDAS-y ve Dental anksiyete anketi) yer almaktadır.

ÇESDÖ ile Ebeveynlik Stilinin Değerlendirilmesi

Bu araştırmada 2019 yılında Ali Karababa tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan ve 34 sorudan oluşan ÇESDÖ Türkçe versiyon kullanıldı (EK-4).⁸⁸ Ölçek değerlendirilmesi; 5’li Likert ölçeği ile yapılandırılmaktadır. Ölçeğin derecelendirmesi “5. Her zaman (5 puan), 4. Çoğunlukla (4 puan), 3. Bazen (3 puan), 2. Nadiren (2 puan) ve 1. Hiçbir zaman (1 puan)” şeklindedir. Ölçekten elde edilebilecek puan aralıklarına bakıldığında; “7 maddeden oluşan düşmanlık alt boyutu için “en yüksek 35, en düşük 7”; 6 maddeden oluşan proaktif ebeveynlik alt boyutu için “en yüksek 30, en düşük 6”; 7 maddeden oluşan düşük kontrol alt boyutu için “en yüksek 35, en düşük 7”; 4 maddeden oluşan fiziksel kontrol alt boyutu için “en yüksek 20, en düşük 4”; 4 maddeden oluşan olumlu pekiştirme alt boyutu için “en yüksek 20, en düşük 4”; 3 maddeden oluşan samimi ilişki alt boyutu için “en yüksek 15, en düşük 3”; 3 maddeden oluşan destekleyici yaklaşım alt boyutu için “en yüksek 15, en düşük 3”; 16 maddeden oluşan kapsamlı olumlu ebeveynlik boyutu için “en yüksek 80, en düşük 16” ve 18 maddeden oluşan kapsamlı olumsuz ebeveynlik boyutu için ise “en yüksek 90, en düşük

18” şeklindedir.” Boyutlardan elde edilmiş olan puanların düzeyi arttıkça ölçülen niteliğe sahip olunma derecesinde de artış olmaktadır.

Dental Anksiyete Skalasının Uygulanması

Çalışmaya katılan çocuklara muayene öncesi MÇDAS-y (EK-5) uygulandı. Sekiz sorudan oluşan ve her soru için beş resimli cevap içermekte olan skalanın toplam puanı 8-40 arasında değişen değerler almaktadır. Bu skorların değerlendirilmesi ise Tablo 3.1’de belirtildiği gibi yapılmaktadır.

Tablo 3.1. MÇDAS-y Skorlarının Değerlendirilmesi¹⁸²

Skor	
<9	Endişeli değil
9-16	Biraz endişeli
17-24	Oldukça endişeli
25-32	Çok endişeli
>33	Son derece endişeli

Ülkemizde Arslan I. ve Aydınoglu’nun yaptıkları çalışma ile MÇDAS-y’nin Türkçe uyarlamasının geçerli, güvenilir ve doğru olduğu gösterilmiştir.¹⁴⁹

Dental Anksiyete Anketi

Bu anket çocuğa yöneltilen "Diş hekimine gitmekten korkuyor musun?" sorusundan oluşmaktadır. Cevap seçenekleri ise şu şekildedir; "Hayır", "Biraz", "Evet, oldukça" ve "Evet, çok".¹⁴⁵

3.5. Ağız İçi Değerlendirme

Çocukların ağız-diş sağlıklarını değerlendirme amacıyla hazırlanmış anket formları yardımıyla, çocukların ağız sağlığı indeks değerleri, klinik ve radyografik muayene esnasında çalışmadan sorumlu olan hekimce değerlendirildi. Çocukların ağız içi

muayeneleri ise tek bir araştırmacı tarafından, standardize edilmiş aynı klinik ortamda; dental ünit ışığının altında, periodontal sond, ayna ve presel içerikli standardizasyonu sağlanmış muayene setleri ile yapıldı ve çürüklü, dolgulu ve çürük nedeniyle çekilmiş olan dişler; daimi dişler için DMFT ve süt dişleri için ise dmft indeksi ile kaydedildi. Diş çürüklerinin PUFA/pufa indeksine bakıldı ve oral hijyen göstergelerinden; plak indeksi (PI), gingival indeks (GI) ve kanama indeksi (KI) değerleri kaydedildi.

3.5.1. DMFT/dmft İndeksi' nin Belirlenmesi

Çocukların tümünün ağız içi muayeneleri detaylı bir şekilde yapıldı. Değerlendirmeler tek bir uygulayıcı tarafından; reflektör ışığı altında, dişler kurutularak, ağız aynası ve sond kullanılarak yapıldı. Daimi dişler için her bir hastada belirlenen “Çürük (D), Kayıp (M) ve Dolgulu (F) dişlerin” sayıları toplamı bireyin DMFT indeks puanı olarak tespit edildi. Süt dişlerinde ise yine aynı yöntemle dmft indeks paını tespit edildi. DSÖ, DMFT indeksini 1977 yılında modifiye etmiştir:

- DMFT İndeks puanı tespit edilirken; kavitasyon görülen çürükler D olarak kabul edilirken, başlangıç aşamasındaki çürükleri D olarak değerlendirilmemektedir.
- Geçici dolgu bulunan dişler ve dolgulu dişlerdeki mevcut çürükler de D olarak kabul edilmektedir.
- Çürük mevcut olmayan, daimi dolgu bulunan dişler F olarak değerlendirilmektedir.
- Çürük sebebi ile yapılmış dolgular F olarak değerlendirilmeye alınırken, çürük dışı sebeplerle (örneğin; travma ya da estetik) yapılmış dolgular değerlendirme dışında tutulmaktadır.
- Fissür örtücü uygulanmış dişler puanlamaya dahil edilmemektedir.

• Gömülü dişler, s pern merek dişler, konjenital olarak eksik dişler, travma sonucu kaybedilmiş olan dişler, ortodontik amaçlarla çekilmiş dişler puanlamaya dahil edilmemektedir.¹⁸³

3.5.2. Plak İndeksi' nin Belirlenmesi

Bireyin dişlerindeki mevcut plak hacminin değerlendirilmesi amacıyla Silness & L e Modifiye Plak İndeksi kullanıldı. Değerlendirme Ramfjord Dişleri (16,21,24/64,36,41,44/84 numaralı dişler) ile gerçekleştirildi.¹⁸⁴ Değerlendirmeye alınan her bir dişin; “mezial, distal, labial ve lingual” 4 bölgesinde plak değerlendirmesi yapıldı ve her bir yüze 0-3 arsında puanlar verildi (Tablo-3.2).¹⁸⁵ Elde edilen toplam puan, muayene edilen diş yüzey sayısına bölünerek kişisel plak indeksi elde edildi. Ağız içi değerlendirmeler sonrasında veriler hazırlanan muayene formlarına kaydedildi.

Tablo 3.2. Silness ve L e Plak İndeksi

0	Plak yokluğu
1	Serbest diş eti alanında ve dişe komşu olan bölgeye film halinde yapışmış plak varlığı
2	çıplak göz ile tespit edilebilen; diş eti cebinde, diş eti marjiniinde ve/veya komşu dişin yüzeyinde orta derecelerde yumuşak eklentilerin varlığı
3	Diş eti cebi ve/veya diş eti marjini ve komşu dişin yüzeyinde bol miktarlarda yumuşak eklenti varlığı

3.5.3. Gingival İndeks'in Belirlenmesi

Diş etindeki enflamasyonu değerlendirme amacıyla Silness ve L e tarafından geliştirilen bir ölçektir. Değerlendirme Ramfjord Dişleri (16,21,24/64,36,41,44/84 numaralı dişler) ile gerçekleştirildi. Klinik açıdan kanama durumu ve diş eti görünümünü değerlendirmek için; ilgili dişlerin “mezial, distal, labial ve lingual” 4 gingival yüzeyinde periodontal sond dişin aksı ile paralel olacak şekilde tutularak, 20gr kuvveti geçmeyecek şekilde gezdirilmesi ile değerlendirme yapıldı. Her yüzey için 0-3 arasında bir değer

verildi (Tablo-3.3). Elde edilen toplam puanın muayene edilmiş olan dişlerin yüzeyi sayısına bölünmesi ile kişisel Gİ puanı elde edildi.¹⁸⁶

Tablo 3.3. Silness ve Loe Gingival İndeks

0	Diş eti sağlıklı
1	Hafif dereceli enflamasyon varlığı; hafif renk değişikliği ve hafif ödem mevcudiyeti, sondalamada kanama görülmez
2	Orta dereceli enflamasyon varlığı; ödem, parlaklık, kızarıklık ve sondalamada kanama varlığı
3	Şiddetli dereceli enflamasyon; kızarıklık, ödem ve ülserasyon varlığı, spontan kanamaya eğilim

3.5.4. PUFA/pufa İndeksi' nin Belirlenmesi

Tedavi edilmemiş olan çürüklerin durumunun değerlendirilmesi amacıyla kullanılan bir indekstir.¹⁷⁷ Değerlendirme görsel muayene ile ve herhangi bir alet kullanımını gerektirmeden yapılmaktadır. Her bir diş için bir puan kaydedildi. Süt dişleri için ise pufa indeksi kullanılmaktadır. Bireyin PUFA skoru DMFT indeksinde olduğu gibi kümülatif olarak hesaplandı.¹⁷⁷ Bu indeksin puanlanması ise şu şekildedir:

P: Pulpal tutulum varlığı, pulpa odasının gözle görünür bir hal aldığı veya dişin koronal yapısının ilerlemiş çürük sebebiyle tahribatı ile sadece kök veya kök parçalarının mevcudiyetinde kaydedilmektedir. Sondalama yapmadan pulpa tutulumu teşhis edilmektedir.

U: Dişlerin keskin parçalarından kaynaklanan travmalara bağlı oluşan ülserasyon, pulpal tutulumu olan bir dişte keskin kenarların veya kök parçalarının dil veya yanak mukozası gibi çevre yumuşak dokularda travmatik bir şekilde ülserasyona sebep olduğunda kaydedilmektedir.

F: Fistül, dişlerde pulpayı tutmuş olan çürüklere bağlı olarak sinüs yolunun meydana geldiği durumlarda kaydedilmektedir.

A: Apse, çürük dişte pulpa tutulumuna bağlı olarak şişlik varlığında kaydedilmektedir.

3.5.5. Kanama İndeksi

Kİ bakılırken Modifiye diş eti oluşu kanama indeksi kullanıldı. İndeks hesaplanırken periodontal sond diş eti cebi içerisinde hafifçe gezdirilerek kanamanın durumu değerlendirilmektedir. Tüm dişlerin; mezial, distal, bukkal ve lingual diş eti bölgelerinde gerçekleştirilen sondalama işlemi sonrasında 10-15 saniye içerisinde kanama gözlemlenirse pozitif değer verilmektedir. Kanama gözlemlenen bölgelerin, incelemekte olduğumuz tüm bölgeye oranı ise % şeklinde ifade edilmektedir.¹⁸⁷

3.6. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler, Jamovi yazılımının 2.3.28 sürümü kullanılarak gerçekleştirildi. Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığının belirlenmesi amacıyla Shapiro-Wilk testi uygulandı. Normal dağılım elde edilmediği için non-parametrik testler tercih edildi. Sonuçlar Medyan ve İntra Kuartel Aralık (IKA) olarak sunuldu. İki bağımsız grup arasındaki medyan farklarını karşılaştırırken Mann-Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grup arasındaki ilişkileri incelemek için ise Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Bağımsız ve bağımlı değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için Spearman Korelasyon testi kullanıldı. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenler üzerindeki etkisini araştırmak için Binominal Lojistik Regresyon Analizleri yapıldı. Modele sadece diğer analizlerde anlamlı farklılık gösteren değişkenler dahil edildi. Bu analizlerde Odds Oranları (OO) ve %95 Güven Aralıkları (CI) hesaplandı. Analiz sonuçlarında, istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ kabul edildi. 20 rastgele belirlenmiş hastadan 2 hafta

aralıklar ile ağız sağığı indeksleri toplandı. Toplanan verilerin tutarlılığı Intraclass Correlation Analizi ile incelendi ve her bir ağız sağığı indeksi için iyi veya mükemmel tutarlılık ($r>0,80$) elde edildi.



4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Çalışmaya Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Ana Bilim Dalı'na muayene olma amacıyla başvuran ve ilk dental tecrübesini yaşayacak olan, sistemik açıdan sağlıklı, akut ağrı şikayeti bulunmayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü 6-12 yaş arasında çocuk hastalar ve ebeveynleri dahil edildi. Araştırmaya dahil edilen 605 çocuk hastanın demografik özellikleri Tablo 4.1'de sunulmaktadır.

Çocukların cinsiyet dağılımı şu şekildeydi, %50' si kız (n=300) ve %50' si erkek (n=305) (Şekil 4.1). Yaş dağılımına bakıldığında, %63' ü (n=379) 9 yaş ve altındayken, %37' si (n=226) 9 yaş üstündedir. Ebeveyn cinsiyetine göre %60' ı (n=363) kadın ve %40' ı (n=242) erkektir. Ebeveyn yaşlarına göre dağılımda %67' si (n=405) 35 yaş üstü, %33' ü (n=200) 35 yaş ve altındadır. Ailede kaç çocuk olduğuna bakıldığında, %45' inin (n=274) iki çocuk, %39' unun (n=234) üç çocuk, %12' sinin (n=71) dört çocuk sahibi olduğu görülmektedir. Çocuğun ailedeki sıralamasına göre, %38' i (n=230) ikinci çocuk, %35' i (n=211) ilk çocuk, %22' si (n=135) üçüncü çocuk olarak belirtildi. Ebeveyn eğitim düzeylerine bakıldığında, %49' u (n=294) lise, %30' u (n=180) ortaokul, %15' i (n=93) lisans mezunu olduğu saptandı.



Şekil 4.1. Çocuk hastaların cinsiyet dağılımı.

Tablo 4.1. Çocuk hastaların (n=605) demografik özellikleri

Demografik özellikler	N = 605
Çocuk cinsiyeti	
Kız	300 (50%)
Erkek	305 (50%)
Hasta yaşı	
9 yaş ve altı	379 (63%)
9 yaş üstü	226 (37%)
Ebeveyn Cinsiyet	
Kadın	363 (60%)
Erkek	242 (40%)
Ebeveyn yaşı	
35 yaş üstü	405 (67%)
35 yaş ve altı	200 (33%)
Kaç çocuk var	
1	16 (2,7%)
2	274 (45%)
3	234 (39%)
4	71 (12%)
5	7 (1,2%)
6	1 (0,2%)
Kaçıncı çocuk	
1	211 (35%)
2	230 (38%)
3	135 (22%)
4	25 (4,1%)
5	4 (0,7%)
Ebeveyn eğitim düzeyi	
İlkokul	31 (5,1%)
Ortaokul	180 (30%)
Lise	294 (49%)
Lisans	93 (15%)
Yüksek lisans	7 (1,2%)
n (%)	

4.2. Katılımcıların Ağız Sağlığı Sorularına Verdikleri Cevapların Tanımlayıcı İstatistiği

Katılımcıların ağız sağlığı sorularına verdikleri cevapların tanımlayıcı istatistiği Tablo 4.2’de gösterilmektedir. Çocukların diş fırçalama alışkanlıklarına göre, %45’ i (n=271) düzenli olarak, %37’ si (n=223) bazen, %18’ i (n=111) ise hiç diş fırçalamadığını belirtti. Günlük fırçalama sıklığına göre %49’ u (n=299) günde iki kez, %42’ si (n=257) bir kez dişlerini fırçalamaktadır. Yatmadan önce diş fırçalama durumuna göre %63’ ü (n=379) fırçalarken, %37’ si (n=226) fırçalamamaktadır. Çocukların %67’ si (n=408) yaşına uygun çocuk diş macunu, %33’ ü (n=197) ise evde ortak kullanılan yetişkin diş macunu kullanmaktadır. Öğün aralarında atıştırmalık tüketimine göre %63’ ü (n=380) sık sık, %32’ si (n=195) bazen, %5’ i (n=30) ise hiç tüketmemektedir. Çocukların yemek yeme hızlarına göre, %50’ si (n=300) normal, %32’ si (n=195) yavaş, %18’ i (n=110) hızlı olarak değerlendirildi. Günlük şeker ve çikolata tüketim sıklığına göre, %45’ i (n=272) günde iki kez, %35’ i (n=212) üç kez veya daha fazla tüketmektedir.

Tablo 4.2. Çalışmaya dahil edilen çocuk hastaların (n=605) demografik özellikleri

Demografik özellikler	N = 605
Fırçalama durumu	
Hayır, fırçalamaz	111 (18%)
Bazen fırçalar	223 (37%)
Evet, fırçalar	271 (45%)
Çocuğunuz günde kaç kez dişlerini fırçalar	
1 kez	257 (42%)
2 kez	299 (49%)
3 kez	49 (8,1%)
Çocuğunuz gece yatmadan önce dişlerini fırçalar mı	
Hayır, fırçalamaz	226 (37%)
Evet, fırçalar	379 (63%)
Çocuğun kullandığı diş macunu	
Yaşına uygun çocuk diş macunu	408 (67%)
Evde ortak kullanılan yetişkin macunu	197 (33%)
Çocuğunuz öğün araları atıştırma ürünleri tüketir mi	
Hayır	30 (5,0%)
Bazen	195 (32%)
Evet	380 (63%)
Çocuğunuzun yemek yeme hızı nasıldır	
Yavaş	195 (32%)
Normal	300 (50%)
Hızlı	110 (18%)
Çocuğunuz günde kaç kez şeker, çikolata vb. tüketir	
1 kez	121 (20%)
2 kez	272 (45%)
3 kez veya daha fazla	212 (35%)
n (%)	

4.3. Demografik Özelliklere Göre Ağız Sağlığı İndekslerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.3'te demografik özelliklere göre ağız sağlığı indekslerinin karşılaştırılması gösterilmektedir. Cinsiyete göre yapılan değerlendirmede, kız çocukların DMFT/dmft skorlarının erkek çocuklara göre daha düşük olduğu kaydedildi, ancak bu

fark istatistiksel açıdan değerli bulunmadı ($p=0,303$). Buna karşın, her ne kadar medyanları eşit olsa da Pİ açısından kız ve erkek çocuklar arasında anlamlı bir fark kaydedildi ($p=0,017$), erkekler daha geniş bir Pİ dağılımı gösterdi.

Yaş aralığına bakıldığında, 9 yaş ve altındaki çocukların DMFT/dmft skorları 9 yaş üstü çocuklara kıyasla anlamlı miktarda yüksek kaydedildi ($p<0,001$). Aynı zamanda, her ne kadar medyanları eşit olsa da PUFA/pufa indeksinde de yaşa bağlı olarak anlamlı bir fark rapor edildi ($p<0,001$), 9 yaş ve altı daha geniş aralıkta bir değer gösterdi.

Ebeveyn cinsiyetine göre yapılan değerlendirmede, ağız sağlığı indekslerinde anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, kadın ebeveynlere sahip çocukların DMFT/dmft skorlarının erkek ebeveynlere sahip çocuklara kıyasla daha yüksek olduğu gözlemlendi ($p=0,102$). Ebeveyn yaşı açısından ise anlamlı bir farklılık kaydedilemedi ($p>0,05$).

Ailede çocuk sayısına göre yapılan değerlendirmede, özellikle Pİ ($p=0,029$) ve Gİ ($p=0,012$) açısından anlamlı farklar bulundu. Çocuğun ailedeki sıralamasına göre ağız sağlığı indekslerinde bazı farklılıklar gözlemlendi ve özellikle Gİ anlamlı fark gösterdi ($p=0,039$).

Ebeveyn eğitim düzeyi için yapılan değerlendirmede ise anlamlı farklar saptandı. İlkokul mezunu ebeveynlere sahip çocukların DMFT/dmft skorları, Pİ, Gİ, PUFA/pufa skorları ve Kİ; lisans ve yüksek lisans mezunu ebeveynlere sahip çocuklarla kıyaslandığında daha yüksek değerler kaydedildi ($p<0,001$). Bu bulgular, demografik faktörlerin çocukların ağız sağlığı üzerinde belirgin etkileri olduğunu göstermektedir. Özellikle yaş, ebeveyn eğitim düzeyi ve çocuğun ailedeki sıralaması gibi faktörler, çocukların diş çürükleri ve Pİ üzerinde anlamlı farklılıklar yaratmaktadır.

Tablo 4.3. Demografik özelliklere göre ağız sağlığı indekslerinin karşılaştırılması

Faktörler	DMFT/ dmft	Plak İndeksi	PUFA/pufa	Gingival İndeks	Kanama İndeksi
Hastanın cinsiyeti					
Kız	5,5 (4,0)	1,5 (1,3)	1,0 (2,0)	1,0 (1,0)	0,0 (15,0)
Erkek	6,0 (4,0)	1,5 (1,5)	1,0 (2,0)	1,0 (1,0)	0,0 (10,0)
p-değeri	0,303 ¹	0,017¹	0,874 ¹	0,296 ¹	0,982 ¹
Hasta yaşı					
9 yaş ve altı	7,0 (5,0)	1,5 (1,5)	1,0 (3,0)	1,0 (1,0)	5,0 (15,0)
9 yaş üstü	4,0 (4,0)	1,4 (1,4)	1,0 (2,0)	1,0 (1,0)	0,0 (10,0)
p-değeri	<0,001¹	0,026¹	<0,001¹	0,006¹	<0,001¹
Ebeveynin cinsiyeti					
Kadın	6,0 (4,0)	1,5 (1,5)	1,0 (2,0)	1,0 (1,0)	0,0 (15,0)
Erkek	5,0 (5,0)	1,5 (1,5)	1,0 (2,8)	1,0 (1,0)	0,0 (10,0)
p-değeri	0,102 ¹	0,413 ¹	0,700 ¹	0,777 ¹	0,887 ¹
Ebeveyn yas kategorik					
35 yaş üstü	6,0 (4,0)	1,5 (1,5)	1,0 (2,0)	1,0 (1,0)	0,0 (10,0)
35 yaş ve altı	6,0 (5,0)	1,5 (1,5)	1,0 (2,0)	1,0 (1,0)	0,0 (11,2)
p-değeri	0,241 ¹	0,329 ¹	0,359 ¹	0,759 ¹	0,611 ¹
Ebeveynin kaç çocuğu var?					
3	6,0 (5,0)	1,7 (1,5)	1,0 (2,8)	1,0 (1,0)	5,0 (15,0)
2	6,0 (4,0)	1,4 (1,2)	1,0 (2,0)	1,0 (1,0)	0,0 (10,0)
4	6,0 (4,0)	2,0 (1,7)	1,0 (3,0)	1,0 (2,0)	0,0 (15,0)
5	7,0 (4,5)	2,1 (1,8)	1,0 (2,5)	1,0 (0,0)	10,0 (7,5)
1	5,5 (4,0)	1,4 (1,9)	0,5 (2,0)	0,5 (1,0)	0,0 (7,5)
6	6,0 (0,0)	0,9 (0,0)	3,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)
p-değeri	0,773 ²	0,029²	0,123 ²	0,012²	0,153 ²
Hasta ebeveynin kaçınıcı çocuğu?					
2	6,0 (4,0)	1,5 (1,5)	1,0 (2,0)	1,0 (1,0)	0,0 (10,0)
1	5,0 (4,0)	1,4 (1,5)	1,0 (2,0)	1,0 (1,0)	0,0 (10,0)
3	6,0 (4,0)	1,5 (1,4)	1,0 (2,0)	1,0 (1,0)	5,0 (20,0)
4	8,0 (6,0)	2,0 (1,5)	2,0 (3,0)	1,0 (2,0)	0,0 (15,0)
5	6,0 (1,5)	1,6 (1,2)	2,0 (2,8)	1,0 (0,2)	5,0 (10,0)
p-değeri	0,519 ²	0,055 ²	0,162 ²	0,039²	0,343 ²

Tablo 4.3. devamı

Faktörler	DMFT/ dmft	Plak İndeksi	PUFA/pufa	Gingival İndeks	Kanama İndeksi
Ebeveynin eğitim düzeyi					
İlkokul	6,0 (4,5)	2,0 (1,1)	1,0 (2,0)	1,0 (1,5)	5,0 (20,0)
Lise	6,0 (4,0)	1,5 (1,4)	1,0 (2,0)	1,0 (1,0)	0,0 (10,0)
Ortaokul	7,0 (5,0)	2,0 (1,7)	2,0 (3,0)	1,0 (2,0)	5,0 (20,0)
Lisans	4,0 (4,0)	1,0 (1,5)	0,0 (1,0)	0,0 (1,0)	0,0 (0,0)
Yüksek lisans	4,0 (2,0)	0,0 (0,7)	0,0 (1,5)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)
p-değeri	<0,001 ²	<0,001 ²	<0,001 ²	<0,001 ²	<0,001 ²

Medyan (IKR), ¹ Mann-Whitney U testi, ² Kruskal Wallis testi

4.4. Ağız Sağlığı ile İlgili Anket Sorularına Göre Ağız Sağlığı İndekslerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.4’de ağız sağlığı ile ilgili anket sorularına göre ağız sağlığı indekslerinin karşılaştırılması gösterilmektedir. Diş fırçalama alışkanlıklarına göre yapılan değerlendirmede, düzenli diş fırçalamayan çocukların DMFT/dmft skorlarının düzenli fırçalayan çocuklara kıyasla anlamlı derecelerde yüksek olduğu kaydedildi ($p<0,001$). Pİ açısından da benzer şekilde, düzenli fırçalamayan çocukların Pİ değerleri daha yüksek kaydedildi ($p<0,001$).

Günlük diş fırçalama sıklığına göre yapılan değerlendirmede, günde üç kez dişlerini fırçalayan çocukların DMFT/dmft skorlarının günde bir kez fırçalayan çocuklara kıyasla anlamlı derecelerde daha düşük olduğu kaydedildi ($p<0,001$). Pİ açısından da günde üç kez dişlerini fırçalayan çocuklar daha düşük indeks değerleri gösterdi ($p<0,001$).

Gece yatmadan önce dişlerini fırçalama durumuna göre yapılan değerlendirmede, gece yatmadan önce dişlerini fırçalamayan çocukların DMFT/dmft skorlarının fırçalayan

çocuklara kıyasla anlamlı derecelerde yüksek olduğu kaydedildi ($p<0,001$). Pİ açısından da benzer şekilde, gece yatmadan önce dişlerini fırçalamayan çocukların indeks değerleri daha yüksek kaydedildi ($p<0,001$).

Çocuğun kullandığı diş macunu türüne göre yapılan değerlendirmede, yaşına uygun çocuk diş macunu kullanan çocukların DMFT/dmft skorlarının evde ortak kullanılan yetişkin macunu kullanan çocuklara kıyasla daha düşük seviyelerde kaydedildi ($p=0,029$). Pİ açısından da çocuk diş macunu kullananların indeks değerleri daha düşük kaydedildi ($p<0,001$).

Öğün aralarında atıştırmalık tüketimine göre yapılan değerlendirmede, sık sık atıştırmalık tüketen çocukların DMFT/dmft skorlarının atıştırmalık tüketmeyen çocuklardan daha yüksek olduğu kaydedildi ($p<0,001$). Pİ açısından da sık sık atıştırmalık tüketen çocukların indeks değerleri daha yüksek kaydedildi ($p<0,001$).

Yemek yeme hızına göre yapılan değerlendirmede, yavaş yemek yiyen çocukların DMFT/dmft skorları normal hızda yiyen çocuklarla kıyaslandığında daha yüksek değerler aldı ($p<0,001$). Pİ açısından da yavaş yemek yiyen çocukların indeks değerleri daha yüksek kaydedildi ($p<0,001$).

Günlük şeker ve çikolata tüketim sıklığına göre yapılan değerlendirmede, günde üç kez veya bunun üzerinde şeker ve çikolata tüketen çocukların DMFT/dmft skorlarının günde bir kez tüketen çocuklardan daha yüksek seviyelerde olduğu kaydedildi ($p<0,001$). Pİ açısından da benzer şekilde, daha fazla şeker ve çikolata tüketen çocukların indeks değerleri daha yüksek kaydedildi ($p<0,001$).

Tablo 4.4. Ağız sağlığı ile ilgili anket sorularına göre ağız sağlığı indekslerinin karşılaştırılması

Faktörler	DMFT/ dmft Toplam	Plak İndeksi	PUFA/pufa Toplam	Gingival İndeks	Kanama İndeksi
Fırçalama durumu					
Hayır, fırçalamaz	9,0 (4,0)	2,5 (1,0)	3,0 (1,5)	1,0 (1,0)	15,0 (20,0)
Evet, fırçalar	4,0 (3,5)	1,0 (1,5)	0,0 (1,0)	0,0 (1,0)	0,0 (0,0)
Bazen fırçalar	7,0 (4,0)	2,0 (1,2)	2,0 (2,0)	1,0 (0,0)	5,0 (20,0)
p-değeri	<0,001 ²	<0,001 ²	<0,001 ²	<0,001 ²	<0,001 ²
Çocuğunuz günde kaç kez dişlerini fırçalar					
1 kez	8,0 (4,0)	2,2 (1,5)	2,0 (2,0)	1,0 (1,0)	10,0 (25,0)
2 kez	4,0 (3,0)	1,1 (1,1)	1,0 (2,0)	0,0 (1,0)	0,0 (5,0)
3 kez	3,0 (2,0)	0,5 (1,1)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)
p-değeri	<0,001 ²	<0,001 ²	<0,001 ²	<0,001 ²	<0,001 ²
Çocuğunuz gece yatmadan önce dişlerini fırçalar mı					
Hayır, fırçalamaz	9,0 (3,0)	2,5 (1,2)	2,0 (2,0)	1,0 (1,0)	10,0 (20,0)
Evet, fırçalar	4,0 (3,0)	1,0 (1,1)	0,0 (1,5)	0,0 (1,0)	0,0 (5,0)
p-değeri	<0,001 ¹	<0,001 ¹	<0,001 ¹	<0,001 ¹	<0,001 ¹
Çocuğun kullandığı diş macunu					
Yaşına uygun çocuk diş macunu	6,0 (4,0)	1,4 (1,0)	1,0 (2,0)	1,0 (1,0)	0,0 (10,0)
Evde ortak kullanılan yetişkin macunu	6,0 (5,0)	2,0 (1,7)	1,0 (3,0)	1,0 (2,0)	5,0 (20,0)
p-değeri	0,029 ¹	<0,001 ¹	0,005 ¹	<0,001 ¹	<0,001 ¹
Çocuğunuz öğün araları atıştırma ürünleri tüketir mi					
Evet	7,0 (5,0)	2,0 (1,6)	2,0 (2,0)	1,0 (1,2)	5,0 (20,0)
Bazen	4,0 (3,0)	1,0 (1,6)	0,0 (1,0)	0,0 (1,0)	0,0 (0,0)
Hayır	3,0 (2,0)	1,0 (1,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)
p-değeri	<0,001 ²	<0,001 ²	<0,001 ²	<0,001 ²	<0,001 ²

Tablo 4.4. devamı

Faktörler	DMFT/ dmft Toplam	Plak İndeksi	PUFA/pufa Toplam	Gingival İndeks	Kanama İndeksi
Çocuğunuzun yemek yeme hızı nasıldır					
Normal	5,0 (5,0)	1,5 (1,4)	1,0 (2,0)	1,0 (1,0)	0,0 (10,0)
Yavaş	8,0 (4,0)	2,0 (1,3)	2,0 (2,0)	1,0 (1,0)	10,0 (20,0)
Hızlı	4,0 (3,8)	1,0 (1,8)	0,0 (1,0)	0,0 (1,0)	0,0 (5,0)
p-değeri	<0,001 ²	<0,001 ²	<0,001 ²	<0,001 ²	<0,001 ²
Çocuğunuz günde kaç kez şeker, çikolata vb. tüketir					
1 kez	3,0 (3,0)	1,0 (1,3)	0,0 (1,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)
2 kez	5,0 (4,0)	1,5 (1,4)	1,0 (2,0)	1,0 (1,0)	0,0 (10,0)
3 kez veya daha fazla	8,0 (4,0)	2,0 (1,3)	2,0 (2,0)	1,0 (1,0)	10,0 (25,0)
p-değeri	<0,001 ²	<0,001 ²	<0,001 ²	<0,001 ²	<0,001 ²
Medyan (IKR), ¹ Mann-Whitney U testi, ² Kruskal Wallis testi					

4.5. Demografik Özelliklerin ÇESDÖ'ye Göre Karşılaştırılması

Tablo 4.5, demografik özelliklerin ÇESDÖ'ye göre karşılaştırılmasını içermektedir. Kız çocukların kapsamlı olumlu ebeveynlik skorları erkek çocuklara kıyasla anlamlı derecelerde yüksek kaydedildi ($p=0,021$), ancak kapsamlı olumsuz ebeveynlik skorlarında cinsiyetler arasında önemli bir farklılık kaydedilmedi ($p=0,773$). Yaş aralığına göre, 9 yaş ve altındaki çocukların kapsamlı olumsuz ebeveynlik skorları, 9 yaş üstü çocuklara kıyasla anlamlı derecelerde yüksek kaydedildi ($p<0,001$), fakat kapsamlı olumlu ebeveynlik skorlarında yaş grupları arasında önemli bir farklılık kaydedilmedi ($p=0,069$). Diş hekimine getiren ebeveyni kadın olan çocukların kapsamlı olumlu ve olumsuz ebeveynlik skorları, diş hekimine getiren ebeveyni erkek olanlara kıyasla anlamlı derecelerde yüksek bulundu ($p<0,001$). Ebeveyn yaşı açısından, 35 yaş ve altı

ebeveynlere sahip çocukların kapsamlı olumlu ebeveynlik skorları 35 yaş üstü ebeveynlere kıyasla anlamlı derecelerde yüksek hesaplanırken ($p<0,001$), kapsamlı olumsuz ebeveynlik skorları da 35 yaş üstü ebeveynlere kıyasla anlamlı derecelerde yüksek hesaplandı ($p=0,015$).

Ebeveynlerin çocuk sayılarına göre yapılan değerlendirmede, çocuk sayısının artışı ile kapsamlı olumlu ebeveynlik skorlarında önemli farklar gözlemlendi. Özellikle iki çocuğa sahip ebeveynlerin çocuklarının olumluluk skorları, dört çocuğa sahip olanlara kıyasla önemli derecelerde yüksek kaydedildi ($p<0,001$). Ancak kapsamlı olumsuz ebeveynlik skorlarında çocuk sayısı için anlamlı bir fark kaydedildi ($p=0,58$). Çocuğun ailedeki sıralamasına göre yapılan değerlendirmede, ilk çocukların olumluluk skorları üçüncü çocuklardan önemli derecelerde yüksek bulunurken ($p<0,001$), kapsamlı olumsuz ebeveynlik skorlarında çocuğun ailedeki sıralamasına göre önemli bir fark kaydedildi ($p=0,815$).

Ebeveynin eğitim düzeyi arttıkça kapsamlı olumlu ebeveynlik skorları da artmaktadır. Lisans mezunu ebeveynlere sahip çocukların olumluluk skorları, ilkokul mezunu ebeveynlere sahip olanlarla kıyaslandığında önemli derecelerde yüksek kaydedildi ($p<0,001$). Benzer şekilde, lisans mezunu ebeveynlere sahip çocukların olumsuzluk skorları, ilkokul mezunu ebeveynlere sahip olanlardan önemli derecelerde düşük kaydedildi ($p<0,001$). Bu bulgular, demografik faktörlerin ebeveynlik stilleri üzerindeki etkilerini ve çocukların duygusal gelişimlerini anlamada önemli ipuçları sunmaktadır.

Tablo 4.5. Demografik özelliklerin ÇESDÖ'ye göre karşılaştırılması

Faktörler	Kapsamlı Olumlu Ebeveynlik	Kapsamlı Olumsuz Ebeveynlik
Hastanın cinsiyeti		
Kız	66,0 (15,0)	37.0 (16.0)
Erkek	65,0 (17,0)	37.0 (16.0)
p-değeri	0,021¹	0.773 ¹
Hasta yaşı		
9 yaş ve altı	66,0 (16,0)	39.0 (16.0)
9 yaş üstü	64,0 (16,0)	33.0 (12.0)
p-değeri	0,069 ¹	<0.001¹
Ebeveynin cinsiyeti		
Kadın	68,0 (14,5)	39.0 (16.0)
Erkek	61,5 (18,0)	33.5 (12.0)
p-değeri	<0,001¹	<0.001¹
Ebeveyn yas kategorik		
35 yaş üstü	62,0 (16,0)	35.0 (15.0)
35 yaş ve altı	70,0 (13,0)	39.0 (17.0)
p-değeri	<0,001¹	0.015¹
Ebeveynin kaç çocuğu var?		
3	61,0 (17,0)	37.0 (14.8)
2	70,0 (12,0)	36.0 (16.2)
4	56,0 (10,5)	37.0 (16.5)
5	66,0 (17,5)	42.0 (13.5)
1	68,5 (10,5)	38.5 (9.8)
6	74,0 (0,0)	36.0 (0.0)
p-değeri	<0,001²	0.580 ²
Hasta ebeveynin kaçınıcı çocuğu?		
2	64,0 (15,8)	37.0 (15.8)
1	71,0 (13,0)	37.0 (17.0)
3	59,0 (14,0)	36.0 (14.5)
4	59,0 (14,0)	38.0 (19.0)
5	67,0 (17,8)	37.0 (6.2)
p-değeri	<0,001²	0.815 ²
Ebeveynin eğitim düzeyi		
İlkokul	63,0 (16,0)	41.0 (12.5)
Lise	67,0 (14,0)	37.0 (15.0)
Ortaokul	58,0 (15,0)	38.0 (15.0)
Lisans	72,0 (9,0)	29.0 (13.0)
Yüksek lisans	65,0 (13,5)	35.0 (4.5)
p-değeri	<0,001²	<0.001²

Medyan (IKR), ¹Mann-Whitney U testi, ²Kruskal Wallis testi

4.6. Demografik Özelliklerin ÇESDÖ'nün Alt Başlıklarına Göre Karşılaştırılması

Kız ve erkek çocuklar arasında proaktif ebeveynlik ve destekleyici yaklaşım puanları bakımından istatistiksel açıdan önemli bir fark kaydedilmedi ($p = 0,279$). Ancak, kız çocuklarının olumlu pekiştirme puanları, erkek çocuklara göre daha dar bir IKA aralığına sahip olup, bu fark istatistiksel açıdan önemlidir ($p = 0,007$). Samimi ilişki açısından da kız çocukları, erkek çocuklara kıyasla önemli derecelerde daha yüksek puanlar aldı ($p = 0,014$). Buna karşın, erkek çocukların düşmanlık puanları kız çocuklarına kıyasla önemli derecelerde daha yüksektir ($p = 0,025$). Erkek çocuklar düşük kontrol alt başlığında ise kız çocuklarından anlamlı derecelerde daha düşük puanlar aldı ($p=0,024$). Fiziksel kontrol alt başlığında, medyanlar eşit olmasına rağmen erkek çocukların puanlarının dağılımı daha geniştir (IKA daha yüksek), bu durum ise anlamlı bir farklılığa sebebiyet verdi ($p<0,001$).

9 yaş ve altındaki çocuklar ile 9 yaş üstü çocuklar arasında proaktif ebeveynlik ($p=0,082$) ve olumlu pekiştirme ($p = 0,144$) puanlarında anlamlı bir fark bulunmadı. Ancak, samimi ilişki açısından 9 yaş ve altındaki çocuklar anlamlı derecelerde daha yüksek puana sahip oldu ($p<0,001$). Destekleyici yaklaşımda yaş grupları arasında önemli bir fark kaydedilmedi ($p = 0,873$). Buna karşın, düşmanlık ($p<0,001$) ve düşük kontrol ($p<0,001$) puanları 9 yaş ve altındaki çocuklarda anlamlı derecede daha yüksektir. Fiziksel kontrol alt başlığında, medyanlar eşit olmasına rağmen 9 yaş ve altı çocukların puanlarının dağılımı daha geniştir (IKA daha yüksek), bu durum ise anlamlı bir farklılığa sebebiyet verdi ($p = 0,024$).

Kadın ebeveynlerin proaktif ebeveynlik ($p<0,001$), olumlu pekiştirme ($p<0,001$), samimi ilişki ($p<0,001$) ve destekleyici yaklaşım ($p<0,001$) puanları, erkek ebeveynlere göre anlamlı derecelerde daha yüksektir. Düşmanlık alt başlığında ise ebeveynlerin

cinsiyetleri kıyaslandığında anlamlı bir fark kaydedilmedi ($p = 0,079$). Düşük kontrol puanlarında kadın ebeveynler önemli derecelerde daha yüksek puan aldı ($p<0,001$). Fiziksel kontrol alt başlığında, medyanlar eşit olmasına rağmen kadın ebeveynlerin puanlarının dağılımı daha geniştir (IKA daha yüksek), bu durum ise anlamlı bir farklılığa sebebiyet verdi ($p<0,001$).

35 yaş ve altı ebeveynlerin proaktif ebeveynlik ($p<0,001$), olumlu pekiştirme ($p<0,001$), samimi ilişki ($p<0,001$) ve destekleyici yaklaşım ($p<0,001$) puanları, 35 yaş üstü ebeveynlerden anlamlı derecelerde daha yüksek kaydedildi. Ancak, düşmanlık alt başlığında ebeveyn yaşı açısından önemli bir farklılık kaydedildi ($p = 0,457$). Düşük kontrol puanlarında ise 35 yaş ve altı ebeveynler önemli seviyelerde daha yüksek puan aldı ($p = 0,005$). Fiziksel kontrol açısından ebeveyn yaşı ile ilgili anlamlı bir fark kaydedildi ($p = 0,115$).

İki çocuğa sahip ebeveynlerin proaktif ebeveynlik ($p<0,001$) puanları daha yüksek iken, olumlu pekiştirme ($p<0,001$), samimi ilişki ($p<0,001$) puanları 6 tane çocuğu olanlarda, destekleyici yaklaşım ($p<0,001$) puanları ise tek çocuğu olanlarda diğer gruplarla kıyaslandığında anlamlı derecede daha yüksek kaydedildi. Ancak, düşmanlık ($p = 0,062$) ve düşük kontrol ($p = 0,082$) puanlarında çocuk sayısı açısından anlamlı bir fark bulunamadı. Fiziksel kontrol puanı ise 4 çocuğu olanlarda anlamlı miktarda daha fazlaydı ($p<0,001$).

İlk çocukların proaktif ebeveynlik ($p<0,001$), samimi ilişki ($p<0,001$) ve destekleyici yaklaşım ($p<0,001$) puanları diğer çocuklardan anlamlı derecelerde daha yüksek kaydedildi. Olumlu pekiştirme ise beşinci Çocukta daha yüksek bulundu ($p<0,001$). Ancak, düşmanlık ($p = 0,397$), düşük kontrol ($p = 0,083$) ve fiziksel kontrol ($p = 0,213$) puanlarında çocuğun ailedeki sırasına göre anlamlı bir fark bulunmadı.

Lisans mezunu ebeveynlerin proaktif ebeveynlik ($p<0,001$), olumlu pekiştirme ($p<0,001$), samimi ilişki ($p<0,001$) ve destekleyici yaklaşım ($p<0,001$) puanları diğer eğitim düzeylerine sahip ebeveynlerden anlamlı derecede daha yüksek kaydedildi. Fakat, ilkokul mezunu ebeveynlerin düşmanlık ($p<0,001$), düşük kontrol ($p = 0,002$), ortaokul mezunu bireylerin ise fiziksel kontrol ($p<0,001$) puanları diğer gruplardan daha yüksek hesaplandı. Tablo 4.6'da sunulan sonuçlar, demografik özelliklerin ebeveynlik stillerinin alt başlıkları üzerinde nasıl bir etkisi olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.6. Demografik özelliklerin ÇESDÖ'nün alt başlıklarına göre karşılaştırılması

Faktörler	Proaktif Ebeveynlik	Olumlu Pekiştirme	Samimi İlişki	Destekleyici Yaklaşım	Düşmanlık	Düşük Kontrol	Fiziksel Kontrol
Hastanın cinsiyeti							
Kız	25,5 (6,0)	16,0 (4,0)	12,0 (4,0)	12,0 (4,0)	15,0 (9,0)	15,5 (10,0)	4,0 (3,0)
Erkek	25,0 (6,0)	16,0 (5,0)	11,0 (3,0)	12,0 (4,0)	17,0 (8,0)	14,0 (11,0)	4,0 (4,0)
p-değeri	0,279 ¹	0,007 ¹	0,014 ¹	0,051 ¹	0,025 ¹	0,024 ¹	<0,001 ¹
Hasta yaşı							
9 yaş ve altı	25,0 (6,0)	16,0 (4,0)	12,0 (4,0)	12,0 (4,0)	17,0 (8,0)	16,0 (11,0)	4,0 (4,0)
9 yaş üstü	25,0 (5,0)	16,0 (4,0)	11,0 (4,0)	12,0 (4,0)	15,0 (8,0)	12,0 (7,8)	4,0 (3,0)
p-değeri	0,082 ¹	0,144 ¹	<0,001 ¹	0,873 ¹	<0,001 ¹	<0,001 ¹	0,024 ¹
Ebeveynin cinsiyeti							
Kadın	26,0 (5,0)	16,5 (5,0)	12,0 (3,0)	12,0 (4,0)	16,0 (8,0)	17,0 (10,0)	4,0 (4,0)
Erkek	24,0 (6,0)	16,0 (4,0)	10,0 (3,0)	11,0 (4,0)	16,0 (7,0)	11,0 (8,0)	4,0 (1,8)
p-değeri	<0,001 ¹	<0,001 ¹	<0,001 ¹	<0,001 ¹	0,079 ¹	<0,001 ¹	<0,001 ¹
Ebeveyn yaşı							
35 yaş ve altı	24,0 (6,0)	16,0 (5,0)	11,0 (4,0)	12,0 (4,0)	16,0 (8,0)	14,0 (10,0)	4,0 (4,0)
35 yaş üstü	27,0 (5,0)	17,0 (4,0)	13,0 (3,0)	13,0 (3,0)	16,0 (8,0)	17,0 (10,0)	4,0 (4,0)
p-değeri	<0,001 ¹	<0,001 ¹	<0,001 ¹	<0,001 ¹	0,457 ¹	0,005 ¹	0,115 ¹

Tablo 4.6. devamı

Faktörler	Proaktif Ebeveynlik	Olumlu Pekleştirme	Samimi İlişki	Destekleyici Yaklaşım	Düşmanlık	Düşük Kontrol	Fiziksel Kontrol
Ebeveynin kaç çocuğu var?							
1	26,0 (3,2)	16,0 (4,2)	13,0 (3,2)	13,5 (2,2)	16,0 (8,2)	18,0 (6,2)	4,0 (1,5)
2	27,0 (4,2)	17,0 (4,0)	13,0 (3,0)	13,0 (3,0)	15,0 (8,0)	15,0 (10,0)	4,0 (2,0)
3	24,0 (6,0)	16,0 (5,0)	11,0 (4,0)	11,0 (4,0)	17,0 (8,0)	13,0 (10,0)	4,0 (4,0)
4	22,0 (3,5)	14,0 (3,0)	10,0 (2,0)	10,0 (3,0)	17,0 (7,0)	15,0 (8,5)	5,0 (4,0)
5	24,0 (4,0)	16,0 (6,5)	12,0 (2,0)	12,0 (5,0)	20,0 (9,0)	18,0 (5,5)	4,0 (2,0)
6	26,0 (0,0)	20,0 (0,0)	15,0 (0,0)	13,0 (0,0)	14,0 (0,0)	18,0 (0,0)	4,0 (0,0)
p-değeri	<0,001 ²	<0,001 ²	<0,001 ²	<0,001 ²	0,062 ²	0,082 ²	<0,001 ²
Hasta ebeveynin kaçınıcı çocuğu?							
1	27,0 (4,0)	17,0 (4,0)	13,0 (3,0)	13,0 (3,0)	15,0 (9,0)	15,0 (9,0)	4,0 (3,0)
2	25,0 (6,0)	16,0 (4,0)	12,0 (3,0)	12,0 (3,0)	16,0 (8,0)	14,0 (10,0)	4,0 (4,0)
3	23,0 (5,0)	15,0 (4,0)	10,0 (3,0)	11,0 (4,0)	17,0 (8,0)	12,0 (9,0)	4,0 (4,0)
4	22,0 (4,0)	14,0 (3,0)	10,0 (3,0)	11,0 (5,0)	17,0 (8,0)	18,0 (11,0)	4,0 (4,0)
5	24,5 (5,2)	18,0 (5,0)	12,0 (1,8)	10,5 (3,8)	17,5 (8,8)	16,5 (5,0)	4,0 (1,0)
p-değeri	<0,001 ²	<0,001 ²	<0,001 ²	<0,001 ²	0,397 ²	0,083 ²	0,213 ²
Ebeveynin eğitim düzeyi							
İlkokul	24,0 (4,0)	16,0 (7,0)	12,0 (2,5)	12,0 (4,5)	19,0 (8,0)	16,0 (7,0)	4,0 (4,0)
Ortaokul	23,0 (5,0)	14,0 (4,0)	10,0 (3,0)	10,0 (3,0)	18,0 (7,0)	14,0 (11,0)	6,0 (4,0)
Lise	26,0 (6,0)	16,0 (4,0)	12,0 (4,0)	12,0 (4,0)	16,0 (8,0)	16,0 (10,0)	4,0 (3,0)
Lisans	28,0 (3,0)	18,0 (4,0)	13,0 (2,0)	13,0 (3,0)	12,0 (7,0)	11,0 (7,0)	4,0 (0,0)
Yüksek lisans	26,0 (4,0)	17,0 (5,5)	11,0 (2,5)	13,0 (2,5)	17,0 (5,0)	11,0 (5,5)	4,0 (0,0)
p-değeri	<0,001 ²	<0,001 ²	<0,001 ²	<0,001 ²	<0,001 ²	0,002 ²	<0,001 ²

Medyan (IKR), ¹Mann-Whitney U testi, ²Kruskal Wallis testi

4.7. Ağız Sağlığı Anket Sorularının ÇESDÖ'ye Göre Karşılaştırılması

Tablo 4.7, ağız sağlığı anket sorularının ÇESDÖ'ye göre karşılaştırılmasını içermektedir. Diş fırçalama durumu incelendiğinde, düzenli diş fırçalamayan çocukların

kapsamlı olumlu ebeveynlik skorları, düzenli diş fırçalayan çocuklara kıyasla anlamlı derecelerde düşük kaydedildi ($p<0,001$). Benzer şekilde, kapsamlı olumsuz ebeveynlik skorları da düzenli diş fırçalamayan çocuklarda daha yüksek kaydedildi ($p<0,001$). Çocuğun günde kaç kez dişlerini fırçaladığına göre yapılan değerlendirmede, günde üç kez dişlerini fırçalayan çocukların kapsamlı olumlu ebeveynlik skorları, günde bir kez dişlerini fırçalayan çocuklarla kıyaslandığında önemli derecelerde yüksek kaydedildi ($p<0,001$). Aynı şekilde, kapsamlı olumsuz ebeveynlik skorları da günde üç kez dişlerini fırçalayan çocuklarda daha düşük kaydedildi ($p<0,001$).

Gece yatmadan önce dişlerini fırçalama durumu incelendiğinde, gece yatmadan önce dişlerini fırçalamayan çocukların kapsamlı olumlu ebeveynlik skorları, dişlerini fırçalayan çocuklara kıyasla anlamlı derecelerde düşük kaydedildi ($p<0,001$). Kapsamlı olumsuz ebeveynlik skorları ise dişlerini gece yatmadan önce fırçalamayan çocuklarda daha yüksek kaydedildi ($p<0,001$). Çocuğun kullandığı diş macunu türüne göre yapılan değerlendirmede, yaşına uygun çocuk diş macunu kullanan çocukların kapsamlı olumlu ebeveynlik skorları, evde ortak kullanılan yetişkin macunu kullanan çocuklara kıyasla anlamlı derecelerde yüksek hesaplandı ($p<0,001$). Ancak, kapsamlı olumsuz ebeveynlik skorlarında diş macunu türüne göre anlamlı bir farklılık kaydedilmedi ($p=0,371$).

Çocuğun öğün aralarında atıştırmalık tüketme durumu incelendiğinde, sık sık atıştırmalık tüketen çocukların kapsamlı olumlu ebeveynlik skorları, atıştırmalık tüketmeyen çocuklara kıyasla önemli derecelerde düşük bulundu ($p<0,001$). Kapsamlı olumsuz ebeveynlik skorları da benzer şekilde sık sık atıştırmalık tüketen çocuklarda daha yüksek kaydedildi ($p<0,001$). Çocuğun yemek yeme hızına göre yapılan değerlendirmede, yavaş yemek yiyen çocukların kapsamlı olumlu ebeveynlik skorları, normal hızda yemek yiyen çocuklara kıyasla anlamlı derecede düşük kaydedildi

($p=0,042$). Kapsamlı olumsuz ebeveynlik skorları ise yavaş yemek yiyen çocuklarda daha yüksek kaydedildi ($p<0,001$).

Çocuğun günlük şeker ve çikolata tüketim sıklığına göre yapılan değerlendirmede, günde üç kez veya bunun üzerinde şeker ve çikolata tüketen çocukların kapsamlı olumlu ebeveynlik skorları, günde bir kez tüketen çocuklardan anlamlı derecede düşük kaydedildi ($p<0,001$). Benzer şekilde, kapsamlı olumsuz ebeveynlik skorları da günde üç kez veya bunun üzerinde şeker ve çikolata tüketen çocuklarda daha yüksek kaydedildi ($p<0,001$). Bu bulgular, çocukların ağız sağlığı alışkanlıklarının ve beslenme alışkanlıklarının ebeveynlik stilleri ve çocukların duygusal durumları üzerindeki etkilerini anlamada önemli ipuçları sunmaktadır.

Tablo 4.7. Ağız sağlığı anket sorularının ÇESDÖ'ye göre karşılaştırılması

Faktörler	Kapsamlı Olumlu Ebeveynlik	Kapsamlı Olumsuz Ebeveynlik
Fırçalama durumu		
Hayır, fırçalamaz	58,0 (19,0)	43,0 (13,5)
Evet, fırçalar	69,0 (12,0)	31,0 (13,0)
Bazen fırçalar	61,0 (16,0)	39,0 (13,0)
p-değeri	<0,001²	<0,001²
Çocuğunuz günde kaç kez dişlerini fırçalar		
1 kez	61,0 (18,0)	41,0 (13,0)
2 kez	66,0 (14,0)	34,0 (14,5)
3 kez	73,0 (9,0)	27,0 (8,0)
p-değeri	<0,001²	<0,001²
Çocuğunuz gece yatmadan önce dişlerini fırçalar mı		
Hayır, fırçalamaz	59,0 (18,0)	41,5 (13,0)
Evet, fırçalar	68,0 (14,0)	33,0 (14,5)
p-değeri	<0,001¹	<0,001¹
Çocuğun kullandığı diş macunu		
Yaşına uygun çocuk diş macunu	68,0 (14,0)	36,0 (17,0)
Evde ortak kullanılan yetişkin macunu	58,0 (17,0)	37,0 (14,0)
p-değeri	<0,001¹	0,371 ¹

Tablo 4.7. devamı

Faktörler	Kapsamlı Olumlu Ebeveynlik	Kapsamlı Olumsuz Ebeveynlik
Çocuğunuz öğün araları atıştırma/tükettirmiş mi		
Evet	62,5 (17,0)	39,0 (14,0)
Bazen	67,0 (14,0)	31,0 (13,5)
Hayır	72,5 (7,0)	31,5 (10,8)
p-değeri	<0,001²	<0,001²
Çocuğunuzun yemek yeme hızı nasıldır		
Normal	65,0 (16,0)	35,0 (16,0)
Yavaş	62,0 (17,0)	40,0 (13,5)
Hızlı	67,5 (12,0)	32,0 (12,8)
p-değeri	0,042²	<0,001²
Çocuğunuz günde kaç kez şeker, çikolata vb. tüketir		
1 kez	72,0 (10,0)	29,0 (12,0)
2 kez	64,0 (15,2)	35,0 (14,0)
3 kez veya daha fazla	62,0 (18,0)	42,0 (14,2)
p-değeri	<0,001²	<0,001²
Medyan (IKR), ¹ Mann-Whitney U testi, ² Kruskal Wallis testi		

4.8. Ağız Sağlığı Anket Sorularının ÇESDÖ'nün Alt Başlıklarına Göre Karşılaştırılması

Tablo 4.8, ağız sağlığı anket sorularının çok boyutlu ebeveynlik stillerinin alt başlıklarına göre karşılaştırılmasını içermektedir. Proaktif Ebeveynlik kapsamında, düzenli şekilde diş fırçalama alışkanlığı olan çocukların ebeveynlerinden daha yüksek puanlar elde edildi ($p<0,001$). Günde üç kez dişlerini fırçalayan çocukların ebeveynleri de bu kategoriye yüksek puanla girmekte, bu da ebeveynlerin çocuklarının ağız sağlığına proaktif yaklaştığını göstermektedir ($p<0,001$). Gece yatmadan önce dişlerini fırçalayan çocukların ebeveynlerinin de benzer şekilde yüksek puanlar aldığı gözlemlendi ($p<0,001$). Çocuk diş macunu kullananların ebeveynleri de yüksek proaktif ebeveynlik

puanlarına sahipken ($p<0,001$), sık sık atıştırmalık tüketen çocukların ebeveynlerinden daha düşük puanlar elde edildi ($p<0,001$). Yavaş yemek yiyen çocukların ebeveynleri daha düşük puanlarla ilişkilendirilirken ($p<0,001$), günde üç kez veya bunun üzerinde şeker tüketen çocukların ebeveynleri de düşük proaktif ebeveynlik puanlarına sahip oldu ($p<0,001$).

Olumlu Pekiştirme açısından, düzenli diş fırçalayan çocukların ebeveynlerinden daha yüksek puanlar elde edildi ve bu durum olumlu geri bildirimlerin çocukların ağız sağlığına olan etkisini yansıttı ($p<0,001$). Günde üç kez dişlerini fırçalayan çocukların ebeveynleri, çocuklarına daha sık olumlu geri bildirimler verdiği için yüksek puanlar aldı ($p<0,001$). Gece yatmadan önce dişlerini fırçalayan çocukların ebeveynleri de olumlu pekiştirme konusunda yüksek puanlar aldı ($p<0,001$). Çocuk diş macunu kullananların ebeveynleri yine daha yüksek puanlar alırken ($p<0,001$), sık sık atıştırmalık tüketen çocukların ebeveynlerinden olumlu pekiştirme açısından daha düşük puanlar elde edildi ($p<0,001$). Yavaş yemek yiyen çocukların ebeveynlerinden daha düşük olumlu pekiştirme puanları elde edildi ($p<0,001$). Günde üç kez veya bunun üzerinde şeker tüketen çocukların ebeveynleri de düşük puanlarla ilişkilendirildi ($p<0,001$).

Samimi İlişki boyutunda, düzenli diş fırçalayan çocukların ebeveynlerinden daha yüksek puanlar elde edildi ($p<0,001$). Günde üç kez dişlerini fırçalayan çocukların ebeveynleri de daha yüksek samimi ilişki puanlarına sahipken ($p<0,001$), gece yatmadan önce dişlerini fırçalayan çocukların ebeveynlerinin de samimi ilişki puanları anlamlı derecelerde yüksek bulundu ($p<0,001$). Çocuk diş macunu kullananların ebeveynleri de bu alt başlıkta daha yüksek skorlar alırken ($p<0,001$), sık sık atıştırmalık tüketen çocukların ebeveynlerinin puanları düşük bulundu ($p<0,001$). Yavaş yemek yiyen çocukların ebeveynleri daha düşük puanlara sahip oldu ($p<0,001$) ve şeker tüketim sıklığı

yüksek olan çocukların ebeveynlerinin samimi ilişki puanları da düşük bulundu ($p<0.001$).

Destekleyici Yaklaşım alt başlığı altında, düzenli diş fırçalayan çocukların ebeveynlerinden daha yüksek puanlar elde edildi ($p<0.001$). Günde üç kez dişlerini fırçalayan çocukların ebeveynleri de diğer gruplara kıyasla önemli derecelerde daha yüksek puanlar aldı ($p<0.001$), gece yatmadan önce dişlerini fırçalayan çocukların ebeveynlerinin puanları da destekleyici yaklaşım açısından daha yüksek kaydedildi ($p<0.001$). Çocuk diş macunu kullananların ebeveynleri yine yüksek puanlar alırken ($p<0.001$), sık sık atıştırmalık tüketen çocukların ebeveynlerinin puanları daha düşük çıktı ($p<0.001$). Yavaş yemek yiyen çocukların ebeveynlerinin destekleyici yaklaşım puanları da normal hızda yiyen çocukların ebeveynlerine kıyasla daha düşük hesaplandı ($p<0.001$). Günde üç kez veya bunun üzerinde şeker tüketen çocukların ebeveynleri, destekleyici yaklaşım puanlarında düşük skorlar aldı ($p<0.001$).

Düşmanlık boyutunda, düzenli diş fırçalamayan çocukların ebeveynleri daha yüksek düşmanlık puanlarına sahip oldu ($p<0.001$). Günde üç kez dişlerini fırçalayan çocukların ebeveynleri ise daha düşük düşmanlık puanları aldı ($p<0.001$) ve gece yatmadan önce dişlerini fırçalamayan çocukların ebeveynlerinin düşmanlık puanları daha yüksek çıktı ($p<0.001$). Yetişkin diş macunu kullanan çocukların ebeveynleri daha yüksek düşmanlık puanlarına sahipken ($p<0.001$), sık sık atıştırmalık tüketen çocukların ebeveynlerinin de düşmanlık puanları yüksek bulundu ($p<0.001$). Yavaş yemek yiyen çocukların ebeveynlerinin düşmanlık puanları daha yüksek çıkarken ($p<0.001$), şeker tüketimi fazla olan çocukların ebeveynleri de yüksek düşmanlık puanlarına sahip oldu ($p<0.001$).

Düşük Kontrol başlığı altında, düzenli diş fırçalamayan çocukların ebeveynlerinin daha yüksek düşük kontrol puanlarına sahip olduğu belirlendi ($p<0,001$). Günde üç kez dişlerini fırçalayan çocukların ebeveynleri daha düşük kontrol puanları alırken ($p<0,001$), gece yatmadan önce dişlerini fırçalamayan çocukların ebeveynlerinin düşük kontrol puanları daha yüksek kaydedildi ($p<0,001$). Yetişkin diş macunu kullanan çocukların ebeveynleri de daha yüksek düşük kontrol puanlarına sahipken ($p<0,001$), sık sık atıştırmalık tüketen çocukların ebeveynlerinin de düşük kontrol puanları yüksek çıktı ($p<0,001$). Yavaş yemek yiyen çocukların ebeveynlerinden daha yüksek düşük kontrol puanları elde edildi ($p<0,001$) ve şeker tüketim sıklığı fazla olan çocukların ebeveynleri de yüksek düşük kontrol puanlarına sahip oldu ($p<0,001$).

Son olarak, Fiziksel Kontrol başlığı altında düzenli diş fırçalamayan çocukların ebeveynlerinin daha yüksek fiziksel kontrol puanlarına sahip olduğu gözlemlendi ($p<0,001$). Günde üç kez dişlerini fırçalayan çocukların ebeveynleri daha düşük fiziksel kontrol puanları aldı ($p<0,001$), gece yatmadan önce dişlerini fırçalamayan çocukların ebeveynlerinin ise fiziksel kontrol puanları daha yüksek kaydedildi ($p<0,001$). Yetişkin diş macunu kullanan çocukların ebeveynleri daha yüksek fiziksel kontrol puanlarına sahipken ($p<0,001$), sık sık atıştırmalık tüketen çocukların ebeveynlerinin puanları da fiziksel kontrol açısından daha yüksek şekilde hesaplandı ($p<0,001$). Yavaş yemek yiyen çocukların ebeveynlerinin fiziksel kontrol puanları daha yüksek çıktı ($p<0,001$) ve günde üç kez veya bunun üzerinde şeker tüketen çocukların ebeveynlerinin de fiziksel kontrol puanları yüksek bulundu ($p<0,001$).

Tablo 4.8. Ağız sağlığı anket sorularının ÇESDÖ'nün alt başlıklarına göre karşılaştırılması

Faktörler	Proaktif Ebeveynlik	Olumlu Pekiştirme	Samimi İlişki	Destekleyici Yaklaşım	Düşmanlık	Düşük Kontrol	Fiziksel Kontrol
Fırçalama durumu							
Hayır,	22,0 (7,0)	14,0 (5,0)	10,0 (3,0)	10,0 (4,0)	19,0 (5,0)	17,0 (10,0)	8,0 (4,0)
fırçalamaz							
Evet, fırçalar	27,0 (5,0)	17,0 (3,0)	12,0 (3,0)	13,0 (2,5)	13,0 (6,0)	12,0 (9,0)	4,0 (0,0)
Bazen fırçalar	24,0 (6,0)	15,0 (5,0)	11,0 (3,0)	11,0 (3,0)	18,0 (7,0)	16,0 (10,0)	4,0 (4,0)
p-değeri	<0,001²	<0,001²	<0,001²	<0,001²	<0,001²	<0,001²	<0,001²
Çocuğunuz günde kaç kez dişlerini fırçalar							
1 kez	24,0 (6,0)	15,0 (5,0)	11,0 (4,0)	11,0 (4,0)	19,0 (5,0)	17,0 (9,0)	6,0 (4,0)
2 kez	26,0 (5,0)	16,0 (4,0)	12,0 (3,5)	12,0 (4,0)	14,0 (8,0)	14,0 (10,5)	4,0 (2,0)
3 kez	28,0 (3,0)	18,0 (3,0)	13,0 (3,0)	13,0 (3,0)	12,0 (3,0)	11,0 (3,0)	4,0 (0,0)
p-değeri	<0,001²	<0,001²	<0,001²	<0,001²	<0,001²	<0,001²	<0,001²
Çocuğunuz gece yatmadan önce dişlerini fırçalamı							
Hayır,	23,0 (6,0)	15,0 (5,0)	11,0 (4,0)	10,5 (4,0)	19,0 (6,0)	17,0 (10,0)	7,0 (4,0)
fırçalamaz							
Evet, fırçalar	26,0 (5,0)	17,0 (3,0)	12,0 (4,0)	12,0 (3,0)	14,0 (7,0)	13,0 (8,5)	4,0 (1,0)
p-değeri	<0,001¹	<0,001¹	<0,001¹	<0,001¹	<0,001¹	<0,001¹	<0,001¹
Çocuğun kullandığı diş macunu							
Yaşına uygun	26,0 (5,0)	17,0 (4,0)	12,0 (3,0)	12,0 (3,0)	15,0 (9,0)	15,0 (10,0)	4,0 (3,0)
çocuk diş macunu							
Evde ortak	23,0 (5,0)	14,0 (4,0)	10,0 (3,0)	10,0 (4,0)	18,0 (7,0)	13,0 (9,0)	5,0 (4,0)
kullanılan yetişkin macunu							
p-değeri	<0,001¹	<0,001¹	<0,001¹	<0,001¹	0,003¹	0,017¹	<0,001¹
Çocuğunuz öğün araları atırtırmalıklar tüketir mi							
Evet	24,0 (5,2)	16,0 (4,0)	11,0 (3,2)	12,0 (3,0)	18,0 (7,0)	16,0 (10,0)	4,0 (4,0)
Bazen	26,0 (5,0)	16,0 (4,0)	12,0 (4,0)	12,0 (3,0)	13,0 (6,5)	11,0 (9,0)	4,0 (0,0)
Hayır	28,0 (6,0)	18,0 (3,0)	13,0 (2,8)	13,0 (3,0)	13,0 (7,8)	11,0 (5,8)	4,0 (0,0)
p-değeri	<0,001²	0,033²	<0,001²	<0,001²	<0,001²	<0,001²	<0,001²

Tablo 4.8. devamı

Faktörler	Proaktif Ebeveynlik	Olumlu Pekiştirme	Samimi İlişki	Destekleyici Yaklaşım	Düşmanlık	Düşük Kontrol	Fiziksel Kontrol
Çocuğunuzun yemek yeme hızı nasıldır							
Normal	25,0 (6,0)	16,0 (4,0)	12,0 (3,0)	12,0 (4,0)	15,0 (8,0)	13,0 (10,0)	4,0 (3,0)
Yavaş	24,0 (6,0)	16,0 (4,0)	12,0 (4,5)	11,0 (4,0)	18,0 (7,0)	17,0 (10,0)	5,0 (4,0)
Hızlı	27,0 (4,0)	17,0 (3,0)	12,0 (3,5)	12,0 (3,8)	14,0 (7,8)	12,5 (7,8)	4,0 (3,0)
p-değeri	<0,001 ²	0,077 ²	0,296 ²	0,342 ²	<0,001 ²	<0,001 ²	0,002 ²
Çocuğunuz günde kaç kez şeker, çikolata vb. tüketir							
1 kez	27,0 (5,0)	18,0 (4,0)	13,0 (4,0)	13,0 (3,0)	13,0 (7,0)	11,0 (7,0)	4,0 (0,0)
2 kez	25,0 (5,0)	16,0 (4,2)	11,0 (3,0)	12,0 (3,0)	15,0 (7,0)	14,0 (10,0)	4,0 (2,0)
3 kez veya daha fazla	24,0 (7,0)	16,0 (4,0)	11,0 (4,0)	11,0 (4,0)	19,0 (7,0)	17,0 (10,0)	6,0 (4,0)
p-değeri	<0,001 ²	<0,001 ²	<0,001 ²	<0,001 ²	<0,001 ²	<0,001 ²	<0,001 ²

Medyan (IKR), ¹Mann-Whitney U testi, ²Kruskal Wallis testi

4.9. Demografik Özelliklerin Anksiyete Ölçeklerine Göre Karşılaştırılması

Tablo 4.9, demografik özelliklerin anksiyete ölçeklerine göre karşılaştırılmasını içermektedir. Cinsiyete göre yapılan değerlendirmede, kız ve erkek çocukların MÇDAS-y ve dental anksiyete anketi skorları arasında önemli bir farklılık kaydedilmedi ($p=0,817$ ve $p=0,957$). Yaş aralığına göre yapılan değerlendirmede, 9 yaş ve altındaki çocukların MÇDAS-y ve dental anksiyete anketi skorları, 9 yaş üstü çocuklara göre anlamlı derecelerde yüksek bulundu ($p<0,001$).

Ebeveynin cinsiyetine göre yapılan değerlendirmede, diş hekimine getiren ebeveyn açısından kadın ebeveynlere sahip çocukların MÇDAS-y skorları erkek ebeveynlere kıyasla önemli derecelerde yüksek kaydedildi ($p=0,043$). Ancak dental anksiyete anketi skorları arasında önemli bir farklılık hesaplanmadı ($p=0,08$). Ebeveyn yaşı açısından, 35 yaş ve altı ebeveynlere sahip çocukların MÇDAS-y ve dental anksiyete

anketi skorları, 35 yaş üstü ebeveynlere kıyasla anlamlı derecelerde yüksek kaydedildi ($p=0,002$ ve $p=0,007$).

Ebeveynin çocuk sayısı açısından yapılan değerlendirmede, çocuk sayısına göre MÇDAS-y ve dental anksiyete anketi skorları arasında anlamlı farklar gözlenmedi ($p=0,161$ ve $p=0,377$). Çocuğun ailedeki sıralamasına göre yapılan değerlendirmede, MÇDAS-y ve dental anksiyete anketi skorları arasında anlamlı farklar bulunmadı ($p=0,171$ ve $p=0,434$). Ebeveynin eğitim düzeyi açısından yapılan değerlendirmede ise, ilkokul mezunu ebeveynlere sahip çocukların MÇDAS-y ve dental anksiyete anketi skorları, lisans mezunu ebeveynlere sahip olanlardan önemli derecelerde yüksek kaydedildi ($p=0,014$ ve $p<0,001$).

Bu bulgular, demografik faktörlerin çocukların dental anksiyete seviyeleri üzerinde belirgin derecede etkili olduğunu göstermektedir. Özellikle yaş, ebeveyn cinsiyeti, ebeveyn yaşı ve ebeveyn eğitim seviyeleri gibi faktörler çocukların dental anksiyete düzeylerini etkileyen önemli değişkenlerdir.

Tablo 4.9. Demografik özelliklerin anksiyete ölçeklerine göre karşılaştırılması

Faktörler	MÇDAS-y	Dental Anksiyete Anketi
Hastanın cinsiyeti		
Kadın	15,0 (11,5)	1,0 (1,0)
Erkek	16,0 (13,0)	1,0 (1,0)
p-değeri	0,817 ¹	0,957 ¹
Hasta yaşı		
9 yaş ve altı	18,0 (11,8)	2,0 (1,0)
9 yaş üstü	12,0 (10,0)	1,0 (1,0)
p-değeri	<0,001 ¹	<0,001 ¹
Ebeveynin cinsiyeti		
Kadın	16,0 (12,0)	2,0 (1,0)
Erkek	14,5 (12,0)	1,0 (1,0)
p-değeri	0,043 ¹	0,080 ¹

Tablo 4.9. devamı

Faktörler	MÇDAS-y	Dental Anksiyete Anketi
Ebeveyn yas kategorik		
35 yaş üstü	15,0 (12,0)	1,0 (1,0)
35 yaş ve altı	18,0 (11,0)	2,0 (1,0)
p-değeri	0,002¹	0,007¹
Ebeveynin kaç çocuğu var?		
3	14,0 (12,8)	1,0 (1,0)
2	16,0 (12,0)	1,0 (1,0)
4	17,0 (10,8)	2,0 (1,5)
5	16,0 (5,0)	2,0 (1,0)
1	18,0 (8,0)	2,0 (1,0)
6	21,0 (0,0)	1,0 (0,0)
p-değeri	0,161 ²	0,377 ²
Hasta ebeveynin kaçınıcı çocuğu?		
2	15,0 (12,0)	1,0 (1,0)
1	16,5 (12,0)	1,0 (1,0)
3	14,0 (12,0)	1,0 (1,0)
4	18,0 (12,0)	2,0 (2,0)
5	15,0 (3,8)	1,0 (0,2)
p-değeri	0,171 ²	0,434 ²
Ebeveynin eğitim düzeyi		
İlkokul	17,0 (9,0)	1,0 (1,0)
Lise	16,0 (12,0)	2,0 (1,0)
Ortaokul	17,0 (13,0)	2,0 (1,0)
Lisans	13,0 (8,0)	1,0 (0,0)
Yüksek lisans	20,0 (6,5)	2,0 (1,0)
p-değeri	0,014²	<0,001²

Medyan (IKR), ¹Mann-Whitney U testi, ²Kruskal Wallis testi

4.10. Ağız Sağlığı Anket Sorularının Anksiyete Ölçeklerine Göre Karşılaştırılması

Tablo 4.10, ağız sağlığı anket sorularının anksiyete ölçeklerine göre karşılaştırılmasını içermektedir. Diş fırçalama durumu incelendiğinde, düzenli diş

fırçalamayan çocukların MÇDAS-y ve dental anksiyete anketi skorları, düzenli diş fırçalayan çocuklara kıyasla anlamlı derecelerde yüksek kaydedildi ($p<0,001$). Çocuğun günde kaç kez dişlerini fırçaladığına göre yapılan değerlendirmede, günde üç kez dişlerini fırçalayan çocukların MÇDAS-y ve dental anksiyete anketi skorları, günde bir kez dişlerini fırçalayan çocuklardan anlamlı derecelerde düşük kaydedildi ($p<0,001$).

Gece yatmadan önce dişlerini fırçalama durumu incelendiğinde, gece yatmadan önce dişlerini fırçalamayan çocukların MÇDAS-y ve dental anksiyete anketi skorları, dişlerini fırçalayan çocuklara kıyasla anlamlı derecelerde yüksek hesaplandı ($p<0,001$). Çocuğun kullandığı diş macunu türüne göre yapılan değerlendirmede, yaşına uygun çocuk diş macunu kullanan çocuklar ile evde ortak kullanılan yetişkin macunu kullanan çocuklar arasında MÇDAS-y ve dental anksiyete anketi skorlarında önemli bir fark kaydedilmedi ($p=0,113$ ve $p=0,323$).

Çocuğun öğün aralarında atıştırmalık tüketme durumu incelendiğinde, sık sık atıştırmalık tüketen çocukların MÇDAS-y ve dental anksiyete anketi skorları, atıştırmalık tüketmeyen çocuklara kıyasla önemli derecede yüksek kaydedildi ($p<0,001$). Çocuğun yemek yeme hızına göre yapılan değerlendirmede, yavaş yemek yiyen çocukların MÇDAS-y ve dental anksiyete anketi skorları, normal hızda yemek yiyen çocuklara kıyasla anlamlı derecelerde yüksek kaydedildi ($p<0,001$).

Çocuğun günlük şeker ve çikolata tüketim sıklığına göre yapılan değerlendirmede, günde üç kez veya bunun üzerinde şeker ve çikolata tüketen çocukların MÇDAS-y ve dental anksiyete anketi skorları, günde bir kez tüketen çocuklara kıyasla anlamlı seviyede yüksek kaydedildi ($p<0,001$). Bu bulgular, çocukların ağız sağlığı alışkanlıklarının ve beslenme alışkanlıklarının anksiyete düzeyleri üzerindeki etkilerini anlamada önemli ipuçları sunmaktadır. Özellikle diş fırçalama disiplini, dişleri gece

yatmadan önce fırçalama ve az şeker tüketimi gibi sağlıklı alışkanlıkların, çocukların dental anksiyete düzeylerini düşürdüğü görülmektedir.

Tablo 4.10. Ağız sağlığı anket sorularının anksiyete ölçeklerine göre karşılaştırılması

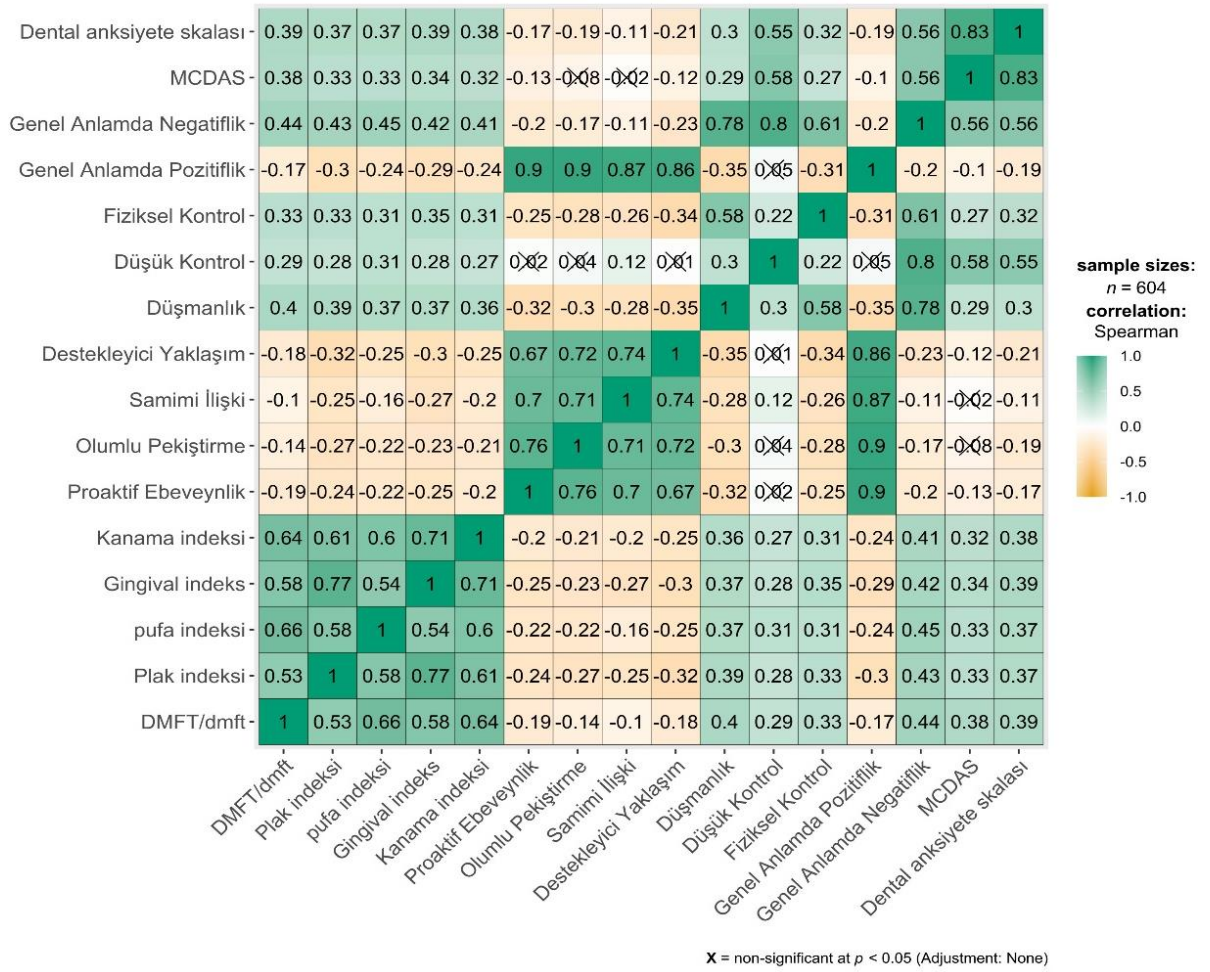
Faktörler	MÇDAS-y	Dental Anksiyete Anketi
Fırçalama durumu		
Hayır, fırçalamaz	20,5 (12,0)	2,0 (2,0)
Evet, fırçalar	14,0 (8,0)	1,0 (1,0)
Bazen fırçalar	19,0 (12,0)	2,0 (1,0)
p-değeri	<0,001 ²	<0,001 ²
Çocuğunuz günde kaç kez dişlerini fırçalar		
1 kez	20,0 (11,2)	2,0 (2,0)
2 kez	14,0 (11,0)	1,0 (1,0)
3 kez	10,0 (7,0)	1,0 (0,0)
p-değeri	<0,001 ²	<0,001 ²
Çocuğunuz gece yatmadan önce dişlerini fırçalar mı		
Hayır, fırçalamaz	20,0 (11,0)	2,0 (2,0)
Evet, fırçalar	14,0 (10,0)	1,0 (1,0)
p-değeri	<0,001 ¹	<0,001 ¹
Çocuğun kullandığı diş macunu		
Yaşına uygun çocuk diş macunu	16,0 (12,0)	1,0 (1,0)
Evde ortak kullanılan yetişkin macunu	14,5 (13,0)	1,0 (1,0)
p-değeri	0,113 ¹	0,323 ¹
Çocuğunuz öğün araları atıştırma malikar tüketir mi		
Evet	18,0 (12,0)	2,0 (1,2)
Bazen	14,0 (8,0)	1,0 (1,0)
Hayır	10,5 (8,2)	1,0 (0,0)
p-değeri	<0,001 ²	<0,001 ²
Çocuğunuzun yemek yeme hızı nasıldır		
Normal	14,0 (11,2)	1,0 (1,0)
Yavaş	20,0 (11,0)	2,0 (2,0)
Hızlı	14,0 (10,0)	1,0 (1,0)
p-değeri	<0,001 ²	<0,001 ²
Çocuğunuz günde kaç kez şeker, çikolata vb. tüketir		
1 kez	12,0 (6,0)	1,0 (0,0)
2 kez	14,0 (11,2)	1,0 (1,0)
3 kez veya daha fazla	21,0 (11,0)	2,0 (2,0)
p-değeri	<0,001 ²	<0,001 ²

Medyan (IKR), ¹Mann-Whitney U testi, ²Kruskal Wallis testi

4.11. Ağız Sağlığı İndeksleri, Anksiyete Skala Sonuçları ve ÇESDÖ Sonuçları Arasındaki Korelasyonun Değerlendirilmesi

Şekil 4.3’de, hastaların dental sağlık ve ebeveynlik tutumları arasındaki ilişkileri göstermek için Spearman Korelasyon analizinden yararlanıldı. DMFT/dmft toplam skoru ile Pİ toplamı ($r=0,53$, $p<0,001$), PUFA/pufa toplamı ($r=0,66$, $p<0,001$), Gİ ($r=0,58$, $p<0,001$) ve Kİ ($r=0,64$, $p<0,001$) arasında pozitif ve orta seviyede güçlü korelasyonlar gözlemlendi. Bu bulgular; yüksek çürük, dolgu ve çekilmiş diş sayısına sahip bireylerin aynı zamanda yüksek Pİ, Gİ ve dişeti kanaması skorlarına sahip olduğunu göstermektedir.

Pİ toplamı ile Gİ ($r=0,77$, $p<0,001$) ve Kİ ($r=0,61$, $p<0,001$) arasında yüksek pozitif korelasyonlar bulundu. Plak birikiminin dişeti sağlığını olumsuz etkilediği ve dişeti kanamasına neden olduğu anlaşılmaktadır. PUFA/pufa toplamı ile Gİ ($r=0,54$, $p<0,001$) ve Kİ ($r=0,61$, $p<0,001$) arasındaki pozitif korelasyonlar, ciddi dental enfeksiyonların dişeti sağlığını olumsuz etkilediğini göstermektedir.



Şekil 4.3. Hastaların dental sağlık ve ebeveynlik tutumları arasındaki korelasyon ilişkisi
Korelasyon matrisinin kutuları: yeşil kutular pozitif-turuncu kutular negatif korelasyon ilişkisini göstermektedir (renk tonları ise korelasyonun gücünü ifade etmektedir). "X" içermeyen kutular anlamlılığı ifade eder ($p < 0,05$); kutulardaki sayılar ise spearman korelasyon katsayılarıdır.

Proaktif ebeveynlik ile DMFT/dmft, Pİ, PUFA/pufa, Gİ ve Kİ arasında negatif korelasyon bulundu. Dental anksiyete anketi ve MÇDAS-y ile proaktif ebeveynlik arasında da negatif ilişkili bir korelasyon ($r = -0,17$, $r = -0,13$, $p < 0,001$) bulundu. Bu durum, ebeveynlerin çocuklarının diş sağlığına yönelik proaktif yaklaşımlarının çocukların dental anksiyetelerini azaltmada ve ağız sağlığı indekslerinin azaltılmasında etkili olabileceğini göstermektedir.

Olumlu pekiştirme ve samimi ilişki ile DMFT/dmft, Pİ, PUFA/pufa, Gİ ve Kİ arasında negatif korelasyon bulundu. Dental anksiyete anketi ile de aralarında negatif bir korelasyon mevcutken, MÇDAS-y ile aralarında önemli bir ilişki kaydedilmedi ($p>0,05$).

Destekleyici yaklaşım ile DMFT/dmft, Pİ, PUFA/pufa, Gİ ve Kİ arasında negatif korelasyon bulundu. Dental anksiyete anketi ve MÇDAS-y ile destekleyici yaklaşım arasında da negatif ilişkili bir korelasyon hesaplandı ($r=-0,21$, $r=-0,12$, $p<0,001$).

Düşmanlık, fiziksel kontrol ve düşük kontrol ile DMFT/dmft, Pİ, PUFA/pufa, Gİ ve Kİ arasında pozitif korelasyon bulundu. Dental anksiyete anketi ve MÇDAS-y ile düşmanlık, fiziksel kontrol ve düşük kontrol arasında da pozitif korelasyon bulundu.

Ebeveynlerin düşmanca tutumları ile kapsamlı olumsuz ebeveynlik ($r=0,78$, $p<0,001$) ve düşük kontrol ile kapsamlı olumsuz ebeveynlik ($r=0,80$, $p<0,001$) arasında güçlü pozitif korelasyonlar gözlemlendi. Bu bulgular, olumsuz ebeveyn tutumlarının çocukların duygusal durumlarını olumsuz etkilediğini göstermektedir.

Kapsamlı olumlu ebeveynlik ile kapsamlı olumsuz ebeveynlik ($r=-0,20$, $p<0,001$) arasında negatif ilişkili bir korelasyon bulundu. Dental anksiyete anketi ile DMFT/dmft toplamı ($r=0,39$, $p<0,001$) ve MÇDAS-y toplamı ile kapsamlı olumsuz ebeveynlik ($r=0,55$, $p<0,001$) arasında pozitif korelasyonlar bulundu. Yüksek dental anksiyetenin, daha yüksek DMFT/dmft skorları ve genel olumsuz duygularla ilişkili olduğu görüldü.

4.12. Diş Çürüğünü Yordayan Faktörlerin Binominal Lojistik Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

Tablo 4.11’da belirtilen binominal lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre, diş çürüğü indeksini (DMFT/dmft) etkileyen önemli faktörler belirlendi. Hasta yaşı, diş çürüğü riskinde önemli bir role sahiptir. Analiz sonuçlarına göre, 9 yaş üzeri çocukların 9 yaş ve altı çocuklara göre diş çürüğü riski anlamlı derecede düşük bulundu (ayarlanmamış

OO = 0,38, %95 CI = 0,267-0,542, $p < 0,001$; ayarlanmış OO = 0,427, %95 CI = 0,251-0,725, $p = 0,002$). Bu, yaşın artmasıyla birlikte diş çürüğü riskinin azaldığını göstermektedir. Ebeveynin eğitim seviyesi de önemli etkenlerden biridir. Ortaokul mezunu ebeveynlere sahip çocukların diş çürüğü riski, ilkokul mezunu ebeveynlere sahip çocuklara kıyasla anlamlı derecelerde yüksek kaydedildi (ayarlanmış OO = 3,501, %95 CI = 1,261-9,718, $p = 0,016$), Lise mezunu ebeveynlere sahip çocukların diş çürüğü riski ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (ayarlanmış OO = 2,241, %95 CI = 0,822-6,108, $p = 0,115$).

Düzenli diş fırçalamayan çocukların diş çürüğü riski, düzenli diş fırçalayan çocuklara kıyasla anlamlı derecelerde yüksek bulundu (ayarlanmış OO = 0,288, %95 CI = 0,122-0,678, $p = 0,004$). Bu sonuç, düzenli diş fırçalamanın diş çürüğünü önleme noktasındaki önemine dikkat çekmektedir. Günlük diş fırçalama sıklığına bakıldığında, günde üç kez dişlerini fırçalayan çocukların diş çürüğü riski, günde bir kez fırçalayan çocuklara göre anlamlı derecede düşük bulunmadı (ayarlanmış OO = 0,613, %95 CI = 0,167-2,246, $p = 0,46$). Bu durum, diş fırçalama sıklığının bir noktaya kadar önemli olduğunu, ancak bu sıklığın artırılmasının ek bir koruma sağlamadığını göstermektedir.

Gece yatmadan önce dişlerini fırçalamayan çocukların diş çürüğü riski, fırçalayan çocuklara kıyasla anlamlı derecelerde yüksek kaydedildi (ayarlanmış OO = 0,262, %95 CI = 0,143-0,481, $p < 0,001$). Bu, gece diş fırçalamanın çürük oluşumunu önlemede kritik bir rol oynadığını göstermektedir. Yaşına uygun çocuk diş macunu kullanan çocukların diş çürüğü riski, evde ortak kullanılan yetişkin macunu kullanan çocuklara kıyasla anlamlı derecede düşük hesaplandı (ayarlanmış OO = 0,791, %95 CI = 0,447-1,4, $p = 0,422$).

Öğün aralarında sık sık atıştırmalık tüketen çocukların diş çürüğü riski, atıştırmalık tüketmeyen çocuklara göre anlamlı derecede yüksek bulunmadı. Hızlı yemek yiyen çocukların diş çürüğü riski, normal hızda yemek yiyen çocuklara kıyasla anlamlı derecelerde düşük kaydedildi (ayarlanmış OO = 0,13, %95 CI = 0,059-0,287, $p < 0,001$). Bu sonuç, yemek yeme hızının diş sağlığı üzerinde etkili olabileceğini göstermektedir. Günde üç kez veya bunun üzerinde şeker ve çikolata tüketen çocukların diş çürüğü riski, günde bir kez tüketen çocuklara göre anlamlı derecede yüksek bulunmadı (ayarlanmış OO = 1,803, %95 CI = 0,801-4,059, $p = 0,154$). Kapsamlı olumsuz ebeveynliğin diş çürüğü üzerinde anlamlı bir etkisi bulundu (ayarlanmış OO = 1,031, %95 CI = 1,004-1,058, $p = 0,022$).

Tablo 4.11. Diş çürüğü indeksini yordayan faktörlerin binominal lojistik regresyon analizi

	OO %95 CI (Ayarlanmamış)	p-değeri	OO %95 CI (Ayarlanmış)	p-değeri
Hasta yaşı				
9 yaş ve altı	1		1	
9 yaş üstü	0,38 (0,267-0,542)	< 0,001	0,427 (0,251-0,725)	0,002
Ebeveyn eğitim düzeyi				
İlkokul	1		1	
Ortaokul	1,618 (0,748-3,499)	0,221	3,501 (1,261-9,718)	0,016
Lise	0,968 (0,457-2,051)	0,933	2,241 (0,822-6,108)	0,115
Lisans	0,429 (0,182-1,013)	0,053	1,866 (0,591-5,89)	0,287
Yüksek lisans	0,231 (0,025-2,155)	0,198	0,535 (0,044-6,444)	0,623
Fırçalama durumu				
Hayır, fırçalamaz	1		1	
Bazen fırçalar	0,405 (0,242-0,676)	< 0,001	0,797 (0,401-1,58)	0,515
Evet, fırçalar	0,056 (0,032-0,097)	< 0,001	0,288 (0,122-0,678)	0,004
Çocuğunuz günde kaç kez dişlerini fırçalar				
1 kez	1		1	
2 kez	0,151 (0,104-0,22)	< 0,001	0,604 (0,337-1,082)	0,09
3 kez	0,041 (0,014-0,118)	< 0,001	0,613 (0,167-2,246)	0,46

Tablo 4.11. devamı

	OO %95 CI (Ayarlanmamış)	p-değeri	OO %95 CI (Ayarlanmış)	p-değeri
Çocuğunuz gece yatmadan önce dişlerini fırçalar mı				
Hayır, fırçalamaz	1		1	
Evet, fırçalar	0,09 (0,061-0,133)	< 0,001	0,262 (0,143-0,481)	< 0,001
Çocuğunuz kullandığı diş macunu				
Yaşına uygun çocuk diş macunu	1		1	
Evde ortak kullanılan yetişkin macunu	1,372 (0,974-1,933)	0,071	0,791 (0,447-1,4)	0,422
Çocuğunuz öğün aralarında atıştırma tüketir mi				
Hayır	1		1	
Bazen	4039060,872 (0-Inf)	0,972	5966791,296 (0-Inf)	0,98
Evet	20177055,589 (0-Inf)	0,969	7625365,727 (0-Inf)	0,98
Çocuğunuzun yemek yeme hızı nasıldır				
Yavaş	1		1	
Normal	0,338 (0,233-0,492)	< 0,001	0,666 (0,408-1,086)	0,103
Hızlı	0,095 (0,052-0,175)	< 0,001	0,13 (0,059-0,287)	< 0,001
Çocuğunuz günde kaç kez şeker, çikolata vb. tüketir				
1 kez	1		1	
2 kez	3,071 (1,756-5,373)	< 0,001	1,21 (0,577-2,536)	0,615
3 kez veya daha fazla	11,364 (6,387-20,22)	< 0,001	1,803 (0,801-4,059)	0,154
Kapsamlı Olumluluk	0,983 (0,965-1,001)	0,065	1,031 (1,004-1,058)	0,022
Kapsamlı Olumsuzluk	1,065 (1,041-1,089)	< 0,001	1,025 (0,997-1,055)	0,085
MÇDAS-y	1,027 (0,981-1,076)	0,253	1,015 (0,959-1,074)	0,608
Dental anksiyete anketi	1,252 (0,9-1,741)	0,181	1,044 (0,69-1,58)	0,837

OO: Odds Oranı, ^ referansı gösterir, (dmft ≤6^ vs dmft >6)

4.13. Plak İndeksini Yordayan Faktörlerin Binominal Lojistik Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

Tablo 4.12’da belirtilen binominal lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre, Pİ ($plak \leq 1$ vs $plak > 1$) yordayan önemli faktörler belirlendi. Hasta yaşı, Pİ riskinde önemli bir role sahiptir. Yapılan analizler sonucunda, 9 yaş üzerindeki çocukların 9 yaş ve altı çocuklara göre Pİ riskinin anlamlı derecede düşük olduğu bulundu (ayarlanmamış OO = 0,695, %95 CI = 0,495-0,976, $p = 0,036$), ancak bu ilişki ayarlandıktan sonra anlamlı bulunmadı (ayarlanmamış OO = 1,062, %95 CI = 0,654-1,725, $p = 0,808$). Bu, yaşı Pİ üzerinde doğrudan etkisi olmadığını göstermektedir.

Ebeveyn eğitim düzeyi de Pİ riskinde önemli bir etkidir. İlkokul mezunu ebeveynlere sahip çocuklar referans alındığında, ortaokul mezunu ebeveynlere sahip çocukların Pİ riski anlamlı bulunmadı (ayarlanmamış OO = 0,71, %95 CI = 0,224-2,25, $p = 0,561$). Benzer şekilde, lise mezunu ebeveynlere sahip çocukların Pİ riski de anlamlı bulunmadı (ayarlanmamış OO = 0,824, %95 CI = 0,26-2,604, $p = 0,741$). Lisans mezunu ebeveynlere sahip çocukların Pİ riski de anlamlı derecede yüksek bulunmadı (ayarlanmamış OO = 1,31, %95 CI = 0,32-4, $p = 0,848$). Yüksek lisans mezunu ebeveynlere sahip çocukların Pİ riski de anlamlı bulunmadı (ayarlanmamış OO = 0,187, %95 CI = 0,021-1,637, $p = 0,13$).

Düzenli diş fırçalamayan çocukların Pİ riski, düzenli diş fırçalayan çocuklara kıyasla anlamlı derecelerde yüksek hesaplandı (ayarlanmamış OO = 0,194, %95 CI = 0,066-0,574, $p = 0,003$). Bu, düzenli diş fırçalamanın plak birikimini önleme noktasındaki önemine dikkat çekmektedir. Günlük diş fırçalama sıklığına bakıldığında, günde üç kez dişlerini fırçalayan çocukların Pİ riski, günde bir kez fırçalayan çocuklara göre anlamlı derecede düşük bulunmadı (ayarlanmamış OO = 0,832, %95 CI = 0,321-2,156, $p = 0,705$).

Gece yatmadan önce dişlerini fırçalamayan çocukların Pİ riski, fırçalayan çocuklara kıyasla anlamlı derecede yüksek kaydedildi (ayarlanmış OO = 0,329, %95 CI = 0,166-0,65, p = 0,001). Bu, gece diş fırçalamanın plak oluşumunu önlemede kritik bir rol oynadığını göstermektedir. Yaşına uygun çocuk diş macunu kullanan çocukların Pİ riski, evde ortak kullanılan yetişkin macunu kullanan çocuklara kıyasla önemli derecede düşük bulunamadı (ayarlanmış OO = 1,048, %95 CI = 0,604-1,818, p = 0,868).

Öğün aralarında sık sık atıştırmalık tüketen çocukların Pİ riski, atıştırmalık tüketmeyen çocuklara göre anlamlı derecede yüksek bulunmadı. Ancak hızlı yemek yiyen çocukların Pİ riski, normal hızda yemek yiyen çocuklara kıyasla anlamlı derecede düşük kaydedildi (ayarlanmış OO = 0,357, %95 CI = 0,186-0,685, p = 0,002). Bu sonuç, yemek yeme hızının plak birikimi üzerinde etkili olabileceğini göstermektedir. Günde üç kez veya bunun üzerinde şeker ve çikolata tüketen çocukların plak indeksi riski, günde bir kez tüketen çocuklara göre anlamlı derecede yüksek bulunmadı (ayarlanmış OO = 2,022, %95 CI = 0,975-4,193, p = 0,058). Kapsamlı olumsuz ebeveynliğin de plak üzerinde anlamlı bir etkisi bulundu (ayarlanmış OO = 1,045, %95 CI = 1,015-1,076, p = 0,003).

Tablo 4.12. Plak indeksini yordayan faktörlerin binominal lojistik regresyon analizi

	OO %95 CI (Ayarlanmamış)	p-değeri	OO %95 CI (Ayarlanmış)	p-değeri
Hasta Cinsiyeti				
Kız	1		1	
Erkek	1,327 (0,952-1,848)	0,095	0,995 (0,65-1,525)	0,983
Hasta yaşı				
9 yaş ve altı				
9 yaş üstü	0,695 (0,495-0,976)	0,036	1,062 (0,654-1,725)	0,808
Kaç çocuk var				
1	1		1	
2	0,842 (0,298-2,383)	0,746	0,715 (0,205-2,5)	0,600
3	1,247 (0,437-3,559)	0,679	0,817 (0,225-2,968)	0,759
4	1,429 (0,46-4,437)	0,537	0,895 (0,214-3,744)	0,879
5	0,8 (0,131-4,874)	0,809	0,258 (0,03-2,231)	0,219
6	0 (0-Inf)	0,979	0 (0-Inf)	0,978
Ebeveyn eğitim düzeyi				
İlkokul	1		1	
Ortaokul	0,904 (0,38-2,154)	0,820	0,71 (0,224-2,25)	0,561
Lise	0,582 (0,252-1,346)	0,205	0,824 (0,26-2,604)	0,741
Lisans	0,312 (0,127-0,769)	0,011	1,131 (0,32-4)	0,848
Yüksek lisans	0,139 (0,022-0,864)	0,034	0,187 (0,021-1,637)	0,130
Fırçalama durumu				
Hayır, fırçalamaz	1		1	
Bazen fırçalar	0,245 (0,107-0,562)	< 0,001	0,423 (0,157-1,137)	0,088
Evet, fırçalar	0,042 (0,019-0,094)	< 0,001	0,194 (0,066-0,574)	0,003
Çocuğunuz günde kaç kez dişlerini fırçalar				
1 kez	1		1	
2 kez	0,177 (0,117-0,267)	< 0,001	0,883 (0,484-1,611)	0,686
3 kez	0,063 (0,03-0,129)	< 0,001	0,832 (0,321-2,156)	0,705
Çocuğunuz gece yatmadan önce dişlerini fırçalar mı				
Hayır, fırçalamaz	1		1	
Evet, fırçalar	0,091 (0,055-0,148)	< 0,001	0,329 (0,166-0,65)	0,001

Tablo 4.12. devamı

	OO %95 CI (Ayarlanmamış)	p-değeri	OO %95 CI (Ayarlanmış)	p-değeri
Çocuğun kullandığı diş macunu				
Yaşına uygun çocuk diş macunu	1		1	
Evde ortak kullanılan yetişkin macunu	1,921 (1,325-2,785)	< 0,001	1,048 (0,604-1,818)	0,868
Çocuğunuz öğün araları atıştırmalıklar tüketir mi				
Hayır	1		1	
Bazen	4,466 (1,642-12,146)	0,003	2,608 (0,843-8,068)	0,096
Evet	15,213 (5,664-40,861)	< 0,001	2,423 (0,755-7,775)	0,137
Çocuğunuzun yemek yeme hızı nasıldır				
Yavaş	1		1	
Normal	0,386 (0,253-0,587)	< 0,001	0,638 (0,379-1,071)	0,089
Hızlı	0,173 (0,103-0,29)	< 0,001	0,357 (0,186-0,685)	0,002
Çocuğunuz günde kaç kez şeker, çikolata vb. tüketir				
1 kez	1		1	
2 kez	3,967 (2,507-6,277)	< 0,001	2,064 (1,152-3,698)	0,015
3 kez veya daha fazla	10,071 (5,988-16,937)	< 0,001	2,022 (0,975-4,193)	0,058
Kapsamlı Olumlu Ebeveynlik	0,946 (0,929-0,964)	< 0,001	0,989 (0,963-1,015)	0,409
Kapsamlı Olumsuz Ebeveynlik	1,093 (1,071-1,116)	< 0,001	1,045 (1,015-1,076)	0,003
MÇDAS-y	1,086 (1,058-1,114)	< 0,001	1,003 (0,949-1,06)	0,909
Dental anksiyete anketi	1,951 (1,575-2,416)	< 0,001	1,069 (0,702-1,628)	0,755

OO: Odds Oranı, ^ referansı gösterir, (plak≤1^ vs plak>1)

4.14. PUFA/pufa İndeksini Yordayan Faktörlerin Binominal Lojistik Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

Tablo 4.13'ün binominal lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre, PUFA/pufa indeksini ($PUFA/pufa \leq 1$ vs $PUFA/pufa > 1$) yordayan önemli faktörler belirlendi. Hasta cinsiyeti açısından, erkek çocukların pufa indeksinin kadın çocuklardan önemli bir fark göstermediği kaydedildi (ayarlanmış OR = 1,031, %95 CI = 0,68-1,564, p = 0,895). Yaş faktöründe ise, 9 yaş üzeri çocukların 9 yaş ve altı çocuklara göre PUFA/pufa indeksi riskinin anlamlı derecede düşük olduğu bulundu (ayarlanmış OR = 0,526, %95 CI = 0,311-0,889, p = 0,016). Bu yaştan artmasıyla birlikte PUFA/pufa indeksinin düştüğünü göstermektedir.

Ebeveyn eğitim düzeyi, PUFA/pufa indeksi riskinde önemli bir etkidir. İlkokul mezunu ebeveynlere sahip çocuklar referans alındığında, lise mezunu ebeveynlere sahip çocukların PUFA/pufa indeksi riski anlamlı bulunmadı (ayarlanmış OR = 0,611, %95 CI = 0,273-1,371, p = 0,234). Ancak lisans mezunu ebeveynlere sahip çocukların PUFA/pufa indeksi riski anlamlı derecede yüksek bulundu (ayarlanmış OR = 1,887, %95 CI = 0,743-4,791, p = 0,177).

Düzenli diş fırçalamayan çocukların PUFA/pufa indeksi riski düzenli diş fırçalayan çocuklara kıyasla anlamlı derecede yüksek kaydedildi (ayarlanmış OR = 0,456, %95 CI = 0,189-1,101, p = 0,081). Bu düzenli diş fırçalamanın PUFA/pufa indeksini önleme noktasındaki önemine dikkat çekmektedir. Gece yatmadan önce dişlerini fırçalamayan çocukların PUFA/pufa indeksi riski fırçalayan çocuklara kıyasla anlamlı derecede yüksek kaydedildi (ayarlanmış OR = 0,598, %95 CI = 0,323-1,108, p = 0,101). Bu gece diş fırçalamanın PUFA/pufa indeksini önlemede kritik bir rol oynadığını göstermektedir.

Öğün aralarında sık sık atıştırmalık tüketen çocukların PUFA/pufa indeksi riski anlamlı derecede yüksek bulundu (ayarlanmış OR = 2,501, %95 CI = 1,001-6,251, p = 0,05). Ayrıca, günlük şeker ve çikolata tüketimi arttıkça PUFA/pufa indeksi riskinin de arttığı görüldü (ayarlanmış OR = 3,502, %95 CI = 1,412-8,689, p = 0,007).

Kapsamlı olumsuz ebeveynliğin (ayarlanmış OO = 1,051, %95 CI = 1,023-1,08, p < 0,001) ve dental anksiyetenin de (ayarlanmış OO = 1,774, %95 CI = 1,177-2,673, p = 0,006) PUFA/pufa indeksi üzerinde önemli bir etkisinin olduğu kaydedildi.

Tablo 4.13. PUFA/pufa indeksini yordayan faktörlerin binominal lojistik regresyon analizi

	OO %95 CI (Ayarlanmamış)	p-değeri	OO %95 CI (Ayarlanmış)	p-değeri
Hasta yaşı				
9 yaş ve altı	1		1	
9 yaş üstü	0,491 (0,347-0,694)	< 0,001	0,756 (0,467-1,225)	0,256
Ebeveyn eğitim düzeyi				
İlkokul	1		1	
Ortaokul	1,091 (0,509-2,338)	0,824	1,178 (0,454-3,057)	0,736
Lise	0,778 (0,371-1,633)	0,507	1,175 (0,46-2,998)	0,736
Lisans	0,274 (0,115-0,651)	0,003	0,851 (0,284-2,554)	0,774
Yüksek lisans	0,427 (0,072-2,542)	0,350	1,128 (0,128-9,918)	0,914
Fırçalama durumu				
Hayır, fırçalamaz	1		1	
Bazen fırçalar	0,31 (0,184-0,523)	< 0,001	0,385 (0,202-0,733)	0,004
Evet, fırçalar	0,056 (0,032-0,098)	< 0,001	0,177 (0,079-0,395)	< 0,001
Çocuğunuz günde kaç kez dişlerini fırçalar				
1 kez	1		1	
2 kez	0,225 (0,158-0,322)	< 0,001	0,834 (0,477-1,458)	0,523
3 kez	0,024 (0,006-0,102)	< 0,001	0,275 (0,055-1,369)	0,115

Tablo 4.13. devamı

	OO %95 CI (Ayarlanmamış)	p-değeri	OO %95 CI (Ayarlanmış)	p-değeri
Çocuğunuz gece yatmadan önce dişlerini fırçalar mı				
Hayır, fırçalamaz	1		1	
Evet, fırçalar	0,15 (0,104-0,216)	<0,001	0,63 (0,356-1,116)	0,113
Çocuğun kullandığı diş macunu				
Yaşına uygun çocuk diş macunu	1		1	
Evde ortak kullanılan yetişkin macunu	1,213 (0,861-1,711)	0,270	0,566 (0,333-0,963)	0,036
Çocuğunuz öğün aralarında atıştırmalık tüketir mi				
Hayır	1		1	
Bazen	8,204 (1,088-61,872)	0,041	4,367 (0,523-36,479)	0,174
Evet	34,699 (4,686-256,934)	<0,001	5,67 (0,68-47,264)	0,109
Çocuğunuzun yemek yeme hızı nasıldır				
Yavaş	1		1	
Normal	0,474 (0,328-0,684)	<0,001	0,998 (0,625-1,595)	0,994
Hızlı	0,185 (0,107-0,32)	<0,001	0,395 (0,197-0,792)	0,009
Çocuğunuz günde kaç kez şeker, çikolata vb. tüketir				
1 kez	1		1	
2 kez	4,174 (2,304-7,56)	<0,001	1,902 (0,92-3,933)	0,083
3 kez veya daha fazla	12,39 (6,74-22,776)	<0,001	2,254 (1,023-4,966)	0,044
Kapsamlı Olumluluk	0,956 (0,939-0,972)	<0,001	0,996 (0,973-1,021)	0,760
Kapsamlı Olumsuzluk	1,105 (1,082-1,128)	<0,001	1,051 (1,023-1,08)	<0,001
MÇDAS-y	1,094 (1,068-1,122)	<0,001	0,949 (0,898-1,004)	0,069
Dental anksiyete anketi	2,207 (1,823-2,672)	<0,001	1,774 (1,177-2,673)	0,006

OO: Odds Oranı, ^ referansı gösterir, (pufa≤1^ vs pufa>1)

4.15. Gingival İndeksi Yordayan Faktörlerin Binominal Lojistik Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

Tablo 4.14’de belirtilen binominal lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre, Gİ ($Gİ \leq 1$ vs $Gİ > 1$) yordayan önemli faktörler belirlendi. Hasta yaşı açısından, 9 yaş üzeri çocukların 9 yaş ve altı çocuklara göre Gİ riskinin anlamlı derecede düşük olmadığı bulundu (ayarlanmış OR = 0,624, %95 CI = 0,331-1,175, $p = 0,144$). Bu, yaşı Gİ üzerinde doğrudan etkisi olmadığını göstermektedir.

Kaç çocuk olduğu faktörü dikkate alındığında, 1 çocuk sahibi olan ebeveynlere kıyasla 2 veya bunun üzerinde çocuk sahibi olan ebeveynlerin çocuklarının Gİ riskinde anlamlı bir fark kaydedilmedi. Ancak, 4 çocuk sahibi olan ebeveynlerin çocuklarının Gİ riski, tek çocuk sahibi olan ebeveynlerden daha yüksek kaydedildi (ayarlanmış OR = 2,074, %95 CI = 0,417-10,306, $p = 0,373$), ancak bu sonuç istatistiksel açıdan anlamlı değildir.

Ebeveyn eğitim düzeyi açısından, lise mezunu ebeveynlere sahip çocukların Gİ riski ilköğretim mezunu ebeveynlere sahip çocuklara göre anlamlı derecede farklı bulunmadı (ayarlanmış OR = 0,862, %95 CI = 0,282-2,635, $p = 0,795$). Lisans mezunu ebeveynlere sahip çocukların Gİ riski de anlamlı bulunmadı (ayarlanmış OR = 1,155, %95 CI = 0,281-4,753, $p = 0,842$).

Düzenli diş fırçalamayan çocukların Gİ riski, düzenli diş fırçalayan çocuklara kıyasla anlamlı derecede yüksek kaydedildi (ayarlanmış OR = 0,208, %95 CI = 0,091-0,477, $p < 0,001$). Gece yatmadan önce dişlerini fırçalamayan çocukların Gİ riski, fırçalayan çocuklara kıyasla anlamlı derecede yüksek kaydedildi (ayarlanmış OR = 0,464, %95 CI = 0,259-0,831, $p = 0,01$). Dental anksiyetenin de (ayarlanmış OR = 2,034, %95 CI = 1,276-3,242, $p = 0,003$) Gİ üzerinde anlamlı bir etkisi bulundu.

Tablo 4.14. Gingival indeksini yordayan faktörlerin binominal lojistik regresyon analizi

	OO %95 CI (Ayarlanmamış)	p- değeri	OO %95 CI (Ayarlanmış)	p- değeri
Hasta yaşı				
9 yaş ve altı	1		1	
9 yaş üstü	0,651 (0,42-1,011)	0,056	0,624 (0,331-1,175)	0,144
Kaç çocuk var				
1	1		1	
2	2,792 (0,359-21,695)	0,326	2,626 (0,245-28,158)	0,425
3	3,871 (0,499-30,038)	0,195	2,918 (0,262-32,491)	0,384
4	7,188 (0,894-57,784)	0,064	3,409 (0,253-46,005)	0,356
5	0 (0-Inf)	0,981	0 (0-Inf)	0,996
6	0 (0-Inf)	0,993	0 (0-Inf)	0,998
Kaçıncı çocuk				
1	1		1	
2	1,266 (0,775-2,069)	0,346	1,157 (0,601-2,228)	0,662
3	1,183 (0,67-2,089)	0,562	0,646 (0,254-1,638)	0,357
4	4,09 (1,712-9,771)	0,002	2,074 (0,417-10,306)	0,373
5	0 (0-Inf)	0,985	2,591 (0-Inf)	1
Ebeveyn eğitim düzeyi:				
İlkokul	1		1	
Ortaokul	1,045 (0,438-2,495)	0,920	0,689 (0,23-2,063)	0,505
Lise	0,603 (0,256-1,425)	0,249	0,862 (0,282-2,635)	0,795
Lisans	0,271 (0,092-0,799)	0,018	1,155 (0,281-4,753)	0,842
Yüksek lisans	0 (0-Inf)	0,979	0 (0-Inf)	0,994
Fırçalama durumu				
Hayır, fırçalamaz	1		1	
Bazen fırçalar	0,305 (0,187-0,497)	< 0,001	0,652 (0,344-1,236)	0,190
Evet, fırçalar	0,045 (0,022-0,091)	< 0,001	0,379 (0,135-1,063)	0,065
Çocuğunuz günde kaç kez dişlerini fırçalar				
1 kez	1		1	
2 kez	0,142 (0,086-0,236)	< 0,001	0,523 (0,25-1,092)	0,084
3 kez	0,037 (0,005-0,275)	0,001	0,42 (0,045-3,929)	0,447

Tablo 4.14. devamı

	OO %95 CI (Ayarlanmamış)	p- değeri	OO %95 CI (Ayarlanmış)	p- değeri
Çocuğunuz gece yatmadan önce dişlerini fırçalar mı				
Hayır, fırçalamaz	1		1	
Evet, fırçalar	0,107 (0,066-0,173)	< 0,001	0,512 (0,243-1,08)	0,079
Çocuğunuz kullandığı diş macunu				
Yaşına uygun çocuk diş macunu	1		1	
Evde ortak kullanılan yetişkin macunu	3,368 (2,217-5,118)	< 0,001	3,229 (1,732-6,019)	< 0,001
Çocuğunuz öğün aralarında atıştırma tüketir mi				
Hayır	1		1	
Bazen	2299719,595 (0-Inf)	0,984	3862311,259 (0-Inf)	0,989
Evet	16244382,958 (0-Inf)	0,982	8345760,354 (0-Inf)	0,988
Çocuğunuzun yemek yeme hızı nasıldır				
Yavaş	1		1	
Normal	0,473 (0,303-0,737)	< 0,001	0,993 (0,558-1,766)	0,980
Hızlı	0,412 (0,22-0,773)	0,006	1,797 (0,78-4,138)	0,169
Çocuğunuz günde kaç kez şeker, çikolata vb. tüketir				
1 kez	1		1	
2 kez	5,809 (1,75-19,277)	0,004	1,683 (0,441-6,426)	0,447
3 kez veya daha fazla	22,435 (6,897-72,978)	< 0,001	2,544 (0,66-9,812)	0,175
Kapsamlı Olumluluk	0,946 (0,926-0,966)	< 0,001	0,994 (0,965-1,025)	0,711
Kapsamlı Olumsuzluk	1,069 (1,046-1,093)	< 0,001	0,992 (0,96-1,024)	0,612
MÇDAS-y	1,095 (1,064-1,128)	< 0,001	0,978 (0,914-1,047)	0,528
Dental anksiyete anketi	2,09 (1,715-2,546)	< 0,001	2,034 (1,276-3,242)	0,003

OO: Odds Oranı, ^ referansı gösterir, (gingival indeks≤1^ vs gingival indeks>1)

4.16. Kanama İndeksini Yordayan Faktörlerin Binominal Lojistik Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

Tablo 4.15'te belirtilen binominal lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre, Kİ ($Kİ \leq 1$ vs $Kİ > 1$) yordayan önemli faktörler belirlendi. Hasta yaşı açısından, 9 yaş üzeri çocukların 9 yaş ve altı çocuklara göre Kİ riskinin anlamlı derecede düşük olduğu bulundu (ayarlanmamış OR = 0,576, %95 CI = 0,411-0,807, $p = 0,001$), ancak bu ilişki ayarlandıktan sonra anlamlı bulunmadı (ayarlanmamış OR = 0,704, %95 CI = 0,427-1,159, $p = 0,168$). Bu durum yaşın Kİ üzerinde doğrudan etkisi olmadığını göstermektedir.

Ebeveyn eğitim düzeyi, Kİ riskinde önemli bir etkidir. İlkokul mezunu ebeveynlere sahip çocuklar referans alındığında, ortaokul mezunu ebeveynlere sahip çocukların Kİ riski anlamlı bulunmadı (ayarlanmamış OR = 1,298, %95 CI = 0,503-3,352, $p = 0,59$). Lise mezunu ebeveynlere sahip çocukların Kİ riski de anlamlı bulunmadı (ayarlanmamış OR = 1,102, %95 CI = 0,435-2,79, $p = 0,837$). Ancak lisans mezunu ebeveynlere sahip çocukların Kİ riski anlamlı derecede düşük bulundu (ayarlanmamış OR = 0,844, %95 CI = 0,286-2,49, $p = 0,759$).

Düzenli diş fırçalamayan çocukların Kİ riski, düzenli diş fırçalayan çocuklara kıyasla anlamlı derecede yüksek kaydedildi (ayarlanmamış OR = 0,208, %95 CI = 0,091-0,477, $p < 0,001$). Gece yatmadan önce dişlerini fırçalamayan çocukların Kİ riski, fırçalayan çocuklara kıyasla anlamlı derecede yüksek kaydedildi (ayarlanmamış OR = 0,464, %95 CI = 0,259-0,831, $p = 0,01$).

Yaşına uygun çocuk diş macunu kullanan çocukların Kİ riski, evde ortak kullanılan yetişkin macunu kullanan çocuklara kıyasla anlamlı derecelerde düşük

bulunmadı (ayarlanmış OR = 1,33, %95 CI = 0,78-2,266, p = 0,295). Öğün aralarında sık sık atıştırılabilirlik tüketen çocukların Kİ riski anlamlı derecede yüksek bulunmadı.

Kapsamlı olumsuz ebeveynliğin (ayarlanmış OO = 1,03, %95 CI = 1,002-1,058, p = 0,034) ve dental anksiyetenin de (ayarlanmış OO = 1,885, %95 CI = 1,237-2,874, p = 0,003) kanama üzerinde anlamlı bir etkisi rapor edilmedi.

Tablo 4.15. Kanama indeksini yordayan faktörlerin binominal lojistik regresyon analizi

	OO %95 CI (Ayarlanmamış)	p- değeri	OO %95 CI (Ayarlanmış)	p- değeri
Hasta yaşı				
9 yaş ve altı	1		1	
9 yaş üstü	0,576 (0,411-0,807)	0,001	0,704 (0,427-1,159)	0,168
Ebeveyn eğitim düzeyi				
İlkokul	1		1	
Ortaokul	1,235 (0,573-2,662)	0,59	1,298 (0,503-3,352)	0,59
Lise	0,662 (0,315-1,392)	0,277	1,102 (0,435-2,79)	0,837
Lisans	0,226 (0,095-0,535)	< 0,001	0,844 (0,286-2,49)	0,759
Yüksek lisans	0 (0-Inf)	0,977	0 (0-Inf)	0,984
Fırçalama durumu				
Hayır, fırçalamaz	1		1	
Bazen fırçalar	0,371 (0,213-0,646)	< 0,001	0,66 (0,333-1,307)	0,233
Evet, fırçalar	0,044 (0,024-0,078)	< 0,001	0,208 (0,091-0,477)	< 0,001
Çocuğunuz günde kaç kez dişlerini fırçalar				
1 kez	1		1	
2 kez	0,181 (0,126-0,26)	< 0,001	0,861 (0,488-1,518)	0,605
3 kez	0,048 (0,018-0,125)	< 0,001	0,861 (0,263-2,817)	0,805
Çocuğunuz gece yatmadan önce dişlerini fırçalar mı				
Hayır, fırçalamaz	1		1	
Evet, fırçalar	0,106 (0,072-0,156)	< 0,001	0,464 (0,259-0,831)	0,01

Tablo 4.15. devamı

	OO %95 CI (Ayarlanmamış)	p- değeri	OO %95 CI (Ayarlanmış)	p- değeri
Çocuğun kullandığı diş macunu				
Yaşına uygun çocuk	1		1	
diş macunu				
Evde ortak kullanılan yetişkin macunu	2,086 (1,477-2,946)	< 0,001	1,33 (0,78-2,266)	0,295
Çocuğunuz öğün araları atıştırma lıklar tüketir mi				
Hayır	1		1	
Bazen	4,446 (1,021-19,367)	0,047	2,487 (0,51-12,134)	0,26
Evet	20,771 (4,877-88,472)	< 0,001	3,53 (0,719-17,331)	0,12
Çocuğunuzun yemek yeme hızı nasıldır				
Yavaş	1		1	
Normal	0,373 (0,257-0,542)	< 0,001	0,681 (0,418-1,109)	0,122
Hızlı	0,22 (0,132-0,365)	< 0,001	0,506 (0,262-0,979)	0,043
Çocuğunuz günde kaç kez şeker, çikolata vb. tüketir				
1 kez	1		1	
2 kez	3,758 (2,177-6,488)	< 0,001	1,259 (0,63-2,517)	0,515
3 kez veya daha fazla	11,618 (6,577-20,522)	< 0,001	1,33 (0,619-2,858)	0,464
Kapsamlı Olumluluk	0,945 (0,928-0,961)	< 0,001	0,991 (0,967-1,016)	0,485
Kapsamlı Olumsuzluk	1,097 (1,075-1,119)	< 0,001	1,03 (1,002-1,058)	0,034
MÇDAS-y	1,1 (1,073-1,128)	< 0,001	0,968 (0,916-1,024)	0,257
Dental anksiyete anketi	2,321 (1,902-2,833)	< 0,001	1,885 (1,237-2,874)	0,003

OO: Odds Oranı, ^ referansı gösterir, (Kİ≤1^ vs Kİ>1)

5. TARTIŞMA

Bu tez çalışmasında ebeveynlik stilleri ile çocukların dental anksiyete seviyeleri ve ağız-diş sağlıkları arasındaki ilişki incelendi. Elde edilen tüm verilerin değerlendirilmesi ile ebeveynlik stilleri ve çocukların dental anksiyete seviyeleri, beslenme alışkanlıkları, ağız-diş sağlığı indeks değerleri ve oral hijyen uygulamaları arasındaki istatistiksel olarak belirlenen anlamlı ilişkiler aşağıda tartışılmaktadır.

Ebeveynler, çocuklarına birincil bakım sağlayıcılar olduklarından, çocuklarının mevcut ve gelecekteki kişiliğinin, duygusal sağlığının, refahının, karakterinin, sosyal ve bilişsel gelişiminin ve akademik performansının gelişimi noktasında oldukça önemli bir etkiye sahip olmaktadır.¹⁻³ Ebeveynlik tarzları da çocukların sosyal hayatta karşılaştıkları durumlarla başa çıkma ve mücadele etme yöntemlerini etkilemektedir. Bu durum diş hekimi muayenehanesine de aktararak çocuğun diş hekimi ile olan etkileşimini de şekillendirmektedir. Aynı zamanda ebeveynlik tarzı çocuğun sosyal hayattaki stres ve uyaranlara karşı nasıl bir tavır sergileyeceğinin de belirleyicisidir ve bu stres faktörleri arasında diş hekimliği ortamındakiler de sayılabilmektedir.⁴ Çocuğun oral sağlığını doğrudan etkileyen sağlıklı beslenme, diş fırçalama ve florürlü macun kullanımı gibi alışkanlıklarında da ebeveynin rolü oldukça önem arz etmektedir. Travmatik yaralanmalar, diş çürükleri ve bunlar sonucu ortaya çıkan tedavi gereksinimleri de ebeveynlik uygulamalarının doğrudan ortaya çıkardığı sonuçlardandır.⁸ Çocuklarda ağız diş sağlığının korunmasında edinilmiş ağız diş sağlığı uygulamalarının ve beslenme alışkanlıklarının büyük bir rolü olduğu düşünülmektedir.

Dental anksiyete ise ağız diş sağlığı uygulamalarını ve diş hekimliği pratiğini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu sebeple diş hekiminin anksiyeteden kaynaklanabilecek olumsuzlukları önlemek amacıyla anksiyetenin olası risk faktörlerini

iyi bilmesi ve bunları ortadan kaldırmaya çalışması gerekmektedir.¹⁸⁸ Dental anksiyete çok faktörlü bir durumdur ve ebeveynlik tarzları da bu faktörlerden biri olarak büyük önem arz etmektedir.¹⁸⁹

Ebeveynlik stillerinin çocukların beslenme alışkanlıklarına, ağız diş sağlığı uygulamalarına, diş hekimi muayenelerindeki davranışlarına ve dental anksiyetesine olan etkisi üzerinde hala yeterli sayıda çalışma yapılmamıştır.¹⁹⁰⁻¹⁹⁵

Literatür incelendiğinde, ülkemizde bu konuya dair yapılmış araştırmaların sayısının azlığı ve yetersizliği dikkat çekmektedir.¹⁹⁶⁻¹⁹⁸ Mevcut çalışmalar ise ebeveynlik tarzları ve dental anksiyete arasındaki ilişkiyi incelerken, çocuk hastanın ağız sağlığı alışkanlıklarını ve ağız sağlığı indeks verilerini de dahil eden kapsamlı bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu tez çalışmasında Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Ana Bilim Dalı'na muayene olma amacıyla başvuran ve ilk dental tecrübesini yaşayacak olan, sistemik ve mental açılardan sağlıklı ve çalışmaya katılmaya gönüllü 6-12 yaş arasındaki 605 çocuk hastanın ağız sağlığı indeks verileri kaydedildi, hastalara MÇDAS-y ve Dental Anksiyete Anketi uygulandı, hastaların ebeveynlerinden ise çocukların beslenme ve ağız sağlığı alışkanlıkları hakkında bilgiler alındı ve ebeveynlere ÇESDÖ uygulanarak verdikleri cevaplar kaydedildi.

Bu çalışmada çocuk hastaların dental anksiyetelerini değerlendirmek için Arslan ve Aydınoglu tarafından 2022 de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan MÇDAS-y ölçeği¹⁴⁹ ve Neverlien tarafından geliştirilen Dental Anksiyete Anketi¹⁴⁵ kullanıldı. Arslan ve Aydınoglu MÇDAS-y ölçeğinin geçerlilik güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa değerini 0,703 olarak bulmuşlardır.¹⁴⁹ Ebeveynlik stillerinin belirlenmesinde ise 2017 yılında Parent ve Forehand⁹⁸ tarafından geliştirilen ve ülkemizde de 2019 yılında Ali

Karababa⁸⁸ tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan 34 sorudan oluşan ÇESDÖ kullanıldı. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları sonucunda Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,77 ile 0,87 arasında değişirken, test-tekrar testi güvenilirlik analizi katsayılarının ise 0,79 ile 0,90 arasında değiştiği analiz sonuçlarına göre görülmüştür. Ölçek uyarlama aşamasında güvenilirlik katsayısı 0,70 ve üzerinde olan ölçeklerin güvenilir şeklinde kabul gördüğü dikkate alındığında; ÇESDÖ' nün test-tekrar test ve iç tutarlılık katsayılarının güvenilirlik adına yeterli bulunduğu görülmektedir.¹⁹⁹

Parent ve Forehand ebeveynlik stilleri anketini geliştirirken hastaları erken çocukluk çağı (3-7 yaş arası), orta çocukluk çağı (8-12 yaş) ve ergenlik çağı (13-17 yaş) şeklinde gruplara ayırmışlardır.⁹⁸ Karababa ise bu ölçeğin geçerlilik güvenilirlik çalışmasını 4-17 yaş aralığındaki hasta grubu üzerinde yapmıştır.⁸⁸ Bu çalışmada hastaların yaş aralıkları belirlenirken, kendilerine yöneltilen ölçek sorularını anlama ve yanıtlama açısından yeterli bilişsel seviyeye ulaşmış olmaları dikkate alındı. Arslan ve Aydınoğlu tarafından geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılan MÇDAS-y ölçeği 6-12 yaş arası hasta grubunda uygulanmıştır.¹⁴⁹ Literatür incelendiğinde benzer konuda yapılan çalışmalarda yaş aralığı bu çalışmadaki yaş aralığı ile benzerlik göstermektedir.^{106,118,196-198,200,201}

Çocuklarda korku ve dental anksiyetenin artmasındaki önemli etkenlerden birinin, geçmişte yaşanan olumsuz diş hekimi deneyimleri olduğu düşünülmektedir. Çocuklukta bu tür kötü deneyimler yaşayan bireyler, ileriki yıllarda diş hekimine gitme sıklığını azaltma eğiliminde olabilmekte ve bu durum da ağız hijyeninin bozulmasına neden olmaktadır.²⁰² Dental anksiyete seviyeleri yüksek olan çocukların %41' inin, dental tedavi esnasında yaşadıkları olumsuz deneyimlerden dolayı tedavi sonrası stres bozukluğu belirtilerinden (örneğin, uykusuzluk veya kaçınma gibi) en az birini gösterdikleri yapılan bir çalışmada saptanmıştır.²⁰³ Başka bir çalışmada ise kooperasyon güçlüğü çeken

çocukların %23' ünün ilk dental deneyimlerinin olumsuz geçtiği, buna karşın iyi bir kooperasyon sağlanabilen çocuklarda bu oranın %10'a indiği belirtilmiştir.¹²⁰ Bu araştırmalardan hareketle, mevcut tez çalışmasında dental anksiyete seviyelerini etkileyen faktörleri doğru bir şekilde değerlendirebilmek amacıyla, daha önce dental tedavi tecrübesi olmayan ve çocuk diş hekimliği kliniğine ilk defa başvuran hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Mevcut çalışmada cinsiyete göre yapılan değerlendirmede, kız çocukların DMFT/dmft skorlarının erkek çocuklara kıyasla daha düşük kaydedildi, ancak bu fark istatistiksel açıdan değerli bulunamadı ($p=0,303$). Benzer şekilde ülkemizde 2014 yılında yapılmış, çürüğe sebep olan etmenleri inceleyen bir çalışmada 7-13 yaş grupları arası toplam 300 adet (150 kız-150 erkek) sağlıklı çocuk değerlendirilmiştir. Çürük ve cinsiyet arasında istatistiksel anlamda önemli bir ilişki kaydedilmemiştir ($p>0,05$).¹⁶¹ Çocuğun cinsiyeti ile çürük sayısı arasında bir ilişki olmadığını rapor eden başka çalışmalar da mevcuttur.²⁰⁴ Bunun aksine erkek çocuklarda kız çocuklarına oranla anlamlı derecede daha fazla çürük gözlemleyen çalışmalar²⁰⁵⁻²⁰⁷ veya tam tersi kız çocuklarda erkek çocuklardan daha fazla çürük oluşumunun görüldüğü çalışmalar²⁰⁸ mevcuttur.

Cinsiyetin Pİ üzerine olan etkisine bakıldığında, her ne kadar medyanları eşit olsa da Pİ açısından kızlar ve erkekler arasında anlamlı bir farklılık kaydedilmedi ($p=0,017$), erkekler daha geniş bir Pİ dağılımı gösterdi. Ancak diğer değişkenlerin dahil edilmesi ile ayarlanmış binominal lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre cinsiyetin Pİ üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisinin olmadığı gösterildi. Al-Haddad ve ark. tarafından yürütülmüş bir çalışmada erkek çocukların kız çocuklardan ciddi bir oranda daha yüksek Pİ ortalamalarına sahip olduğu belirtmişlerdir.²⁰⁹ Çocuklarda gingivitis derecesi ile oral hijyen seviyesinin kıyaslandığı bir başka çalışmada cinsiyet ile oral hijyen durumunun dağılımı açısından önemli bir fark olmadığı rapor edilmiştir ($p=0,066$).²¹⁰ Kolawole ve

ark. yayımlamış olduğu, çocukların periodontal sağlıklarını inceleyen bir çalışmada 123 kız-119 erkek çocuk çalışmaya dahil edilmiş ve Pİ değerlerinde cinsiyet açısından istatistiksel anlamda değerli bir fark olduğu rapor edilmiştir ($p=0,002$).²¹¹ Yiğit'in yayımladığı, 130 tane çocuk hastanın dahil edildiği bir çalışmada çalışmada DMFT ve Pİ değerlerinin cinsiyet ile aralarında istatistiksel açıdan değerli bir farklılık kaydedilememiştir ($p>0,05$).²¹²

Bu çalışmada çocukların yaş aralığına bakıldığında, 9 yaş ve altındaki çocukların DMFT/dmft skorları 9 yaş üzeri çocuklara kıyasla anlamlı derecelerde yüksek kaydedildi ($p<0,001$). Binominal lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre de 9 yaş üzeri çocukların 9 yaş ve altı çocuklara göre diş çürüğü riski anlamlı derecede düşük bulundu (ayarlanmamış OO = 0,38, %95 CI = 0,267-0,542, $p < 0,001$; ayarlanmış OO = 0,427, %95 CI = 0,251-0,725, $p = 0,002$). Bu durum yaşı artmasıyla birlikte diş çürüğü riskinin azaldığını göstermektedir ve yaşı çürük görülme miktarı açısından önemli bir değişken olduğunu göstermektedir. Ülkemizde Koçanalı ve ark. tarafından yürütülmüş çalışmada da benzer şekilde çocukların yaşları ile çürük miktarları arasında negatif ilişkili bir korelasyon saptanmıştır ($p=0,001$).¹⁶¹ Al-Haddad ve ark. yürütmüş olduğu bir çalışmada farklı yaş gruplarının DMFT/dmft ortalamaları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark rapor edilmiştir ve en yüksek DMFT/dmft ortalamaların 6-8 yaş grubu çocuklara ait olduğunu bildirmişlerdir.²⁰⁹ Akyüz ve ark. yayımladığı çalışmada 10-12, 7-9, 4-6 yaş grubundaki çocukların DMFT/dmft, Pİ ve Gİ değerlerini hesaplamıştır. DMFT/dmft değerleri 10-12 yaş grubunda en düşük ve 7-9 yaş grubunda ise en yüksek değerleri almıştır. DMFT/dmft değerleri açısından 10-12 ve 4-6 yaş grupları arasında ve 10-12 ve 7-9 yaş grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark kaydedilmiştir ($p<0,001$).²¹³ Altun ve ark. yürütmüş oldukları bir çalışmada 6 yaş ve sonrasında 9 yaşa kadar DMFT/dmft İndeksi değerlerin yaşla birlikte arttığını tespit etmişlerdir. Dokuz yaş

sonrasında 11 yaşına kadar ise DMFT/dmft indeksi değerlerinde azalma olduğu görülmüştür. Fakat bu değişimlerin istatistiksel açıdan önemli olmadığı rapor edilmiştir ($p>0,05$). Yaş grupları içerisinde en çok tedavi ihtiyacı 8-9 yaş grubundaki çocuklarda olduğu rapor edilmiştir ve bu fark istatistiksel açıdan değerli bulunmuştur ($p<0,05$).²¹⁴ Bu çalışmaların aksine, Güler ve ark. yayımlamış oldukları bir çalışmada 7 ve 14 yaş aralığında 856 çocuğun DMFT/dmft indeks değerlerini yaş gruplarına göre kıyasladıklarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görmediklerini rapor etmişlerdir ($p<0,05$).²¹⁵ Nagarajappa ve ark. yürütmüş oldukları bir çalışmada da yaş grupları ve CAST indeksi değerleri arasında istatistiksel anlamda değerli bir ilişki olduğu kaydedilmiştir ($p=0,036$).²¹⁶

Aynı zamanda mevcut çalışmada, her ne kadar medyanları eşit olsa da PUFA/pufa indeksinde de yaşa bağlı olarak anlamlı fark kaydedildi ($p<0,001$), 9 yaş ve altı daha geniş aralıkta bir değer gösterdi. Binominal lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre de 9 yaş üzeri çocukların 9 yaş ve altı çocuklara göre PUFA/pufa indeksi riskinin anlamlı derecede düşük olduğu bulundu (ayarlanmış OR = 0,526, %95 CI = 0,311-0,889, $p = 0,016$). Bu durum yaşın artmasıyla birlikte PUFA/pufa indeksinin düştüğünü göstermektedir. Vasavan ve ark. yayımlamış oldukları bir çalışmada mevcut çalışmaya paralel şekilde 6-12 yaş arası çocuklarda PUFA/pufa indeksi değerlendirmişlerdir ve PUFA/pufa değerindeki en yüksek yaygınlığı 7 yaş grubunda (%52), en düşük yaygınlığı ise 12 yaş grubunda (%22,4) bulmuşlardır.²¹⁷

Pİ, Gİ ve Kİ ise bu çalışmada yaş ile birlikte negatif korelasyon gösterdi. Ancak bu ilişkiler binominal lojistik regresyon analizlerinde ayarlandıktan sonra ortadan kalktı. Bu durum da bize yaşın; Pİ, Gİ ve Kİ üzerinde direkt bir etkisinin bulunmadığını göstermektedir.

Çocukların çürük riskleri; ağız-diş sağlığı alışkanlıkları²¹⁸, şeker tüketimlerinin ne sıklıkla olduğu²¹⁹, gıda bileşenleri ve bunları nasıl tükettikleri, ebeveynlerinin sosyo-ekonomik seviyeleri ve eğitim durumları, ebeveynlerin sergiledikleri ebeveynlik stilleri davranışları gibi pek çok faktörden etkilenmektedir.¹⁶⁶

Ebeveyn eğitim düzeyine göre yapılan değerlendirme sonuçlarına göre çalışmada anlamlı farklar saptandı. İlkokul mezunu ebeveynlere sahip çocukların DMFT/dmft skorları, plak indeksi, gingival indeks, PUFA/pufa skorları ve kanama indeksi; lisans ve yüksek lisans mezunu ebeveynlere sahip olan çocuklara kıyasla daha yüksek bulundu ($p<0.001$). Ayarlanmış binominal lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre ise ebeveynin eğitim seviyesi ile DMFT/dmft, PUFA/pufa ve Kİ değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler kaydedilirken; Pİ ve Gİ ile aralarında anlamlı bir ilişki kaydedilemedi. Bu durum da bize ebeveynin eğitim seviyesinin çocuk hastanın DMFT/dmft, PUFA/pufa ve Kİ değerleri üzerinde doğrudan bir etkisinin olduğunu ancak Pİ ve Gİ üzerinde direkt bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

Benzer olarak Ghasemianpour ve ark. yaptıkları bir çalışmada İran'da yürütülmekte olan 25 çalışma sistematik bir şekilde incelenmiş ve sonuçlarıyla tutarlı olacak şekilde, 6-12 yaş aralığındaki çocukların diş çürüğü deneyimi ile baba ve anne eğitiminin daha yüksek düzeyde olması arasında negatif korelasyon bulmuşlardır.²²⁰ Tomazoni ve ark. da yayımlamış oldukları bir çalışmada annelerinin eğitim süresi 8 yıldan az olan ve diş plağı mevcut çocuklarda, DMFT/dmft indeks değerlerinin daha yüksek olduğunu göstermişlerdir.²²¹ Sharma ve ark. 2014 yılında yayımlamış oldukları bir çalışmada annenin eğitim seviyesi ve çocukların DMFT indeks puanları arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunduğunu rapor etmişlerdir ($p<0,05$).²²²

Başka bir çalışmada Nagarajappa ve ark. ebeveynlerin eğitim seviyeleri ve CAST indeksi değerleri arasında istatistiksel açıdan değerli bir ilişki olduğunu raporlamışlardır ($p=0,001$).²¹⁶ Ravera ve ark. tarafından yayımlanan, 6-14 yaşları arasında 300 çocuğun dahil olduğu bir çalışmada her yaş grubunda ebeveynlerin eğitim düzeyi ile Pİ değeri arasında istatistiksel açıdan önemli bir ilişki rapor edilmiştir.²²³

Tanaka ve ark. yayımlamış oldukları çalışmalarında en az 13 yıl ve üzerinde eğitim almış annelerin çocuklarında, 15 yıl ve üzerinde eğitim almış babaların da çocuklarında daha az diş çürüğü oluşumu tespit etmiştir.²²⁴ Boonyawong ve ark. yaptıkları bir çalışmada benzer olarak annesi zorunlu eğitim almış olan çocuklarda çürük görülme oranını, annesinin eğitim düzeyi yüksek olan çocuklara kıyasla anlamlı derecelerde daha yüksek bulmuşlardır.²²⁵ Onur ve ark. tarafından yürütülmüş bir başka çalışmada da ilköğretim mezunu olan annelerin çocuklarında dmft indeks değerleri anlamlı derecelerde yüksek bulunmuştur. Annelerin eğitim seviyesindeki düşüş çocuklarda çürük riskini 2,6 kat arttırmıştır. Yine aynı çalışmada babaları üniversite mezunu veya daha üzeri seviyede eğitim almış olan çocukların dmft değerlerinin diğer çocuklara kıyasla anlamlı oranda daha düşük olduğu belirtilmiştir.²²⁶ Congiu ve ark. ise çalışmalarında çocukların ebeveynlerinin yüksek eğitim seviyelerine sahip olmalarının çocuklarda daha az diş çürüğü oluşumu ile ilişkili olduğunu göstermiştir.²²⁷

Bu çalışmaların aksine Pinto ve ark.²²⁸ ve Upadhyay ve ark.²²⁹ annenin eğitim seviyesi ile çocukta mevcut olan diş çürüğü miktarı arasında istatistiksel açıdan değerli bir ilişki olmadığını rapor etmişlerdir. Yine benzer şekilde Johansson ve ark.²³⁰ da çalışmalarında ebeveynlerin eğitim seviyelerinin çocuklardaki diş çürüğü miktarı ile ilişkisinin bulunmadığını bildirmiştir.

Mattila ve ark.²³¹ yayımlamış oldukları bir çalışmada 25 yaşın altında anne ve baba olan ebeveynlerin çocuklarında diş çürüğü görülme oranının daha yüksek seviyede olduğunu rapor etmişlerdir. Bu çalışmalardan farklı olarak ise; Hallett ve ark.²³² 24 yaş veya altında doğum yapmış olan annelerin çocuklarında çürük prevalansının daha düşük seviyelerde olduğunu belirtmiştir. Ancak bizim çalışmamızda ebeveynlerin yaşları ile çocuklarında görülen çürük prevalansı ve diğer oral sağlık indeks değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki kaydedilmemiştir.

Diş fırçalamak, çocukların ve yetişkinlerin düzenli olarak her gün uygulaması gereken basit rutinlerden biridir. Bu diş fırçalama olayı gece yatmadan önceki rutinler arasına dahil edildiğinde, çürük oluşumunu ve periodontal hastalık gelişimini önlemesi açısından oldukça değerli bir yere sahiptir.²³³ Diş fırçalama alışkanlığının geç yaşlarda kazanılması çürük risk faktörleri arasındadır ve dişleri olması gerekenden daha az sayıda fırçalamak da bu faktörlerdendir.²³⁴

Diş fırçalama alışkanlıklarına göre yapılan değerlendirmede çalışmaya katılan çocukların; %42'sinin günde 1 kez, %49'unun günde 2 kez ve %8,1 gibi çok az bir kesiminin de günde 3 kez diş fırçaladığı tespit edildi. Bu katılımcılar arasında gece yatmadan önce dişlerini fırçalayanlar ise %63'lük kesimi oluşturmaktadır. Çalışmamızda düzenli diş fırçalamayan çocukların DMFT/dmft skorlarının düzenli fırçalayan çocuklara kıyasla anlamlı derecelerde yüksek olduğu bulundu ($p<0,001$). Pİ açısından da benzer şekilde, düzenli fırçalamayan çocukların Pİ değerlerinin daha yüksek seviyelerde olduğu gösterildi ($p<0,001$). Günlük diş fırçalama sıklığına göre yapılan değerlendirmede, günde üç kez dişlerini fırçalayan çocukların DMFT/dmft skorlarının günde bir kez fırçalayan çocuklara kıyasla anlamlı derecelerde düşük olduğu gösterildi ($p<0,001$). Pİ açısından da günde üç kez dişlerini fırçalayan çocukların indekslerinin daha düşük olduğu kaydedildi ($p<0,001$). Gece yatmadan önce dişlerini fırçalama durumuna göre yapılan

değerlendirmede, gece yatmadan önce dişlerini fırçalamayan çocukların DMFT/dmft skorlarının fırçalayan çocuklardan anlamlı derecede yüksek olduğu kaydedildi ($p<0,001$). Pİ açısından da benzer şekilde, gece yatmadan önce dişlerini fırçalamayan çocukların Pİ değerleri daha yüksek seviyelerde ölçüldü ($p<0,001$).

Yapılan ayarlanmış binominal lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre de dişlerini düzenli olarak fırçalayan ve gece yatmadan önce dişlerini fırçalayan çocukların DMFT/dmft, PUFA/pufa, Pİ, Gİ ve Kİ skorları anlamlı derecede düşük kaydedildi. Bu da bizlere dişlerini gündelik düzenli olarak ve gece yatmadan önce fırçalama gibi alışkanlıkların oral hijyen indekslerini doğrudan etkilediğini göstermektedir.

Mevcut çalışmaya benzer şekilde Doğan ve ark. tarafından yayımlanan bir çalışmada dişlerini fırçalamayan çocuklarda diğer gruplara kıyasla dmft indeksi değerlerinin anlamlı derecede daha yüksek seviyelerde olduğu görülmüştür($p<0,05$)²³⁵ Ghasemianpour' un yapmış olduğu ve 6-12 yaş grubundaki çocukların dahil olduğu bir çalışmada günde bir kereden daha fazla dişlerin fırçalanmasıyla DMFT/dmft indeks puanları arasında anlamlı ve negatif şekilde bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir.²²⁰ Yine benzer şekilde Nagarajappa ve ark. 12-15 yaş arasındaki 800 çocuk üzerinden yürüttükleri bir çalışmada, çocukların CAST indeksi puanlarının dişlerini günde 2 kez fırçalayanlarda günde 1 kez fırçalayanlara göre anlamlı derecede daha az olduğunu tespit etmişlerdir.²¹⁶ 2019 yılında Yiğit tarafından yayımlanan tez çalışmasında çocukların gündelik diş fırçalama sayıları ile Gİ puanları arasında anlamlı bir farklılık kaydedilmiştir. Günde 3 kez dişlerini fırçalayan çocukların %66,7' sinin sağlıklı Gİ grubunda olduğu, hiç dişlerini fırçalamayanların ise bu gruba hiç giremediği tespit edilmiştir. Çocukların diş fırçalama alışkanlıkları ile Pİ değerleri arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki kaydedilmemiştir.²¹² Bulut ve ark. yayımlamış oldukları bir çalışmada da yine dişlerini hiç fırçalamayan çocukların dmft değerlerinin, dişlerini düzenli olarak günde 1 veya 2

kere fırçalayan çocuklardan anlamlı derecede yüksek olduğu bulmuştur.²³⁶ Çubukçu tarafından yürütülen bir çalışmada da günde 2 kereden daha az diş fırçalayan çocukların dmft değerlerinin; 2 kere veya daha fazla diş fırçalayan çocuklara kıyasla anlamlı derecelerde düşük olduğu kaydedilmiştir.²³⁷

Bu çalışmaların aksine, 2019 yılında Özel tarafından yayımlanan bir tez çalışmasında çocukların gündelik diş fırçalama sıklıkları ve DMFT indeks değerleri arasında anlamlı bir fark bulunmadığı rapor edilmiştir ($p>0,05$).²³⁸ Koçanalı ve ark. tarafından 2014 yılında yayımlanmış bir çalışmada da çocukların diş fırçalama alışkanlıkları ile çürüklü dişlerinin sayıları arasında anlamlı kabul edilebilecek istatistiksel bir ilişki kaydedilememiştir ($p>0,05$).¹⁶¹

Mevcut çalışmada öğün aralarında atıştırmalık tüketimine göre yapılan değerlendirmede, sık sık atıştırmalık tüketen çocukların DMFT/dmft, PUFA/pufa, Pİ, Gİ ve Kİ skorlarının atıştırmalık tüketmeyen çocuklara oranla daha yüksek seviyelerde olduğu bulundu ($p<0,001$). Plak indeksi açısından da sık sık atıştırmalık tüketen çocukların indeks değerlerinin daha yüksek seviyelerde olduğu gözlemlendi ($p<0,001$). Günlük şeker ve çikolata tüketim sıklığına göre yapılan değerlendirmede, günde üç kez veya bunun üzerinde şeker ve çikolata tüketen çocukların DMFT/dmft, PUFA/pufa, Pİ, Gİ ve Kİ skorlarının günde bir kez tüketen çocuklarla kıyaslandığında daha yüksek seviyelerde kaydedildi ($p<0,001$). Pİ açısından da benzer şekilde, daha fazla şeker ve çikolata tüketen çocukların indekslerinin daha yüksek seviyelerde olduğu gözlemlendi ($p<0,001$).

Yapılan ayarlanmış binominal lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre de öğün aralarında atıştırmalık tüketen ve günlük şekerli gıda tüketimi 3 kere veya bunun üzerinde olan çocukların DMFT/dmft ve PUFA/pufa skorları anlamlı derecede yüksek kaydedildi.

Bu da bizlere çocukların günlük beslenme alışkanlıklarının oral hijyen indekslerini doğrudan etkilediğini göstermektedir.

Bu çalışmaya benzer şekilde, Rosenblatt ve ark. yayımlamış oldukları bir çalışmada gün içerisinde 5 kere veya bunun üzerinde şekerli atıştırmalıklardan tüketen çocuklarda, günlük şekerli atıştırmalık tüketimi 5 kereden daha az olan çocuklardan daha fazla sayıda diş çürüğü varlığı tespit edilmiştir.²³⁹ Nunes ve ark. yayımlamış oldukları bir çalışma sonucunda öğünleri arası şekerli gıda tüketenlerde daha fazla diş çürüğü olduğunu bildirmiştir.²⁴⁰ Johansson ve ark. bir çalışmalarında çocukların gün içerisinde tüketmiş oldukları şekerli atıştırmalığın sayısının arttıkça çürük görülme oranının da arttığını göstermişlerdir.²³⁰

Mevcut çalışmada yemek yeme hızına göre yapılan değerlendirmede, yavaş yemek yiyen çocukların DMFT/dmft skorları normal hızda yiyen çocuklarla kıyaslandığında daha yüksek kaydedildi ($p<0,001$). Pİ açısından da yavaş yemek yiyen çocukların indeks değerlerinin daha yüksek seviyelerde olduğu gözlemlendi ($p<0,001$). Ayarlanmış binominal lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre; yemek yeme hızının DMFT/dmft değerleri üzerinde doğrudan etkisi bulunurken, Pİ değerleri üzerinde doğrudan bir etkisi bulunmadığı tespit edildi.

Çocukların kullandığı diş macunu türüne göre yapılan değerlendirmede, yaşına uygun çocuk diş macunu kullanan çocukların DMFT/dmft skorlarının evde ortak kullanılan yetişkin macunu kullanan çocuklardan anlamlı derecede düşük olduğu görüldü ($p=0,029$). Pİ açısından da çocuk diş macunu kullananların indekslerinin daha düşük seviyelerde olduğu gözlemlendi ($p<0,001$). Ancak ayarlanmış binominal lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre çocuğun kullandığı diş macunu türünün DMFT/dmft ve Pİ değerleri ile arasında istatistiksel açıdan değerli kabul edilebilecek bir ilişki

kaydedilemedi. Bu da göstermektedir ki çocuğun kullandığı diş macunu türü DMFT/dmft ve Pİ değerleri üzerinde direkt olarak etki sahibi değildir.

Ailede bulunan çocuk sayısına göre yaptığımız değerlendirmede, özellikle Pİ ($p=0,029$) ve Gİ ($p=0,012$) açısından anlamlı farklar bulundu. Çocuğun ailedeki sıralamasına göre ağız sağlığı indekslerinde bazı farklılıklar gözlenmiş ve özellikle Gİ anlamlı fark gösterdi ($p=0,039$). Ancak ayarlanmış binominal lojistik regresyon analizi sonuçlarında ailenin çocuk sayısının Pİ ve Gİ değerlerine direkt bir etkisinin olmadığı tespit edildi. Mevcut çalışmaya paralel olarak, Ayrancı'nın 6-9 yaş grubundaki 79 çocuğu dahil ettiği 2005 yılında yayımlamış olduğu çalışmasının sonuçlarına bakıldığında kardeş sayısının artması ile çürük varlığının yükseldiği ortaya çıkmıştır. Bu artış ise istatistiksel açıdan değerli bulunmamıştır.²⁴¹ Bu çalışmanın aksine Yıldız ve ark. 2015 yılında yayımlamış oldukları ve 6-13 yaş grubundaki 500 çocuğu dahil ettikleri bir çalışmada tek çocuk olanların dmft indeks puanlarının, 4 ve üzerinde kardeşe sahip olan çocukların indeks puanlarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu rapor edilmiştir.²⁴²

Çocuk hastaların dental anksiyeteleri ve diş hekimi ziyaretleri sırasında sergiledikleri davranışları; onların duygusal ve sosyal gelişim seviyeleri, gelişimsel veya zihinsel problemleri, cinsiyetleri, yaşları, geçmiş olumsuz diş hekimi deneyimleri ve ebeveynlik tarzları gibi faktörlerden etkilenmektedir.^{189,195,243-246} Diş hekimleri hastada mevcut olan anksiyetenin oluşturacağı olumsuz koşulları önleyebilmek için anksiyetenin olası risk faktörlerini de bilmelidir.¹⁸⁸

Dental anksiyetenin etiyolojisinde cinsiyet önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir. Genellikle kızların erkeklerden daha yüksek anksiyete seviyelerine sahip olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.²⁴⁶⁻²⁵³ Diğer yandan cinsiyetin dental anksiyete üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur.^{136,195,198,202,254}

Çalışmalar arasında görülen bu farklılıkların, çalışmaların yürütüldüğü coğrafya özellikleri ve toplumların sosyo-kültürel farklılıklarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada da hastanın cinsiyetinin dental anksiyete seviyeleri üzerinde istatistiksel açıdan değerli bir etkisinin olmadığı gösterildi ($p=0,817$ ve $p=0,957$). Ancak çalışmaya katılan çocuklardan kadın ebeveynleri ile birlikte diş hekimliği kliniğine başvuranların dental anksiyete seviyeleri erkek ebeveynleri ile birlikte başvuranlara kıyasla istatistiksel bakımdan anlamlı kabul edilebilecek seviyelerde daha yüksek bulunmuştur ($p=0,043$) Bunun tam tersi olarak Alagla ve ark. yayımlamış oldukları bir çalışmada, ebeveynin cinsiyetinin çocuğun anksiyete düzeyinde anlamlı bir etkisinin olmadığını bildirmiştir.¹⁹⁵

Yaş dental anksiyete görülme seviyesindeki önemli belirleyici faktörler arasında kabul edilmektedir. Bu çalışmada yaş aralığına göre yapılan değerlendirmede, 9 yaş ve altındaki çocukların MÇDAS-y ve dental anksiyete anketi skorları, 9 yaş üzeri çocuklara kıyasla anlamlı derecelerde yüksek kaydedildi ($p<0,001$). Benzer şekilde literatürde yaşla beraber dental anksiyetenin azaldığı birçok çalışmada gösterilmiştir.^{125,202,248,255,256} Folayan ve ark., dental anksiyete seviyelerinin 6-7 yaşlar civarında azalma göstermeye başladığı ve ilerleyen yaşla birlikte anksiyeteye ve korkuyla baş edebilme becerilerinin geliştiğini belirtmişlerdir.²⁰² Schuller ve ark. farklı yaş gruplarına sahip çocuklar üzerinde dental anksiyete düzeyini inceledikleri bir çalışmalarında, küçük yaşlarda dental anksiyetenin daha yüksek seviyelerde olduğunu belirtmişlerdir.²⁵⁷ Alagla ve ark. yayımlamış oldukları bir çalışmada çocuğun yaşı ile diş hekimi ziyaretleri esnasındaki davranışları arasındaki kuvvetli ilişkiden bahsetmekte, çocuğun yaşının küçüldükçe diş hekimi ile olan iş birliğinin de o derece azaldığından bahsetmektedirler.¹⁹⁵ Murad ve ark. da yayımlamış oldukları bir çalışmalarında yaşça küçük çocukların, daha büyük

çocuklardan daha yüksek seviyelerde anksiyete değerlerine sahip olduklarını bildirmişlerdir.²⁴⁶

Ülkemizde yürütölmüş benzer bir çalışmada da buna paralel olacak şekilde, daha küçük yaş grubundaki çocukların, yaş bakımından daha büyük olan çocuklardan anlamlı derecede daha yüksek dental anksiyete değerlerine sahip olduğu bildirilmiştir.¹²⁵ Yiğit de 2019 yılında yayımlamış olduğu çalışmamıza benzer yaş aralığında hasta grubunu dahil ettiğı tez çalışmasında 7-8 yaş grubuna dahil çocukların 11-12 yaş grubundaki çocuklara göre daha yüksek dental anksiyete puan ortalamasına sahip olduğunu göstermiştir.¹⁹⁸ Bu durumun sebebi olarak çocukların yaş aldıkça farkındalıklarının artması ve bilişsel kapasitelerinin gelişmesi görölmektedir.

Mevcut çalışmadaki bulguları destekleyen tüm bu çalışmaların yanında; literatürde dental anksiyete ve çocuğun yaşı arasındaki ilişkinin istatistiksel açıdan değerli olmadığını gösteren^{252,253,258-262} veya çocuğun yaşı arttıkça dental anksiyete seviyelerinin de arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur.²⁶³ Dental anksiyete ve yaş ilişkisinde gözlenen bu farklılıklar sosyo-költürel ortam farklılıklarından kaynaklanıyor olabilmektedir.²⁶⁴

Ebeveyn yaşı açısından yapılan değerlendirme sonucunda, 35 yaş ve altı ebeveynlere sahip çocukların MÇDAS-y ve dental anksiyete anketi skorları, 35 yaş üstü ebeveynlere kıyasla anlamlı derecelerde yüksek kaydedildi ($p=0,002$ ve $p=0,007$). Ancak Peretz ve ark. tarafından yürütölen ve ebeveynin yaşı ile çocuğun dental anksiyetesi seviyeleri arasındaki ilişkiyi inceledikleri bir çalışmalarında bu ikisi arasında korelasyon ilişkisi bulunmadığını tespit etmişlerdir.²⁶⁵

Bu çalışmada dental anksiyete ile çocuğun kardeş sayısı arasında istatistiksel olarak değerli bir ilişki bulunamadı. Ancak Wu ve Gao yaptıkları bir çalışmada, tek olan çocukların kardeş sahibi olanlara kıyasla anlamlı derecelerde daha düşük anksiyeteye

sahip olduğunu göstermişlerdir.²⁶⁶ Bunun tam aksine tek çocuk olmak ile yüksek anksiyete arasında anlamlı ilişkilerin varlığını gösteren çalışmalar da mevcuttur.^{135,267} Yine mevcut çalışmada çocuğun ailedeki doğum sırasının dental anksiyete üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı kabul edilebilir bir etkisinin bulunmadığı kaydedildi. Bu çalışmayı destekler şekilde Wu ve Gao da yaptıkları çalışmada ailenin ilk doğan çocuğu olmanın, dental anksiyete üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermişlerdir.²⁶⁶

Mevcut çalışmada ebeveynin eğitim düzeyine göre yapılan değerlendirmede ise, ilkökul mezunu ebeveynlere sahip çocukların MÇDAS-y ve dental anksiyete anketi skorları, lisans mezunu ebeveynlere sahip olan çocuklardan anlamlı derecelerde yüksek kaydedildi ($p=0,014$ ve $p<0,001$). Buna paralel şekilde, ailenin yüksek sosyoekonomik durumunun, çocuktaki düşük anksiyete seviyeleri ile ilişkili olduğunu göstermiş olan çalışmalar mevcuttur.^{108,268} İsveç'te, 7-19 yaşları arasındaki dental davranış bozukluklarına sahip bireyler üzerinde yapılan bir araştırmada, ebeveynlerinin eğitim düzeyleri değerlendirilmiştir. Araştırma bulguları, dental davranış bozukluğu gösteren çocukların anneleri ve babalarının sosyoekonomik konumlarının kontrol grubuyla kıyaslandığında belirgin bir şekilde daha düşük seviyelerde olduğunu ortaya koymuştur.¹⁰⁴ Türkiye'de 3-6 yaş ve 6-12 yaş gruplarındaki çocuklarla yapılan buna paralel bir çalışmada ise, sosyodemografik faktörlerin çocuklardaki dental anksiyete seviyeleri üzerindeki etkileri incelenmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre, 6-12 yaş grubuna dahil olan çocukların dental anksiyete düzeylerinin, düşük gelirli ailelerde ve düşük eğitim seviyelerine sahip babaların çocuklarında daha yüksek seviyelerde olduğu kaydedilmiştir.²⁶⁹

Bu çalışmaların aksine, Hong Kong'da 9-13 yaş grubundaki 405 çocuk ve ebeveynleri üzerinde yürütülen bir çalışmada, ebeveynlerin eğitim düzeyleri ve çalışma durumları ile çocuklarının dental anksiyete seviyeleri arasında istatistiksel açıdan değerli

bir ilişki bildirilmemiştir.²⁶⁶ Türk popölasyonunda ebeveynlerin dental kaygısının çocukların dental kaygısı üzerindeki etkisini araştıran, 6-12 yaş grubundan 78 çocuk ve ebeveyninin dahil edildiği bir çalışmada, ailelerin eğitim düzeyleri ve sosyoekonomik durumları değerlendirmeye alınmıştır. Bu çalışma sonucunda, ebeveynlerin eğitim seviyeleri ile çocukların dental anksiyete seviyeleri arasında anlamlı istatistiksel farklılıklar kaydedilememiştir.¹⁰⁷

Dental anksiyete yaşayan bireyler, kaçınma davranışları dolayısıyla çoğunlukla daha kötü ağız ve diş hijyenine sahip olmaktadır.^{270,271} Bu çalışmada da hastaların oral hijyen alışkanlıkları değerlendirildiğinde benzer şekilde, düzenli diş fırçalamayan çocukların MÇDAS-y ve dental anksiyete anketi skorları, düzenli diş fırçalayan çocuklara kıyasla anlamlı derecelerde yüksek kaydedildi ($p<0,001$). Çocuğun günde kaç kez dişlerini fırçaladığına göre yapılan değerlendirmede, günde üç kez dişlerini fırçalayan çocukların MÇDAS-y ve dental anksiyete anketi skorları, günde bir kez dişlerini fırçalayan çocuklara kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı derecelerde düşük kaydedildi ($p<0,001$).

Gece yatmadan önce dişlerini fırçalama durumu incelendiğinde, gece yatmadan önce dişlerini fırçalamayan çocukların MÇDAS-y ve dental anksiyete anketi skorları, dişlerini fırçalayan çocuklara kıyasla anlamlı derecelerde yüksek kaydedildi ($p<0,001$).

Çocuğun öğün aralarında atıştırmalık tüketme durumu incelendiğinde, sık sık atıştırmalık tüketen çocukların MÇDAS-y ve dental anksiyete anketi skorları, atıştırmalık tüketmeyen çocuklara kıyasla anlamlı derecelerde yüksek kaydedildi ($p<0,001$). Çocuğun yemek yeme hızına göre yapılan değerlendirmede, yavaş yemek yiyen çocukların MÇDAS-y ve dental anksiyete anketi skorları, normal hızda yemek yiyen çocuklara kıyasla anlamlı derecelerde yüksek kaydedildi ($p<0,001$).

Çocuğun günlük şeker ve çikolata tüketim sıklığına göre yapılan değerlendirmede, günde üç kez veya bunun üzerinde şeker ve çikolata tüketen çocukların MÇDAS-y ve dental anksiyete anketi skorları, günde bir kez tüketen çocuklara kıyasla anlamlı derecelerde yüksek kaydedildi ($p<0,001$). Bu bulgular, çocukların ağız sağlığı alışkanlıklarının ve beslenme alışkanlıklarının anksiyete düzeyleri üzerindeki etkilerini anlamada önemli ipuçları sunmaktadır. Özellikle düzenli diş fırçalama, dişleri gece yatmadan önce fırçalama ve az şeker tüketimi gibi sağlıklı alışkanlıkların, çocukların dental anksiyete düzeylerini düşürdüğü görülmektedir.

Mevcut çalışmada çocukların dental anksiyete seviyeleri DMFT/dmft indeks skorları ile de karşılaştırıldı. Yapılan analizler, dental anksiyete seviyeleri ile DMFT/dmft değerleri arasında mevcut olan anlamlı pozitif bir korelasyon ilişkisini gösterdi. Ancak binominal lojistik regresyon analizi sonuçları, çocukların DMFT/dmft skorları ile dental anksiyete seviyeleri arasında istatistiksel açıdan önemli bir ilişki bulunmadığını ortaya koymaktadır. Bu da, diğer değişkenler dikkate alındığında, DMFT/dmft skorlarının dental anksiyete seviyeleri üzerine direkt bir etkisinin bulunmadığını göstermektedir.

Bununla paralel olarak Hindistan'da, 6-12 yaş arasındaki 444 çocukla gerçekleştirilen bir çalışmada, çocukların dental anksiyete seviyeleriyle DMFT/dmft indeks skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadığı bildirilmiştir.²⁷² Ürdün'de 12 ve 15 yaş grubu çocuklarda diş çürüğü, dental anksiyete, ve gingivitis seviyelerini belirlemek ve bu değişkenler arasındaki ilişkileri değerlendirmek amacıyla 1021 çocuğun incelendiği çalışmada da yine benzer bir şekilde, çocukların dental anksiyete seviyeleri ile DMFT/dmft indeks skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki kaydedilememiştir.²⁷³ Yaşları 6 ve 12 aralığında değişkenlik gösteren 168 çocuk ve ebeveyninin dahil edildiği bir çalışmada, yine benzer bir şekilde, çocuklarda görülen dental anksiyete seviyeleri ile DMFT/dmft skorları arasında anlamlı bir farklılık

kaydedilememiştir.²⁷⁴ Bu çalışmaların tersine, bazı araştırmalar ise dental anksiyete ölçek skorlarındaki artışın DMFT/dmft değerlerinde anlamlı bir artışa neden olduğunu göstermektedir.^{106,263,275,276}

Bu çalışmada, çocukların dental anksiyete seviyeleri ile PUFA/pufa skorları, Gİ ve Kİ değerleri arasında anlamlı ve pozitif ilişkili bir korelasyon gözlemlendi. Binominal lojistik regresyon analizi sonuçları da bu ilişkinin istatistiksel açıdan değerli olduğunu doğrulamaktadır.

Mevcut çalışmada ebeveynlik stillerinin, demografik veriler (çocuğun cinsiyeti, yaşı, kaçınıcı çocuk olduğu, ebeveynin cinsiyeti, yaşı, eğitim seviyesi) ve çocuğun ağız-diş sağlığı anket sorularına verdiği cevaplar ile ilişkisi de değerlendirildi.

Ebeveynin sergilediği ebeveynlik stiline çocuğun cinsiyetiyle ilişkisi incelendiğinde, samimi ilişki ve düşük kontrol puanlarının kız çocuklarında anlamlı derecede yüksek olduğu; olumlu pekiştirme, düşmanlık ve fiziksel kontrol puanlarının ise erkek çocuklarında istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde yüksek seviyelerde olduğu görüldü. Kapsamlı olumlu ebeveynlik puanları ise kız çocuklarında daha yüksek bulundu. Benzer şekilde Rothbaum ve Weisz de yapmış oldukları bir çalışmada ebeveynlerin uyguladıkları ebeveynlik stillerinin çocuğun cinsiyetinden etkilendiğini göstermişlerdir.²⁷⁷ Bu çalışmalarla paralel olarak fiziksel ceza uygulamalarının daha çok erkek çocuklara uygulandığını, kız çocukların ise çoğunlukla sözlü uyarıldıklarını gösteren çalışmalar mevcuttur.²⁷⁸⁻²⁸⁰ Gilli ise yapmış olduğu bir çalışmada erkek çocuklarının daha olumlu bir ebeveynlik uygulaması deneyimi yaşadığını belirtmektedir.²⁸¹ Bu bulgu da mevcut çalışmadaki erkek çocuklarının daha yüksek olumlu pekiştirme puanına sahip olmaları durumunu destekler nitelikte olsa da sonuçta

ortaya konulan kız çocuklarının genel anlamla pozitiflik puanlarının daha yüksek olması durumu ile uyuşmamaktadır.

Bu çalışmaların aksine Baumrind ise ebeveynlik stilleri uygulamalarının cinsiyete göre değişmediğini belirtmektedir.²⁸² Bu farklılığın ülkeden ülkeye değişebileceği ve kız ile erkek çocuklarına yönelik farklı davranışların kültürel farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Başka bir ifadeyle, ebeveynlik yaklaşımlarında görülen cinsiyet farklılıkları, sadece bireysel tercihlerle değil, aynı zamanda toplumsal ve kültürel değerlerle de şekillenmektedir. Kültürel bağlamlar, ebeveynlerin çocuklarına nasıl davrandığını, hangi tutum ve davranışları benimsediklerini etkileyebilmektedir. Bu nedenle, farklı toplumlarda ebeveynlik stillerinin cinsiyete bağlı olarak nasıl değiştiğini anlamak amacıyla, toplumsal ve kültürel değişkenlerin de değerlendirilmeye alınması gerekmektedir.²⁸³

Ebeveynlik stilleri davranışlarının çocukların yaşları ile ilişkisi incelendiğinde; samimi ilişki, düşük kontrol, fiziksel kontrol ve düşmanlık puanlarının 9 yaş ve altındaki çocuklarda daha yüksek olduğu ve kapsamlı olumsuz ebeveynlik puanlarının da yine bu yaş grubunda daha yüksek seviyelerde olduğu kaydedildi. Benzer şekilde ebeveynlik uygulamalarının çocukların yaş gruplarına göre değişiklik gösterdiğini belirten yazarlar mevcuttur.^{28,284,285} Bunların aksine ebeveynlik stilleri uygulamaları ve çocuğun yaşı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını rapor eden çalışmalar da vardır.^{110,194,286}

Ebeveynlik stilleri uygulamalarına ebeveyn cinsiyetinin etkisine bakıldığında ise kadın ebeveynlerin proaktif ebeveynlik, samimi ilişki, olumlu pekiştirme, destekleyici yaklaşım, düşük kontrol ve kapsamlı olumlu ebeveynlik puanlarının erkek ebeveynlere göre anlamlı derecelerde daha yüksek olduğu kaydedildi. Kekeç ve ark. da yayımlamış oldukları bir çalışmada ebeveynlerin cinsiyetinin sergilemiş oldukları ebeveynlik

stillerini etkilediğini göstermişlerdir.⁷³ Buna paralel olarak Russell ve ark. yayımlamış oldukları bir çalışmada, babalara oranla annelerin daha demokratik bir yaklaşım benimsediklerini ve çocuklarına karşı tutumlarında daha huzurlu ve yapıcı bir yaklaşım sergilediklerini dile getirmişlerdir. Buna karşın, babaların daha agresif tutumlar sergiledikleri ve bu yüzden annelere kıyasla daha otoriter olarak algılandıkları ortaya konmuştur.²⁷⁸

Ebeveynlerin yaş gruplarının uyguladıkları ebeveynlik stillerine olan etkisi araştırıldığında ise 35 yaş ve altı ebeveynlerin proaktif ebeveynlik, destekleyici yaklaşım, olumlu pekiştirme, samimi ilişki, düşük kontrol ve kapsamlı olumlu ebeveynlik puanlarının diğer yaş gruplarından daha yüksek seviyelerde olduğu kaydedildi. Verilen cevaplarda, yaş grupları açısından gözlemlenen farklılıkların, yeni nesil ebeveynlerde artan sıcaklık ve duyarlılıktan kaynaklandığı ve bunun yanında, daha az talepkarlık ve daha düşük katılık eğilimleriyle açıklanabileceği düşünülmektedir. Bu değişikliklerin, ebeveynlik yaklaşımlarındaki evrimi yansıttığı ve modern ebeveynlerin çocuklarına karşı daha destekleyici ve esnek bir tutum sergilediği anlaşılmaktadır. Yeni nesil ebeveynler, çocuklarının ihtiyaçlarına karşı daha duyarlı olma eğilimindedir ve bu durum, çocuklara yönelik beklentilerinde ve davranışsal tutumlarında daha fazla esneklik ve azalan sertlik ile kendini göstermektedir.²⁸⁷

Ebeveynlerin eğitim seviyelerinin uyguladıkları ebeveynlik stilleri üzerine olan etkisi incelendiğinde eğitim seviyeleri arttıkça; proaktif ebeveynlik, destekleyici yaklaşım, olumlu pekiştirme, samimi ilişki ve kapsamlı olumlu ebeveynlik skorlarının yükseldiği, eğitim seviyeleri azaldıkça ise düşmanlık, fiziksel kontrol, düşük kontrol ve kapsamlı olumsuz ebeveynlik skorlarının yükseldiği kaydedildi. Buna benzer şekilde ebeveynlerin eğitim seviyelerinin uyguladıkları ebeveynlik stilleri ile ilişkisini gösteren örnek çalışmalar mevcuttur.^{73,195,288,289}

Mevcut çalışmada ebeveynlerin sergiledikleri ebeveynlik stillerinin çocuğun doğum sırasına göre değişimi incelendiğinde, ilk çocuk olanlara karşı ebeveynlerin proaktif ebeveynlik, samimi ilişki, destekleyici yaklaşım ve kapsamlı olumlu ebeveynlik değerlerinin daha yüksek seviyede olduğu ve bu farklılıkların istatistiksel açıdan anlamlı olduğu kaydedildi. Bunun sebebi olarak ebeveynlerin genellikle ilk çocuklarına karşı daha olumlu ve destekleyici davranışlar sergileme eğiliminde olmaları görülmektedir. Bu eğilim, ilk çocuklarının ebeveynlikteki ilk deneyim olması ve ebeveynlerin bu çocuklarına yönelik daha yüksek beklenti ve umutları ile ilişkilendirilmektedir. İlk çocuklarına daha fazla dikkat, ilgi ve övgü gösterme eğiliminde olan ebeveynler, bu çocuklar üzerinde genellikle daha fazla zaman ve enerji harcamaktadırlar.²⁹⁰ Benzer şekilde Jee-Yeon K. ve ark. tarafından yayımlanmış bir çalışmada da çocuğun doğum sırasının maruz kalacağı ebeveynlik stili tutumu ile ilişkisini göstermişlerdir.²⁹¹

Ebeveynlik stilleri tutumlarının çocukların ağız-diş sağlığı alışkanlıkları ile ilişkisi incelendiğinde kapsamlı olumlu ebeveynlik grubuna dahil olan proaktif ebeveynlik, samimi ilişki, olumlu pekiştirme ve destekleyici yaklaşım puanları yüksek olan ebeveynlerin çocuklarının; düzenli diş fırçalama, günde 3 kez dişlerini fırçalama, gece yatmadan önce dişlerini fırçalama ve yaşına uygun diş macunu kullanımı daha yüksek, sık sık atıştırmalık tüketme, yavaş yemek yeme ve günde 3 kez veya bunun üzerinde şekerli gıda tüketimi anlamlı şekilde daha düşük seviyelerde kaydedildi. Çalışmadaki kapsamlı olumsuz ebeveynlik grubuna dahil olan düşmanlık, fiziksel kontrol ve düşük kontrol skorları daha yüksek olan ebeveynlerin çocuklarının ise düzenli diş fırçalamama, gece yatmadan önce dişlerini fırçalamama, sık sık atıştırmalık tüketme, yavaş yemek yeme ve günde 3 kez veya bunun üzerinde şekerli gıda tüketimi verilerinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu kaydedildi.

Çocuk hastaların ağız sağlığı indeks değerlerinin ağız sağlığı uygulamaları ve beslenme alışkanlıkları ile neden-sonuç ilişkisi içerisinde olduğu göz önüne alındığında bu bulgulara paralel olarak da çalışmada ebeveynlerin; kapsamlı olumlu ebeveynlik grubuna dahil olan proaktif ebeveynlik, samimi ilişki, olumlu pekiştirme ve destekleyici yaklaşım değerleri ile çocukların DMFT/dmft, PUFA/pufa, Pİ, Gİ ve Kİ değerleri arasında anlamlı negatif şekilde bir korelasyon belirlendi. Ebeveynlerin kapsamlı olumsuz ebeveynlik grubuna dahil olan düşmanlık, fiziksel kontrol ve düşük kontrol skorları ile çocukların DMFT/dmft, PUFA/pufa, Pİ, Gİ ve Kİ değerleri arasında ise anlamlı pozitif şekilde korelasyon tespit edildi.

Mevcut çalışmaya benzer şekilde ebeveynlik stilleri ve çocukların çürük oranları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur.^{5,194,292}

Bu bulgular ebeveynlik stillerinin ve çocukların duygusal durumlarının, çocukların ağız-diş sağlığı uygulamaları ve beslenme alışkanlıkları ve bunların sonucunda da ağız-diş sağlıkları üzerindeki etkilerini anlamada önemli ipuçları sağlamaktadır. Özellikle, ebeveynleriyle genel anlamda olumlu ve samimi ilişkiler geliştiren çocukların genellikle daha düzenli ağız ve diş sağlığı alışkanlıklarına sahip oldukları ve daha sağlıklı beslenme tercihlerini benimsedikleri görülmektedir. Bu durum, ebeveynlik stiline çocukların günlük sağlık alışkanlıkları üzerinde nasıl bir etkisi olabileceğini göstermektedir. Olumlu ebeveyn-çocuk ilişkileri, çocukların kendi bakımlarını gerçekleştirme konusunda daha motive ve gönüllü olmalarına yardımcı olabilmektedir. Ayrıca, ebeveynlerin çocuklarına sağlıklı alışkanlıklar kazandırma konusunda gösterdikleri tutum ve davranışların, çocukların beslenme alışkanlıkları üzerinde olumlu bir etki oluşturduğu ortaya çıkmaktadır. Ebeveynlerin destekleyici ve anlayışlı bir tutum sergilemesi, çocukların ağız-diş sağlığına ve genel beslenme

alışkanlıklarına daha fazla önem vermelerine neden olabilmektedir. Çocukların duygusal ihtiyaçlarının karşılanması, onların sağlıklı alışkanlıklar geliştirmeleri için bir temel sağlamaktadır. Bu bağlamda, ebeveynlik stiline ve ebeveyn-çocuk ilişkisinin, çocukların sağlık davranışları üzerinde uzun vadeli etkiler yaratabileceği anlaşılmaktadır.

Ebeveynlik tarzlarının, çocukların gündelik yaşamlarında karşılaştıkları stresli durumlarla başa çıkma stratejileri üzerinde önemli etkileri olduğu vurgulanmaktadır.²⁹³ Bailey ve ark., da ebeveynlik tarzlarının çocukların sorunlarıyla başa çıkabilme yeteneklerinde temel bir rolü olduğunu ve bunun çocuğun yetişkin bireylerle olan iletişimini de etkileyebildiğini vurgulamaktadır. Ayrıca, ebeveynlik tarzının, çocukların dental tedaviler gibi stresli durumlarla nasıl başa çıkacaklarını da önemli ölçüde etkilediğini öne sürmektedirler.²⁹⁴ Ebeveynlerin çocuklarıyla pozitif, istikrarlı ve cesaretlendirici tarzda ilişkiler kurabilme yetenekleri, çocukların dental işlemler sırasında yaşadıkları kaygıyı yönetmelerine önemli derecede katkıda bulunmaktadır. Aynı zamanda, ebeveynlerin destekleyici ve cesaretlendirici tutumları, çocukların tedavi sürecinde karşılaştıkları zorluklara daha olumlu bir bakış açısıyla yaklaşmalarını sağlamakta, bu da genel sağlık deneyimlerini iyileştirebilmektedir.²⁹⁵

Bu tez çalışmasında ebeveynlik stilleri ile çocuğun dental anksiyetesi arasındaki ilişki de incelendi. Dental anksiyete anketi ve MÇDAS-y ile proaktif ebeveynlik boyutu arasında da negatif ilişkili bir korelasyon ($r=-0,17$, $r=-0,13$, $p<0,001$) bulundu. Bu durum, ebeveynlerin çocuklarının diş sağlığına yönelik proaktif yaklaşımlarının çocukların dental anksiyetelerini azaltmada ve ağız sağlığı indekslerinin azaltılmasında etkili olabileceğini göstermektedir. Olumlu pekiştirme ve samimi ilişki ile dental anksiyete anketi arasında negatif bir korelasyon mevcutken, MÇDAS-y ile aralarında anlamlı bir ilişki kaydedilmedi ($p>0,05$). Dental anksiyete anketi ve MÇDAS-y ile destekleyici yaklaşım arasında da negatif ilişkili bir korelasyon bulundu ($r=-0,21$, $r=-0,12$, $p<0,001$).

Düşmanlık, fiziksel kontrol ve düşük kontrol ile dental anksiyete anketi ve MÇDAS-y arasında da pozitif korelasyon bulundu.

Dental anksiyete anketi ile MÇDAS-y toplamı ile kapsamlı olumsuz ebeveynlik ($r=0,55$, $p<0,001$) arasında pozitif korelasyonlar bulundu. Yüksek dental anksiyetenin, daha yüksek kapsamlı olumsuz duygularla ilişkili olduğu görüldü. Bu bulgular, çocukların duygusal durumlarını olumsuz etkileyen ebeveyn tutumlarının önemini vurgulamaktadır. Özellikle, ebeveynlerin olumsuz tutumları, çocukların genel ruhsal sağlığını ve duygusal dengeyi bozarak, dental anksiyete gibi belirli alanlarda da kendini gösterebilen geniş çaplı olumsuz etkiler yaratabilmektedir. Bu durum, çocukların duygusal ve psikolojik gelişimlerinde ebeveyn davranışlarının önemini ortaya koymaktadır.

Bu çalışmaya benzer şekilde ebeveynlik stilleri ile çocukların mevcut dental anksiyete seviyeleri arasındaki istatistiksel açıdan anlamlı olan ilişkileri gösteren çalışmalar bulunmaktadır.^{5,137,189,296} Ancak bunların tam aksine ebeveynlik stilleri ile çocukların dental anksiyete seviyeleri arasında anlamlı ilişkilerin kaydedilemediği çalışmalar da mevcuttur.^{110,188,266,292,297,298}

Wood ve ark. da yayımlamış oldukları bir çalışmada ebeveynleri daha fazla sevgi gösteren ve daha az düzeyde kontrolcü olan çocukların streslerle daha iyi bir şekilde baş edebildiğini ancak otoriter tarzdaki ebeveynlerin çocuklarının stres seviyelerinin daha yüksek olduğunu göstermişlerdir.²⁹⁹

Ebeveynlik tarzlarının çocuğun dental anksiyetesi üzerinde nasıl bir etkisi olduğunu araştıran çalışmalardan elde edilen çelişkili sonuçlar, ebeveynlik tarzının; çocuk ve ebeveyn arasındaki durağan değil, uzun süreli ve hareketli bir sürecin sonucu olduğuna işaret etmektedir. Bu varsayım, Kiff ve ark. çalışmalarında; çocuğun hareketleri

ile ebeveynlik tarzının karşılıklı bir etkileşim içerisinde olduğu şeklinde desteklenmiştir. Çocuğun davranışları, ebeveynlik tarzına tepki gösterebileceği gibi, ebeveynlik tarzı da çocuğun davranışlarından etkilenebilmektedir. Ayrıca, zamanla çocuğun davranışları, ebeveynlerin çocuk üzerindeki etkilerini değiştirebilmekte ve bu çift yönlü bir etkileşime yol açabilmektedir.³⁰⁰ Benzer bir çalışmada Guajardo ve ark. da çocukların bilişsel ve sosyal davranışları, ebeveynlik stresi ve ebeveynlik arasındaki komplike ilişkiye dikkat çekmektedir.³⁰¹

Bu tez çalışmasının sonuçlarının bazı sınırlamalardan etkilenmiş olabileceği öngörülmektedir. En önemli sınırlılık, ebeveynlerin anket sorularını kendi gerçek kişilik özellikleri ve ebeveynlik tutumları yerine, sosyal olarak daha olumlu ve ideal ebeveynlik davranışlarını yansıtacak şekilde yanıtlama eğiliminde olmalarıdır.¹¹⁰ Özellikle fiziksel kontrol grubundaki şiddet uygulama konusundaki sorularda, katılımcıların hekimde kötü bir izlenim bırakmamak için doğru olmayan cevaplar vermiş olabilecekleri düşünülmektedir. Anket maddelerinin fazla olması nedeniyle, katılımcıların anketi tam bir dikkatle cevaplayamaması da çalışma sınırlamaları arasındadır. Son olarak, çalışmada yalnızca hastaneye gelen ebeveynin ebeveynlik tarzı üzerinden değerlendirme yapılması, çalışmanın bir sınırlaması olarak görülmüştür. Eğer katılan ebeveyn, çocuğun bakımında baskın rol oynamıyorsa, çocuk; çocuğun ağız ve diş sağlığı ve çocuğun dental anksiyetesi üzerinde etkisi daha az olan ebeveynlik tarzıyla ilişkilendirilmiş olabilir. Gelecekte yapılacak çalışmalarda, bu bilginin de göz önünde bulundurulmasıyla ebeveynlik tarzının çocuğun ağız-diş sağlığı ve dental anksiyetesi üzerindeki etkisi hakkında daha doğru ve kapsamlı sonuçlar elde edilebileceği öngörülmektedir.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Bu tez çalışmasında ÇESDÖ ile belirlenen ebeveynlik tarzlarının çocukların dental anksiyetesi ve ağız-diş sağlıkları üzerine olan etkileri araştırılmış olup, çalışmaya Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Ana Bilim Dalı'na muayene olma amacıyla başvuran ve ilk dental tecrübesini yaşayacak olan 605 çocuk hasta ve ebeveyni dahil edildi. Yapılan araştırma ve analizler sonucunda kısaca;

1. Ebeveynlik tarzları ile çocukların beslenme alışkanlıkları ve oral hijyen uygulamaları arasında anlamlı ilişkiler olduğu ve kapsamlı olumlu ebeveynlerin çocuklarının daha sağlıklı beslenme alışkanlıklarına sahip olup, ağız-diş bakımlarını daha düzenli bir şekilde gerçekleştirdikleri tespit edildi.

2. Ebeveynlik tarzları ile çocukların ağız sağlığı indeks değerleri arasında anlamlı ilişkiler saptandı. Kapsamlı olumlu ebeveynlik (proaktif ebeveynlik, samimi ilişki, destekleyici yaklaşım, olumlu pekiştirme) ile DMFT/dmft, PUFA/pufa, Pİ, Gİ ve Kİ değerleri negatif bir korelasyon gösterdi. Kapsamlı olumsuz ebeveynlik (düşmanlık, fiziksel kontrol, düşük kontrol) ile de DMFT/dmft, PUFA/pufa, Pİ, Gİ ve Kİ değerleri pozitif bir korelasyon gösterdi.

3. Ebeveynlik tarzları ile çocukların dental anksiyete seviyeleri arasında anlamlı ilişkiler olduğu gösterildi. Kapsamlı olumlu ebeveynlik (proaktif ebeveynlik, samimi ilişki, destekleyici yaklaşım, olumlu pekiştirme) ile MÇDAS-y ve dental anksiyete anketi değerleri negatif bir korelasyon gösterdi. Kapsamlı olumsuz ebeveynlik (düşmanlık, fiziksel kontrol, düşük kontrol) ile de MÇDAS-y ve dental anksiyete anketi değerleri pozitif bir korelasyon gösterdi.

Çocuk diş hekimlerinin temel amacı, çocuk hastaların dental kaygılarını aşarak diş hekimi ile etkili bir iş birliği içinde olmalarını sağlamak ve gelecekte olumlu alışkanlıklar geliştirmelerine yardımcı olarak yüksek kaliteli tedaviler sunmaktır. Dental kaygı, çok faktörlü ve karmaşık bir durumdur. Yapılan çalışmaların sonuçlarının tartışmalı olması, dental kaygının karmaşık ve çok boyutlu yapısını yansıtmaktadır.

Ayrıca, çocuklarda dental kaygının gelişiminde önemli bir rol oynayan ebeveynler hakkında diş hekimlerinin yeterli bilgiye sahip olmadığı görülmektedir. Çocuk diş hekimlerinin, ebeveynlik tarzları ile çocukların dental kaygısı arasındaki ilişki hakkında daha fazla bilgi edinmelerinin ve farkındalıklarını artırmalarının, dental kaygının önlenmesine yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Bu bilgi ve farkındalık artışının, sadece çocukların ağız ve diş sağlığını iyileştirmekle kalmayıp, aynı zamanda toplum genelinde ağız ve diş sağlığının korunmasına da katkıda bulunabileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak, ebeveynlik tarzlarının çocukların dental anksiyete ve kötü ağız sağlığı açısından bir risk faktörü olarak nasıl bir rol oynadığını anlamanın, diş hekimlerine çocuklara yönelik etkili koruyucu ve onarıcı tedavi planları oluşturma konusunda önemli faydalar sağlayabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, bu bilginin, diş hekimlerinin uygun davranış yönlendirme stratejilerini seçmelerini ve çocuklar ile ebeveynleriyle etkili bir şekilde iletişim kurabilmelerini destekleyebileceği düşünülmektedir. Mevcut literatürde ebeveynlik stiline çocuğun dental anksiyete ve ağız-diş sağlığı üzerindeki etkilerini araştıran çalışmaların sayısının yetersiz olduğu dikkat çekmektedir. Bu eksikliği gidermek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Ek çalışmaların, ebeveynlik tarzlarının çocukların ağız sağlığı ve dental anksiyete üzerindeki etkilerini daha iyi anlamayı sağlayarak, diş hekimlerinin bireysel çocuk ihtiyaçlarına daha uygun ve etkili tedavi yaklaşımları geliştirmelerine olanak tanıyabileceği öngörülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Baumrind D. Parental disciplinary patterns and social competence in children. *Youth & Society*, 1978; 9(3):239-267.
2. DeVore ER, Ginsburg KR. The protective effects of good parenting on adolescents. *Curr Opin Pediatr*, 2005; 17(4):460-465.
3. Baumrind D. Current patterns of parental authority. *Dev Psychol*, 1971; 4(1p2):1.
4. Bailey PM, Talbot A, Taylor PP. A comparison of maternal anxiety levels with anxiety levels manifested in the child dental patient. *ASDC J Dent Child*, 1973; 40(4):277-284.
5. Howenstein J, Kumar A, Casamassimo PS ve ark. Correlating parenting styles with child behavior and caries. *Pediatr Dent*, 2015; 37(1):59-64.
6. O'Connor TM, Yang SJ, Nicklas TA. Beverage intake among preschool children and its effect on weight status. *Pediatrics*, 2006; 118(4):e1010-1018.
7. Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR ve ark. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. *Jama*, 2006; 295(13):1549-1555.
8. Law CS. The impact of changing parenting styles on the advancement of pediatric oral health. *J Calif Dent Assoc*, 2007; 35(3):192-197.
9. Sheller B. Challenges of managing child behavior in the 21st century dental setting. *Pediatr Dent*, 2004; 26(2):111-113.
10. Santrock JW. Yaşam Boyu Gelişim. İçinde:; Yüksel G (editör) Gelişim Psikolojisi - Life-Span Development, 2.Baskı. Bilkent-Çankaya/Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 1990:357.
11. Bronfenbrenner U. Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives. *Sociology Mind*, 2016; 22:723-742.
12. Southam-Gerow MA, Kendall PC. Emotion regulation and understanding: implications for child psychopathology and therapy. *Clin Psychol Rev*, 2002; 22(2):189-222.
13. Baumrind D.,Diana. Authoritarian vs. authoritative parental control. *Adolescence*. Roslyn Heights, N.Y. 3rd ed., Iss. 11, 1968; 3(11):255.
14. Karadeniz G., Kendini Seven Çocuk Yetiştirmek, 1. Baskı İstanbul, Maltepe Üniversitesi Kitapları, 2020:98.

15. Dabawala S, Suprabha BS, Shenoy R ve ark. Parenting style and oral health practices in early childhood caries: a case-control study. *Int J Paediatr Dent*, 2017; 27(2):135-144.
16. Joseph MV, John J. Impact of parenting styles on child development. *Global Academic Society Journal: Social Science Insight*, 2008; 1(5):16-25.
17. Sümer N, Gündoğdu Aktürk E, Helvacı E. Anne-baba tutum ve davranışlarının psikolojik etkileri: Türkiye’de yapılan çalışmalara toplu bakış. *Türk Psikoloji Yazıları*, 2010; 13(25):42-59.
18. Lang D. Parenting and family diversity issues. Iowa State University, 2020; 22(2):189-222.
19. Bi X, Yang Y, Li H ve ark. Parenting styles and parent-adolescent relationships: the mediating roles of behavioral autonomy and parental authority. *Front Psychol*, 2018; 9:2187.
20. Li Y, Costanzo PR, Putallaz M. Maternal socialization goals, parenting styles, and social-emotional adjustment among Chinese and European American young adults: testing a mediation model. *J Genet Psychol*, 2010; 171(4):330-362.
21. Rudy D, Grusec JE. Authoritarian parenting in individualist and collectivist groups: Associations with maternal emotion and cognition and children's self-esteem. *J Fam Psychol*, 2006; 20(1):68-78.
22. Newman J, Gozu H, Guan S ve ark. Relationship between maternal parenting style and high school achievement and self-esteem in China, Turkey and USA. *J Comp Fam Stud*, 2015; 46(2):265-288.
23. Sirvanli-Ozen D. Effects of marital conflict on adolescent children: A study in Turkey. *J Divorce Remarriage*, 2004; 41(1-2):137-157.
24. Symonds, Percival M. The psychology of parent-child relationships. *J Nerv Ment Dis*, 1940; 13(25):42-59.
25. Schaefer ES. A circumplex model for maternal behavior. *J Abnorm Soc Psychol*, 1959; 59(2):226.
26. Schaefer ES. A configurational analysis of children's reports of parent behavior. *J Consult, Psychol*, 1965; 29(6):552.
27. Yılmaz A. Çocuk Yetiştirme Tutumları: Kuramsal Yaklaşımlar ve Görgül Çalışmalar. *Türk Psikoloji Yazıları*, 1999; 171(4):330-362.
28. Maccoby E, Martin J. Socialization in the context of family: Parent-child interaction. EM Hetherington ve PH Mussen,(Ed.), *Handbook of child*

- psychology: Socialization, personality, and social development. In: 4th ed. (1-101)
New York: Wiley; 1983:85-93.
29. Baumrind D. Patterns of parental authority and adolescent autonomy. *New Dir Child Adolesc Dev*, 2005; 2005(108):61-69.
 30. Baumrind D. Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genet Psychol Monogr*, 1967; 41(1-2):137-157.
 31. Özgüven İE. Ailede İletişim ve Yaşam, 1. Baskı. İstanbul, Pdrem Yayınları, 2001: 238-275.
 32. Kulaksizoglu A. Ergenlik Psikolojisi. *Adolescence Psychology*, 22. Baskı. İstanbul, Remzi Kitapevi, 1998:180-210.
 33. Kağıtçıbaşı Ç. Kültürel psikoloji: Kültür Bağlamında İnsan ve Aile, 1. Baskı. İstanbul, Evrim Yayınevi, 2007:87-127.
 34. Bornstein, M. H., & Zlotnik, D. Parenting styles and their effects. *Parenting: Science and Practice*, 2008; 8(4), 293-321.
 35. Aktaş S. 9. Sınıfta Anne Baba Tutumları Ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Konya : Selçuk Üniversitesi, 2011.
 36. Baumrind D. The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *J Early Adolesc*, 1991; 11(1):56-95.
 37. Dursun A. Okul Öncesi Dönemdeki Çocukların Davranış Problemleriyle Anne-Baba Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İlköğretim Ana Bilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İzmir: DEÜ, 2010.
 38. Yılmaz Y. Anne-Baba Tutumları ile İlköğretim İkinci Kademe Öğrencilerinin Okul Başarısı ve Özerkliklerinin Gelişimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Ana Bilim Dalı. Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2007.
 39. Yarapsanlı B. Çocuklarda Depresyon Belirtilerinin Yordanmasında Yaşanmış Olumsuz Olaylar, Algılanan Anne-Baba Tutumu, Öğrenilmiş Çaresizlik Ve Umutsuzluğun Rolü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Ana Bilim Dalı. Yüksek lisans tezi. İstanbul: Maltepe Üniversitesi, 2011.
 40. Tekin SS. Ebeveynlik Stilleri ile 48-72 Aylık Çocukların Duygu Düzenleme Becerileri ve Öz Düzenleme Becerileri Arasındaki İlişki. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Psikoloji Ana Bilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: Maltepe Üniversitesi, 2022.

41. Sayar Bolelli Z. Anne-Baba Tutumlarının Çocuğun İnsan Haklarına Saygılı İnsan Olmasına Etkileri. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İnsan Hakları Ana Bilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: Maltepe Üniversitesi, 2019.
42. Yavuzer H., Çocuk Psikolojisi-Ana-Baba ve Çocuk, 31. Baskı. İstanbul, Remzi Kitabevi, 2023:59-147.
43. Yörükoğlu A. Okulöncesi Eğitimi ve Ruh Sağlığı. Okulöncesi Eğitimi. 1. Baskı. Ankara, MEB, 1977; 10:17-22.
44. Erkan S. Aile ve aile eğitimi ile ilgili temel kavramlar. Aile Eğitimi ve Erken Çocukluk Eğitiminde Aile Katılımı Çalışmaları, 6. Baskı. Ankara, Anı Yayıncılık, 2020:35-78.
45. Hale R., Baumrind's parenting styles and their relationship to the parent developmental theory. Pace Digital Reposit, 2008; 23.
46. Öz İ., Anne-Baba Olma Sanatı, 1. Baskı. İstanbul, Alfa Yayınları, 2004:159.
47. Santrock JW. Life-span development Madison, 1st ed. U.S.A., Brown and Benchmark Publishers, 1997:45-170.
48. Temel Z, Aksoy A, Kurtulmuş Z., Aile Eğitimi ve Erken Çocukluk Eğitiminde Aile Katılım Çalışmalar, 6. Baskı. Ankara, Anı Yayıncılık, 2020:178-215.
49. Çağdaş A, Arı R, Zarife S., Çocuk ve Ergende Sosyal ve Ahlak Gelişimi, 1. Baskı. Ankara, Nobel Yayıncılık, 2002:35-79.
50. Tuzgöl Dost M. Ana baba tutumları farklı lise öğrencilerinin saldırganlık düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. Türk Psik Dan Reh Derg, 2000; 2.
51. Dinçer By, Gürsoy Ftd. Alt Ve Üst Sosyo-Ekonomik Düzeyde Lise İkinci Sınıf Devam Eden Ergenlerin Anne Baba Tutumlarını Algılamaları ile Arkadaşlık İlişkilerinin İncelenmesi. Fen Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Ana Bilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2008.
52. Garbarino J, Haslam RH. Lost boys: Why our sons turn violent and how we can save them. Paediatr Child Health, 2005; 10(8):447-450.
53. Durbin DL, Darling N, Steinberg L ve ark. Parenting style and peer group membership among European-American adolescents. J Res Adolesc, 1993; 3(1):87-100.
54. Mansager E, Volk R. Parents' Prism: Three dimensions of effective parenting. J Individ Psychol, 2004; 60(3).

55. Potts NL, Mandleco B. Pediatric Nursing: Care for children and their families. Thompson Learning, Philippines Copyright, 2002:84-129.
56. Yavuzer H. Yaygin Anne-Baba Tutumlari-Ana Baba Okulu. In: Istanbul, Remzi Kitabevi; 2011:53-94.
57. Arı R. Çocuk ve Ergende Sosyal ve Ahlaki Gelişim (1. Baskı). Konya: Selçuk Üniversitesi Mesleki Eğitim Fakültesini Yaşatma ve Geliştirme Vakfı Yayınları, 2005:30-94.
58. Haktanır G, Güler Yıldız T, Yılmaz A ve ark. Reduce and Reuse: Turkish preschool children's education for a sustainable world. HÜ. 2011; 2:13-17.
59. Erdiñ S. Okul Öncesi Dönem Çocuklarında Fiziksel ve İlişkişel Saldırganlığın Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İlköğretim Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi ,2009.
60. Taylor CT, Alden LE. Parental overprotection and interpersonal behavior in generalized social phobia. Behavior Therapy. 2006; 37(1):14-24.
61. Kiel EJ, Buss KA. Prospective relations among fearful temperament, protective parenting, and social withdrawal: the role of maternal accuracy in a moderated mediation framework. J Abnorm Child Psychol. 2011; 39(7):953-966.
62. Demir EK, Şendil G. Ebeveyn tutum ölçeği (ETÖ). Türk Psikoloji Yazıları. 2008; 11(21):15-25.
63. Segrin C, Wosizdlo A, Givertz M ve ark. Parent and child traits associated with overparenting. J Soc Clin Psychol, 2013; 32(6):569-595.
64. Janssen I. Hyper-parenting is negatively associated with physical activity among 7–12 year olds. Preventive medicine. 2015; 73:55-59.
65. Lee J, Kang S. Perceived Helicopter Parenting and Korean Emerging Adults' Psychological Adjustment: the Mediational Role of Parent-Child Affection and Pressure from Parental Career Expectations. J Child Fam Stud. 2018; 27(11):3672-3686.
66. Lee E, Bristow J, Faircloth C ve ark. The double bind of parenting culture: Helicopter parents and cotton wool kids. Parenting culture studies. 2014:200-215.
67. Juang LP, Qin DB, Park IJ. Deconstructing the myth of the “tiger mother”: An introduction to the special issue on tiger parenting, Asian-heritage families, and child/adolescent well-being. Asian Am J Psychol, 2013; 4(1):1.
68. Lareau A. Unequal childhoods: Class, race, and family life Univ of California Press. In:2011:35-98.

69. Vafaenejad Z, Elyasi F, Moosazadeh M ve ark. Psychological factors contributing to parenting styles: A systematic review. F1000Research. 2019; 7:906.
70. Aydoğdu F, Dilekmen M. Ebeveyn tutumlarının çeşitli değişkenler açısından değerlendirilmesi. Bayburt Eğitim Fakültesi Dergisi. 2016; 11(2).
71. Uykan E, Akkaynak M. Ebeveyn tutumları ile çocukların öz düzenlemeleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Akad Tar Düş Derg, 2019; 6(3):1620-1644.
72. Uygun N, Kozikoğlu İ. Çocukları okul öncesi eğitim kurumlarına devam eden ebeveynlerin tutumlarının incelenmesi. Manas Sos Araş Derg, 2020; 9(3):1494-1507.
73. Kekeç AN. Ergenlik Dönemindeki Bireylerde Saldırganlık Davranışları ve Algılanan Anne Baba Tutumları. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Ana Bilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi, 2019.
74. Baykan N. Anne-Baba Tutumları ile İnternet Bağımlılık Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Sultanbeyli İlçesi Örneği). Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Yönetimi ve Denetimi Ana Bilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: Yeditepe Üniversitesi, 2014.
75. Adam EK, Gunnar MR, Tanaka A. Adult attachment, parent emotion, and observed parenting behavior: Mediator and moderator models. Child development. 2004; 75(1):110-122.
76. Chang L, Lansford J, Schwartz D ve ark. Marital quality, maternal depressed affect, harsh parenting, and child externalising in Hong Kong Chinese families. Int J Behav Dev, 2004; 28(4):311-318.
77. Vafaenejad Z, Elyasi F, Moosazadeh M ve ark. Psychological factors contributing to parenting styles: A systematic review version 1; peer review: 1 approved with. 2023; 1:10-13.
78. Liu L, Wang M. Parenting stress and harsh discipline in China: The moderating roles of marital satisfaction and parent gender. Child abuse & neglect. 2015; 43:73-82.
79. Ponnet K, Mortelmans D, Wouters E ve ark. Parenting stress and marital relationship as determinants of mothers' and fathers' parenting. Personal relationships. 2013; 20(2):259-276.
80. Huver RM, Otten R, De Vries H ve ark. Personality and parenting style in parents of adolescents. J Adolesc, 2010; 33(3):395-402.

81. Şanlı D, Öztürk C. Anne babaların çocuk yetiştirme tutumları ve tutumlar üzerine kültürün etkisi. DEU Hemşirelik Dergisi 2015; 8(4):240-246.
82. Bandura A. Social learning theory. New jersey: Prenticehall. Inc Englewood cliffs. 1977:135.
83. Simons RL, Whitbeck LB, Conger RD ve ark. Intergenerational transmission of harsh parenting. Developmental psychology. 1991; 27(1):159.
84. Sezer Ö, Vuslat O. Üniversite öğrencilerinde kendilerini değerlendirmelerinin ana baba tutumları ve bazı sosyo demografik değişkenler açısından incelenmesi. Kastamonu Eğitim Dergisi. 2010; 18(3):743-758.
85. Şahin FT, Özyürek A. 5-6 yaş grubu çocuğa sahip ebeveynlerin demografik özelliklerinin çocuk yetiştirme tutumlarına etkisinin incelenmesi. Türk Eğitim Bilimleri Dergisi. 2008; 6(3):395-414.
86. Yıldız Bıçakçı M, Gürsoy F. Annesi Çalışan ve Çalışmayan Çocukların Anne-Baba Tutumlarını Algılamalarının ve Benlik İmajlarının İncelenmesi. Fen Bilimleri Enstitüsü, Ev Ekonomisi Ana Bilim Dalı. Yayınlanmamış doktora tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2004.
87. Özyürek A. Kırsal Bölge ve Şehir Merkezinde Yaşayan 5-6 Yaş Grubu Çocuğa Sahip Anne Babaların Çocuk Yetiştirme Tutumlarının İncelenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi Ana Bilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2004.
88. Karababa A. Çok boyutlu ebeveynlik stillerini değerlendirme ölçeği'nin (ÇESDÖ)(ebeveyn formu) türkçeye uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2019; 46(46):108-131.
89. Kuzgun Y, Eldeleklioğlu J. Anne baba tutumları ölçeği. PDR'de Kullanılan Ölçekler, 1. Baskı. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, 2005:121-145.
90. Lamborn SD, Mounts NS, Steinberg L ve ark. Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. Child development. 1991; 62(5):1049-1065.
91. Yılmaz A. Anne-baba tutum ölçeği'nin güvenirlik ve geçerlik çalışması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2000; 7(3):160-172.
92. Sümer N, Güngör D. Çocuk yetiştirme stillerinin bağlanma stilleri, benlik değerlendirmeleri ve yakın ilişkiler üzerindeki etkisi. Türk psikoloji dergisi. 1999; 14(44):35-58.

93. Schaefer ES, Bell RQ. Development of a parental attitude research instrument. *Child development*. 1958:339-361.
94. Le Compte G, Le Compte A, Özer S. Üç sosyoekonomik düzeyde Ankaralı annelerin çocuk yetiştirme tutumları: Bir ölçek uyarlaması. *Psikoloji dergisi*. 1978; 1(1):5-9.
95. Kiliç Fe, Neriman A. Çocuk yetiştirme tutum ölçeğinin geliştirilmesi: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *BAİBÜ Sosyal Bilimler Dergisi* 2016; 16(1):199-222.
96. Robinson CC, Mandlco B, Olsen SF ve ark. Authoritative, authoritarian, and permissive parenting practices: Development of a new measure. *Psychological reports*. 1995; 77(3):819-830.
97. Önder A, Gülay H. Reliability and validity of parenting styles & dimensions questionnaire. *Procedia Soc Behav Sci*, 2009; 1(1):508-514.
98. Parent J, Forehand R. The multidimensional assessment of parenting scale (MAPS): Development and psychometric properties. *J Child Fam Stud*, 2017; 26:2136-2151.
99. Goldstein MJ, Baker BL, Jamison KR. *Abnormal psychology: Experiences, origins, and interventions*, 1st ed. 1986:135.
100. Oltmanns TF, Emery RE. *Abnormal psychology*. 3rd ed. 2015:39-75.
101. Eski R, Karakaş S., (Çeviri editörleri). *Psikolojiye Giriş*, Morgan CT., 1. Baskı. İstanbul, Eğitim Yayınevi, 2009:35-120.
102. Crooks RL, Stein J. *Psychology: Science, behavior and life*. Holt, Rinehart & Winston Inc; 1988:11.
103. Klingberg G, Broberg AG. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *Int J Paediatr Dent*, 2007; 17(6):391-406.
104. Gustafsson A, Broberg A, Bodin L ve ark. Dental behaviour management problems: the role of child personal characteristics. *Int J Paediatr Dent*, 2010; 20(4):242-253.
105. Mağat G. Necmettin Erbakan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ne başvuran hastaların dental anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi. *Selcuk Dental Journal*. 2018; 5(3):246-252.

106. Akbay Oba A, Dülgergil ÇT, Şaroğlu Sönmez I. Prevalence of dental anxiety in 7-to 11-year-old children and its relationship to dental caries. *Medical Principles and Practice*. 2009; 18(6):453-457.
107. Tonguç Altın K, Güner Onur Ş, Demetgül Yurtseven B ve ark. Ebeveyn dental kaygısının çocukların dental kaygısı üzerine etkileri. *7tepe Klinik Dergisi*. 2019; 15(2):146-151.
108. Önçağ Ö, Çoğulu D. Ailenin sosyoekonomik durumu ve eğitim düzeyinin çocuklarda dental kaygı üzerine etkisi. *Eur Ann Dent Sci*, 2005; 32(1):45-54.
109. Koch G, Modeer T, Poulsen S ve ark. *Pedodontics: a clinical approach*, 2nd ed. Lippincott Williams & Wilkins, 1991;35.
110. Krikken J, Van Wijk A, Ten Cate J ve ark. Child dental anxiety, parental rearing style and referral status of children. *Community dental health*. 2012; 29(4):289.
111. Winer GA. A review and analysis of children's fearful behavior in dental settings. *Child Development*. 1982:1111-1133.
112. Nikolopoulos TP, Vlastarakos PV. Treating options for deaf children. *Early human development*. 2010; 86(11):669-674.
113. Aartman, I., Hoogstraten, J., & Schuurs, A. Self-report measurements of dental anxiety and fear in children: a critical assessment. *ASDC J Dent Child*, 1998; 65(4), 252-258, 229-230.
114. Rapee RM. Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clin Psychol Rev*, 1997; 17(1):47-67.
115. Littlewood MF. Parenting styles and values: Mechanisms of intergenerational continuity and discontinuity. *Western Carolina University*. 2009; 25.
116. Wilson S. Oral sedation for dental procedures in children. *Springer*; 2015:09.
117. Melamed B, Bennett C, Jerrell G ve ark. Dentists' behavior management as it affects compliance and fear in pediatric patients. *J Am Dent Assoc*, 1983; 106(3):324-330.
118. Yahyaoğlu Ö, Baygin Ö. Çocuk diş hekimliğinde diş hekimi kaygı ve korkusunun değerlendirilmesi. *Atatürk Üni. Diş Hekim. Derg.* 2018; 28(4):599-609.
119. Milgrom P, Fiset L, Melnick S ve ark. The prevalence and practice management consequences of dental fear in a major US city. *J Am Dent Assoc*, 1988; 116(6):641-647.
120. Alwin N, Murray J, Britton P. An assessment of dental anxiety in children. *Br Dent J*, 1991; 171(7):201-207.

121. Klingberg G, Hwang C. Children's dental fear picture test (CDFP): a projective test for the assessment of child dental fear. ASDC journal of dentistry for children. 1994; 61(2):89-96.
122. Mathur J, Diwanji A, Sarvaiya B ve ark. Identifying dental anxiety in children's drawings and correlating it with Frankl's Behavior Rating Scale. Int J Clin Pediatr Dent, 2017; 10(1):24.
123. Uzun C. Çocuklarda Dental Anksiyetenin Nonfarmakolojik Giderilme Yolları. Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı. Bitirme tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2011.
124. Kain ZN, Mayes LC, Cicchetti DV ve ark. Measurement tool for preoperative anxiety in young children: the Yale Preoperative Anxiety Scale. Child Neuropsychology. 1995; 1(3):203-210.
125. Bayrak Ş, Tunç EŞ, Türkan Eğilmez D ve ark. Ebeveyn dental kaygısı ve sosyodemografik faktörlerin çocukların dental kaygısı üzerine etkileri. Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi. 2010; 2010(3):181-188.
126. Rayen R, Muthu M, Rao CR ve ark. Evaluation of physiological and behavioral measures in relation to dental anxiety during sequential dental visits in children. Indian J Dent Res, 2006; 17(1):27-34.
127. Bloom LJ, Trautt GM. Finger pulse volume as a measure of anxiety: Further evaluation. Psychophysiology. 1977; 14(6):541-544.
128. Aitken JC, Wilson S, Coury D ve ark. The effect of music distraction on pain, anxiety and behavior in pediatric dental patients. Pediatric dentistry. 2002; 24(2):114-118.
129. Mallet M. Pathophysiology of accidental hypothermia. Qjm. 2002; 95(12):775-785.
130. Oka T, Oka K, Hori T. Mechanisms and mediators of psychological stress-induced rise in core temperature. Psychosomatic medicine. 2001; 63(3):476-486.
131. Taylor BC, Wilt TJ, Welch HG. Impact of diastolic and systolic blood pressure on mortality: implications for the definition of "normal". J Gen Intern Med, 2011; 26:685-690.
132. Conway J. The Natural History of Hypertension. Postgraduate Medicine. 1963; 33(6):536-539.

133. Önçağ Ö, Elbek Ç. Lokal anestezi ile diş tedavisi ve çekimi yapılan uyumlu çocuklarda nabız oksimetresi (pulse oximeter) değerlerinin karşılaştırılması. AÜ Diş Hekimliği Dergisi. 1999; 26(2):159-165.
134. Eichenbaum I, Dunn N. Projective drawings by children under repeated dental stress. ASDC J Dent Child, 1971; 38(3):164-173.
135. Aminabadi NA, Ghoreishizadeh A, Ghoreishizadeh M ve ark. Can drawing be considered a projective measure for children's distress in paediatric dentistry? Int J Paediatr Dent, 2011; 21(1):1-12.
136. Tüzüner T, Karamüftüoğlu N, Ulusu T. Çocuklarda diş hekimliği işlemlerine karşı duyulan kaygı düzeylerinin Facial Image Scale (FIS) ile değerlendirilmesi ve FIS ile Venham Picture Test (VPT)'in korelasyonunun saptanması. GÜ Diş Hekimliği Dergisi. 2007; 24(3):145-149.
137. Venham LL, Gaulin-Kremer E. A self-report measure of situational anxiety for young children. Pediatr Dent. 1979; 1(2):91-96.
138. Porritt J, Buchanan H, Hall M ve ark. Assessing children's dental anxiety: a systematic review of current measures. CDOE. 2013; 41(2):130-142.
139. Buchanan H, Niven N. Validation of a Facial Image Scale to assess child dental anxiety. Int J Paediatr Dent, 2002; 12(1):47-52.
140. RC A. Measurement of feelings using visual analogue scales. Proc R Soc Med. 1969; 62:89-93.
141. Koppitz E. Psychological evaluation of children's human figure drawings. Grune & Stratton. 1968:27.
142. DiLeo JH. Children's drawings as diagnostic aids. New York Brunner. In: Mazel Publishers; 1973:45.
143. Manning TM. Aggression depicted in abused children's drawings. The Arts in Psychotherapy. 1987:12-27.
144. Wennström B, Nasic S, Hedelin H ve ark. Evaluation of the Swedish version of the Child Drawing: hospital Manual. J Adv Nurs, 2011; 67(5):1118-1128.
145. Neverlien PO. Assessment of a single-item dental anxiety question. Acta Odontol, Scand, 1990; 48(6):365-369.
146. Cuthbert M. A screening device: children at risk for dental fears and management problems. J Dent Child. 1982; 49:432-436.

147. Sevdaoğlu G, Doğan M, Uçuz Ş ve ark. Corah dental anksiyete skalasının türkçe uyarlamasının geçerlik-güvenilirliği ve dental anksiyete görülme sıklığı. OMÜ Diş Hekimliği Dergisi. 2006; 7(1):7-14.
148. Ilgüy D, Ilgüy M, Dinçer S ve ark. Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale in Turkish patients. J Int Med Res, 2005; 33(2):252-259.
149. Arslan I, Aydinoglu S. Turkish version of the faces version of the Modified Child Dental Anxiety Scale (MCDAS f): translation, reliability, and validity. Clin Oral Investig, 2022; 1-12.
150. Hobdell M, Clarkson J, Petersen P ve ark. Global goals for oral health 2020. Int Dent J, 2003; 53(5):285-288.
151. Borgnakke WS, Yostalo PV, Taylor GW ve ark. Effect of periodontal disease on diabetes: systematic review of epidemiologic observational evidence. J Periodontol, 2013; 84:S135-S152.
152. Saraçoğlu A, Kümbüloğlu Ö, Hatipoğlu H ve ark. Diş hekimliği öğrencilerinde sosyal durum ile çürük ve periodontal sorun görülme sıklığı ilişkisi (epidemiolojik bir çalışma). CÜ Diş Hekimliği Dergisi. 2007; 1:10-15.
153. Döner A. Kayseri Melikgazi İlçesindeki Annelerin Ek Besinler Konusunda Davranışları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2013.
154. Aykut M, Günay O, Öztürk Y. Diyet Beslenme ve Kronik Hastalıkların Önlenmesi. DSÖ teknik raporlar serileri Erciyes üniversitesi yayınları. 1997(103).
155. Blinkhorn A. Dental health education: what lessons have we ignored? Br Dent J, 1998; 184(2):58-59.
156. Organization WH. Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. Vol 916: World Health Organization; 2003.
157. Nguyen L, Häkkinen U, Knuuttila M ve ark. Should we brush twice a day? Determinants of dental health among young adults in Finland. Health economics. 2008; 17(2):267-286.
158. Abbate G, Borghi D, Passi A ve ark. Correlation between un-stimulated salivary flow, pH and streptococcus mutans, analysed. Eur J Paediatr Dent, 2014; 15:1.
159. Reddy NS, Monica M, Nithin TA ve ark. Association of personality traits, life satisfaction, subjective happiness and oral health status in school teachers of vikarabad. Indian J Public Health Res Dev, 2020; 11(1):227-232.

160. James SL, Abate D, Abate KH ve ark. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2018; 392(10159):1789-1858.
161. Koçanalı B, Ak AT, Çoğulu D. Çocuklarda diş çürüğüne neden olan faktörlerin incelenmesi. *Pediatr Res*, 2014; 1(2):76-79.
162. Vundavalli S, Nagarajappa AK, Doppalapudi R ve ark. Association between healthy eating index, body mass index, and early childhood caries in schoolchildren of Sakaka, KSA: A case–control study. *J Indian Assoc Public Health Dent*, 2019; 17(4):306-312.
163. Babaekhou L, Mehrizi AA, Ghane M. Streptococcus mutans, sugar consumption, and oral hygiene: Which one has more effect on decayed, missing, and filled teeth (DMFT) score in Iranian adults? *Dent Res J*, 2020; 17(2):134-141.
164. Featherstone J. The continuum of dental caries evidence for a dynamic disease process. *J Dent Res*, 2004; 83(1_suppl):39-42.
165. Sachdev PK, Freeland-Graves J, Babaei M ve ark. Associations between diet quality and dental caries in low-income women. *J Acad Nutr Diet*, 2021; 121(11):2251-2259.
166. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. *The Lancet*. 2007; 369(9555):51-59.
167. Klein H, Palmer CE, Knutson JW. Studies on dental caries: I. Dental status and dental needs of elementary school children. *Public Health Rep*, (1896-1970); 1938:751-765.
168. Nyvad B, Machiulskiene V, Baelum V. Reliability of a new caries diagnostic system differentiating between active and inactive caries lesions. *Caries research*. 1999; 33(4):252-260.
169. Nyvad B, Machiulskiene V, Baelum V. Construct and predictive validity of clinical caries diagnostic criteria assessing lesion activity. *J Dent Res*, 2003; 82(2):117-122.
170. Ismail AI, Sohn W, Tellez M ve ark. The International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): an integrated system for measuring dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2007; 35(3):170-178.

171. Diniz MB, Rodrigues JA, Hug I ve ark. Reproducibility and accuracy of the ICDAS-II for occlusal caries detection. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2009; 37(5):399-404.
172. Frencken JE, de Souza AL, van der Sanden WJ ve ark. The caries assessment and treatment (CAST) instrument. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2013; 41(1):e71-e77.
173. Frencken J, de Amorim RG, Faber J ve ark. The Caries Assessment Spectrum and Treatment (CAST) index: rational and development. *Int Dent J*, 2011; 61(3):117-123.
174. Roland E, Gueguen G, Longis M ve ark. Validation of the reproducibility of the DMF Index used in bucco-dental epidemiology and evaluation of its 2 clinical forms. *World Health Statistics quarterly Rapport Trimestriel de Statistiques Sanitaires Mondiales*. 1994; 47(2):44-61.
175. Marthaler TM. Changes in dental caries 1953–2003. *Caries research*. 2004; 38(3):173-181.
176. Baelum V, Luan WM, Chen X ve ark. Predictors of tooth loss over 10 years in adult and elderly Chinese. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25(3):204-210.
177. Monse B, Heinrich-Weltzien R, Benzian H ve ark. PUFA—an index of clinical consequences of untreated dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2010; 38(1):77-82.
178. Tunali B. Periodontoloji ve Oral implantoloji'de Klinik Parametre ve İndeksler. İstanbul: As Matbaa ve Tic AŞ. 1994:19.
179. Yoon E. Klasik ve kapaklı metal braketlerle sabit ortodontik tedavi gören bireylerde dental plak birikiminin klinik olarak incelenmesi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi, İstanbul, 81 s; 2009.
180. Eker A. Farklı braket tiplerinin dental plak birikimi ve mikrobiyal flora üzerine etkilerinin incelenmesi. 2016.
181. Newman MG, Takei H, Klokkevold PR ve ark. Newman and Carranza's Clinical Periodontology: Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences; 2018.
182. Arslan I, Aydinoglu S. Child and parent preferences for the appearance of dentists with respect to personal protective equipment in paediatric dentistry. *Int J Paediatr Dent*, 2022; 32(5):702-713.

183. Koser C, Nalcaci A. Çürük prevalansındaki yaklaşımlar ve karyogram konsepti. *Cumhuriyet Dent J*, 2011; 14(3):230-245.
184. Goldberg P, Matsson L, Anderson H. Partial recording of gingivitis and dental plaque in children of different ages and in young adults. *Community Dent Oral Epidemiol*, 1985; 13(1):44-46.
185. Silness J, Loe H. Periodontal disease in pregnancy II. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. *Acta odontologica scandinavica*. 1964; 22(1):121-135.
186. Loe H. The gingival index, the plaque index and the retention index systems. *J Periodontol*, 1967; 38(6):610-616.
187. Ainamo J, Bay I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. *Int Dent J*, 1975; 25(4):229-235.
188. Krikken J, Vanwijk A, Tencate J ve ark. Child dental anxiety, parental rearing style and dental history reported by parents. Dental anxiety and behaviour management problems: The role of parents. 2013:83.
189. Aminabadi NA, Farahani RM. Correlation of parenting style and pediatric behavior guidance strategies in the dental setting: preliminary findings. *Acta Odontol Scand*, 2008; 66(2):99-104.
190. Ng S, Demopoulos C, Mobley C ve ark. Parenting style and oral health status. *Open J Pediatr*, 2013; 3(3):188.
191. Dabawala S, Suprabha BS, Shenoy R ve ark. Parenting style and oral health practices in early childhood caries: a case-control study. *Int J Paediatr Dent*, 2017; 27(2):135-144.
192. Alagla MA, Hussyeen AA, Alhowaish L. Do parenting styles affect children's oral health in Saudi Arabia? *Cureus*. 2019; 11(10).
193. Quek S, Sim Y, Lai B ve ark. The effect of parenting styles on enforcement of oral health behaviours in children. *Eur Arch Paediatr Dent*, 2021; 22:83-92.
194. Viswanath S, Asokan S, Geethapriya P ve ark. Parenting styles and their influence on child's dental behavior and caries status: an analytical cross-sectional study. *J Clin Pediatr Dent*, 2020; 44(1):8-14.
195. Alagla M, Al-Hussyeen A, Alhowaish L. Parenting styles and preschool children's behaviour in a Saudi Arabian postgraduate dental setting. *Eur Arch Paediatr Dent*, 2021; 22:163-173.

196. Yavuz İ. Ebeveynlik Tarzının ve Ebeveyn Dental Kaygısının Çocuğun Dental Kaygısı Üzerine Etkileri. Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Ana Bilim Dalı. Uzmanlık tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2018.
197. Buldur B. Pathways between parental and individual determinants of dental caries and dental visit behaviours among children: Validation of a new conceptual model. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2020; 48(4):280-287.
198. Yiğit A. Ebeveynlik Tarzının ve Ebeveyn Duygusal Zekâsının Çocuğun Dental Kaygısı Üzerine Etkileri. Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Ana Bilim Dalı. Uzmanlık tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2021.
199. Robinson JP, Shaver PR, Wrightsman LS. Criteria for scale selection and evaluation. *Measures of personality and social psychological attitudes*. 1991; 1(3):1-16.
200. Cubukcu CE, Ercan I. The effect of socio-demographic factors on dental anxiety of children admitted to a hospital-setting pediatric dental care unit. *J Curr Pediatr*, 2008:53-58.
201. Ahemaitijiang N, Han ZR, Dale C ve ark. Psychometric properties of the Chinese version of the Multidimensional Assessment of Parenting Scale. *Psychological Assessment*. 2021; 33(3):e1.
202. Folayan M, Idehen E, Ufomata D. The effect of sociodemographic factors on dental anxiety in children seen in a suburban Nigerian hospital. *Int J Paediatr Dent*, 2003; 13(1):20-26.
203. De Jongh A, Fransen J, Oosterink-Wubbe F ve ark. Psychological trauma exposure and trauma symptoms among individuals with high and low levels of dental anxiety. *Eur J Oral Sci*, 2006; 114(4):286-292.
204. Farooqi FA, Khabeer A, Moheet IA ve ark. Prevalence of dental caries in primary and permanent teeth and its relation with tooth brushing habits among schoolchildren in Eastern Saudi Arabia. *Saudi Med J*, 2015; 36(6):737.
205. Ferraro M, Vieira AR. Explaining gender differences in caries: a multifactorial approach to a multifactorial disease. *Int J Dent*, 2010; 2010(1):649643.
206. Kuriakose S, Prasannan M, Remya K ve ark. Prevalence of early childhood caries among preschool children in Trivandrum and its association with various risk factors. *Contemp Clin Dent*, 2015; 6(1):69-73.

207. Bahannan SA, Eltelety SM, Hassan MH ve ark. Oral and dental health status among adolescents with limited access to dental care services in Jeddah. *Dent J*, 2018; 6(2):15.
208. Aydinoglu S, Arslan I. Are anxiety and the presence of siblings risk factors for dental neglect and oral health status in children? *Archives de Pédiatrie*. 2021; 28(2):123-128.
209. Al-Haddad K, Al-Hebshi N, Al-Ak'hali M. Oral health status and treatment needs among school children in Sana'a City, Yemen. *Int J Dent Hyg*, 2010; 8(2):80-85.
210. Pawlaczyk-Kamieńska T, Torlińska-Walkowiak N, Borysewicz-Lewicka M. The relationship between oral hygiene level and gingivitis in children. *Adv Clin Exp Med*. 2018; 27(10):1397-1401.
211. Kolawole K, Oziegbe E, Bamise C. Oral hygiene measures and the periodontal status of school children. *Int J Dent Hyg*, 2011; 9(2):143-148.
212. Yiğit A. Çocuklarda Beslenme Alışkanlıklarının Ağız-Diş Sağlığına ve Tükürükteki *Porphyromonas Gingivalis* ve *Bifidobacterium Türleri* Üzerine Etkilerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Ana Bilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2019.
213. Akyüz S, Doğan BN, Leyla K. Süt, erken ve geç karışık dişlenme dönemindeki çocuklarda beslenme alışkanlığı ve ağız sağlığı. *Clin Exp Health Sci*, 2012; 2(3):113-118.
214. Altun C, Güven G, Başak F ve ark. Altı-onbir yaş grubu çocukların ağız-diş sağlığı yönünden değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2005; 47(2):114-118.
215. Güler Ç, Eltas A, Güneş D ve ark. Malatya ilindeki 7-14 yaş arası çocukların ağız-diş sağlığının değerlendirilmesi. *Ann Health Sci Res*, 2012; 1(2):19-24.
216. Nagarajappa R, Naik D, Satyarup D ve ark. Risk factors and patterns related to dental caries evaluated with caries assessment spectrum and treatment (cast) among schoolchildren of Bhubaneswar, India. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny*. 2020; 71(1).
217. Vasavan SK, Retnakumari N. Assessing consequences of untreated dental caries using pufa/PUFA index among 6–12 years old schoolchildren in a rural population of Kerala. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*, 2022; 40(2):132-139.
218. Bener A, Al Darwish MS, Tewfik I ve ark. The impact of dietary and lifestyle factors on the risk of dental caries among young children in Qatar. *J Egypt Public Health Assoc*, 2013; 88(2):67-73.

219. Parisotto TM, Steiner-Oliveira C, Duque C ve ark. Relationship among microbiological composition and presence of dental plaque, sugar exposure, social factors and different stages of early childhood caries. *Arch Oral Biol*, 2010; 55(5):365-373.
220. Ghasemianpour M, Bakhshandeh S, Shirvani A ve ark. Dental caries experience and socio-economic status among Iranian children: a multilevel analysis. *BMC public health*. 2019; 19:1-8.
221. Tomazoni F, Vettore MV, Mendes FM ve ark. The association between sense of coherence and dental caries in low social status schoolchildren. *Caries research*. 2019; 53(3):314-321.
222. Sharma S, Parashar P, Srivastava A ve ark. Oral health status of 9 to 12 year old school going children in urban Meerut. *Indian J Community Health*, 2013; 25(1):61-65.
223. Ravera E, Sanchez GA, Squassi AF ve ark. Relationship between dental status and family, school and socioeconomic level. *Acta Odontológica Latinoamericana*. 2012; 25(1):138-147.
224. Tanaka K, Miyake Y, Sasaki S. The effect of maternal smoking during pregnancy and postnatal household smoking on dental caries in young children. *J Pediatr*, 2009; 155(3):410-415.
225. Boonyawong M, Auychai P, Duangthip D. Risk factors of dental caries in preschool children in Thailand: a cross-sectional study. Paper presented at: Healthcare2022.
226. Onur ŞG, Kargül B. Assessment of potential risk factors associated with early childhood caries in a subpopulation of children from Thrace region of Turkey. 2021.
227. Congiu G, Campus G, Sale S ve ark. Early childhood caries and associated determinants: a cross-sectional study on Italian preschool children. *J, Public Health Dent*, 2014; 74(2):147-152.
228. Pinto GdS, Azevedo MS, Goettens ML ve ark. Are maternal factors predictors for early childhood caries? Results from a cohort in Southern Brazil. *Braz Dent J*, 2017; 28:391-397.
229. Upadhyay S, Dahal S. Assessing the Relationship of Maternal Factors and Family Income with Early Childhood Caries: A Hospital Based Study. *Kathmandu Univ Med J*. 2017; 60(4):288-291.

230. Johansson I, Lif Holgerson P, Kressin N ve ark. Snacking habits and caries in young children. *Caries research*. 2010; 44(5):421-430.
231. Mattila M-L, Rautava P, Sillanpää M ve ark. Caries in five-year-old children and associations with family-related factors. *J Dent Res*, 2000; 79(3):875-881.
232. Hallett K, O'rourke P. Social and behavioural determinants of early childhood caries. *Aust Dent J*, 2003; 48(1):27-33.
233. Jayagopi D, Balasubramanian A. Knowledge and awareness about night brushing and its importance in oral health among the parents of their children. *Nveo-Natural Volatiles & Essential Oils Journal*, 2021:6177-6188.
234. Yiğit T, Küçükeşmen Ç. Ebeveynlerin sosyo-ekonomik durumunun ve oral hijyen alışkanlıklarının erken çocukluk çağı çürüklerine etkisi. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*. 2020; 30(3):366-372.
235. Doğan YE, Doğan AN, Burhanettin A ve ark. İlköğretim birinci sınıf öğrencilerinde ağız ve diş sağlığı durumu ve etkileyen faktörler. *Turk J Public Health*, 2021; 19(1):31-40.
236. Bulut G, Bulut H. Okul öncesi çocuklarda erken çocukluk çağı çürüklerine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi: Kesitsel Çalışma. *EÜ Diş Hekimliği Dergisi*. 2020; 41(3):215-221.
237. Çubukçu ÇE. Okul Öncesi Dönem çocuklarının diş sağlığı durumu ve etkileyen faktörler: Pilot Çalışma. 2021.
238. Özel İÇ. Okul Çağı Çocuklarında Diş Çürükleri, Besin Tüketimi ve Vücut Bileşimi Arasındaki İlişki. *Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Ana Bilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2019.*
239. Rosenblatt A, Zarzar P. Breast-feeding and early childhood caries: an assessment among Brazilian infants. *Int J Paediatr Dent*, 2004; 14(6):439-445.
240. Nunes AMM, Alves CMC, Borba de Araujo F ve ark. Association between prolonged breast-feeding and early childhood caries: a hierarchical approach. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2012; 40(6):542-549.
241. Ayrancı Ü. Bir grup ilkokul öğrencisinde diş çürüğü saptama araştırması. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2005; 14(3):50-54.
242. Yıldız E, Şimşek M, Gündoğar Z ve ark. Oral health survey of children referring to Faculty of Dentistry in Gaziantep: Gaziantep Diş Hekimliği Fakültesi'ne başvuran çocukların ağız ve diş sağlığı düzeyi. *Eur J Ther*, 2015; 21(2):118-124.

243. Skaret E, Raadal M, Berg E ve ark. Dental anxiety among 18-yr-olds in Norway, Prevalence and related factors. *Eur J Oral Sci*, 1998; 106(4):835-843.
244. Law CS. The impact of changing parenting styles on the advancement of pediatric oral health. *J Calif Dent Assoc*, 2007; 35(3):192-197.
245. Soh NHBC, Mahesh R. Correlating parenting styles with children's oral health care—a cross sectional study. *J Pharm Sci Res*, 2019; 11(7):2744-2749.
246. Murad MH, Ingle NA, Assery MK. Evaluating factors associated with fear and anxiety to dental treatment—A systematic review. *J Family Med Prim Care*, 2020; 9(9):4530-4535.
247. Peretz B, Efrat J. Dental anxiety among young adolescent patients in Israel. *Int J Paediatr Dent*, 2000; 10(2):126-132.
248. Lee CY, Chang YY, Huang ST. Prevalence of dental anxiety among 5-to 8-year-old Taiwanese children. *J Public Health Dent*, 2007; 67(1):36-41.
249. Carrillo-Diaz M, Crego A, Armfield JM ve ark. Assessing the relative efficacy of cognitive and non-cognitive factors as predictors of dental anxiety. *Eur J Oral Sci*, 2012; 120(1):82-88.
250. Kakkar M, Wahi A, Thakkar R ve ark. Prevalence of dental anxiety in 10-14 years old children and its implications. *J Dent Anesth Pain Med*, 2016; 16(3):199-202.
251. Rajwar AS, Goswami M. Prevalence of dental fear and its causes using three measurement scales among children in New Delhi. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*, 2017; 35(2):128-133.
252. El-Housseiny A, Farsi N, Alamoudi N ve ark. Assessment for the Children's fear Survey schedule—dental subscale. *J Clin Pediatr Dent*, 2014; 39(1):40-46.
253. Slabšinskienė E, Kavaliauskienė A, Žemaitienė M ve ark. Dental fear and associated factors among children and adolescents: A school-based study in Lithuania. *Int J Environ Res Public Health*, 2021; 18(16):8883.
254. Wogelius P, Poulsen S, Toft Sørensen H. Prevalence of dental anxiety and behavior management problems among six to eight years old Danish children. *Acta Odontol Scand*, 2003; 61(3):178-183.
255. Corkey B, Freeman R. Predictors of dental anxiety in six-year-old children: findings from a pilot study. *ASDC J Dent Child*, 1994; 61(4):267-271.
256. Klingberg G. Reliability and validity of the Swedish version of the Dental Subscale of the Children's Fear Survey Schedule, CFSS-DS. *Acta Odontol, Scand*, 1994; 52(4):255-256.

257. Schuller AA, Willumsen T, Holst D. Are there differences in oral health and oral health behavior between individuals with high and low dental fear? *Community Dent Oral Epidemiol*, 2003; 31(2):116-121.
258. Berge MT, Veerkamp J, Hoogstraten J ve ark. The dental subscale of the children's fear survey schedule: predictive value and clinical usefulness. *J Psychopathol. Behav Assess*, 2002; 24:115-118.
259. Nakai Y, Hirakawa T, Milgrom P ve ark. The children's fear survey schedule—dental subscale in Japan. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2005; 33(3):196-204.
260. Patel H, Reid C, Wilson K ve ark. Inter-rater agreement between children's self-reported and parents' proxy-reported dental anxiety. *Br Dent J*, 2015; 218(4):E6-E6.
261. Nicolas E, Bessadet M, Collado V ve ark. Factors affecting dental fear in French children aged 5–12 years. *Int J Paediatr Dent*, 2010; 20(5):366-373.
262. Majstorovic M, Morse D, Do D ve ark. Indicators of dental anxiety in children just prior to treatment. *J Clin Pediatr Dent*, 2014; 39(1):12-17.
263. Rantavuori K, Lahti S, Hausen H ve ark. Dental fear and oral health and family characteristics of Finnish children. *Acta Odontol Scand*, 2004; 62(4):207-213.
264. Doğaner Yç, Aydoğan Ü, Yeşil Hü ve ark. Genç bireylerde dental anksiyete ve ilişkili faktörler. *Gulhane Medical Journal*. 2015; 57(2).
265. Peretz B, Nazarian Y, Bimstein E. Dental anxiety in a students' paediatric dental clinic: children, parents and students. *Int J Paediatr Dent*, 2004; 14(3):192-198.
266. Wu L, Gao X. Children's dental fear and anxiety: exploring family related factors. *BMC oral health*. 2018; 18:1-10.
267. Ghaderi F, Fijan S, Hamedani S. How do children behave regarding their birth order in dental setting? *J Dent*, 2015; 16(4):329.
268. Laureano ICC, Farias L, Fernandes LHF ve ark. Dental fear in children: association with dental caries and molar incisor hypomineralization. *Braz Dent J*, 2020; 31(6):673-679.
269. Bayrak Ş, Tunç EŞ, Türkan Eğilmez D ve ark. Ebeveyn dental kaygısı ve sosyodemografik faktörlerin çocukların dental kaygısı üzerine etkileri. *AÜ Dış Hekimliği Dergisi*, 2010; 2010(3):181-188.
270. Eitner S, Wichmann M, Paulsen A ve ark. Dental anxiety—an epidemiological study on its clinical correlation and effects on oral health. *J Oral Rehabil*, 2006; 33(8):588-593.

271. Armfield JM, Slade GD, Spencer AJ. Dental fear and adult oral health in Australia. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2009; 37(3):220-230.
272. Beena J. Dental subscale of children' s fear survey schedule and dental caries prevalence. *Eur J Dent*, 2013; 7(02):181-185.
273. Taani DQ, El-Qaderi SS, Abu Alhaija ES. Dental anxiety in children and its relationship to dental caries and gingival condition. *Int J Dent Hyg*, 2005; 3(2):83-87.
274. Barasuol JC, da Silva Assunção LR, Fraiz FC ve ark. Oral health literacy as a predictor of dental anxiety in parents of children undergoing dental treatment. *J Dent Child*, 2017; 84(3):125-131.
275. Buldur B, Armfield J. Development of the Turkish version of the Index of Dental Anxiety and Fear (IDAF-4C+): Dental anxiety and concomitant factors in pediatric dental patients. *J Clin Pediatr Dent*, 2018; 42(4):279-286.
276. Bedi R, Sutcliffe P, Donnan P ve ark. Dental caries experience and prevalence of children afraid of dental treatment. *Community Dent Oral Epidemiol*, 1992; 20(6):368-371.
277. Rothbaum F, Weisz JR. Parental caregiving and child externalizing behavior in nonclinical samples: a meta-analysis. *Psychological bulletin*. 1994; 116(1):55.
278. Russell A, Aloa V, Feder T ve ark. Sex-based differences in parenting styles in a sample with preschool children. *Aust J Psychol*, 1998; 50(2):89-99.
279. McKee L, Roland E, Coffelt N ve ark. Harsh discipline and child problem behaviors: The roles of positive parenting and gender. *J Fam Violence*, 2007; 22:187-196.
280. Mehlhausen-Hassoen D. Gender-specific differences in corporal punishment and children's perceptions of their mothers' and fathers' parenting. *J Interpers Violence*, 2021; 36(15-16):NP8176-NP8199.
281. Gilli S. Gender bias in parenting styles and its contribution to gender differences in empathy. Department of Psychology, University of Cape Town. 2016.
282. Baumrind D. Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child development*. 1966:887-907.
283. Harkness S, Super CM. Culture and parenting. *Handbook of parenting*. 2002; 2(2):253-280.
284. Lamb ME. The role of the father in child development. John Wiley & Sons; 2004.

285. Smetana JG. Parenting and the development of social knowledge reconceptualized: A social domain analysis. *Parenting and children's internalization of values: A handbook of contemporary theory*. 1997:162-192.
286. Sabbarwal B, Puranik MP, Uma S. Association between parental behavior and child's oral health among 3–5-year-old children in Bengaluru city. *Int J Clin Pediatr Dent*, 2020; 13(6):677.
287. Trifan TA, Stattin H, Tilton-Weaver L. Have authoritarian parenting practices and roles changed in the last 50 years? *J Marriage Fam*, 2014; 76(4):744-761.
288. Bornstein MH, Bradley RH. *Socioeconomic status, parenting, and child development*. Routledge; 2014.
289. Bluestone C, Tamis-LeMonda CS. Correlates of parenting styles in predominantly working-and middle-class African American mothers. *J Marriage Fam*, 1999:881-893.
290. Van Volkom M, Dirmeitis D, Cappitelli S. An investigation of the connection between parenting styles, birth order, personality, and sibling relationships. *J Psychol Behav Sci*, 2019; 7(1):55-63.
291. Lehmann J-YK, Nuevo-Chiquero A, Vidal-Fernandez M. The early origins of birth order differences in children's outcomes and parental behavior. *J Hum Resour*, 2018; 53(1):123-156.
292. Ayoub S. *Parenting Styles and Child's dmft Score and Behavior in Dental Clinic*, Tufts University School of Dental Medicine; 2020.
293. Hardy DF, Power TG, Jaedicke S. Examining the relation of parenting to children's coping with everyday stress. *Child development*. 1993; 64(6):1829-1841.
294. Bailey PM, Talbot A, Taylor P. A comparison of maternal anxiety levels with anxiety levels manifested in the child dental patient. *ASDC J Dent Child*, 1973; 40(4):277-284.
295. Freeman R. A fearful child attends: a psychoanalytic explanation of children's responses to dental treatment. *Int J Paediatr Dent*, 2007; 17(6):407-418.
296. Aminabadi N-A, Pourkazemi M, Babapour J ve ark. The impact of maternal emotional intelligence and parenting style on child anxiety and behavior in the dental setting. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2012; 17(6):e1089.
297. Ten Berge M, Veerkamp J, Hoogstraten J ve ark. Childhood dental fear in relation to parental child-rearing attitudes. *Psychological reports*, 2003; 92(1):43-50.

298. Krikken J, Veerkamp J. Child rearing styles, dental anxiety and disruptive behaviour; an exploratory study. *Eur Arch Paediatr Dent*, 2008; 9:23-28.
299. Wood JJ, McLeod BD, Sigman M ve ark. Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions. *J Child Psychol Psychiatry*, 2003; 44(1):134-151.
300. Kiff CJ, Lengua LJ, Zalewski M. Nature and nurturing: Parenting in the context of child temperament. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 2011; 14:251-301.
301. Guajardo NR, Snyder G, Petersen R. Relationships among parenting practices, parental stress, child behaviour, and children's social-cognitive development. *Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice*. 2009; 18(1):37-60.



EKLER

Öz Geçmiş

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	Hatice YILDIRIM
Cinsiyet	Kadın
Doğum Yeri/ Tarihi	
GSM	
E- Mail	
Eğitim	
Lise	Adana Erkek Lisesi (2012)
Lisans	Gaziantep Üniversitesi Mühendislik Fakültesi Makine Mühendisliği (İngilizce) (2012-) Ordu Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi (2015-2020)
Uzmanlık	Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Ana Bilim Dalı (2021-2024)
Yabancı Dil	
İngilizce	Orta
Uluslararası Sözlü Sunumlar	Evaluation of Dentistry Students' Knowledge, Attitudes and Behaviors about COVID-19 – KURT A., YILDIRIM H., HATİPOĞLU F. International 2. Dental Oral Infections (2.DOINF) and 1 Oral Microbiota Congress 20 March 2022 Investigating the impact of parenting styles on children's behavior during dental treatment- KURT A., YILDIRIM H., GÜMÜŞ S. 28. Uluslararası Türk Pedodonti Derneği Kongresi, 06 Ekim 2022

EK-1. Etik Kurul Onayı



T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı



Sayı : E-40465587-050.01.04-1184
Konu : Etik Kurul

22.08.2024

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ayça KURT

“Ebeveynlik Stillerinin, Çocukların Dental Anksiyetesi ve Ağız Diş Sağlığı Üzerine Olan Etkisinin İncelenmesi” isimli ve 2023/38 karar numarası ile kabul edilen araştırma ile ilgili olarak araştırma adının **“Çok Boyutlu Ebeveynlik Stilleri Değerlendirme Ölçeği Kullanılarak Belirlenen Farklı Ebeveyn Davranışlarının Çocuklardaki Dental Anksiyete ve Ağız-Diş Sağlığı ile İlişkisinin İncelenmesi”** olarak değiştirilmesi talebiniz etik kurulumuz yönergesine göre 15.08.2024 tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup 2024/230 karar numarası ile bilimsel ve etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

Doç. Dr. Tahsin Gökhan TELATAR
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : 6bd38320abb7

Belge Takip Adresi: <http://ebys.erdogan.edu.tr/EBYS/eimzadogrulama>

Zihni Derin Yerleşkesi 53100 Merkez-RİZE

Telefon No: (0 464) 223 61 26 Faks No: (0 464) 223 53 76

e-Posta: İnternet Adresi: www.erdogan.edu.tr

Kep Adresi:

Bilgi için: Burak HANKAYA

Bilgisayar İşletmeni

Telefon No:



EK-2. Dekanlık İzin Belgesi



**T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
Diş Hekimliği Fakültesi Dekanlığı**



Sayı : E-61245112-010-5306
Konu : Çalışma İzni Hk.da

29.12.2022

**Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ayça KURT
(Pedodonti Anabilim Dalı Başkanlığı)**

İlgi : 28.12.2022 tarihli ve sayılı yazı.

"Ebeveynlik Stillerinin, Çocukların Dental Anksiyetesi ve Ağız Diş Sağlığı Üzerine Olan Etkisinin İncelenmesi" başlıklı çalışma ile ilgili izin talebiniz 6698 sayılı "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu" ilgili yönetmelikler ve Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Tıbbi Araştırmalarda Rıza" başlıklı 32. maddesinde yer alan hükümlere riayet edilmesi şartıyla Dekanlığımız tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi gereğini rica ederim.

**Prof. Dr. Zeynep YEŞİL
Dekan**

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu : 276d37ff33e9 **Belge Takip Adresi: <http://ebys.erdogan.edu.tr/EBYS/eimzadogrulama>**

İslampasha Mahallesi Menderes Bulvarı No:612 Merkez/RİZE / TÜRKİYE
Telefon No :+90 (464) 214 22 65, +90 (464)214 21 81 Faks No :+90 (464)
222 00 02
e-Posta :dis@erdogan.edu.tr İnternet Adresi:http://www.erdogan.edu.tr/
Ken Adresi:erdogan@hs01.ken.tr

Bilgi için : ÖZER ÖZTÜRK
Bilgisayar İşletmeni
Dahili: 5324



EK-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

 RECEP TAYYIP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ	RECEP TAYYIP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	
--	--	--

Araştırmanın Adı:

“Çok Boyutlu Ebeveynlik Stilleri Değerlendirme Ölçeği Kullanılarak Belirlenen Farklı Ebeveyn Davranışlarının Çocuklardaki Dental Anksiyete ve Ağız-Diş Sağlığı ile İlişkisinin İncelenmesi”

Sorumlu Araştırmacının Adı: Dr. Öğr. Üyesi Ayça KURT

“Çok Boyutlu Ebeveynlik Stilleri Değerlendirme Ölçeği Kullanılarak Belirlenen Farklı Ebeveyn Davranışlarının Çocuklardaki Dental Anksiyete ve Ağız-Diş Sağlığı ile İlişkisinin İncelenmesi” isimli bir çalışmada, bilimsel bir araştırmada yer almak üzere hastanede uygulanan rutin tedavi prosedürleri sırasında elde edilen verilerinizin kullanılabilmesi için davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırın. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

Çalışmanın amaçları ve dayanağı nelerdir, benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Araştırmanın amacı, 6-12 yaş arası çocuklarda ebeveynlik stillerinin çocukların dental anksiyetesi ve ağız diş sağlığı üzerine olan etkisini incelemektir. Bu çalışma ile çocukların dental anksiyeteleri ve ağız diş sağlığı üzerinde ebeveynlik stillerinin etkili olup olmadığının araştırılması amaçlanmaktadır. RTEÜ Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Kliniği’ne ilk kez başvuran, acil tedavi gereksinimi bulunmayan 6-12 yaş grubu aralığından 102 sağlıklı hastanın dahil edilmesi planlanmaktadır. Çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyanlar rutin diş tedavileri için gelen hastalar arasından rastgele seçilecektir.

Nasıl bir Uygulama Yapılacaktır?

İlk aşamada ebeveynlere sosyodemografik verileri içeren bir grup soru sorulacaktır ve ebeveynlik stilini değerlendirmek için 34 sorudan oluşan ebeveynliğin

EK-3 (devam). Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

çok boyutlu değerlendirilmesi anketi ebeveynlere yüz yüze uygulanacaktır. İkinci aşamada çocuğun anksiyetesini değerlendirmek için modifiye dental anksiyete skalası çocuğa uygulanacaktır ve çocukların ağız sağlığını (çürük, çekilmiş ve dolguları dişleri) değerlendirmek amacıyla ağız içi muayeneleri yapılacaktır aynı zamanda çocuğun gingival indeks, plak indeksi ve calculus indeksi hesaplanacaktır.

Bu çalışmaya katılmalı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar vererseniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalanmak için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmaya onay vermemekte ve istediğiniz zaman çalışmadan çıkmakta özgürsünüz. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor sizin verilerinizin çalışma için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir.

Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır. Çalışmanın sonunda, bu bilgiler hakkında bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde (yerli/yabancı) yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır. İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, Etik Kurul, Sağlık Bakanlığı ve diğer ilgili sağlık otoriteleri orijinal tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişebilir. Bu yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzalayarak yalnızca adı geçen kişi ve kurumlara erişim izni vermiş olacaksınız. Ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanamayacak; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır.

Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili bir sorunuz olduğunda ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Ayça KURT

GÖREVİ : Doktora Öğretim Üyesi

TELEFON :

EK-3 (devam). Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

(3-8 Yaş Arası Katılımcılar)

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

RTE Üni. Diş Hek. Fakültesi Dr.Öğretim Üyesi Ayça KURT tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda; Dr. Ayça KURT’u RTE Üni. Diş Hek. Fakültesinde bulabileceğimi biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı ve verilerimin bilimsel çalışmada kullanılmasını kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcının velisinin

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

EK-3 (devam). Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Katılmak istiyorum

Katılmak istemiyorum



Katılımcının

Adı,Soyadı :

Katılımcının velisi ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

EK-3 (devam). Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

(9-18 Yaş Arası Katılımcılar)

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

RTE Üni. Diş Hek. Fakültesi Dr. Ayça KURT tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda Dr. Ayça KURT’u RTE Üni. Diş Hek. Fakültesinde bulabileceğimi biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı ve verilerimin bilimsel çalışmada kullanılmasını kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcının velisinin

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

EK-3 (devam). Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Katılmak istiyorum	☐	Katılmak istemiyorum	☐
Katılımcının			
Adı,Soyadı :			
İmza:			

Katılımcı ile görüşen hekimin

Adı Soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

EK-4. Çok Boyutlu Ebeveynlik Stilleri Değerlendirme Ölçeği

Açıklama: Ebeveynler çocuklarını yetiştirmeye çalışırken farklı davranışlar sergilerler. Lütfen her ifadeyi okuyun ve son iki ay içinde yukarıda ismi belirtilen çocuğunuza yönelik ebeveynlik tutumunuzu ne kadar iyi ifade ettiğini değerlendirin.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Çocuğuma olan sevgimi ona sarılarak, onu öperek ve kucaklayarak gösteririm.	1	2	3	4	5
2.	1	2	3	4	5
3. Çocuğumu yanlış davranışı için cezalandırmamın beni sevmemesine sebep olmasından korkarım.	1	2	3	4	5
4.	1	2	3	4	5
5. Küçük gerekçelerle veya hiçbir gerekçe göstermeden tehdidi çocuğuma bir ceza olarak kullanırım.	1	2	3	4	5
6.	1	2	3	4	5
7. Çocuğumla birlikte sıcak ve samimi zamanlar geçiririm.	1	2	3	4	5
8. Çocuğum yanlış bir şey yaptığında ona bağırır ya da onu azarlarım.	1	2	3	4	5
9.	1	2	3	4	5
10. Çocuğumun fikirlerini ifade etmesini cesaretlendirerek onun düşüncelerine saygı gösteririm.	1	2	3	4	5
11.	1	2	3	4	5
12. Çocuğumun cezadan erken kurtulmasına izin veririm (örneğin cezasının süresi bitmeden kaldırmak gibi).	1	2	3	4	5
13.	1	2	3	4	5
14. Çocuğum yanlış bir şey yaptığında ona elimle vururum.	1	2	3	4	5
15. Çocuğuma isteklerimin sebebini söylerim (örneğin beş dakika içinde çıkmamız gerekiyor bu yüzden temizlik zamanı).	1	2	3	4	5
16. Çocuğum istediğim bir şeyi yapmadığında sinirden deliye dönerim.	1	2	3	4	5
17.	1	2	3	4	5
18. Çocuğumdan ricada bulunduğumda isteğimi dinleyip yerine getirdiği için onu överim.	1	2	3	4	5

EK-4 (devam). Çok Boyutlu Ebeveynlik Stilleri Değerlendirme Ölçeği

19.	1	2	3	4	5
20. Çocuğuma “hayır” dediğimde üzülürse geri adım atıp ona istediğini veririm.	1	2	3	4	5
21.	1	2	3	4	5
22. Çocuğumun görüş ve düşüncelerini dinlerim.	1	2	3	4	5
23.	1	2	3	4	5
24. Çok sinirli olduğumda çocuğuma vururum.	1	2	3	4	5
25. Çocuğumu disipline etmenin bir yolu olarak fiziksel cezayı kullanırım.	1	2	3	4	5
26.	1	2	3	4	5
27. Çocuğum istediği bir şey için yaygara çıkarırsa onun isteğine boyun eğirim.	1	2	3	4	5
28. Çocuğum bir etkinliğe başlamadan önce o etkinlikteki davranış ile ilgili beklentilerimi ona söylerim.	1	2	3	4	5
29.	1	2	3	4	5
30. Çocuğum ev işlerinde yardım ettiğinde bundan hoşlandığımı ona söylerim.	1	2	3	4	5
31.	1	2	3	4	5
32. Çocuğumun yanlış davranışını disipline ederken kendisine bununla ilgili kısa bir açıklama yaparım.	1	2	3	4	5
33.	1	2	3	4	5
34.	1	2	3	4	5

Not: Anketin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapan araştırmacı anket sorularının tamamının paylaşılmasına izin vermemektedir.

EK-5. Modifiye Çocuk Dental Anksiyete Skalası- yüzler Versiyonu

	1: Rahat/ Endişeli değil	2: Çok az endişeli	3: Endişeli	4: Oldukça endişeli	5: Çok fazla endişeli
Hakkında nasıl hissediyorsun:					
1. Diş hekimine giderken nasıl hissedersin?					
2. Dişlerine bakıldığında nasıl hissedersin?					
3. Dişlerin temizlendiğinde nasıl hissedersin?					
4. Dişetine iğne yapıldığında nasıl hissedersin?					
5. Dişine dolgu yapılırken nasıl hissedersin?					
6. Diş çekimi yapılırken nasıl hissedersin?					
7. Tedavi sırasında uyutulursan nasıl hissedersin?					
8. Tedavi sırasında uyutulmadan seni rahatlatacak şekilde gaz ve hava karışımı verilirse nasıl hissedersin?					

EK-6. İntihal Raporu

ORJİNALLIK RAPORU

%**6**

BENZERLİK ENDEKSİ

%**5**

İNTERNET KAYNAKLARI

%**4**

YAYINLAR

%**1**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

dergipark.org.tr

İnternet Kaynağı

%**1**

2

acikerisim.maltepe.edu.tr

İnternet Kaynağı

%**1**

3

acikbilim.yok.gov.tr

İnternet Kaynağı

<%**1**

4

halksagligiokulu.org

İnternet Kaynağı

<%**1**

5

izdokongreleri.org

İnternet Kaynağı

<%**1**

6

injepijournal.biomedcentral.com

İnternet Kaynağı

<%**1**

7

www.utsakcongress.com

İnternet Kaynağı

<%**1**

8

Slijepčević, Nikola A.. "Učestalost i Faktori Rizika za Pojavu Mikrokarcinoma Štitaste Žlezde", University of Belgrade (Serbia), 2024

Yayın

<%**1**