



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PEDODONTİ ANABİLİM DALI

**COVID-19 PANDEMİSİNİN 7-12 YAŞ ARASI
ÇOCUKLARIN DENTAL ANKSİYETE DÜZEYİNE
ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Eda TUNCEL

**Samsun
Mayıs-2023**



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
PEDODONTİ ANABİLİM DALI

**COVID-19 PANDEMİSİNİN 7-12 YAŞ ARASI
ÇOCUKLARIN DENTAL ANKSİYETE DÜZEYİNE
ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Eda TUNCEL

**Danışman
Prof. Dr. Aysun AVŞAR**

**Samsun
Mayıs-2023**

T.C
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Uzmanlık öğrencisi Dt. Eda TUNCEL tarafından Prof. Dr. Aysun AVŞAR danışmanlığında hazırlanan “COVID-19 Pandemisinin 7-12 Yaş Arası Çocukların Dental Anksiyete Düzeyine Etkisinin Değerlendirilmesi” başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 23/05/2023 tarihinde yapılan sınav ile Pedodonti Anabilim Dalında Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan:

Üye:

Üye:

Üye:

Üye:

Bu tez Pedodonti Anabilim Dalınca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

23/05/2023

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Diş Hekimliği Fakültesi

Dekanı

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bana her konuda bilgi ve deneyimlerini paylaşarak yol gösteren, her zaman sevgi ve desteğini hissettiğim, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, danışman hocam Prof. Dr. Aysun AVŞAR'a,

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı'nda görev yapan ve uzmanlık eğitimim boyunca tecrübelerinden faydalandığım değerli hocalarım, Prof. Dr. Emine ŞEN TUNÇ'a, Prof. Dr. Ayça Tuba Ulusoy'a ve Dr. Öğr. Üyesi Bilal ÖZMEN'e,

Elde edilen verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesindeki yardımlardan dolayı Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ziraat Fakültesi Zootečni Anabilim Dalı'nda görev yapan Prof. Dr. Hasan ÖNDER'e,

Uzmanlık eğitimim süresince birlikte çalışmaktan keyif aldığım bütün asistan arkadaşlarıma ve tüm sağlık personeline,

Uzmanlık eğitimim boyunca birçok güzel ve hatırlanmaya değer anı biriktirdiğim canım arkadaşlarım Dr. Öğr. Üyesi Şeyma İrem KÜÇÜK, Dt. Emine Tuğçe KÖSE ve Uzm. Dt. Zeynep KAYA'ya,

Beni bugünlere büyük özveri ve emekle getiren, maddi ve manevi destekleri ile koşulsuz şartsız her zaman yanımda olan canım annem Gülsüm TOP'a, babam Hasan TOP'a, kardeşim Ahmet CAN'a ve sevgili ailemin tüm fertlerine,

Sevgisini, desteğini her zaman hissettiren ve her koşulda yanımda olup yüzümü güldürmeyi başaran değerli eşim Levent TUNCEL'e ve hayatıma girdiğinden beri en büyük mutluluklarımın kaynağı biricik kızım, şansım İpek TUNCEL'e bütün kalbimle sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

COVID-19 PANDEMİSİNİN 7-12 YAŞ ARASI ÇOCUKLARIN DENTAL ANKSİYETE DÜZEYİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç: Bu çalışmanın amacı, COVID-19 pandemisinde 7-12 yaş arasındaki çocukların ve ebeveynlerinin dental anksiyete varlığını ve dental anksiyeteye etki eden faktörleri belirlemektir.

Materyal ve Metot: Bu Çalışma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Pedodonti Anabilim Dalı Kliniği'ne başvuran 7-12 yaş aralığındaki çocuk ve ebeveynlerinin, bilgi edinme formunu ve dental anksiyete ölçekleri olan CFSS-DS ve MDAS'ı doldurmaları ile gerçekleştirilmiştir. Veriler; Kruskal Wallis H testi, Mann-Whitney U testi, Ki-Kare uyum iyilik testi ve Ki-Kare bağımsızlık testiyle, istatistiksel olarak analiz edilmiştir ($p<0,05$).

Bulgular: 687 çocuğun CFSS-DS puan ortalamasının 28,9 ve çocukların %17,5'unun dental anksiyetesi olduğu gösterilmiştir. Çocukların dental anksiyetesi ile yaş, cinsiyet, aile geliri, ebeveynin son diş hekimi ziyaret sebebi, ailesinde COVID-19 enfeksiyonuna yakalanan olması, ebeveynlerin COVID-19 salgını döneminde çocuklarını diş hekimine götürmekten endişe duyması ve çocukların şeker tüketim sıklığının artması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Sonuç: COVID-19 döneminde olduğu gibi olası bir pandemi döneminde dental anksiyeteye neden olabilecek faktörlerin belirlenmesi, bu dönemde davranış yönlendirmesi tekniklerinin seçimi, dental anksiyetenin önlenmesi ve çocukların ilerleyen yaşlarında diş hekimi kontrol ve tedavilerinin sağlanması açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19; Çocuk; Çocuklarda Korku Araştırması Programı Dental Alt Ölçeği; Dental Anksiyete; Modifiye Dental Anksiyete Skalası

Eda TUNCEL, Uzmanlık Tezi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi – Samsun, 2023

ABSTARCT

EVALATION OF THE EFFECT OF THE COVID-19 PANDEMİC ON THE DENTAL ANXIETY LEVEL OF CHILDREN AGED 7-12

Aim: The aim of this study is to determine the presence of dental anxiety in children between the ages of 7-12 and their parents and the factors affecting dental anxiety in the COVID-19 pandemic.

Material and Method: The study was performed by children aged 7-12 years and their parents who applied to Ondokuz Mayıs University, Department of Dentistry, Pedodontics, by filling in the information form and the dental anxiety scales CFSS-DS and MDAS. Data was statistically analyzed by Kruskal Wallis H test, Mann-Whitney U test, Chi-Square goodness-of-fit test and Chi-Square test of independence ($p<0.05$).

Results: The study showed that the mean CFSS-DS score of 687 children was 28.9 and 17.5% had dental anxiety. There is a statistically significant relationship between dental anxiety of children and age, gender, family income, parent's last visit to the dentist, having a family history of COVID-19 infection, parents' concerns about taking their children to the dentist during the COVID-19 outbreak, and the increase in the frequency of sugar consumption in children. ($p<0.05$).

Conclusion: It is important to determine the factors that may cause dental anxiety in a possible pandemic period such as COVID-19, for choosing behavior management techniques in this period, preventing dental anxiety and providing dental control and treatment of children in later ages.

Keywords: Child; COVID-19; Dental anxiety; Modified Dental Anxiety Scale; The Dental Subscale of the Children's Fear Survey Schedule

Eda TUNCEL, Specialty Thesis

Ondokuz Mayıs University – Samsun, 2023

SİMGELER VE KISALTMALAR

±	: Artı eksi işareti
>	: Büyüktür işareti
=	: Eşittir işareti
<	: Küçüktür işareti
%	: Yüzde işareti
ADA	: Amerikan Diş Hekimleri Birliği
ART	: Atravmatik Restoratif Tedavi
CDAS	: Corah Dental Anksiyete Skalası
CFSS-DS	: Çocuklarda Korku Araştırması Programı Dental Alt Ölçeği
COVID-19	: Koronavirüs Hastalığı-19
DMFT - dmft	: Çürük, Eksik, Dolgulu diş indeksi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FDS	: Frankl Davranış Skalası
FIS	: Yüz İfadesi Skalası
GMART	: Gümüş ile Modifiye Atravmatik Restoratif Tedavi
MCDAS	: Modifiye Çocuk Dental Anksiyete Skalası
MDAS	: Modifiye Dental Anksiyete Skalası
MERS CoV	: Orta Doğu Solunum Sendromu Koronavirüsü
PSI	: Parmak Ucu Ter İndeksi
SARS-CoV-2	: Yeni Tip Koronavirüs Hastalığı-2019
SS	: Standart Sapma
ÜOB	: Ünit Oturma Biçimi
VAS	: Vizüel Analog Skala
VPT	: Venham Resim Testi
YPAS	: Yale Preoperatif Kaygı Skalası

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTARCT.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	2
2.1.Pandeminin Tanımı ve Tarihçesi.....	2
2.2.COVID-19 Pandemisi	3
2.3.COVID-19 Pandemisinde Diş Hekimliği Uygulamaları.....	4
2.4. Anksiyete ve Dental Anksiyete Kavramları	6
2.5. Dental Anksiyetenin Etiyolojisi	7
2.5.1. Bireysel Faktörler	7
2.5.2.Çevresel Faktörler	9
2.5.3.Dişsel Faktörler	10
2.6.Dental Anksiyete ve Ağız-Diş Sağlığı Üzerine Etkisi.....	11
2.7.COVID-19 Pandemisinin Dental Anksiyete İlişkisi.....	11
2.8.Dental Anksiyete Düzeyinin Belirlenmesinin Önemi	12
2.9.Dental Anksiyete Değerlendirme Yöntemleri	12
2.9.1.Fizyolojik Yöntemler	13
2.9.2. Davranışların Puanlanması Yöntemi.....	14
2.9.3 Projektif Yöntemler.....	16
2.9.4. Psikometrik Testler	18
3.MATERYAL VE METOT.....	22
3.1.Araştırmanın Evreni	22
3.2.Etik Kurul Onayı	23
3.3.Veritoplama Yöntemi.....	23
3.4.Anket Formlarının Oluşturulması.....	24
3.5.Dental Anksiyetenin Belirlenmesi.....	25
3.6.Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	26
4.BULGULAR.....	27
4.1.Katılımcıların Sosyodemografik ve Sosyoekonomik Özellikleri.....	27

4.1.1.Katılımcıların Sosyodemografik ve Sosyoekonomik Özelliklerinin CFSS-DS Üzerine Etkisi.....	28
4.1.2. Katılımcıların Sosyodemografik ve Sosyoekonomik Özelliklerinin MDAS Üzerine Etkisi.....	32
4.1.3.Katılımcıların Sosyodemografik ve Sosyoekonomik Özelliklerinin DMFT-dmft Üzerine Etkisi	35
4.2 Katılımcıların COVID-19 Pandemi Dönemine ait Bilgileri.....	36
4.2.1. Katılımcıların COVID-19 Pandemi Dönemine ait Bilgilerinin CFSS-DS Üzerine Etkisi.....	37
4.2.2. Katılımcıların COVID-19 Pandemi Dönemine ait Bilgilerinin MDAS Üzerine Etkisi	38
4.2.3. Katılımcıların COVID-19 Pandemi Dönemine ait Bilgilerinin DMFT-dmft Üzerine Etkisi.....	39
4.3. Katılımcıların Tıbbi Anamnez Bilgilerinin CFSS-DS, MDAS ve DMFT-dmft Üzerine Etkisi	40
4.4. Katılımcıların Dental Anamnez Bilgileri	41
4.4.1.Katılımcıların Dental Anamnez Bilgilerinin CFSS-DS Üzerine Etkisi	41
4.4.2. Katılımcıların Dental Anamnez Bilgilerinin MDAS Üzerine Etkisi	42
4.4.3.Katılımcıların Dental Anamnez Bilgilerinin Çocuklarda DMFT-dmft İndeksi Üzerine Etkisi.....	43
5.TARTIŞMA	44
5.1. Katılımcıların Sosyoekonomik ve Sosyodemografik Bulgularının Tartışılması..	45
5.2. Katılımcıların COVID-19 Pandemi Dönemine Ait Bilgilerinin Tartışılması	49
5.3. Katılımcıların Dental Anamnez Bilgilerinin Tartışılması	51
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53
KAYNAKLAR	55
EKLER	66

1.GİRİŞ

Çocuk diş hekimliğinde sıklıkla karşılaştığımız problemlerin başında çocukların diş hekimlerine ve diş tedavilerine karşı duydukları dental anksiyete yer almaktadır. Dental anksiyete; diş hekimliği ile ilgili özel bir uyarana bağlı olmayan, diş tedavisi ile ilgili bir endişe hissi, kişinin gelecekte yaşaması muhtemel durumlara karşı verdiği cevap olarak tanımlanmaktadır¹.

Literatürde, modern diş hekimliği alanında yapılan teknolojik gelişmelere rağmen, çocuklarda halen diş tedavisi ile ilgili endişe ve korkunun devam ettiği belirtilmiştir. Ayrıca çocuklukta oluşmuş olan dental anksiyetenin, yetişkinlikte oluşan dental anksiyeteden daha ağır seyrettiği bildirilmiştir².

Dental anksiyete gelişiminin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte çok faktörlü bir etyolojiye sahip olduğu bilinmektedir^{3,4}. Doğrudan ya da dolaylı olumsuz deneyimleri içeren dışsal faktörlere bağlı olabileceği gibi, yaş, cinsiyet, kişilik özellikleri gibi içsel faktörlere de bağlı olabilmektedir^{5,6}.

COVID-19 pandemisi birçok yaş grubunu etkilemiş olmakla birlikte, fiziksel sağlık problemlerinin yanında birçok psikolojik problemi de beraberinde getirmiştir⁷. COVID-19 salgınının yayılmasını önlemede en önemli strateji olan izolasyon süreci okul, iş yaşamı, arkadaş ve aile ilişkilerine kadar günlük yaşamda pek çok alanı etkilemiştir⁸.

Bu bilgiler ışığında tez çalışmamızın amacı, COVID-19 pandemisi döneminde kliniğimize başvuran 7-12 yaş arasındaki çocukların dental anksiyete görülme sıklığını ve bununla ilişkili etki eden faktörleri belirlemek, ayrıca çocukların ve ebeveynlerinin dental anksiyete düzeylerini psikometrik testler olan Çocuklarda Korku Araştırması Programı Dental Alt Ölçeği ve Modifiye Dental Anksiyete Skalası ile değerlendirmektir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Pandeminin Tanımı ve Tarihçesi

Pandemi, Eski Yunan dilinde tüm anlamına gelen “pan” ve insanlar anlamına gelen “demos” kelimelerinden oluşan, “tüm insanları etkileyen” anlamında bir kavram olarak tanımlanmıştır. Pandemiler, coğrafi salgın olarak dünya çapında yayılma eğiliminde olmakta ayrıca çok sayıda hastalıklara, ölümlere ve ülkelerin sosyoekonomik durumunun bozulmasına neden olmaktadır⁹.

Bir salgın hastalığın pandemi olup olmadığını Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) belirlemektedir. DSÖ’ne göre bir salgının pandemi sayılabilmesi için üç koşul sağlanması gerekmektedir. Bu koşullar; insanların daha önce maruz kalmadığı yeni veya mutasyona uğramış bir etken sebebiyle hastalığın ortaya çıkması, hastalığa sebep olan etkenin insanlara bulaşarak tehlikeli bir hastalık ortaya çıkarması, hastalık etkenlerinin insanlar arasında kolayca ve sürekli yayılmasıdır¹⁰.

Geçmişten günümüze insanlık tarihinde birçok salgın hastalık görülmüştür. Kara Veba, Kolera, İspanyol Gribi, Çiçek Hastalığı, Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu (SARS), Ebola, Orta Doğu Solunum Sendromu (MERS), Domuz Gribi, Kuş Gribi, Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu (AIDS) gibi birçok salgın hastalık literatüre girmiştir. Şu anda dünyada aktif olarak devam edenler AIDS ve COVID-19 salgın hastalıklarıdır⁹.

Tarih boyunca görülen salgın hastalıklar sonucu milyonlarca insan enfekte olmuş ve hayatını yitirmiştir. 14. Yüzyılda ortaya çıkan ve “Kara Ölüm” olarak da adlandırılan Justinous vebası nedeniyle Avrupa nüfusunun yaklaşık üçte birinin öldüğü düşünülmektedir¹¹. Vibrio Cholerae bakterisinin neden olduğu, bağırsak enfeksiyonuna bağlı akut ve şiddetli ishal ile seyreden Kolera hastalığı çeşitli yıllarda toplam 7 büyük pandemiye neden olmuştur¹². Ateş, kızarıklık ve yüksek ölüm oranı ile karakterize variola virüsünün neden olduğu çiçek hastalığının 1979’da küresel olarak ortadan kaldırılması modern tıbbın en büyük başarılarından biri olarak görülmektedir. 1918’de kuş kökenli bir H1N1 virüsü İspanyol gribine neden olup, bundan kaynaklı pandemide dünya genelinde 50.000.000 insan ölmüştür¹³. İspanyol gribi, tarih boyunca yaşanmış en büyük salgın olarak nitelendirmektedir⁹.

2.2.COVID-19 Pandemisi

2019 Aralık ayında Çin'in Hubei eyaletine bağlı Wuhan kentinde, etiyolojisi bilinmeyen bir pnömoni salgını ortaya çıkmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 30 Ocak 2020 tarihinde ortaya çıkan bu salgınla ilgili 'Uluslararası Önem Arz Eden Halk Sağlığı Acil Durumu' tanımlamıştır¹⁴. Dünya Sağlık Örgütü 11 Mart 2020'de virüsün 110 ülkeden fazla yerde görülmesi ve dünyanın yoğun nüfuslu bölgelerini etkilemesi sebebiyle küresel salgın (pandemi) ilan etmiştir¹⁵.

Vakaların artış göstermesiyle beraber hastalığın klinik ve epidemiyolojik özelliklerini inceleyen araştırmalar hız kazanmıştır. Sebep olan patojenin, SARS-CoV-2 beta koronavirüs ailesine özgü özelliklere sahip tek sarmallı bir RNA virüsü olduğu görülmektedir. Diğer RNA virüsleri gibi, SARS-CoV-2'de insan konaklarına adapte olurken, zaman içinde mutasyonların gelişmesine sebep olmuştur ve mutant varyantlara dönüşmüştür. Dünya Sağlık Örgütü bulaşıcılık ve virülans artışı, doğal enfeksiyon veya aşı yoluyla kazanılmış antikorların etkinliğinde azalma, tespitten kaçabilme yeteneğine göre varyantların en sık görülenlerini Alfa, Beta, Gamma, Delta, Omicron, Lambda ve Mü olarak rapor etmiştir¹⁶.

SARS CoV-2 için en sık bulaş yolu SARS CoV ve MERS CoV gibi insandan insana bulaşmasıdır. COVID-19'un bulaş yolları hava damlacıkları ve temas yoluyla¹⁷. Aerosol ile bulaş, kapalı alanlarda yüksek aerosol miktarına uzun süre maruz kaldığında da mümkün olmaktadır. Kapalı ortamlarda ve 1,5 metreden yakın mesafelerde damlacık yoluyla bulaş riski daha da artmaktadır. Ayrıca bu virüs, damlacıklarla kontamine olmuş yüzeylere temas sonucu ağız, burun ve göz mukozasına taşınarak da bulaşabilmektedir¹⁸.

İnkübasyon süresi enfeksiyonun ortaya çıkmasından semptomların başlamasına kadar olan süreye verilen addır. SARS-CoV-2 ile enfekte bireylerin inkübasyon süresinin 2-14 gün arasında değişken olduğu bildirilmiş olup, ortalama inkübasyon süresi 5,1 gün olarak bulunmuştur^{19,20}. Asemptomatik taşıyıcıların başka kişilere SARS-CoV-2 bulaştırmasını olabildiğince azaltmak için temaslıların izolasyon süresi, evrensel süre olan 14 gün olarak kabul edilmiştir²¹. COVID-19'un uzun kuluçka süresi ve bulaşıcı dönemleri nedeniyle yayılma potansiyeli artmaktadır²⁰.

SARS-CoV-2'nin neden olduğu hastalık çoğunlukla solunum sistemini etkilese bile bu hastalık sonucunda ortaya çıkan çoklu organ disfonksiyonu göz önüne alınarak COVID-19'un sistemik viral bir hastalık olduğu söylenebilmektedir¹⁸. COVID-19'un en

sık görülen semptomları; ateşe eşlik eden kuru öksürük, balgam, nefes darlığı gibi solunum sistemini ilgilendiren semptomlardır. Diğer bildirilen semptomlar ise; tat ve/veya koku kaybı, kas-iskelet sistemiyle ilgili semptomlar (miyalji, baş ağrısı, eklem ağrısı, yorgunluk), gastrointestinal sistem ile ilgili semptomlar (ishal, kusma, karın ağrısı), boğaz ağrısı, burun tıkanıklığı, gözlerde kızarma ve deri döküntüsüdür²².

2.3.COVID-19 Pandemisinde Diş Hekimliği Uygulamaları

SARS-CoV-2 doğrudan (öksürme, hapşırma, damlacık inhalasyonu) ve temas yoluyla veya dolaylı olarak da havada asılı kalan aerosollerin solunması yoluyla bulaşabilmektedir. Dental tedaviler, yüksek hızlı veya düşük hızlı el aletleri, ultrasonik aletler, hava-su spreylерinin kullanımı gibi çok sayıda damlacık ve aerosole neden olan prosedürlerdir. Standart koruyucu yöntemler COVID-19'un yayılmasını engellemek için yeterli değildir. Enfekte olmuş kişiler, klinik ortamda bulunan hasta, ebeveyn ve diş hekimi arasında çapraz enfeksiyona yol açan büyük miktarda aerosol üretebilir²³. Çocuk diş hekimliğinde bu risk daha ciddidir, çünkü etkilenen çocuklar asemptomatik, hafif veya orta derecede klinik belirtiler gösterir. Bu potansiyel bulaşma yolları, özellikle acil tedavi gereksinimi olan hastaların diş hekimi klinik ziyaretlerini etkileyecek düzeyde kaygıya neden olmuştur²⁴.

16 Mart 2020'de Amerikan Diş Hekimleri Birliği (ADA), COVID-19'un yayılmasını önlemek için elektif tedavilerin ertelenmesine yönelik bir tavsiye yayınladı. 23 Mart 2020 tarihinden itibaren Türk Diş Hekimleri Birliği ve Sağlık Bakanlığı, Koronavirüs Bilim Kurulu kararlarına göre diş hekimliğinde acil tedavi kısıtlamaları uygulamıştır. İlgili acil tedavi gereksinimleri aşağıdaki Tablo 1'deki gibidir²⁵.

Tablo 1. COVID-19 pandemisi sırasında uygulanması önerilen işlemler

Pulpal inflamasyondan kaynaklanan şiddetli diş ağrısı
Perikoronit veya üçüncü molar kaynaklı şiddetli ağrı
Postoperatif olarak gelişen osteitis veya alveolit
Lokalize ağrı ve şişmeye neden olan apse veya bakteriyel enfeksiyon
Ağrı veya yumuşak doku travmasına neden olan diş fraktürü

Travmaya bağlı diş avülsiyonu/lüksasyonu
Çene ve yüz bölgesi fraktürleri
Oral mukozanın akut ve ağrılı lezyonları/ülserasyonlar
Hayatı tehdit edici ya da kontrolsüz kanamalar
Hastanın havayolu açıklığını tehdit eden intraoral/ ekstraoral infeksiyonlar
Radyoterapi ve kemoterapi alması planlanan ya da almakta olan ve organ nakli planlanan hastaların tedavileri
Medikal sorunları için konsültasyon istenilen hastalar
Dikiş alınması
Geçici restorasyon kaybı/kırıklarının ve hareketli protez kullanımına engel olan vurukların aerosol oluşturmayacak şekilde tedavisi
Ortodontik tedavi görmekte olan hastaların braket ve tellerinin yerinden çıkması ve kırılması
Dudak-damak yarıklı yenidoğanlara beslenme plağı uygulamalar
Çene eklemi lüksasyonu
Biyopsi (malignite şüphesi bulunan durumlarda)

COVID-19'un diş hekimliği hizmetleri üzerinde önemli bir etkisi olmuştur, hastaların tedavi için bekleme süresi artmıştır. Salgının hafiflemesiyle hastaneler azaltılmış kapasite ile hizmet vermeye başlamıştır. Diş çürüğü bulunan çocuk sayısının fazlalığı ve pandeminin yaşam kalitesindeki negatif etkileri göz önüne alındığında, diş çürüklerinin geleneksel tedavi yöntemlerinin yerine minimal invaziv ve non-invaziv tedavi seçenekleri öne çıkmıştır. Bu tedavi seçenekleri; Kemomekanik çürük uzaklaştırma tekniği, Çürük örtüleme tekniği, Atravmatik restoratif tedavi (ART), Topikal gümüş diamin florür uygulaması, Gümüş ile modifiye atravmatik restoratif tedavi (GMART) ve Hall teknięidir²⁶.

COVID-19 pandemisi sırasında diş hekimi ziyaretlerinin prevalansı, pandemi öncesine göre önemli ölçüde azalmıştır. Bu sebeple diş tedavi teşhis ve tedavi ihtiyaçları karşılanmayan kişilerin sayısı yarı yarıya artmıştır²⁶⁻²⁸.

Diş hekimliği kliniklerine gelen hastaların çoğunda pulpal veya periapikal inflamasyon veya travma kaynaklı acil başvurularının sayısında artış görülmüştür^{27,29}. Muayene esnasında teşhis için alınan radyografilere daha sık ihtiyaç olmuştur²⁷. COVID-19 pandemisi öncesi dönem ile pandemi dönemi kıyaslandığında, diş çürüklerinin teşhisi ve restoratif tedavilerinde anlamlı derecede düşüş görülürken, endodontik tedavi ve diş çekimi prevalansında önemli bir artış görülmüştür^{27,28}.

2.4. Anksiyete ve Dental Anksiyete Kavramları

Anksiyete (kaygı-bunaltı), duygusal, davranışsal ve bedensel konularda bilinmeyen bir tehlikeye karşı içten gelen yoğun bir huzursuzluk ve endişeli olma halidir³⁰. Anksiyete yaşayan kişide hızlı kalp çarpması, ellerde titreme gibi fizyolojik belirtilerin yanında, kendisine veya yakınlarına kötü bir şey olacaktıymış hissi eşlik etmektedir⁵.

Korku ve anksiyete kavramları birbiri ile ilişkili ve sıkça birbirinin yerine kullanılmasına rağmen farklı kavramlardır. Anksiyetede problemin kaynağı belirsiz iken korku, nedeni bilinen bir tehdit ya da tehlikeye karşısında kişinin gösterdiği doğal yanıt olarak tanımlanır³¹. Korku ve anksiyete arasındaki en önemli fark korkuya sebep olan etken ortadan kalktığında korkunun da azalmasıdır. Bunun aksine anksiyete, belirli bir sebebi olmamasından dolayı kalıcıdır ve kişiye özgüdür. Anksiyete sahibi kişi karmaşık tepkiler verebilir³².

Çocuklarda anksiyetenin duygusal, davranışsal ve fizyolojik belirtileri vardır, ancak bunların nasıl ifade edildiği kişiden kişiye değişebilmektedir. Hastanın hissettiği korku, huzursuzluk, endişe ve çaresizlik duygusal belirtilerden, kaygı yaratan duruma karşı kaçınma veya donakalma hissi davranışsal belirtilerin başında gelmektedir. Çarpıntı, kalp basıncı değişiklikleri, soluk renk ya da yüzde kızarma, nefes darlığı, boğazda düğümlenme veya boğulma hissi, bulantı, kusma, karın ağrısı gibi belirtiler ise anksiyetenin fizyolojik belirtileri arasında gösterilmiştir³³. Bu belirtiler arasında diş hekimliği yaklaşımlarında hastaların gösterdikleri ilk ve en önemli anksiyete belirtisi nefes alıp vermenin düzensizleşmesi ve sık nefes alma şeklinde gözlenebilmektedir³⁴.

Dental anksiyete ise genel anksiyetenin daha spesifik bir formu olup, diş hekimi ziyareti ile ilişkili fiziksel, zihinsel ve sosyal yönlerden karmaşık bir psikolojik olgudur⁵. Herhangi bir dental işlem esnasında yaşanabilen yoğun endişe veya kontrolünü kaybetme duygusu dental anksiyete olarak tanımlanabilmektedir³⁵. Diş hekimliği kliniklerinde modern teknolojik uygulamalar sayesinde işlemler daha az ağrılı olmasına rağmen hala günümüzde dental anksiyete çocuk ve yetişkin popülasyonu etkileyen büyük bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır². Dental anksiyetenin kaygı duyulan obje ve durumlar arasında dördüncü sırada yer aldığı bildirilmektedir³⁴.

2.5. Dental Anksiyetenin Etiyolojisi

Dental anksiyetenin hastada oluşturduğu fizyolojik, düşünsel ve davranışsal farklılıklar ağız ve genel sağlık üzerinde olumsuz etkiler yarattığı için bireyin yaşam kalitesini düşürmektedir. Dental anksiyetenin ortadan kaldırılmasında veya anksiyeteli hastanın tedavisi amacıyla gösterilen çabalarda en önemli basamak kaygının sebebinin belirlenmesidir^{36,37}.

Dental kaygı gelişiminin nedeni tam olarak bilinmemekle beraber multifaktöriyel bir etiyojolojiye sahip, özgün bir problem olduğu konusunda fikir birliği bulunmaktadır^{3,4}. Dışsal kökenli faktörlere, içsel kökenli faktörlere veya her ikisinin kombinasyonuna bağlı olabilmektedir. Dışsal faktörler doğrudan veya dolaylı olumsuz deneyimleri içermektedir. İçsel faktörler (hastayla ilgili faktörler) ise kişilik özellikleri, bilişsel özellikler ve kısmen de genetik olarak gruplandırılabilir^{32,37}. Çocuklarda dental anksiyetenin etiyojolojik faktörleri çok yönlü ve karmaşıktır; bireysel faktörler, çevresel faktörler ve dışsal faktörler olmak üzere 3 kısımda incelenmektedir³⁸.

2.5.1. Bireysel Faktörler

Yaş

Dental anksiyete oluşumunda ve bu davranış ile başa çıkılmasında en önemli faktörlerden birisi çocuğun yaşıdır. Hastanın yaşı ve buna karşılık gelen bilişsel gelişimi, diş hekimliği prosedürleri sırasında çocukların farklı davranış şekilleri ortaya koymalarında önemlidir. Çocukluk ve gençlik dönemleri; fiziksel ve ruhsal gelişimin devam etmekte olduğu, yetişkinlere göre kişilik gelişiminin ve duygusal fonksiyonların yetersiz kalabildiği dönemlerdir. Dental anksiyete tüm yaş gruplarında görülmekte ve bunun sıklığı ise çocukluk/ergenlik döneminde artmaktadır³⁹.

Çocukta kaygı oluşumu, gelişim döneminin bir basamağı olarak görülmekte ancak yaş ilerledikçe dental tedavilerle başa çıkma yeteneğinin artmasıyla beraber, kaygının azalması beklenmektedir. Küçük yaş grubundaki çocukların psikolojik gelişimleri henüz diş tedavisine dayanabilecek yeterlilikte değildir⁴⁰. Yaş ilerledikçe diş tedavileri ile baş etme yeteneğinin ve pozitif davranışların arttığı görülmektedir⁴¹.

Cinsiyet

Dental anksiyete oluşumunda önemli faktörlerden biri de çocuğun cinsiyetidir. Yapılan çalışmalarda, kızların erkeklere göre daha fazla dental anksiyeteye sahip olduğu belirtilmiştir⁴². Dental anksiyetenin kızlarda daha fazla görülmesinin nedeni olarak; daha çekingen olmaları, ağrı eşiklerinin düşük olması ve yetiştirilme şekilleri gösterilmiştir. Farklı bir bakış açısı olarak kızların duygu ve düşüncelerini erkeklere göre daha rahat ve istekli bir şekilde ifade edebilmeleri, daha fazla dental anksiyeteye sahip olmaları ile bağdaştırılabilmektedir⁴². Bunun aksine dental anksiyete düzeyinin cinsiyet farkına bağlı olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur^{43,44}.

Kişilik Özellikleri

Dental anksiyete ile ilgili bir diğer önemli faktör de çocuğun kişilik özellikleridir. Çocuk hastaların ilk kez karşılaştığı dental ortamda; stres altında, çekingen, içe dönük, bağımlı çocuklar tepki verebilirler^{45,46}. Negatif ruh hali, sinirlilik gibi davranış problemi olan çocuklar diş hekimleri için zorluk yaratırken, utangaç çocuğun tedavi süresince duygularını ifade etmesi zaman alabilmektedir^{40,47}.

Diğer Faktörler

Yaralanma, iğne olma ve kan fobisi çok sık karşılaşılan, diş hekimliği kliniğinde tedaviyi negatif etkileyen özel bir fobi türüdür. Bu fobiye sahip olan hastalarda yapılan çalışmalarda dental anksiyete ve diş tedavisinden kaçma arasında pozitif bir korelasyon olduğu görülmüştür⁴⁸.

Ayrıca nöropsikiyatrik sorunları olan çocuklarda (dikkat eksikliği, hiperaktivite, Otizm, Asperger sendromu, Tourette sendromu ve diğer psikolojik/mental engel durumları) kooperasyon kurulamadığı ve dental anksiyetenin daha yüksek seviyede olduğu görülmüştür⁴⁹.

2.5.2.Çevresel Faktörler

Sosyoekonomik Durum

Ailenin sosyoekonomik durumu ve eğitim düzeyi dental anksiyeteyi etkileyen faktörlerdendir. Yapılan araştırmalarda ailenin eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durumu arasında pozitif bir korelasyon olduğu görülmüştür. Bu durum yüksek gelir düzeyine sahip hastaların çocuğun dental sağlığına daha fazla zaman ve bütçe ayırması, ek olarak eğitim düzeyi yüksek kişilerin stres ile başa çıkmada daha yetenekli olmaları ile ilişkilendirilmiştir⁵⁰. Ancak yapılan bazı araştırmalar ailenin sosyoekonomik düzeyi ile çocuğun dental anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermiştir⁴¹.

Ailesel Etkenler

Bireyin tüm gelişim basamaklarının şekillendiği ilk yer yakın çevresidir. Çocuğun aile içerisinde gözlemlediği her davranış onun şimdi ve gelecekteki duygusal sağlığı, mizacı, kişiliği, sosyal ve bilişsel gelişimi, okul başarısı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir⁵¹. Çocukların diş tedavileri esnasında sergiledikleri davranış, bu konu ile ilgili duygularını ifade etmenin bir yoludur. Çocuğun dental anksiyete seviyesi de kişilik özellikleri ve alışkanlıklarında olduğu gibi anneden etkilenir⁵². Anne-babaları yüksek düzeyde dental anksiyeteli olan çocukların 2,6 kat daha fazla anksiyeteli olduğu görülmüştür⁵³.

Ebeveynlik stili, ebeveynlerin çocuklarını yetiştirmeye yönelik sergilediği bir tutumdur⁵⁴. Ebeveyn tutumları, çocukların diş tedavisine başa çıkmada önemli bir belirleyicidir ve bir çocuğun yetişkinlere karşı davranışı ebeveynlik tutumuna göre değişir⁵¹. Ebeveyn tutumları üzerine yaptığı çalışmalarla bilinen Baumrind, okul öncesi dönemdeki çocuklarla yaptığı çalışmada aile tiplerini demokratik, otoriter ve izin verici olarak üç başlık altında incelemiştir⁵⁴.

Demokratik aile tutumunda çocuğun kendini ifade etme hakkı vardır ve kararları saygıyla karşılanır. Aile bireyleri arasında dengeli bir iletişim vardır⁵⁵. Demokratik aile tipinde; hoşgörülü, güven verici ve destekleyici bir tutum vardır. Bu tip ailelerin çocukları tedaviler esnasında genellikle kooperedir^{54,56}.

Otoriter aile tutumunda çocuk ile ilgili kararlar anne-baba tarafından alınır ve çocuğun bu kararlara uyması beklenir. Otoriter tutum içerisinde yetişen çocuklar, kendi kararlarını alamayan, sosyal ilişkilerde zayıf, başkasına bağımlı, ilk kez karşılaştığı

ortamlara karşı (örneğin; dental ortamlarda) güvensiz ve çekingen davranış gösteren çocuklar olması muhtemeldir. Genellikle korkar ama kooperasyon sağlar^{54,57}.

Hoşgörülü aile tutumunda çocuklar kendisine güvenen, yaratıcı ve sosyal bir bireylerdir. Ancak aşırı hoşgörülü tutumda çocuk davranışlarında bir sınır yoktur, kural tanımazlar. Çocuğun her isteği kabul edilmektedir. Bu durum dental uygulamalarda şımarık bir tavır sergilemesine neden olabilir^{54,55,58}.

Ayrıca yapılan araştırmalar ebeveynlerin ve çocuğun anksiyete düzeyleri arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir. Bu yüzden çocuğun davranışlarının yanında ebeveynin davranışlarını da değerlendirmek doğru bir yaklaşımdır⁵⁹.

2.5.3. Dişsel Faktörler

Dental anksiyete gelişiminde çocuğun daha önce yaşadığı kötü dental deneyimlerin en önemli etkiye sahip olduğu bildirilmiştir⁶⁰. Çocuğun önceki diş randevusunda ağrı veya rahatsızlık duyması, diş tedavisinin uzun zaman alması, başarısızlıkla sonuçlanması, komplikasyon gelişmesi veya negatif hasta-hekim ilişkisi dental anksiyete gelişmesine ve diş tedavilerinden daha fazla kaçınmaya neden olabilir. Bu durum hekimin başa çıkması gereken sorunlardandır⁶¹.

İnsanların dental anksiyete dereceleri birbirinden farklıdır. Dolayısıyla dental anksiyeteye karşı toleransı da farklılık gösterir. Dental anksiyete sebebiyle hastalar diş tedavilerini erteleme eğilimi gösterebilmektedir. Bu durum dental anksiyetesi olmayan veya az olan hastalarla karşılaştırıldığında ağız sağlığının daha da kötüleşmesine neden olmaktadır. Hastaların diş problemlerinin artması daha ağrılı, karmaşık ve zaman alıcı diş tedavilerine yol açar. Bu bir kısır döngü oluşturmaktadır^{2,35}.

Çocuğa arkadaş, kardeş veya da anne baba gibi yakın çevresinden de bu dental deneyimler aktarılabilir. Yüksek dental anksiyeteli yetişkinlerde yapılan çalışmalarda, çalışmaya katılanlar dental anksiyete gelişme sebebi olarak en çok ailenin diş tedavilerine negatif yaklaşımı olduğunu bildirmiştir. Çocukluk çağında diş tedavilerine karşı bu tutumunun ilk diş hekimi ziyaretinden önce başladığı belirtilmiştir⁶².

İlk diş hekimi randevusu, çocuğun sonraki tedavileri için diş hekimliği kliniğinde nasıl bir davranış sergileyeceği konusunda önemlidir. Bu davranışın şekillenmesinde diş hekiminin nasıl bir tutum içinde olduğu önemli bir belirleyicidir. Pozitif bir diş hekimi – hasta ilişkisi; hastanın memnuniyeti, uyumu, sonraki seanslardaki

tutumunu ve evde uyguladığı diş bakım uygulamaları açısından hastanın motivasyonunu pozitif yönde etkiler⁶³.

2.6.Dental Anksiyete ve Ağız-Diş Sağlığı Üzerine Etkisi

Dental anksiyete, günümüzde diş hekimliği alanında yaygın, alışıldık ve üstesinden gelinmesi gereken bir sorun olarak görülmektedir. Dental anksiyete, toplumlarda, farklı sosyal sınıflardaki her yaştan insanın büyük bir kısmını etkilemektedir. Bireylerin, diş tedavisinden, düzensiz ve ağırlı diş müdahalelerinden kaçınması genellikle gitgide kötüleşen ağız sağlığına sahip olmaları ile sonuçlanmaktadır. Dental kaygısı yüksek olan çocukların, diğer çocuklardan daha fazla çürük diş sayısına ve daha fazla gidilmemiş diş randevusuna sahip oldukları görülmüştür⁶⁴. Bireylerdeki yüksek düzeydeki dental anksiyete sağlık hizmetlerine erişimi engelleyebilir, bu şekilde tedavi edilmeyen oral problemler büyüyebilir ve bu durum dental anksiyetenin daha fazla artmasına neden olabilir⁶⁴.

2.7.COVID-19 Pandemisinin Dental Anksiyete İlişkisi

COVID-19 pandemisi bütün toplumları çocuktan yaşlısına kadar pek çok açıdan etkilemiştir. Fiziksel sağlık problemlerinin yanı sıra birçok psikolojik problemi de beraberinde getirmiştir. Bu nedenle COVID-19 sadece fiziksel sağlık açısından değil, ruh sağlığı açısından da önemlidir⁷. Salgının başında hastalık hakkında sınırlı bilgi olması, hastalığın kişinin kendisine ve ailesine bulaşma ihtimali kaygı kaynağı oluşturmıştır. Mevcut salgının ani gelişmesi, hızla yayılması, sosyal medyada sürekli vaka sayılarından ve artan ölüm haberlerinden bahsedilmesi, başlangıçta salgının kontrol altına alınamayışı geçen yüzyılda dünyada olup biten her şeyden çok farklı olup kişilerde endişe ve korku kaynağı olmuştur⁶⁵. COVID-19 salgınının yayılmasını önlemede en önemli strateji, insanları izole etmektir. Bu sebeple okul, iş yaşamı, arkadaş ve aile ilişkilerine kadar günlük yaşamın her alanında büyük aksamalara neden olmuştur. Salgının yayılmasını engellemek için alınan önlemler, sosyalleşmeyi azalttığı için ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir⁸.

COVID-19 pandemisi döneminde özellikle sosyal kısıtlamalar sebebiyle diş hekimine ulaşmanın zor olması, çocuklarda ağız-diş bakımını sağlamayı zorlu bir süreç haline getirmiştir. Ayrıca SARS-CoV-2 virüsünün asıl bulaş yolu damlacık yolu ile olduğundan dental tedavilerde ek güvenlik önlemleri alınması gerekmektedir. Diş

hekimlerinin ve yardımcı sağlık personelinin kişisel koruyucu ekipman; koruyucu giysi, gözlük, yüz siperliği, yüz maskesi kullanması ve kliniklerde geçmişe oranla daha az hasta bulunması çocukların diş hekimine olan algılarını daha olumsuz yönde etkileyebilmektedir⁶.

2.8.Dental Anksiyete Düzeyinin Belirlenmesinin Önemi

Diş tedavileri sırasında yapılan işlemlerin çocuklar tarafından korkulu bir işlem olarak algılanması, diş hekimliği kliniğinde gerçekleştirilmesi planlanan tedavileri zorlaştırır. Çocuklardaki dental anksiyete uzun zamandır hasta yönetiminde büyük bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Çocukluk döneminde görölen kaygı problemi, erişkin dönemde de devam ederek kişilerin, diş tedavilerinden kaçınmasına ve bunun sonucu olarak da ağız diş sağlığının olumsuz etkilenmesine sebep olabilmektedir. Bu nedenle, diş hekimlerinin kendilerine yönelik korku/kaygıyı erken dönemde belirlemeleri ve tedavi sırasında özel yaklaşım gerektiren çocukları saptamaları; hekimlerin karşılaşabileceği tepkilere hazırlıklı olmalarında, hastalarda oluşabilecek kaygıyı azaltmaya yönelik tedbirler almalarında, diş tedavilerini daha kolay uygulamalarında ve başarı şanslarının artmasında önemli bir yer tutar. Çocukların bu kaygı ile başa çıkabilmesi için, diş hekiminin çocuğun psikolojisini ve kaygı düzeyini doğru şekilde belirlemiş olması gerekmektedir⁶⁶.

2.9.Dental Anksiyete Değerlendirme Yöntemleri

Dental anksiyetenin belirlenmesinde en etkili yöntemlerin başında hekimin gözlem ve iletişim yeteneği gelmektedir. Hastanın diş tedavisi almadan önce dental anksiyete düzeyinin hekim tarafından belirlenmiş olması, hekimin tedavi sırasında karşılaşabileceği durumlara karşı hazırlıklı olması, hastanın dental anksiyete düzeyini azaltmaya yönelik uygulayacağı yöntemler açısından önem tařımaktadır⁶⁶.

Hangi faktörlerin dental anksiyetede etkin rol oynadığına yönelik yapılmış birçok çalışma bulunmasına karşın, hangi çocuğun klinik ortamda dental kaygı geliştireceğinin belirlenebilmesinin oldukça güç olduğu bildirilmiş ve bunu doğru bir şekilde değerlendirmek için birçok yöntem geliřtirilmiştir⁶⁷⁻⁶⁹. Çocuklarda dental anksiyetenin belirlenmesinde fizyolojik, davranışların puanlanması, projektif ve psikometrik testler gibi çeşitli yöntemler bulunmaktadır^{68,69}.

Bu değerlendirme yöntemlerinin seçiminde; kullanılacak yöntemin güvenilir ve geçerli olması çocukların yaş grubuna ve gelişim düzeyine uygunluğuna, diş hekimi için kullanımının pratik olmasına dikkat edilmelidir⁷⁰. Yaş aralıklarına göre anksiyete ölçek tercihleri tablo 2’de gösterilmiştir⁷¹.

Tablo 2. Yaş aralıklarına göre anksiyete ölçek tercihleri

Yaş	Gözleme Dayalı Ölçekler	Psikometrik Ölçekler (Kişisel ifade)	Fizyolojik Yöntemler
0-3	Öncelikli tercih	Kullanılmaz	İkincil tercih
3-6	Öncelikli tercih, eğer çocuk kendini ifade edemiyorsa	Öncelikli tercih, eğer çocuk kendini ifade edebiliyorsa	İkincil tercih
>6	İkincil tercih	Öncelikli tercih	İkincil tercih

2.9.1.Fizyolojik Yöntemler

Fizyolojik teknikler, özel bir ekipman (tansiyon aleti, pulse oksimetre) kullanılarak tansiyon, kalp atım hızı, oksijen satürasyonu, kas gerilimi, parmak ucu ter indeksi ve kortizol seviyelerinin ölçümlerinin yapıldığı, dental anksiyete hakkında bilgilerin indirekt olarak sağlandığı yöntemleri içermektedir. Bu yöntemde kullanılan ekipmanlar, dental anksiyetesi olmayan çocukta bile diş hekimi korkusuna neden olabileceğinden ve dental anksiyeteye özgü olmayışından dolayı yanlış sonuçlara neden olabilmektedir^{30,72}.

Fizyolojik yöntemler arasında en sık kullanılan yöntem kalp atım hızının ölçülmesidir. Dental tedaviler sırasında, tedavinin farklı basamaklarında, enjeksiyon gibi anksiyete yaratan durumlarda, kalp atım hızında artış görülmektedir. Yapılan çalışmalarda dental tedavi öncesinde ölçülen kalp atım hızı değeri esas alınmakta, tedavinin çeşitli basamaklarında ölçülen değer ilk değere göre karşılaştırılarak, hastanın işlemler sırasında duyduğu anksiyete yorumlanmaya çalışılmaktadır^{73,74}.

Dental anksiyete ölçümlerinde kortizol kan, idrar ve tükürük örneklerinden tayin edilebilmektedir. Kandaki kortizol tayini için örnek alımının tükürükten alımından daha zor olmasından dolayı, çocuklarda tükürükten kortizol tayini tercih edilmektedir⁷⁵.

Avuç içindeki ve parmak uçlarındaki ter üreten salgı bezleri psikolojik uyarıcılara karşı oldukça hızlı tepki gösterirler. Harrison ve Mackinnon tarafından geliştirilen Parmak Ucu Ter Indexi (Palmar Sweat Index-PSI) psikolojik değişikliklerin iyi bir göstergesi olarak kabul edilmektedir^{76,77}.

2.9.2. Davranışların Puanlanması Yöntemi

Davranışların puanlanması yöntemi, sıkça kullanılan bir değerlendirme biçimi olmakla birlikte, davranışların gözle değerlendirilip skorlanması esasına dayanmaktadır. Bu yöntemler arasında Yale Preoperatif Kaygı Skalası (YPAS), Frankl Davranış Skalası (FDS) ve Oturma Biçimi Testi (sitting pattern) dâhil edilebilmektedir^{78,79}.

Yale Preoperatif Kaygı Skalası (YPAS=Yale Preoperative Anxiety Scale)

Bu ölçekte her biri çocuk anksiyetesinin farklı bir alanını temsil eden aktivite, konuşma, duygusal durum, belirgin uyarılma derecesi, aileyle ilişki olmak üzere toplam 5 kategori altında 22 madde bulunmaktadır ve hasta işlem öncesi dönemde farklı noktalarda değerlendirmeye alınarak ölçüm yapılır. Her kategori hastanın davranışına göre 0 ile 4 arası (konuşma kategorisi için 0-6) puan olarak hesaplama yapılır⁷⁹.

Tablo 3. Yale Preoperatif Kaygı Skalası (YPAS)

Oran skalası	Skor
Aktivite	
Etrafıyla ilgili, meraklı, oyuncaklarıyla oynayan, oda içinde hareketli	1
Etrafına ilgisiz, oyun oynamayan, elleri kıpır kıpır/parmağını emen, aileye yakın oturan	2
Odaklanmadan oyuncaklara doğru hareket eden, heyecanlı koltukta hareketli, maskeyi iten ve aileye yapışan durumda	3
Aktif olarak uzaklaşmaya çalışan, ayak ve kollarıyla iten, bütün vücuduyla hareket eden, odada sürekli koşan, oyuncaklarıyla ilgilenmeyen, aileden ayrılmayan, umutsuzca onlara yapışan	4

Seslendirme	
Sorular soran yorum yapan, gevezelik eden, gülen sorulara kolaylıkla yanıt veren	1
Yetişkinlere cevap veren ama yalnızca bebek konuşmasıyla veya kafa sallayarak	2
Sessiz ve yetişkinlere cevap vermeyen	3
Sızlayan, inleyen, sessizce ağlayan	4
Ağlayan ve hayır diye bağırın	5
Ağlayan, yüksek sesle devamlı çığlık atan, maskenin altından duyulabilir şekilde	6
Belirgin canlanmanın derecesi	
Dikkatli, arada etrafını gözetleyen, hekimin yaptıklarını izleyen veya fark eden durumda	1
Çekingen, hareketsiz oturan sessiz, parmağını emen/yetişkine dönen yüz	2
Tetikte, hızlıca etrafını gözleyen, etraftaki seslerden ürken, korkmuş gözler, gergin	3
Panikle sızlayan, ağlayan ve etrafındakileri iten, itmeye çalışan	4
Duygusal Durum	
Belirgin şekilde mutlu, gülümseyen veya oyuna konsantre	1
Doğal, yüzde görülen belirgin bir vurgu yok	2
Korkan, endişeli, üzgün veya gözleri yaşlı	3
Sıkıntılı, ağlayan, korkmuş büyük gözler	4
Aileyi kullanma	
Meşgul bir şekilde oynayan, boş oturan veya aileye ihtiyaç duymayan, aile ilişkisiyi başlatırsa ilişkiye giren	1
Ailesiyle ilişki kuran, aileye yakınlaşarak, sessizce konuşan, aileye yaslanan	2
Sessizce aileye bakan, hareketleri izleyen, göz teması aramaz, herhangi bir öneride ya kabul eder ya ailesine yapışır	3
Aileyi belli bir mesafede tutar ya da aileden çekinebilir, aileyi itebilir ya da umutsuzca aileye yapışır ve gitmesine izin vermez	4

Frankl Davranış Skalası (FDS)

Davranışların gözlemle puanlanması esasına dayanan Frankl Davranış Skalası Dental anksiyetenin belirlenmesinde kullanımı oldukça pratik ve kolay bir araştırma metodudur. Hekim tedavi boyunca çocuğun davranışlarını gözlemler. Bu davranışlar; kesinlikle negatif, negatif, pozitif, kesinlikle pozitif olmak üzere dört grupta incelenmekte ve 1-4 arasında skorlanmaktadır⁷⁸.

Tablo 4. Frankl Davranış Skalası (FDS)

Skor	Davranış	Tanım
1	Kesinlikle Negatif	Tedaviyi reddeden, ağlayan, aşırı korkulu veya şiddetli negatif davranış belirtileri gösteren hastalar
2	Negatif	Uyumsuz, tedaviye isteksiz, açıkça belli olmayan negatif davranış belirtileri gösteren, somurtkan ancak kaygısını dile getirmeyen hastalar
3	Pozitif	Tedaviyi kabul eden, uyumlu, çekingen, hekimle ilişki kuran ancak ölçülü hastalar
4	Kesinlikle Pozitif	Hekimle iş birliği içerisinde, tedaviye meraklı, gülen ve ortamdan mutlu olan hastalar

Ünite Oturma Biçimi (ÜOB)

Bu testte çocuğun tedavi sırasında ünite anne-babasının kucağında ya da kendi kendine oturması kaydedilir.

2.9.3 Projektif Yöntemler

Projektif yöntem ile çocukların hissettikleri duyguların, çizilen bazı resim veya figürlerin gösterilmesi veya resmettirilmesi ile dental anksiyete düzeyinin belirlenmesi amaçlanmaktadır⁸⁰.

Projektif yöntemlere; Venham Resim Testi, Yüz İfadesi Skalası, Vizüel Analog Skala, dâhil edilmektedir.

Venham Resim Testi (Venham Picture Test; VPT)

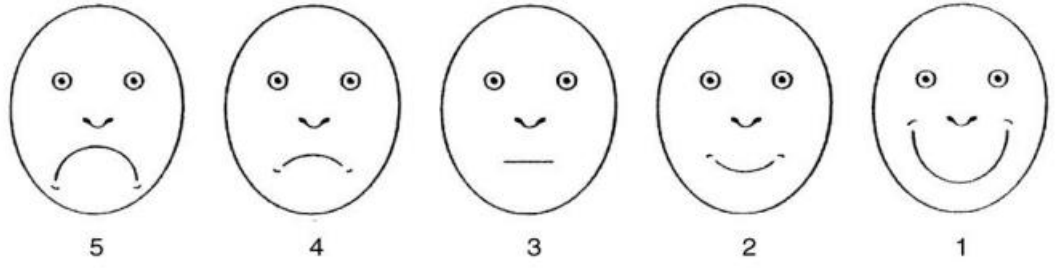
Venham resim testi, projektif yöntemler içinde en sık kullanılan testlerden biridir. Bu testte 8 adet kart bulunmaktadır. Bu kartlardan her birinde biri anksiyeteli, diğeri anksiyeteli olmayan iki resim bulunur. Çocuktan her kartta o anda kendisine en yakın hissettiği resmi seçmesi istenir. Çocuk anksiyeteli olmayan resmi gösterdiyse 0; anksiyeteli olan resmi gösterdiyse 1 olarak kaydedilir. Test sonucu 0 (anksiyete yok) ile 8 (yüksek anksiyete) arasında puanlandırılır⁸¹.



Şekil 1. Venham Resim Testi

Yüz İfadesi Skalası (FIS; Facial Image Scale)

Dental anksiyete seviyesinin belirlenmesinde pratik bir şekilde kullanılan yüz ifadesi skalası, küçük yaş gruplarında kullanılmak için geliştirilmiştir. Bu skala beş farklı duygu durumunu ifade eden figürden oluşmaktadır. Çocuklardan o anda kendisine en yakın hissettiği resmi seçmesi istenir. Bu resimlerde en mutsuz yüz 5, en mutlu yüz 1 puanını almaktadır⁸¹.



Şekil 2. Yüz İfadesi Skalası

Vizüel Analog Skala (VAS; Visual Analog Scala)

Vizüel Analog Skala 10 santimetrelik iki ucu kapalı bir çizgiden oluşmaktadır. Bu çizginin iki ucunda ölçülmek istenen duygunun zıt halini belirten iki yüz ifadesi bulunur. Hastadan o anki dental anksiyete düzeyine karşılık gelen bir noktayı çarpı (x) işaretiyle belirtmesi istenir. Şekli saran çerçevenin altında neyin istendiğini belirten ve kullanım şeklini açıklayan kısa bir yazı bulunur⁸².

Vizüel analog skala hazırlanırken ölçülmek istenen duygu veya yanıt tanımına, VAS'ın iki ucuna yazılacak sözcük öbeklerinin kısa ve kolay anlaşılabilir olmasına ve ölçümden ölçüme standardize edilmiş uygun bir soru cümlesi seçimine dikkat edilmesi gerekmektedir⁸³.

2.9.4. Psikometrik Testler

Corah Dental Anksiyete Skalası (CDAS; Corah Dental Anxiety Scale)

Dental anksiyeteyi ölçmek için 1969 yılında Corah tarafından geliştirilmiştir. CDAS, Yetişkinlerde sıkça kullanılan psikometrik testlerden biridir. CDAS, dental girişimlerde kişilerin kendilerini ne kadar endişeli ve kaygılı hissettiklerini ölçmeye yönelik 4 maddeden oluşan, beşli likert tipi bir ölçektir. Bu skaladaki soruların yanıtları 1'den (rahat hissederim) 5'e kadar (O kadar endişelenirim ki aşırı terler veya kendimi fiziksel bir hastalığım varmış gibi hissederim.) puanlandırılır. Değerlendirme aralığı anksiyetenin olmadığı 4'ten, yüksek anksiyetenin olduğu 20'ye kadar sıralanır. Sonuçlar 13'ten az ise düşük derece, 13-14 orta derece, 15 ve üstü ise yüksek anksiyeteyi

göstermektedir⁸⁴. Bu ölçüm yönteminin hekim tarafından kolaylıkla uygulanması ve yorumlanması, hasta tarafından ise kolay anlaşılması ve kısa sürede doldurulması avantajlarındandır⁸⁵. CDAS genellikle erişkinlerde kullanılması önerilen bir ölçek olmasına karşılık, dilinin kısa ve basit maddelerden oluşması nedeniyle çocuklarda da kullanılabilir⁸⁶.

Bu ölçeğin Türkiye geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Seydaoğlu ve ark. tarafından yapılmıştır⁸⁶.

Aşağıda kişilerin diş tedavisine yönelik duyguları ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Her bir ifadeyi okuyarak size en uygun seçeneği belirtiniz.

SORU 1: Yarın diş hekimine gitmen gerekse kendini nasıl hissederdin?

- (1) Oldukça eğlenceli bir deneyim olarak yarın dişçiye gitmeyi dört gözle beklerim.
- (2) Önemsemem.
- (3) Biraz huzursuz hissederim.
- (4) Acı verici olacağı ve hoş olmayacağı için korkarım.
- (5) Diş hekiminin yapacağı şeyler beni korkutur.

SORU 2: Diş hekiminin muayenehanesinde beklerken kendini nasıl hissederdin?

SORU3: Diş hekiminin koltuğuna oturuyorsun ve hekim dolgu matkabı ile dişlerinin üzerinde çalışmaya başlayacak kendini nasıl hissederdin?

SORU4: Dişlerinizi temizletmek için koltuğa oturuyorsun, siz beklerken diş hekimi diş taşlarını kazıyan aleti çıkarıyor. Kendini nasıl hissederdin?

- (1) Rahat hissederim.
 - (2) Biraz huzursuz hissederim.
 - (3) Oldukça gergin hissederim.
 - (4) Çok kaygılı hissederim.
 - (5) O kadar endişelenirim ki aşırı terler veya kendimi fiziksel bir hastalığım varmış gibi kötü hissederim.
- (SORU 2,3 ve 4 İÇİN YANIT SEÇENEKLERİ)**

Şekil 3. Corah Dental Anksiyete Skalası Anketi (CDAS)

Modifiye Dental Anksiyete Skalası (MDAS; Modified Dental Anxiety Scale)

Corah'ın Dental Anksiyete Skalası, araştırmalarda ve/veya klinik amaçlı yaygın olarak kullanılmasına rağmen, dental korkuyu tüm yönleriyle değerlendirememektedir. Bu nedenle 1995 yılında Humpris ve ark. CDAS'ı kaynak alınarak Modifiye Dental Anksiyete Skalasını geliştirmişlerdir. Dental anksiyetenin araştırıldığı bu anket 5 seçenekli 5 sorudan oluşmaktadır. İlk 4 sorusu CDAS ile ortaktır. Dental anksiyetede iğne korkusu çok önemli bir faktör olduğu için CDAS'tan farklı olarak ağız içine yapılan

enjeksiyona karşı duyulan korku da sorgulanmıştır. Bu skaladaki soruların yanıtları 1’den 5’e kadar puanlandırılır. Toplam puanlama 5 ile 25 arasında değişkenlik göstermektedir⁸⁷.

Türkiye’de 2005 yılında yapılan çalışmalarda skalanın geçerli ve güvenilir olduğu bildirilmiştir^{88,89}.

SORU5: Diş hekiminiz üst arka dişinizin üstünde dişetinize lokal anestezi enjeksiyonu yapacak olsa kendinizi nasıl hissedersiniz?

- (1) Rahat hissederim.
- (2) Biraz huzursuz hissederim.
- (3) Oldukça gergin hissederim.
- (4) Çok kaygılı hissederim.
- (5) O kadar endişelenirim ki aşırı terler veya kendimi fiziksel bir hastalığım varmış gibi kötü hissederim.

Şekil 4. Modifiye Dental Anksiyete Skalası Anketi (MDAS)

Modifiye Çocuk Dental Anksiyete Skalası (MCDAS; Modified Child Dental Anxiety Scale)

Çocuğun dental kaygısını değerlendiren en güvenilir ve geçerli yöntemin, çocuğun kendisi tarafından yanıtlanan öz bildirim ölçekleri olduğu bildirilmiştir³¹. Bu amaç için tercih edilen ölçeklerden biri, MDAS’ın çocuklara yönelik hazırlanmış şekli olan Modifiye Çocuk Dental Anksiyete Ölçeği (MCDAS: Modified Child Dental Anxiety Scale)’dir. MCDAS etkinliği kabul edilmiş, psikometrik bir ölçektir^{90,91}. Lokal anestezi, çekim, sedasyon ve genel anestezi gibi çocukların korkabileceği belirli dental işlem basamakları hakkındaki kaygının değerlendirilmesi amacıyla 8 soruyu içermektedir⁹². MCDAS’ın resimli versiyonu (fMCDAS: faces-version of Modified Child Dental Anxiety) ise küçük yaştaki, okuma yazma bilmeyen ve sınırlı bilişsel işleve sahip çocuklar için daha uygun olması amacıyla geliştirilmiştir⁹². Her yanıtın bir resim karşılığı olan ve numerik sıralanışa göre kaygı derecesinin arttığı resimlerin bulunduğu bu anketi dolduran çocuğun, resimleri kullanarak kendi kaygısını daha doğru ifade edebileceği belirtilmiştir^{92,93}.

Çocuklarda Korku Araştırması Programı Dental Alt Ölçeği (The Dental Subscale of the Children’s Fear Survey Schedule; CFSS-DS)

1982 yılında geliştirilen CFSS-DS, çocukların dental anksiyetesinin ölçülmesinde son zamanlarda yaygın olarak kullanılan skalalardan bir tanesidir. Bu ölçek dişle ilgili değişik basamakları içeren 15 adet durumdan/tedaviden oluşan bir değerlendirmedir. Bu ölçekteki soruların yanıtları 1’den (korkmam) 5’e kadar (aşırı

korkarım) puanlandırılır. Değerlendirme 15 ile 75 puan aralığında yapılır. Daha yüksek puan daha yüksek seviyede dental anksiyeteyi gösterir. 15-31 arası düşük anksiyeteyi, 32-37 arası orta derece anksiyeteyi, 38 ve üzeri ise yüksek anksiyeteyi göstermektedir⁹⁴.

CFSS-DS, Venham resim testi ve CDAS'a göre daha kapsamlı dental tedavi basamaklarını içerdiği için, karşılaştırıldıklarında daha doğru sonuçlar verdiği görülmüştür⁷¹. Ancak küçük yaş grubundaki çocukların stres yaratan dental ortamda sayısal puanlamaları anlamaları zorlaşmaktadır. Bu nedenle küçük yaş grubundaki hastaların dental anksiyete düzeylerini tespit etmek için ölçekteki sorular ebeveynlere yöneltilmektedir⁹⁵.

CFSS-DS ölçeğinin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2006 yılında Seydaoğlu ve ark. tarafından yapılmış ve Cronbach alfa değeri 0.88, test-re test korelasyon katsayısı 0,76 olarak saptanmıştır. Böylece CFSS-DS'nin, Türk çocukları için de geçerliliği ve güvenirliliği olan bir ölçek olduğu sonucuna varılmıştır⁹⁶.

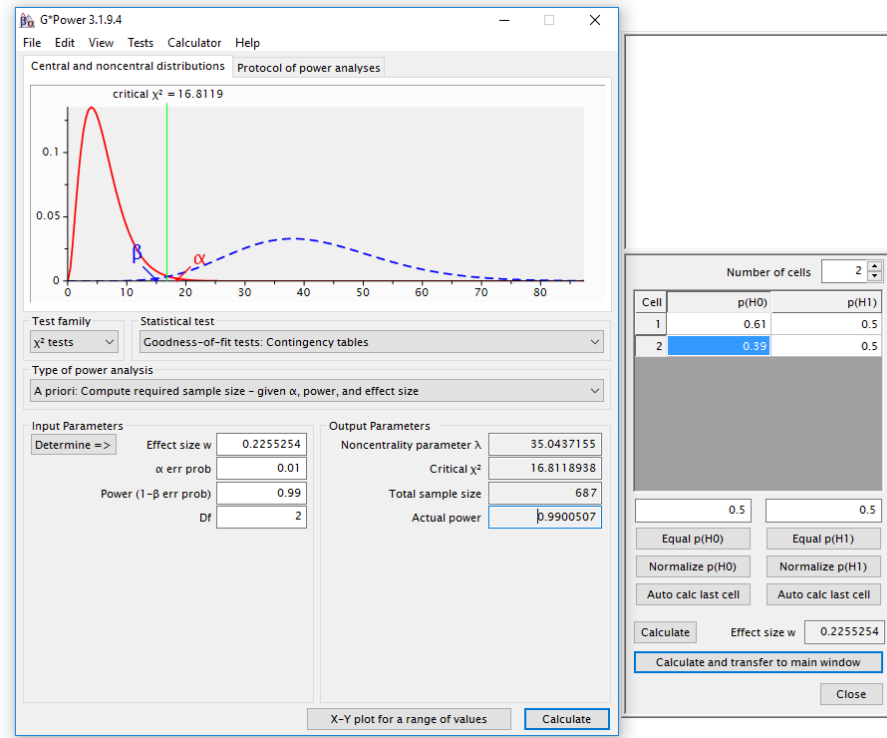
Tablo 5. Çocuklarda Korku Araştırması Programı Dental Alt Ölçeği (CFSS-DS)

	Korkmam	Çok az korkarım	Biraz korkarım	Çok korkarım	Aşırı korkarım
Diş hekimi					
Doktor					
Enjeksiyon					
Ağzının kontrol edilmesi					
Ağzını açmak zorunda olmak					
Yabancıların sana dokunması					
Birinin sana bakması					
Diş hekiminin döner aletleri					
Döner aletlerin görüntüsü					
Döner aletlerin gürültüsü					
Ağzına alet koyulması					
Nefes alamamak					
Hastaneye gitmek					
Beyaz üniformalı kişiler					
Dişlerinin temizlenmesi					

3.MATERYAL VE METOT

3.1.Araştırmanın Evreni

Çalışmanın örneklem büyüklüğü hesaplanmasında benzer bir tasarıma sahip literatürdeki güncel bir çalışma olan “Validity of the Brazilian version of the Dental Subscale of Children’s Fear Survey Schedule” başlıklı makale referans alındı⁹⁷. G*Power yazılımı 3.1.9.4 kullanılarak 0,01 alfa hata olasılığı ve %99’lık güç kullanılarak gerçekleştirilen güç analizine göre toplamda 687 örneğin istatistiksel açıdan gerekli olduğu hesaplandı.



Şekil 5. Örneklem büyüklüğünün hesaplanması

Bu çalışmanın evrenini 11.06.2020-11.12.2020 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı Kliniği’ne başvuran 7-12 yaş arasındaki toplam 1423 çocuk ve ebeveynlerinden 687’si oluşturmuştur. Örneklemin seçiminde gönüllülük ve kolay ulaşılabilirlik esas alınmıştır.

Gönüllülerin çalışmaya dâhil edilme kriterleri;

1. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine gelmiş 7-12 yaş arasındaki çocuklar ve ebeveynleri,
2. Çalışmaya katılmayı onaylayan çocuklar ve ebeveynleri,
3. Ankette bulunan tüm soruları cevaplayan çocuklar ve ebeveynleri.
4. Mental ve fiziksel olarak sağlıklı çocuklar ve ebeveynleri

Gönüllülerin çalışmaya dâhil edilmeme kriterleri;

1. Anket verilerine eksik cevap veren çocuklar ve ebeveynleri,
2. Mental ve fiziksel olarak sağlıklı olmayan çocuklar ve ebeveynleri olarak belirlendi.

3.2.Etik Kurul Onayı

Bu çalışma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik araştırmalar Etik Kurulunun 11/06/2020 tarihli ve 2020/400 numaralı etik kurul kararı (Ek-1) ile onaylandı.

3.3.Veri Toplama Yöntemi

Veri toplama yöntemi olarak benzer konuda daha önce yapılan çalışmalar referans alınarak hazırlanan anket tekniği kullanıldı. Literatür taramasında konuyla bütünlük sağlayan yurt içinde yapılmış çalışmalar için OMÜ online kütüphanesi, yurt dışında yayınlanan çalışmalar için PUBMED veri tabanından faydalanıldı.

Yapılan çalışmada, hastaların ağız içi muayeneleri; diş ünitesine ait reflektör ışığında, oturur pozisyonda, ayna ve sond yardımıyla tüm dişlerin yüzeyleri değerlendirilerek aynı hekim tarafından gerçekleştirildi. Anket formunda yer alan ağız şemasına çürük ve dolgulu dişler ve çürük nedeniyle çekilmiş dişler işaretlendi. Dişlerdeki çürük lezyonu, renk değiştirmiş veya sond ucunun girebildiği bölgeler olarak tanımlandı. Girinti ve çukurcuk göstermeyen sert renkli noktalar çürük olarak değerlendirilmedi. Ara yüzlerdeki şüpheli durumlar çürük olarak kabul edildi. Çürük nedeniyle kaybedilmiş dişler kayıp olarak kabul edilip, fizyolojik kök rezorpsiyonu nedeniyle ağızda bulunmayan süt dişleri eksik değerlendirildi. WHO'nun belirlediği daimi dişlenme için DMFT, süt dişlenme için dmft [çürük (D,d:decayed), kayıp (M,m:missing) ve dolgulu (F,f:filled)] indeksi kullanıldı.

3.4.Anket Formlarının Oluşturulması

17 soru içeren bilgi edinme formu Ek 2’te verildi. Çocuklar ve ebeveynler kliniğe ilk gelişlerinde, muayene olmadan önce anketin kendileri ile ilgili olan kısmı, yüz yüze doldurdu. Anket formu demografik bilgiler, muayene sırasında sorgulanan tıbbi ve dental anamnez bilgileri, ebeveynlerin kendileri ve çocukları için diş hekimine başvurma sebebini içeren bilgileri, ebeveynlerin COVID-19 pandemisi süresince dental konulara yönelik bakış açılarını içeren bilgileri kapsayacak şekilde 4 bölümden oluşturuldu.

1) Sosyodemografik ve sosyoekonomik bilgileri içeren 1-9. sorularda;

- Yaş,
- Cinsiyet,
- Toplam ocuk sayısı
- Yaşanılan yer
- Formu dolduran ebeveyn ve yaşı
- Annenin eğitim durumu
- Babanın eğitim durumu
- Aile geliri incelendi.

2) Ebeveynlerin COVID-19 pandemisi döneminde dental konulara bakış açısını değerlendirmeye yönelik 10-13. sorularda;

- COVID-19 pandemi süresince ailesinde COVID-19 enfeksiyonuna yakalanan olup olmadığı bilgisi,
- Tüm dünyada grlen COVID-19 salgını süresince çocuğunu diş hekimine götürmekten endişe duyup duymadığı bilgisi,
- Tüm dünyada grlen COVID-19 salgını süresince çocuğunu diş hekimine götürmenin gerekip gerekmediği bilgisi,
- Tüm dünyada grlen COVID-19 salgını süresince çocuğunun şeker içeren yiyecekleri tüketiminin artış olup olmadığı bilgisi evet veya hayır olmak üzere incelendi.

3) Muayene sırasında sorgulanan tıbbi anamnez bilgisini içeren 14. soruda;

- Çocuğun doktor tarafından tanısı koyulmuş herhangi bir sistemik hastalığı olup olmadığı bilgisi evet veya hayır incelendi.

4) Ebeveynlerin kendileri ve çocuklarının dental bilgilerini içeren 15-17. sorularda;

- Çocuğun kliniğe başvurma sebebi ağrı ve tedavi amaçlı olarak,
- Çocuğun önceki diş hekimi ziyareti evet veya hayır olarak,
- Ebeveynin son diş hekimi ziyaret sebebi ağrı veya tedavi amaçlı olmak üzere incelendi.

3.5.Dental Anksiyetenin Belirlenmesi

Çocukların dental anksiyete düzeyini belirlemek için ise Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Kliniği bekleme odasında, “Çocuklarda Korku Araştırması Programı Dental Alt Ölçeği” (Ek-3) verilerek yanıtlamaları istendi. Bu ölçek dental tedavinin farklı basamaklarını içeren 15 sorudan oluşur.

- Diş hekimi
- Doktor
- Enjeksiyon
- Çocuğun ağzının kontrol edilmesi
- Çocuğun ağzını açmak zorunda olması
- Yabancıların kendisine dokuması
- Birinin çocuğa bakması
- Diş hekiminin döner aletleri
- Döner aletlerin görüntüsü
- Döner aletlerin gürültüsü
- Çocuğun ağzına alet koyulması
- Nefes alamamak
- Çocuğun hastaneye gitmesi
- Beyaz üniformalı kişileri görmek
- Dişlerin temizlenmesi durumunda hissettikleri sorusuna verdikleri cevaplar 1’den (korkmuyorum) 5’e (aşırı korkuyorum) kadar skorlandı. Yapılan bu anketlerin cevaplarının skorlanması ile toplam puan her hasta için ayrı ayrı hesaplandı. Toplam puanlar 15 ile 75 arasındaydı. Çocuklardan CFSS-DS puanı, 38 ve üzeri olanların, dental anksiyeteye sahip oldukları kabul edildi.

Ebeveynlerin dental anksiyete düzeyini belirlemek için ‘Modifiye Dental Anksiyete Skalası’ (Ek-4) verilerek bekleme salonunda formları doldurmaları istendi. Dental anksiyetenin araştırıldığı bu anket 5 seçenekli 5 adet sorudan oluştu.

- Yarın diş hekimine gitmesi gerekse kendisini nasıl hissettiği bilgisi; oldukça eğlenceli bir deneyim olarak yarın diş hekimine gitmeyi dört gözle beklerim (1 puan), önemsemem (2 puan), biraz huzursuz hissederim (3 puan), acı verici olacağı ve hoş olmayacağı için korkarım (4 puan) ve diş hekiminin yapacağı şeyler beni korkutur (5 puan) olmak üzere puanlandırıldı.

- Diş hekiminin muayenehanesinde beklerken kendisini nasıl hissedeceği bilgisi,

- Diş hekiminin koltuğuna otururken hekim dolgu matkabı ile dişlerinin üzerini temizlemeye başlayacakken kendisini nasıl hissettiği bilgisi,

- Ebeveynlerin dişlerini temizletmek için koltuğa oturduğu sırada diş hekimi beklerken, hekimin diş taşlarını kazıyan aleti çıkarması durumunda kendisini nasıl hissettiği bilgisi,

- Ebeveynin üst arka dişinin üstünde diş hekiminin dişetine lokal anestezi enjeksiyonu yapacağı durumda kendisini nasıl hissettiği bilgisi rahat hissederim (1 puan), biraz huzursuz hissederim (2 puan), oldukça gergin hissederim (3 puan), çok kaygılı hissederim (4 puan) ve o kadar endişelenirim ki aşırı terler veya kendimi fiziksel bir hastalığım varmış gibi kötü hissederim (5 puan) olmak üzere puanlandırıldı.

MDAS anketinin derecelendirme aralığı 5 ile 25 arasındadır. Ebeveynlerden MDAS puanı; 19 ve üzeri olanların, dental anksiyeteye sahip oldukları kabul edildi.

3.6.Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Verilerin varyans analizine uygunluğunu değerlendirmek için kullanılan Kolmogorov-Smirnov testi ile verilerin normal dağılışa sahip olmadığı ($P<0,05$) belirlendi. Bu nedenle ikiden fazla seviye içeren faktörler için Kruskal-Wallis H testi, iki grup karşılaştırılmasında ise Mann-Whitney U testi uygulandı. Frekansların karşılaştırılmasında Ki-kare uyum iyilik testi ve çapraz tabloların değerlendirilmesinde (n (%)) Ki-kare bağımsızlık testi kullanıldı. Analizler IBM SPSS 20.0 yazılımı (Chicago, IL, USA) kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma biçiminde gösterildi.

4.BULGULAR

4.1.Katılımcıların Sosyodemografik ve Sosyoekonomik Özellikleri

Katılımcıların sosyodemografik ve sosyoekonomik özellikleri Tablo 6'da gösterilmiştir.

Yüz yüze yapılan anket çalışmasına; 7-9 ve 10-12 yaş aralıklarında olmak üzere, toplam 687 çocuk ve ebeveynleri dahil edildi. Çocukların yaş ortalaması $9,37 \pm 1,68$ olarak bulundu. Çocukların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde %56,7'sinin 7-9 yaş grubu aralığında, %43,3'ünün 10-12 yaş grubu aralığında olduğu ve %53,3'ünün kız, %46,7'sinin erkek olduğu görüldü. Çalışmaya katılan ebeveynlerin toplam çocuk sayısının dağılımına bakıldığında %10'unun tek çocuk, %50,6'sının iki çocuk ve %32'sinin 3 çocuk, %7,4'ünün ise 4 ve üzeri çocuğa sahip olduğu görüldü.

Çalışmadaki katılımcıların yaşadığı yer bilgisi sorgulandığında, %48,8'inin şehir merkezinde, %40,8'inin ilçede ve %10,5'unun köyde yaşadığı öğrenildi.

Katılımcılara verilen bilgi edinme formunu dolduran ebeveynlerin ortalama yaşı $38,3 \pm 5,89$ bulundu. Formu dolduran ebeveynlerin cinsiyet dağılımına bakıldığında %63,3'ünün anne, %36,4'ünün baba olduğu görüldü.

Annenin eğitim durumu incelendiğinde eğitim almamış olanların %14,7'sini, ilkokul mezunu olanların %21,8'ini, ortaokul mezunu olanların %17,2'sini, lise mezunu olanların %20,1'i ve lisans mezunu olanların %26,2'sini oluşturduğu saptandı.

Babanın eğitim durumu incelendiğinde eğitim almamış olanların %10,6'sını, ilkokul mezunu olanların %15,7'sini, ortaokul mezunu olanların %18,3'ünü, lise mezunu olanların %23,7'sini ve lisans mezunu olanların %31,6'sını oluşturduğu saptandı.

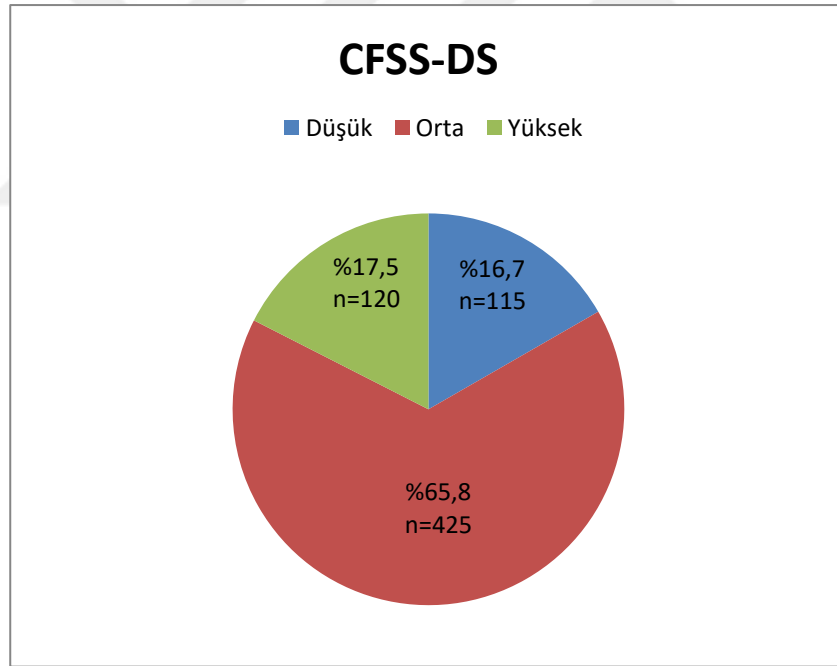
Tablo 6. Katılımcıların sosyodemografik ve sosyoekonomik özelliklerinin dağılımı

		n	%
Yaş	7-9	390	56,7
	10-12	297	43,3
Cinsiyet	Kız	366	53,3
	Erkek	321	46,7
Çocuğun kardeşi var mı?	Evet	618	90,0
	Hayır	69	10,0
Toplam çocuk sayısı	1	69	10,0
	2	347	50,6
	3	220	32,0
	4 ve fazlası	51	7,4

Yaşanılan yer	Şehir merkezi	335	48,8
	İlçe	280	40,8
	Köy	72	10,5
Formu dolduran ebeveyn	Anne	434	63,6
	Baba	250	36,4
Annenin eğitim durumu	Eğitim almamış	101	14,7
	İlkokul	150	21,8
	Ortaokul	118	17,2
	Lise	138	20,1
	Lisans	180	26,2
Babanın eğitim durumu	Eğitim almamış	73	10,6
	İlkokul	108	15,7
	Ortaokul	126	18,3
	Lise	163	23,7
	Lisans	217	31,6
Aile geliri	Asgari ücret ve altı	346	50,4
	Asgari ücretten fazla	341	49,6

4.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Sosyoekonomik Özelliklerinin CFSS-DS Üzerine Etkisi

Çocuklarda dental anksiyete şiddetinin dağılımı Şekil 6'da gösterilmiştir.



Şekil 6: Çocuklarda dental anksiyete şiddetinin dağılımı

Çocuklarda dental anksiyetenin şiddeti incelendiğinde, %16,7'sinin düşük seviye dental anksiyeteye, %65,8'inin orta seviye dental anksiyeteye ve %17,5'unun yüksek seviye dental anksiyeteye sahip olduğu belirlendi. Ki-kare uyum iyiliği sonuçlarına göre CFSS-DS anksiyete düzeyi dağılımı bakımından önemli farklılık olduğu belirlendi. ($p < 0,001$).

Sosyodemografik ve sosyoekonomik özelliklerin CFSS-DS toplam değerine etkisi Tablo 7’de gösterilmiştir.

Çalışmaya katılan 7-9 yaş aralığındaki çocukların CFSS-DS toplam değeri $29,48 \pm 0,51$, 10-12 yaş aralığındaki çocukların CFSS-DS toplam değeri $28,13 \pm 0,62$ olarak bulundu. 7-9 yaş grubundaki hastaların CFSS-DS toplam değerinin, 10-12 yaş grubundaki hastalara göre daha yüksek olduğu görüldü. Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre yaş gruplarının CFSS-DS toplam değeri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi belirlendi ($p=0,041$).

Kız çocukların CFSS-DS toplam değeri $29,74 \pm 0,74$, erkek çocukların CFSS-DS toplam değeri $27,94 \pm 0,57$ olarak bulundu. Kız çocukların CFSS-DS toplam puanının, erkek çocuklara göre daha yüksek olduğu görüldü. Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre cinsiyetin CFSS-DS toplam değeri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu belirlendi ($p=0,017$).

Tablo 7. Sosyodemografik ve sosyoekonomik özelliklerin CFSS-DS toplam değerine etkisi

		CFSS-DS	
		Ortalama ± Standart Sapma	P
Yaş	7-9	29,48 ± 0,51 ^a	0,041**
	10-12	28,13 ± 0,62 ^b	
Cinsiyet	Kız	29,74 ± 0,54 ^a	0,017**
	Erkek	27,94 ± 0,57 ^b	
Çocuğun kardeşi var mı?	Evet	28,77 ± 0,42	0,299
	Hayır	30,12 ± 1,19	
Toplam çocuk sayısı	1	30,25 ± 1,18	0,467
	2	28,69 ± 0,56	
	3	28,41 ± 0,69	
	4 ve fazlası	30,39 ± 1,50	
Yaşanılan yer	Şehir merkezi	29,07 ± 0,53	0,499
	İlçe	28,56 ± 0,65	
	Köy	29,43 ± 1,31	
Formu dolduran ebeveyn	Anne	29,30 ± 0,52	0,161
	Baba	28,09 ± 0,60	
Annenin eğitim durumu	Eğitim almamış	29,12 ± 1,06	0,281
	İlkokul	29,99 ± 0,83	
	Ortaokul	29,00 ± 1,00	
	Lise	28,02 ± 0,84	
	Lisans	28,48 ± 0,76	
Babanın eğitim durumu	Eğitim almamış	30,97 ± 1,30	0,415
	İlkokul	29,22 ± 1,01	
	Ortaokul	28,68 ± 0,98	
	Lise	28,30 ± 0,75	
	Lisans	28,24 ± 0,69	
Aile geliri	Asgari ücret ve altı	29,75 ± 0,60	0,067
	Asgari ücretten fazla	28,04 ± 0,51	

**P<0,05

Sosyodemografik ve sosyoekonomik özelliklerin çocuklarda dental anksiyete varlığına etkisi Tablo 8’de gösterilmiştir.

Aile gelirinin çocuklarda dental anksiyete varlığı üzerinde önemli etkisi olduğu (p=0,012) belirlenmiş olup, bunun kaynağının asgari ücret ve altı gelir grubunda daha yüksek oranda dental anksiyeteye sahip olduğundan kaynaklandığı anlaşıldı.

Tablo 8. Sosyodemografik ve sosyoekonomik özelliklerin çocuklarda dental anksiyete varlığına etkisi

		Dental Anksiyete (CFSS-DS)		P
		Yok (<38)	Var (≥ 38)	
		n (%)	n (%)	
Yaş	7-9	325 (82,7)	68 (17,3)	0,896
	10-12	242 (82,3)	52 (17,7)	
Cinsiyet	Kız	296 (80,9)	70 (19,1)	0,222
	Erkek	271 (84,4)	50 (15,6)	
Çocuğun kardeşi var mı?	Evet	511 (82,6)	108 (17,4)	0,967
	Hayır	56 (82,4)	12 (17,6)	
Toplam çocuk sayısı	1	56 (81,2)	13 (18,8)	0,637
	2	288 (83,2)	58 (16,8)	
	3	184 (83,6)	36 (16,4)	
	4 ve fazlası	39 (76,5)	12 (23,5)	
Yaşanılan yer	Şehir merkezi	277 (82,7)	58 (17,3)	0,895
	İlçe	232 (82,9)	48 (17,1)	
	Köy	58 (80,6)	14 (19,4)	
Formu dolduran ebeveyn	Anne	354 (81,6)	80 (18,4)	0,281
	Baba	212 (84,4)	38 (15,2)	
Annenin eğitim durumu	Eğitim almamış	84 (83,2)	17 (16,8)	0,968
	İlkokul	122 (81,3)	28 (18,7)	
	Ortaokul	95 (80,5)	23 (19,5)	
	Lise	115 (83,3)	23 (16,7)	
	Lisans	151 (83,9)	29 (16,1)	
Babanın eğitim durumu	Eğitim almamış	57 (78,1)	16 (21,9)	0,764
	İlkokul	87 (80,6)	21 (19,4)	
	Ortaokul	105 (83,3)	21 (16,7)	
	Lise	135 (82,8)	28 (17,2)	
	Lisans	183 (84,3)	34 (15,7)	
Aile geliri	Asgari ücret ve altı	273 (78,9)	73 (21,1)	0,012**
	Asgari ücretten fazla	294 (86,2)	47 (13,8)	

**p<0,05

CFSS-DS anket sorularının cinsiyet ve yaşa göre değerlendirilmesi Tablo 9’da gösterilmiştir.

CFSS-DS anketinin soruları yaş ve cinsiyete göre değerlendirildiğinde, cinsiyet ve yaş fark etmeksizin dental anksiyeteyi en fazla arttıran faktörün “ağzını açmak zorunda kalmak” maddesi olduğu saptandı. Bunu sırasıyla “ağzının kontrol edilmesi”, “nefes alamamak” ve “hastaneye gitmek” maddeleri takip etti.

Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre cinsiyetin sadece ‘yabancıların sana dokunması’, ‘birinin sana bakması’ terimi ve CFSS-DS toplam üzerinde anlamlı etkisi olduğu belirlendi ($p<0,001$). Farklılık tespit edilen üç özellik için kızlarda erkeklere göre daha yüksek değerler elde edildi.

Yaş grupları için bakıldığında Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre “enjeksiyon” ($p=0,08$), “yabancıların sana dokunması” ($p<0,001$) ve CFSS-DS toplam

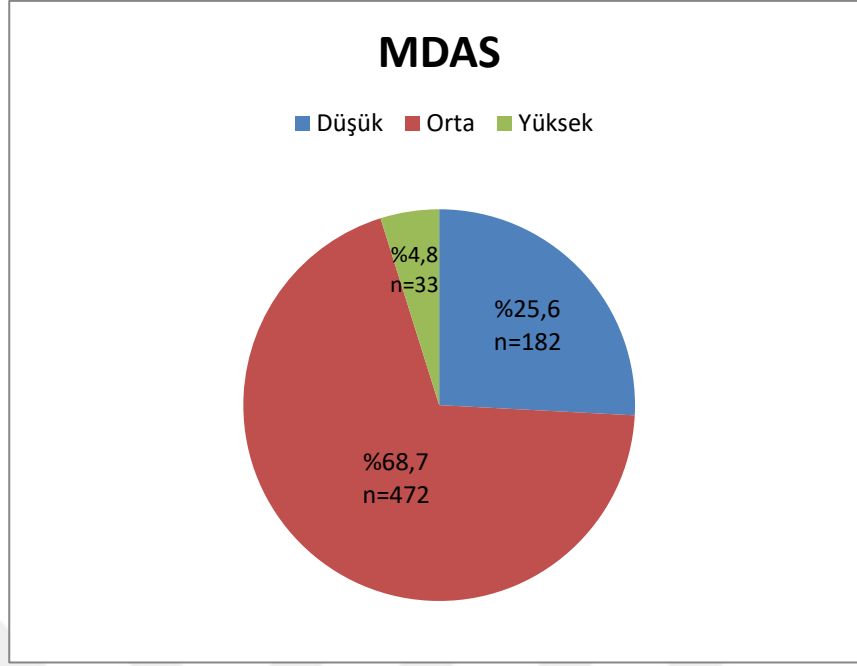
üzerinde anlamlı etkisi olduğu belirlendi. Farklılık tespit edilen bu üç özellik için 7-9 yaş grubundaki hastaların 10-12 yaş grubuna göre daha yüksek değerler elde edildi.

Tablo 9. Cinsiyet ve yaşa göre CFSS-DS anket sorularının değerlendirilmesi

	Cinsiyet			Yaş		
	Kız	Erkek	P	7-9 yaş	10-12 yaş	P
Diş Hekimi	2,49±0,06	2,95±0,06	0,448	2,41±0,05	2,28±0,06	0,240
Doktor	1,57±0,05	1,49±0,04	0,331	1,56±0,04	1,50±0,05	0,228
Enjeksiyon	2,73±0,06	2,72±0,07	0,954	2,83±0,06 ^a	2,57±0,07 ^b	0,008**
Ağzının kontrol edilmesi	3,23±0,04	3,34±0,05	0,738	3,11±0,04	3,02±0,05	0,572
Ağzını açmak zorunda olmak	3,44±0,05	3,35±0,04	0,381	3,42±0,04	3,35±0,04	0,170
Yabancıların sana dokunması	2,52±0,07 ^a	2,07±0,07 ^b	<0,001**	2,46±0,06 ^a	2,13±0,07 ^b	<0,001**
Birinin sana bakması	1,90±0,06 ^a	1,49±0,05 ^b	<0,001**	1,78±0,06	1,61±0,06	0,100
Diş hekiminin döner aletleri	2,43±0,06	2,32±0,07	0,192	2,37±0,06	2,40±0,07	0,710
Döner aletlerin görüntüsü	2,17±0,06	2,04±0,06	0,161	2,06±0,06	2,16±0,07	0,387
Döner aletlerin gürültüsü	2,13±0,06	2,03±0,06	0,233	2,06±0,06	2,11±0,07	0,646
Ağıza alet koyulması	2,18±0,06	2,15±0,07	0,921	2,17±0,06	2,15±0,07	0,779
Nefes alamamak	3,09±0,07	3,11±0,08	0,180	3,06±0,07	2,99±0,08	0,471
Hastaneye gitmek	3,02±0,05	2,98±0,05	0,450	2,93±0,04	2,79±0,05	0,544
Beyaz üniformalı kişiler	1,25±0,04	2,23±0,04	0,704	2,51±0,03	2,21±0,04	0,104
Dişlerinin temizlenmesi	1,62±0,05	1,65±0,06	0,871	1,70±0,05	1,54±0,05	0,096
CFSS-DS Toplam skor	29,74±0,54 ^a	27,94±0,57 ^b	0,017**	29,74±0,49 ^a	28,65±0,59 ^b	0,041**

4.1.2. Katılımcıların Sosyodemografik ve Sosyoekonomik Özelliklerinin MDAS Üzerine Etkisi

Ebeveynlerin dental anksiyete şiddetinin dağılımı Şekil 7’de gösterilmiştir.



Şekil 7: Ebeveynlerin dental anksiyete şiddetinin dağılımı

Formu dolduran ebeveynlerin dental anksiyete dağılımı incelendiğinde, %25,6'sının düşük dental anksiyete, %68,7'sinin orta dental anksiyete ve %4,8'inin yüksek dental anksiyeteye sahip olduğu görüldü. Ki-kare uyum iyiliği testi sonuçlarına göre MDAS anksiyete düzeyi dağılımı bakımından önemli farklılık olduğu belirlendi ($p<0,001$).

Sosyodemografik ve sosyoekonomik özelliklerin MDAS toplam değerine etkisi Tablo 10'da gösterilmiştir.

Ebeveynlerin MDAS'tan aldıkları toplam puan ile sosyodemografik ve sosyoekonomik özellikleri arasındaki ilişki incelendiğinde, Kolmogorov-Smirnov test sonuçlarına göre normal dağılış göstermediğinden ($p<0,05$), Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre formu dolduran ebeveynin MDAS toplam üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi bulundu ($p<0,001$). Formu dolduran ebeveynin anne olmasının MDAS toplam değeri üzerinde daha yüksek etkisi olduğu belirlendi.

Tablo 10. Sosyodemografik ve sosyoekonomik özelliklerin MDAS toplam değerine etkisi

		MDAS	P
		Ortalama $\pm$ Standart Sapma	
Yaş	7-9	11,81 $\pm$ 0,20	0,571
	10-12	11,55 $\pm$ 0,23	
Cinsiyet	Kız	11,57 $\pm$ 0,20	0,393
	Erkek	11,85 $\pm$ 0,23	
Çocuğun kardeşi var mı?	Evet	11,76 $\pm$ 0,16	0,333
	Hayır	11,19 $\pm$ 0,42	
Toplam çocuk sayısı	1	11,28 $\pm$ 0,42	0,535
	2	11,90 $\pm$ 0,21	
	3	11,63 $\pm$ 0,27	
	4 ve fazlası	11,22 $\pm$ 0,63	
Yaşanılan yer	Şehir merkezi	11,94 $\pm$ 0,22	0,207
	İlçe	11,33 $\pm$ 0,22	
	Köy	12,07 $\pm$ 0,56	
Formu dolduran ebeveyn	Anne	12,15 $\pm$ 0,18 ^a	<0,001**
	Baba	10,87 $\pm$ 0,25 ^b	
Annenin eğitim durumu	Eğitim almamış	11,92 $\pm$ 0,44	0,552
	İlkokul	11,93 $\pm$ 0,31	
	Ortaokul	11,98 $\pm$ 0,33	
	Lise	11,41 $\pm$ 0,36	
	Lisans	11,43 $\pm$ 0,28	
Babanın eğitim durumu	Eğitim almamış	12,12 $\pm$ 0,48	0,399
	İlkokul	11,73 $\pm$ 0,42	
	Ortaokul	11,37 $\pm$ 0,36	
	Lise	11,98 $\pm$ 0,29	
	Lisans	11,53 $\pm$ 0,25	
Aile geliri	Asgari ücret ve altı	11,86 $\pm$ 0,21	0,148
	Asgari ücretten fazla	11,55 $\pm$ 0,22	

**p<0,05

Sosyodemografik ve sosyoekonomik özelliklerin ebeveynlerde dental anksiyete varlığına etkisi Tablo 11’de gösterilmiştir.

Yaşanılan yerin ebeveynlerde dental anksiyete varlığı üzerinde etkisi (p=0,004) belirlenmiş olup, köylerde yaşayan ebeveynlerin daha yüksek oranda dental anksiyeteye sahip olduğu bulundu.

Tablo 11. Sosyodemografik ve sosyoekonomik özelliklerin ebeveynlerde dental anksiyete varlığına etkisi

		Dental Anksiyete (MDAS)		P
		Yok (<19)	Var (≥19)	
		n (%)	n (%)	
Yaş	7-9	371 (94,4)	22 (5,6)	0,260
	10-12	283 (96,3)	11 (3,7)	
Cinsiyet	Kız	353 (96,4)	13 (3,6)	0,101
	Erkek	301 (93,8)	20 (6,2)	
Çocuğun kardeşi var mı?	Evet	588 (95,0)	31 (5,0)	0,449
	Hayır	66 (97,1)	2 (2,9)	
Toplam çocuk sayısı	1	67 (97,1)	2 (2,9)	0,584
	2	331 (95,7)	15 (4,3)	
	3	208 (94,5)	12 (5,5)	
	4 ve fazlası	47 (92,2)	4 (7,8)	
Yaşanılan yer	Şehir merkezi	316 (94,3)	19 (5,7)	0,004**
	İlçe	274 (97,9)	6 (2,1)	
	Köy	64 (88,9)	8 (11,1)	
Formu dolduran ebeveyn	Anne	410 (94,5)	24 (5,5)	0,165
	Baba	242 (96,8)	8 (3,2)	
Annenin eğitim durumu	Eğitim almamış	92 (91,1)	9 (8,9)	0,335
	İlkokul	143 (95,3)	7 (4,7)	
	Ortaokul	113 (95,8)	5 (4,2)	
	Lise	133 (96,4)	5 (3,6)	
	Lisans	173 (96,1)	7 (3,9)	
Babanın eğitim durumu	Eğitim almamış	68 (93,2)	5 (4,8)	0,358
	İlkokul	102 (94,4)	6 (5,6)	
	Ortaokul	117 (92,9)	9 (7,1)	
	Lise	156 (95,7)	7 (4,3)	
	Lisans	211 (97,2)	6 (2,8)	
Aile geliri	Asgari ücret ve altı	328 (94,8)	18 (5,2)	0,622
	Asgari ücretten fazla	236 (95,6)	15 (4,4)	

**p<0,05

4.1.3. Katılımcıların Sosyodemografik ve Sosyoekonomik Özelliklerinin DMFT-dmft Üzerine Etkisi

Katılımcıların sosyodemografik ve sosyoekonomik özellikleri ile çocuklarda DMFT-dmft indeksi arasındaki ilişki Tablo 12’de sorgulanmıştır. Çocuklarda yaş gruplarının DMFT ve dmft üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi tespit edildi ($p<0,001$). Yaş arttıkça DMFT ve dmft indeks değerleri azaldı.

Çocukların yaşadığı yerin DMFT üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu, köyde yaşayanların daha yüksek DMFT skoruna sahip olduğu tespit edildi ($p=0,004$).

Tablo 12. Katılımcıların sosyodemografik ve sosyoekonomik özellikleri ile çocuklarda DMFT-dmft indeksi arasındaki ilişki

		DMFT Ortalama ± SS	P	dmft Ortalama ±SS	P
Yaş	7-9	2,89±0,08 ^a	<0,001**	5,86±0,15 ^a	<0,001**
	10-12	1,34±0,13 ^b		2,05±0,16 ^b	
Cinsiyet	Kız	2,09±0,11	0,175	4,39±0,18	0,673
	Erkek	1,88±0,11		4,31±0,19	
Çocuğun kardeşi var mı?	Evet	2,03±0,08	0,130	4,23±0,14	0,704
	Hayır	1,63±0,24		4,40±0,39	
Toplam çocuk sayısı	1	1,62±0,23	0,114	4,39±0,39	0,322
	2	1,89±0,11		4,40±0,19	
	3	2,20±0,14		4,13±0,24	
	4 ve fazlası	2,20±0,26		3,49±0,41	
Yaşanılan yer	Şehir merkezi	1,77±0,10 ^b	0,004**	4,30±0,19	0,624
	İlçe	2,09±0,13 ^b		4,27±0,20	
	Köy	2,60±0,26 ^a		5,88±0,42	
Formu dolduran ebeveyn	Anne	1,99±0,10	0,919	4,28±0,17	0,729
	Baba	1,98±0,13		4,18±0,22	
Annenin eğitim durumu	Eğitim almamış	2,35±0,24	0,102	3,70±0,33	0,398
	İlkokul	2,25±0,17		4,28±0,30	
	Ortaokul	1,86±0,18		4,60±0,31	
	Lise	1,87±0,15		4,39±0,29	
	Lisans	1,75±0,14		4,18±0,25	
Babanın eğitim durumu	Eğitim almamış	2,48±0,29	0,106	3,51±0,39	0,374
	İlkokul	2,09±0,18		4,15±0,33	
	Ortaokul	2,15±0,18		4,45±0,31	
	Lise	1,78±0,16		4,36±0,29	
	Lisans	1,83±0,13		4,34±0,23	
Aile geliri	Asgari ücret ve altı	2,05±0,11	0,411	4,40±0,18	0,251
	Asgari ücretten fazla	1,92±0,11		4,09±0,19	

**p<0,05

4.2 Katılımcıların COVID-19 Pandemi Dönemine ait Bilgileri

Ebeveynlerin COVID-19 pandemisi dönemine ait dental konulara bakış açısını Tablo 13’te değerlendirilmiştir.

Ailesinde COVID-19 enfeksiyonuna yakalananların %11,6’sını oluşturduğu görüldü. Ebeveynlerin %72,2’si COVID-19 pandemisi sonrası çocuğunu diş hekimine götürmekten endişe duyduğunu belirtti. COVID-19 pandemisi süresince diş hekimine muayene olması gereken çocukların %63,8’ini oluşturduğu görüldü. Ebeveynlerin %67,5’i COVID-19 salgını süresince çocuklarının şeker tüketim sıklığının arttığını belirtti.

Tablo 13. Katılımcıların COVID-19 pandemi dönemindeki dental konulara ait bilgilerinin dağılımı

		n	%
Ailenizde COVID-19'a yakalanan oldu mu?	Evet	80	11,6
	Hayır	607	88,4
COVID-19 salgını süresince çocuğunuzu diş hekimine götürmekten endişe duydunuz mu?	Evet	496	72,2
	Hayır	191	27,8
COVID-19 salgını süresince çocuğunuzu diş hekimine götürmeniz gerekti mi?	Evet	438	63,8
	Hayır	249	36,2
COVID-19 salgını süresince çocuğunuzun şeker tüketim sıklığı arttı mı?	Evet	223	67,5
	Hayır	464	32,5

4.2.1. Katılımcıların COVID-19 Pandemi Dönemine ait Bilgilerinin CFSS-DS Üzerine Etkisi

Katılımcıların COVID-19 pandemi dönemindeki dental konulara bakış açısına ait bilgilerin CFSS-DS toplam değerine etkisi Tablo 14'te gösterilmiştir.

Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre ailesinde COVID-19 enfeksiyonuna yakalananların ($p=0,004$), COVID-19 pandemi döneminde çocuğunu diş hekimine götürmekten endişe duyanların ($p=0,001$) ve bu dönemde şeker tüketim sıklığı artan yöndeki değişikliğin CFSS-DS toplam değerine etkisinin daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi.

Tablo 14. COVID-19 pandemi dönemindeki dental konulara bakış açısına ait bilgilerin CFSS-DS toplam değerine etkisi

		CFSS-DS	P
		Ortalama $\pm$ Standart Sapma	
Ailenizde COVID-19'a yakalanan oldu mu?	Evet	31,46 $\pm$ 1,02 ^a	0,004**
	Hayır	28,55 $\pm$ 0,42 ^b	
COVID-19 salgını süresince çocuğunuzu diş hekimine götürmekten endişe duydunuz mu?	Evet	29,61 $\pm$ 0,47 ^a	0,001**
	Hayır	27,05 $\pm$ 0,69 ^b	
COVID-19 salgını süresince çocuğunuzu diş hekimine götürmeniz gerekti mi?	Evet	28,81 $\pm$ 0,49	0,733
	Hayır	29,07 $\pm$ 0,67	
COVID-19 salgını süresince çocuğunuzun şeker tüketim sıklığı arttı mı?	Evet	29,84 $\pm$ 0,66 ^a	0,014**
	Hayır	28,45 $\pm$ 0,49 ^b	

** $p<0,05$

COVID-19 pandemi dönemindeki dental konulara bakış açısına ait bilgilerin çocuklarda dental anksiyete varlığına etkisi Tablo 15'te gösterilmiştir.

COVID-19 pandemi dönemindeki dental konulara bakış açısına ait bilgilerin çocuklarda dental anksiyete varlığına etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü ($p>0,05$).

Tablo 15. COVID-19 pandemi dönemindeki dental konulara bakış açısına ait bilgilerin çocuklarda dental anksiyete varlığına etkisi

		Dental Anksiyete (CFSS-DS)		P
		Yok (<38)	Var (≥ 38)	
		n (%)	n (%)	
Ailenizde COVID-19'a yakalanan oldu mu?	Evet	63 (78,8)	17 (21,3)	0,330
	Hayır	503 (83,1)	102 (16,9)	
COVID-19 salgını süresince çocuğunuzu diş hekimine götürmekten endişe duydunuz mu?	Evet	404 (81,5)	92 (18,5)	0,229
	Hayır	163 (85,3)	28 (14,7)	
COVID-19 salgını süresince çocuğunuzu diş hekimine götürmeniz gerekti mi?	Evet	363 (82,9)	75 (17,1)	0,753
	Hayır	204 (81,9)	45 (18,1)	
COVID-19 salgını süresince çocuğunuzun şeker tüketim sıklığı arttı mı?	Evet	181 (81,2)	42 (18,8)	0,513
	Hayır	386 (83,2)	78 (16,8)	

** $p<0,05$

4.2.2. Katılımcıların COVID-19 Pandemi Dönemine ait Bilgilerinin MDAS Üzerine Etkisi

Ebeveynin COVID-19 pandemi dönemindeki dental konulara bakış açısına ait bilgilerin MDAS toplam değerine etkisi Tablo 16'da gösterilmiştir.

Ailesinde COVID-19 enfeksiyonuna yakalananların, COVID-19 pandemi döneminde çocuğunu diş hekimine götürmekten endişe duyanların ve bu dönemde şeker tüketim sıklığı artan yöndeki değişikliğin MDAS toplam değerine etkisinin daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,001$).

Tablo 16. COVID-19 pandemi dönemindeki dental konulara bakış açısına ait bilgilerin MDAS toplam değerine etkisi

		MDAS	P
		Ortalama ± Standart Sapma	
Ailenizde COVID-19'a yakalanan oldu mu?	Evet	12,92±0,36 ^a	0,001**
	Hayır	11,59±0,16 ^b	
COVID-19 salgını süresince çocuğunuzu diş hekimine götürmekten endişe duydunuz mu?	Evet	12,24±0,18 ^a	0,001**
	Hayır	10,29±0,27 ^b	
COVID-19 salgını süresince çocuğunuzu diş hekimine götürmeniz gerekti mi?	Evet	11,92±0,19	0,057
	Hayır	11,33±0,25	
COVID-19 salgını süresince çocuğunuzun şeker tüketim sıklığı arttı mı?	Evet	12,53±0,25 ^a	<0,001**
	Hayır	11,31±0,18 ^b	

**p<0,05

Ebeveynin COVID-19 pandemi dönemindeki dental konulara bakış açısına ait bilgilerin dental anksiyete varlığına etkisi Tablo 17’de gösterilmiştir.

COVID-19 pandemisi döneminde çocuklarını diş hekimine götürmekten endişe duyan ebeveynlerin yüksek dental anksiyete seviyesine sahip olduğu ve bunlar arasındaki ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (p=0,039).

Tablo 17. COVID-19 pandemi dönemindeki dental konulara bakış açısına ait bilgilerin ebeveynlerin dental anksiyete varlığına etkisi

		Dental Anksiyete (MDAS)		P
		Yok (<19)	Var (≥19)	
		n (%)	n (%)	
Ailenizde COVID-19'a yakalanan oldu mu?	Evet	78 (97,5)	2 (2,5)	0,303
	Hayır	574 (94,9)	31 (5,1)	
COVID-19 salgını süresince çocuğunuzu diş hekimine götürmekten endişe duydunuz mu?	Evet	467 (94,2)	29 (5,8)	0,039**
	Hayır	187 (97,9)	4 (2,1)	
COVID-19 salgını süresince çocuğunuzu diş hekimine götürmeniz gerekti mi?	Evet	416 (95,0)	55 (5,0)	0,721
	Hayır	238 (95,6)	11 (4,4)	
COVID-19 salgını süresince çocuğunuzun şeker tüketim sıklığı arttı mı?	Evet	212 (95,1)	11 (4,9)	0,913
	Hayır	442 (95,3)	22 (4,7)	

**p<0,05

4.2.3. Katılımcıların COVID-19 Pandemi Dönemine ait Bilgilerinin DMFT-dmft Üzerine Etkisi

COVID-19 pandemi dönemindeki konulara ait bilgilerin çocuklarda DMFT-dmft indeksi arasındaki ilişki Tablo 18’de gösterilmiştir.

DMFT üzerinde ailesinde COVID-19 enfeksiyonuna yakalanan olmasının istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edildi ($p=0,023$). COVID-19 pandemisi süresince diş hekimine götürülmekten endişe duyulan ve şeker tüketim sıklığı artan çocukların daha yüksek dmft indeksine ve arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip olduğu bulundu.

Tablo 18. COVID-19 pandemi dönemindeki konulara ait bilgilerin çocuklarda DMFT-dmft indeksi arasındaki ilişki

		DMFT	P	dmft	P
		Ortalama $\pm$ SS		Ortalama $\pm$ SS	
Ailenizde COVID-19'a yakalanan oldu mu?	Evet	1,50 $\pm$ 0,21	0,023**	4,28 $\pm$ 0,38	0,938
	Hayır	2,05 $\pm$ 0,08		4,24 $\pm$ 0,14	
COVID-19 salgını süresince çocuğunuzu diş hekimine götürmekten endişe duyduunuz mu?	Evet	1,93 $\pm$ 0,09	0,193	4,36 $\pm$ 0,16	0,038**
	Hayır	2,15 $\pm$ 0,13		2,95 $\pm$ 0,25	
COVID-19 salgını süresince çocuğunuzu diş hekimine götürmeniz gerekti mi?	Evet	2,04 $\pm$ 0,10	0,391	4,43 $\pm$ 0,17	0,061
	Hayır	1,90 $\pm$ 0,13		3,92 $\pm$ 0,21	
COVID-19 salgını süresince çocuğunuzun şeker tüketim sıklığı arttı mı?	Evet	2,17 $\pm$ 0,14	0,097	4,87 $\pm$ 0,23 ^a	0,045**
	Hayır	1,90 $\pm$ 0,09		3,43 $\pm$ 0,16 ^b	

** $p<0,05$

4.3. Katılımcıların Tıbbi Anamnez Bilgilerinin CFSS-DS, MDAS ve DMFT-dmft Üzerine Etkisi

Çocukların tıbbi anamnez bilgilerinin dağılımı incelendiğinde sistemik hastalığa sahip olanların %8,4'ünü oluşturduğu görüldü.

Çocukların tıbbi anamnez bilgilerinin; CFSS-DS toplam değeri ve CFSS-DS'ye göre dental anksiyete varlığına etkisi arasındaki ilişki ayrı ayrı bakıldığında, sonucun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü ($p>0,05$).

Çocukların tıbbi anamnez bilgilerinin; MDAS toplam değeri ve MDAS'a göre dental anksiyete varlığına etkisi arasındaki ilişki incelendiğinde, sonucun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü ($p>0,05$).

Çocukların tıbbi anamnez bilgileri ve DMFT-dmft indeksi üzerindeki ilişkisi incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi ($p<0,05$).

4.4. Katılımcıların Dental Anamnez Bilgileri

Ebeveynlerin kendilerinin ve çocuklarının dental anamnez bilgilerinin dağılımı Tablo 19’da gösterilmiştir.

Kliniğe ağrı şikâyeti ile gelen çocuklar %59,4’ünü, tedavi amaçlı gelen çocuklar ise %40,6’sını oluşturduğu görüldü. Çocuklardan %90,2’sinin önceden diş hekimi geçmişi olduğu saptandı.

Son diş hekimi ziyareti ağrı kaynaklı olan ebeveynler %61,3’ünü, tedavi amaçlı olan %38,1’ini oluşturdu.

Tablo 19. Katılımcıların dental anamnez bilgilerinin dağılımı

		n	%
Çocuğun kliniğe başvurma sebebi	Ağrı	408	59,4
	Tedavi amaçlı	279	40,6
Çocuğun önceki diş hekimi deneyimi	Evet	620	90,2
	Hayır	67	9,8
Ebeveyn son diş hekimi ziyaret sebebi	Ağrı	425	61,9
	Tedavi amaçlı	262	38,1

4.4.1. Katılımcıların Dental Anamnez Bilgilerinin CFSS-DS Üzerine Etkisi

Katılımcıların dental anamnez bilgilerinin CFSS-DS toplam değerine etkisi Tablo 20’de gösterilmiştir.

Son diş hekimi ziyareti ağrı kaynaklı olan ebeveynlerin, çocukların CFSS-DS toplam değerinin, tedavi amaçlı gelenlere oranla daha yüksek olduğu belirlendi. Sonuçlara göre ebeveyn ziyaret sebebiyle CFSS-DS toplam değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu görüldü ($p=0,015$).

Tablo 20. Dental anamnez bilgilerinin CFSS-DS toplam değerine etkisi

		CFSS-DS Ortalama $\pm$ Standart Sapma	P
Çocuğun kliniğe başvurma sebebi	Ağrı	29,37 $\pm$ 0,51	0,156
	Tedavi amaçlı	28,22 $\pm$ 0,61	
Çocuğun önceki diş hekimi deneyimi	Evet	29,36 $\pm$ 1,41	0,917
	Hayır	28,85 $\pm$ 0,41	
Ebeveyn son diş hekimi ziyaret sebebi	Ağrı	29,58 $\pm$ 0,52 ^a	0,015**
	Tedavi amaçlı	27,80 $\pm$ 0,60 ^b	

**P<0,05

Dental anamnez bilgilerinin çocuklarda dental anksiyete varlığına etkisi Tablo 21’de gösterilmiştir.

Dental anamnez bilgilerinin çocuklarda dental anksiyete varlığına etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü ($p>0,05$).

Tablo 21. Dental anamnez bilgilerinin çocuklarda dental anksiyete varlığına etkisi

		Dental Anksiyete (CFSS-DS)		P
		Yok (<38) n (%)	Var (≥ 38) n (%)	
Çocuğun kliniğe başvurma sebebi	Ağrı	328 (80,4)	80 (19,6)	0,074
	Tedavi amaçlı	239 (85,7)	40 (14,3)	
Çocuğun önceki diş hekimi deneyimi	Evet	513 (82,7)	107 (17,3)	0,660
	Hayır	54 (80,6)	13 (19,4)	
Ebeveyn son diş hekimi ziyaret sebebi	Ağrı	342 (80,5)	83 (19,5)	0,070
	Tedavi amaçlı	225 (85,9)	37 (14,1)	

** $p<0,05$

4.4.2. Katılımcıların Dental Anamnez Bilgilerinin MDAS Üzerine Etkisi

Dental anamnez bilgilerinin MDAS toplam değerine etkisi Tablo 22’de gösterilmiştir.

Ebeveynlerin son diş hekimi ziyareti ağrı kaynaklı olanların MDAS toplam değeri, tedavi amaçlı gelenlere oranla daha yüksek olduğu belirlendi. Sonuçlarına göre ebeveyn ziyaret sebebiyle MDAS toplam değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu görüldü ($p=0,004$).

Tablo 22. Dental anamnez bilgilerinin MDAS toplam değerine etkisi

		MDAS Ortalama $\pm$ Standart Sapma	P
Çocuğun kliniğe başvurma sebebi	Ağrı	11,77 $\pm$ 0,19	0,431
	Tedavi amaçlı	11,60 $\pm$ 0,24	
Çocuğun önceki diş hekimi deneyimi	Evet	11,72 $\pm$ 0,16	0,394
	Hayır	11,51 $\pm$ 0,53	
Ebeveyn son diş hekimi ziyaret sebebi	Ağrı	12,06 $\pm$ 0,20 ^a	0,004**
	Tedavi amaçlı	11,11 $\pm$ 0,22 ^b	

** $p<0,05$

Dental anamnez bilgilerinin ebeveynlerin dental anksiyete varlığına etkisi Tablo 23’te gösterilmiştir. Buna göre dental anamnez bilgilerinin ebeveynlerin dental anksiyete varlığına etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi ($p>0,05$).

Tablo 23. Dental anamnez bilgilerinin ebeveynlerin dental anksiyete varlığına etkisi

		Dental Anksiyete (MDAS)		P
		Yok (<19)	Var (≥19)	
		n (%)	n (%)	
Çocuğun kliniğe başvurma sebebi	Ağrı	391 (95,8)	17 (4,2)	0,345
	Tedavi amaçlı	263 (94,3)	16 (5,7)	
Çocuğun önceki diş hekimi deneyimi	Evet	562 (95,5)	25 (4,5)	0,284
	Hayır	62 (92,5)	5 (7,5)	
Ebeveyn son diş hekimi ziyaret sebebi	Ağrı	400 (94,1)	25 (5,9)	0,092
	Tedavi amaçlı	254 (96,9)	8 (3,1)	

4.4.3. Katılımcıların Dental Anamnez Bilgilerinin Çocuklarda DMFT-dmft İndeksi Üzerine Etkisi

Dental anamnez bilgilerinin çocuklarda DMFT-dmft indeksi arasındaki ilişki Tablo 24’te gösterilmiştir.

Kliniğe başvurma sebebi ağrı kaynaklı olan çocukların dmft üzerinde istatistiksel olarak önemli etkiye sahip olduğu olduğu tespit edilmiştir (p=0,003).

Tablo 24. Dental anamnez bilgilerinin çocuklarda DMFT-dmft indeksi arasındaki ilişki

		DMFT Ortalama ± SS	P	dmft Ortalama ±SS	P
Çocuğun kliniğe başvurma sebebi	Ağrı	2,10±0,10	0,049	4,57±0,17 ^a	0,003**
	Tedavi amaçlı	1,83±0,12		3,78±0,20 ^b	
Çocuğun önceki diş hekimi deneyimi	Evet	2,03±0,08	0,112	4,20±0,14	0,271
	Hayır	1,61±0,27		4,69±0,43	
Ebeveyn son diş hekimi ziyaret sebebi	Ağrı	2,02±0,10	0,646	4,31±0,17	0,562
	Tedavi amaçlı	1,94±0,13		4,15±0,21	

**p<0,05

5.TARTIŞMA

Dental anksiyete geçmişten günümüze uzanan, geniş popülasyonu etkileyen, hastaların diş tedavisinden faydalanmasına engel teşkil eden önemli bir faktördür. Dental anksiyetenin temeli, çocukluk ve ergenlik dönemine dayanmaktadır. Çocukluk ve ergenlik dönemleri; fiziksel ve ruhsal gelişimin devam etmekte olduğu, gelişimin ve duygusal fonksiyonların yetersiz kalabildiği dönemlerdir. Son yıllarda Çocuk Diş Hekimliğinin gelişmesi, ağız ve diş sağlığının korunmasının yanında, çocuğun dental anksiyeteye neden olan faktörü belirleyip, dental anksiyete seviyesini azaltmaya yönelik önlemler almak açısından önem kazanmıştır^{4,32,37,44}.

Dental anksiyete derecesinin değerlendirilmesinde birçok farklı yöntem kullanılmaktadır. Bunlardan ilki olan fizyolojik yöntemlerde; çocuğun kaygı uyandıran bir duruma karşı gösterdiği terleme, kalp atım hızı ve kan basıncı değişiklikleri özel bir ekipman yardımıyla kaydedilir. Dental anksiyete seviyesini dolaylı bir yoldan değerlendiren bu yöntemde aletlerin ölçüm hatasına bağlı olarak yanıltıcı sonuçlar alınabilmektedir^{30,72}. Ayrıca Yon ve ark.³⁰ bu yöntemlerin hekim için zaman alıcı olmasından dolayı kullanımının pratik olmadığını belirtmişlerdir. Davranışların puanlanması yöntemi ise; tedaviyi yapan veya gözlemci bir hekimin, çocuğun davranışlarını gözlem yoluyla değerlendirmesi esasına dayanır⁷⁸. Bu yöntemde gözlem sırasında hekim yanlılığı olma ihtimali nedeniyle ön eğitim ve kalibrasyon gereklidir. Çocuğun hissettiği duyguların resmedildiği projektif yöntemlerin kullanılmasının ise kolay olması, küçük yaş grubunda kullanılabilmesi tercih edilme nedenleri arasındadır^{80,81,83}. Ancak Jimeno ve ark.⁷² diş hekimliğindeki farklı uygulamalar karşısında çocuğun hissettiklerinin bilinmiyor oluşu ve gözlemin yorumlanmasındaki zorluklardan dolayı bu yöntemin sınırlı olduğunu belirtmişlerdir. Psikometrik testler ise çocuklara doğrudan dental anksiyete hakkında sorular soran, oldukça basit sözlü-bilişsel öz bildirime (örneğin anketlere) dayalı bir ölçüm yöntemidir^{92,93}. Amorim ve ark.⁶⁶ bu değerlendirme ölçütündeki en önemli basamağın çocukların fiziksel, bilişsel ve sosyal gelişimlerinin yaşlara göre değişiklik göstermesi nedeniyle uygun yaş aralığındaki çocukların seçimi olduğunu belirtmişlerdir. Okul çağına gelmiş çocuklar için dönüm noktası kabul edilen 7 yaş, bilişsel ve sosyal gelişim açısından önemlidir. Bu yüzden çalışmamızda alt sınır olarak 7 yaş seçilmiştir. Çalışmamızda çocuklar için psikometrik testlerden diş hekimliği uygulamaları hakkında en geniş maddeleri içeren CFSS-DS'nin

seçiminde; anketin uygulama kolaylığı, iç tutarlılık ve test re-test katsayısının yüksek olması, Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik testlerinin yapılmış olması, çocukların öz bildirimine dayalı olması göz önünde bulundurulanan kriterlerdendir^{71,96}.

Dental anksiyetenin ölçümünde güvenilir yöntemlerin başında sözlü veya yazılı olarak hastalara anket sorularının sorulması ve bu sorulara verilen cevapların yorumlanması kabul edilmektedir. Ebeveynlere uygulanan MDAS’ın seçiminde ise ölçüm yönteminin her yaş grubunda uygulanabilmesi, uygulama kolaylığı, Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılmış olması tercih sebebi olmuřtur⁸⁸⁻⁹⁰.

COVID-19 salgını boyunca, kişilerin uzun süre karantinada kalması, temel ihtiyaçların giderilmesindeki zorluklar, eksik bilgilendirilme, sosyoekonomik zorluklar nedeniyle sosyal anksiyete seviyesinin artmasının yanında, kişinin hastalığı kendisine ve yakın çevresine bulaştırma, hayatını kaybetme korkusu sonucu sağlık anksiyete seviyesi de artmıştır. Bu nedenle COVID-19 sadece fiziksel sağlık açısından değil, ruh sağlığı açısından da önemlidir.

COVID-19 pandemisi döneminde dental tedavilerin sadece acil ve zorunlu işlemlerle kısıtlandığı süreçte ve sonrasında; dental tedavi ihtiyaçlarının artması veya mevcut hastalıkların prognozunun kötüye gitmesi, hasta yoğunluklarında artış potansiyeli ve tedavi maliyetlerinin artmasından kaynaklanan sorunlar ocuk ve ebeveynlerde kaygı kaynağı oluşturmaktadır^{6-8,65}.

Yukarıdaki bilgilerin ışığında bu tez alışmamızda, COVID-19 pandemisi döneminde kliniğimize başvuran 7-12 yaş arasındaki çocukların dental anksiyete görülme sıklığını ve bununla ilişkili faktörlerin belirlemesi amaçlanmıştır.

5.1. Katılımcıların Sosyoekonomik ve Sosyodemografik Bulgularının Tartışılması

Literatürlere gözden geçirildiğinde, diğer çalışmalarla uyumlu olarak çalışmamızda yaş arttıkça dental anksiyete seviyesinin azaldığı görülmüştür. Çalışmamızda kullanılan CFSS-DS’de 38 puan bir kesme noktası olarak belirlenmiş olup, <38 olan ocuk hastaların dental anksiyeteye sahip olmadığı kabul edilmiştir. CFSS-DS’nin toplam değeri ≥ 38 olan dental anksiyeteye sahip çocuklarda, dental anksiyete varlığının yaş ile ilişkili olmadığı sonucu bulunmuş ve bunun diğer yapılan çalışmalarla benzer olduğu grlmştr^{66,98,99}. Bu sonucun, ilerleyen yaşla birlikte çocukların sorunlarla başa çıkma, diş hekimi tarafından söylenen açıklamaları anlama ve bilişsel

gelişim yeteneklerinin artmasından kaynaklandığı düşünülmektedir¹⁰⁰⁻¹⁰². Buna karşın yaşın dental anksiyeteyi etkilemediğini gösteren çalışmalar da mevcuttur^{66,103,104}. Çalışmaların sınırlı örneklem büyüklüğüne ve dental anksiyete varlığının multifaktöriyel bir etyolojiye sahip olması bununla ilişkilendirilmektedir.

Çocuklarda CFSS-DS birçok çalışmada kullanılmıştır^{66,99,100,105,106}. Bu ölçek, diş hekimliği uygulamaları ile ilgili ayrıntılı pek çok faktör içermesi nedeniyle sıklıkla tercih edilmektedir. Çalışmalardaki CFSS-DS puan ortalamalarının 28,1 – 31,8 ve yüksek dental anksiyeteye sahip çocukların oranının %14,5 - %39,2 arasında olduğu görülmüştür. Bu sonuca benzer olarak çalışmamızda CFSS-DS puan ortalamaları $28,9 \pm 10,31$, yüksek dental anksiyeteye sahip çocukların oranı ise %17,5 bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında bu ölçekteki uygulamalardan en çok korkulanlar “enjeksiyon”, “nefes alamamak”, “diş hekiminin ağzına alet sokması” ve “yabancıların sana dokunması” maddeleri şeklinde olduğu gösterilmiştir^{66,99,100,105}. Çoğu çalışmada “yabancıların sana dokunması” maddesi çocukların en çok korktuklarını ifade ettikleri maddedir^{66,99,105}. CFSS-DS ölçeğindeki en çok korktuklarını ifade ettikleri maddeler daha önceki çalışmaları destekler nitelikte, daha küçük yaş grubunda “enjeksiyon” ve “yabancıların sana dokunması” ve “ağzını açmak zorunda olmak” olmuştur. Bu sonuçlar önceki yapılan çalışmaları destekler nitelikte olup, sadece “ağzını açmak zorunda kalmak” maddesine korkarım cevabı verenlerin sayısı daha fazla bulunmuştur. Bunu sırasıyla “ağzının kontrol edilmesi”, “nefes alamamak” ve “hastaneye gitmek” terimleri izlemektedir. COVID-19 pandemisinin yoğun olarak yaşandığı dönemde diş hekimine muayene olurken çocuğun maskeyi çıkartıp ağzını açmaktan endişe duymasının bu sonucun ortaya çıkmasına neden olduğu düşünülmüştür.

Diş çürüğünün toplum içindeki yaygınlığını tespit etmek amacıyla gerçekleştirilen araştırmalara ek, diş çürüğüne sebep olan faktörlerin ortaya çıkarılması amacıyla yapılan çalışmalar son yıllarda önem kazanmaktadır. Diş çürüğünü yaş, cinsiyet, ırk, çocuğun oral hijyen alışkanlıkları ve sosyoekonomik ve sosyodemografik faktörler etkilemektedir. Buna yönelik DMFT-dmft indekslerinin yaş ile ilişkisini inceleyen çalışmalara bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulanların yanında¹⁰⁷⁻¹⁰⁹, istatistiksel olarak anlamlı bulunmayanlar da mevcuttur. Çalışmamızda çocukların yaşı ile DMFT-dmft arasında negatif bir korelasyon olduğu sonucu yapılan çoğu çalışma ile uyumludur.

Dental anksiyeteyi belirleyici faktörlerin bir diğeri de cinsiyet olduğu bildirilmektedir. Günümüze kadar yapılan çoğu çalışmada, kızların erkeklere oranla istatistiksel olarak daha yüksek anksiyete skorlarına sahip oldukları gösterilmiştir^{99,104,110-112}. Çalışmamızda da çoğu çalışmaya benzer olarak, araştırmaya katılan 7-12 yaş grubundaki çocuk hastaların cinsiyetleri ile CFSS-DS'den aldıkları toplam puan ortalamalarının arasındaki ilişkiye bakıldığında, kız çocukların daha yüksek seviyede dental anksiyete skoruna sahip oldukları sonucu bulunmuştur. Dental anksiyetenin kız hastalarda daha fazla olması; kızların ağırlı uyarana toleransının daha düşük olması, daha çekingen olmaları, duygularını daha rahat ifade etmeleri veya yetiştirilme stilleri nedeniyle korkularını daha çok göstermeleri ile açıklanmaktadır. Buna karşın cinsiyet ile dental anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı bulmayan çalışmalar da mevcuttur^{66,106}. Ülkemizde Önçag ve ark.¹¹³ küçük yaş grupları arasında yaptıkları çalışmada erkek çocukların CFSS-DS puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu gösterilmiştir. Bu durum dental anksiyete varlığının yaş, cinsiyet, geçmişteki dental tedavi deneyimler, hastanın sosyokültürel özellikleri ve yetiştirilme şekillerindeki fark ile açıklanabilir.

CFSS-DS'deki maddelere verilen cevapların cinsiyetler arası farkına bakıldığında kız çocukların “yabancıların ona dokunması”, “birinin ona bakması” ve “ağzını açmak zorunda kalmak” sorularına istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Literatürler tarandığında erkek çocukların “doktorlar”, kız çocukların ise “yabancıların sana dokunması” maddesinden daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür. Bu durum erkek ve kız çocukların durumlara ilişkin algı ve duyarlılıklarındaki farklılıkla açıklanabilir⁶⁶. Diğer çalışmalardan farklı olarak her yaş ve cinsiyette “ağzını açmak zorunda kalmak”, “ağzının kontrol edilmesi”, “nefes alamamak”, “hastaneye gitmek” maddesine korkarım cevabı verenlerin sayısı daha fazla bulunmuştur. COVID-19 pandemisinin yoğun olarak yaşandığı dönemde hastaların, hastanelerin doluluk oranından ve enfeksiyona yakalanmaktan endişe duyması, maskeyi çıkartıp muayene olma düşüncesinin kişilerde kaygıya neden olabileceği düşünülmüştür.

Çocuğa ait faktörlerden cinsiyete göre DMFT-dmft indeksleri araştıran çalışmalar, çoğunlukla kızların erkeklere göre daha yüksek DMFT ve dmft skoruna sahip olduğunu bildirilmiştir^{109,114,115}. Bizim çalışmamızda literatüre benzer olarak kızlar

erkeklere kıyasla daha fazla DMFT-dmft skoruna sahipken, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.

Çalışmamızın sonuçlarına benzer olarak pek çok çalışmada kardeş varlığı ve kardeş sayısı ile CFSS-DS toplam puan ortalaması ve dental anksiyete varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır^{105,116,117}. Buna karşın Felembam ve ark.'nın¹¹⁸ yaptığı çalışmada kardeşi olan çocukların birbirinden etkilenecek dental anksiyete geliştirebileceği nedeniyle kardeşi olmayan çocukların, kardeşi olanlara göre anlamlı derecede daha düşük dental anksiyeteye sahip oldukları görülmüştür.

Esa ve ark.¹¹⁹ çocuklar ve ebeveynlerinin dental anksiyete varlığı ve yaşadığı yer arasındaki ilişkiyi kırsal-kentsel olarak 2'ye ayırarak inceledikleri çalışmalarında, kırsalda yaşayan kesim ile dental anksiyete düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Kırsal alanlarda görülen yüksek seviye dental anksiyete sebebinin, diş hekimliğinde uygulanan tedavilerin farklılığından kaynaklı olduğu düşünülmüştür. Çalışmamızda MDAS'tan ≥ 19 puan alan dental anksiyeteye sahip ebeveynler ile köyde yaşayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Köyde yaşayanların diş hekimliği hizmetlerine ulaşımının daha zor olması, sosyoekonomik seviyenin düşük ve diş tedavileri için ayırdıkları zamanın az olması, daha zorlu tedavi seçenekleri ortaya çıkarması ebeveynlerin dental anksiyete seviyesini arttıran bir faktör olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda formu dolduran ebeveynlerden annelerin babalara göre MDAS toplam puanının daha fazla olduğu ve MDAS toplam puanı ≥ 19 olanların büyük çoğunluğunu annelerin oluşturduğu görülmüştür. Ebeveynin anne olmasının MDAS toplam puan ortalamasının ve MDAS ≥ 19 olması üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çocuğun bakımını üstlenen ebeveynin daha çok anne olmasının bu durumla ilişkili olabileceğini düşündüren bir faktör olmuştur.

Ebeveynlerin eğitim durumu ve dental anksiyete düzeylerini inceleyen çalışmalara bakıldığında farklı sonuçlar bulunmuştur. Wu ve ark.¹⁰⁵ ebeveynlerin eğitim düzeyi ve çocukların dental anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığını bildirilmiştir. Folayan ve ark.⁴¹ 7-10 yaşındaki çocuklarda yaptığı araştırmasında eğitim durumu yüksek babaların çocuklarının diş tedavisi süresince daha koopere davranışlar sergilediğini belirtmişlerdir. Moore ve ark.¹²⁰ yetişkinlerde eğitim düzeyinin dental anksiyete üzerinde önemli bir faktör olduğunu söylemişlerdir. Yüksek eğitim düzeyine

sahip kişilerin stres ile başa çıkmada daha yetenekli olması, bu kişilerde daha düşük düzeyde dental anksiyeteye sahip olmaları ile açıklanmaktadır.

Çalışmamızda ebeveyn eğitim düzeyi ile çocuklardaki dental anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Bu duruma, dental anksiyetenin etyolojisinin multifaktöriyel olması ve çalışmamızda seçilen 7-12 yaş arası okul çağındaki çocukların sosyal çevrelerinin oluşmaya başlamasıyla ebeveynlerinden etkilenme olasılığının azalmış olabileceği düşünülmüştür.

Günümüze kadar yapılan çalışmalara bakıldığında ailenin gelir düzeyi ile çocukların dental anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu çalışmalar; düşük gelir düzeyine sahip ailelerden gelen çocukların dental anksiyete puanlarının, yüksek gelir düzeyine sahip ailelerden gelen çocuklara göre daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir^{66,121,122}. Çalışmamızda, literatürdeki çalışmalara benzer şekilde CFSS-DS ≥ 38 puan alan dental anksiyeteye sahip çocuklar ile asgari ücret ve altı gelir düzeyine sahip hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu sonuç, düşük gelir grubuna sahip hastaların, çocuk diş hekimlerine ulaşabilmeleri daha zor olması nedeniyle diş hekimleri ziyaretlerinin sıklıkla ağrı kaynaklı olması, beslenme alışkanlıklarından dolayı çürük sayısının fazla olması çocuklarda yüksek düzeyde dental anksiyeteye sebep olabileceğini göstermektedir.

5.2. Katılımcıların COVID-19 Pandemi Dönemine Ait Bilgilerinin Tartışılması

COVID-19 pandemisi küresel çapta bireylerin psikolojik ve genel sağlığını büyük ölçüde etkilemiştir. Pandemiyi kontrol altına almak için uygulanan karantina önlemleri, fiziksel ve sosyal etkileşimi azaltarak evde kalmayı kapsadığından dolayı psikolojik, duygusal ve ekonomik sorunlara yol açabilmektedir.

COVID-19 pandemisinin yoğun olarak yaşandığı zamanlarda diş hekimliği alanında sağlık hizmetlerine erişim sadece acil tedavi prosedürlerini kapsadığından, bu durumun stres ve kaygıya sebep olabileceği düşünülmüştür. Bu dönem özellikle çocuklarda ağız-diş bakımını sağlamak zorlu bir süreç haline gelmiştir. Ayrıca virüsün bulaş yolunun aerosol ile olmasından dolayı diş hekimlerinin aldığı ek güvenlik önlemleri çocukların diş hekimlerine olan algılarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir⁶.

Dental anksiyetesi olan kişilerin COVID-19 bulaşmasına ilişkin kaygı ve korku sergileme olasılığı daha yüksek seviyededir. Kişinin kendisinin veya yakın çevresinin COVID-19 enfeksiyonuna yakalanması dental anksiyete seviyesini arttırmaya ve bu da diş tedavilerinde gecikmelere sebep olabilmektedir. Nguyen ve ark.¹²³ yaptığı çalışmada dental anksiyete ile COVID-19 pandemi döneminde insanların yaşadıkları stres arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Tofangchiha ve ark.¹²⁴ COVID-19 enfeksiyonuna yakalanma korkusu ile dental anksiyete arasında yüksek düzeyde ilişki olduğu göstermiştir.

Çalışmamız yapılan diğer çalışmalarla uyumlu olarak yakın çevresi COVID-19 enfeksiyonuna maruz kalanlar ile CFSS-DS ve MDAS toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Dünyada yaşanan çoğu salgından farklı olan COVID-19 pandemisinde kişiler virüse maruz kalmaktan daha fazla endişe duymuştur. Çapraz enfeksiyon riski fazla olan diş hekimliği kliniklerinde hastalar dental tedavi almaktan daha fazla çekinmişlerdir. Bunun kişilerde dental anksiyete düzeyini arttırdığı düşünülmüştür.

Yapılan anket çalışmaları diş hekimlerinin %50-70'inin COVID-19 pandemisinin bir sonucu olarak daha yüksek stres ve kaygı düzeyleri deneyimlediğini kabul ettiği ve bunun çocuk hastalarla ilişkilerini değiştirebilecek düzeyde olduğu bildirilmiştir. Tüm bunlar, diş hekimliği kliniklerinde hasta sayısının eskiye göre çok az olması, dezenfektan için kullanılan ozon kokusu, diş hekimlerinin kişisel koruyucu ekipmanları çocukların diş hekimlerine olan algılarını etkilediği düşünülmektedir^{6,125,126}.

Çalışmamızda bu bilgilere benzer olarak COVID-19 pandemisinde diş hekimine başvurma endişe durumu ve salgın döneminde diş hekimine gitme gerekliliği ile çocukların ve ebeveynlerin dental anksiyete ölçeklerinden aldığı toplam puan arasındaki ilişki sorgulandığında, bu faktörlerin dental anksiyete düzeyini arttırdığı görülmüştür. Ek olarak ebeveynlerden yüksek düzeyde dental anksiyeteye sahip olanlar ile diş hekimine gitmekten endişe duyanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu sonucu bulunmuştur.

Yeni tip koronavirüs hastalığı 2019'un bulaşmasını ve yayılmasını kontrol etmeye yönelik politika önlemleri, değişen aile ortamı çocuk ağız-diş sağlığının önemli bir belirleyicisi olmuştur. Okulların kapatılmasının ebeveynlerin çocuk bakım yükünü arttırması çocuk bakımında eksikliğe yol açabileceği bilinmektedir. Dahası pandemi

yoluyla çocukların beslenme alışkanlıkları karyojenik yöne doğru değişmiştir⁶. Ailelerin günlük rutinlerinin bozulması, yemek yeme sıklığının değişmesini ve diş fırçalama sıklığının azalması bu durumu açıklamaktadır¹²⁷.

Matsuyama ve ark. COVID-19 pandemisinin çocuk diş çürükleri üzerindeki etkilerini incelediği çalışmasında, sosyoekonomik durum, ailenin psikolojik durumu, çocuğun diş fırçalama alışkanlıkları ve meyve suyu tüketimi ile açıklayamamıştır. Bu pandeminin çocuk diş çürüğü nedenlerini bu faktörlerin dışındaki yollardan etkilediğini düşündürmektedir¹²⁸.

COVID-19 pandemisinin 18 yaş ve üzeri hastalardaki ağız hijyeni ile genel anksiyete düzeyleri üzerindeki etkilerini araştırdıkları çalışmalarında Folayan ve ark.¹²⁹ psikolojik durumu kötü ve yaşı daha genç olan hastaların, diş fırçalama sıklığını azalttıklarını belirtmiştir.

Bizim çalışmamızda COVID-19 pandemisi döneminde çocukların %67,5'unun şeker tüketim sıklığının arttığı sonucu dmft indeks değeri, çocuklara ve ebeveynlere uygulanan CFSS-DS ve MDAS toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

5.3. Katılımcıların Dental Anamnez Bilgilerinin Tartışılması

Matsuyama ve ark. pandemi döneminde geliri etkilenen kişilerde diş ağrısı sebebiyle kliniğe başvuru oranlarının daha yüksek olduğunu ve psikolojik sıkıntının bu süreçte önemli bir etken olduğunu vurgulamıştır¹³⁰.

Kisely ve ark. anksiyete ve depresyon tanısı alan hastalar üzerine yaptıkları çalışmalarında çürük ve diş kaybı oranlarında artış bulunmuştur¹³¹.

Literatür tarandığında COVID-19 pandemisinde karantina sırasında hastaların küçük bir yüzdesinin diş ağrısı yaşadığı ve acil diş hekimine gitme zorunluluğu olduğunu bildiren çalışmaların olduğu görülmüştür^{127,132}. Diğer çalışmalara bakıldığında diş ağrısı ile başvuran çocukların oranının daha yüksek olduğu görülmüştür^{133,134}. Bu fark, ülkeler arasında kısıtlama önlemlerindeki farklılıklara bağlanabilmektedir. Benzer bir şekilde, kişilerin %2'si karantina sırasında COVID-19 enfeksiyonuna yakalanma korkusuyla diş hekimine gitmekten korktuklarını bildirmiştir^{133,135}.

Tez çalışmamızda bu çalışmaların aksine %59,4'ünü diş ağrısı şikayetiyle kliniğe başvurduğu bulunmuş olup, bu durum ile çocuk ve ebeveynin dental anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu durum COVID-19 ile endişeli bireylerin

oral hijyen seviyelerinin daha iyi ve bilinçli olması, ağız bakımına daha çok özen göstermesi ile açıklanabilir.

Günümüze kadar yapılan çalışmalar tarandığında çocukların yaşadıkları dental tecrübelerle duydukları dental anksiyete arasında ilişki olduğunu savunan pek çok çalışma olduğu görülmektedir. Özellikle dental tedavi sırasında komplikasyon yaşamış veya çekim gibi travmatik bir dental prosedür görmüş hastalarda daha fazla dental anksiyete olabileceği bildirilmiştir^{35,60,61}.

Araştırmamızda 7-12 yaş aralığındaki hastaların, daha önceki dental tedavi yaptırma durumu ile dental anksiyete puan ortalamaları ve CFSS-DS'den ≥ 38 puan alan kişiler arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Çocukların önceki dental deneyimlerinin nasıl geçmiş olduğu ve hangi işlemleri yaptırdığının bilinmemesi bu araştırmanın sınırlılığıdır.

Çocuğun en yakın çevresi olan ailesinden dental deneyimler aktarılabilir. Yüksek dental anksiyeteli yetişkinlerde yapılan çalışmalarda, çalışmaya katılanlar dental anksiyete gelişme sebebi olarak en çok ailenin diş tedavilerine negatif yaklaşımı olduğunu bildirmiştir. Çocukluk çağında diş tedavilerine karşı bu tutumunun ilk diş hekimi ziyaretinden önce başladığı belirtilmiştir^{62,105,118}. Çalışmamızın sonucu önceki çalışmalara benzer olarak ebeveynin son diş hekimi ziyaret sebebi ağrı olanlar ile çocukların CFSS-DS toplam değeri, ebeveynin MDAS toplam değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

COVID-19 pandemisinin 7-12 yaş arası çocukların dental anksiyete düzeyine etkisinin değerlendirildiği bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir:

1.Çocukların CFSS-DS'den aldıkları toplam puanına bakıldığında; yaş grubunun 7-9 yaş olmasının, cinsiyetin kız olmasının, ebeveynin son diş hekimi ziyaret sebebinin ağrı olmasının, ailesinde COVID-19 enfeksiyonuna yakalanan biri olmasının, ebeveynlerin COVID-19 salgını sonrası çocuklarını diş hekimine götürmekten endişe duymasının, COVID-19 salgını sırasında çocuğun şeker tüketim sıklığının artmasının CFSS-DS toplam puanına etkisi anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

2.CFSS-DS'den ≥ 38 puan alan dental anksiyeteye sahip çocuklar ile aile geliri arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir.

3.Çocuklara uygulanan CFSS-DS'deki anket sorularının cinsiyet ve yaşa göre ilişkisine bakıldığında; kız çocukların 'Yabancıların sana dokunması', 'Birinin sana bakması' ve 'ağzını açmak zorunda kalmak' seçeneklerine, 7-9 yaş grubundaki çocukların 'Enjeksiyon', 'Yabancıların sana dokunması' ve 'ağzını açmak zorunda kalmak' seçeneklerine istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir.

4.Çocukların %17,5'unun dental anksiyeteye sahip (≥ 38) olduğu saptanmıştır.

5.Çocukların DMFT-dmft indeksleri sorgulandığında; yaş aralığının 7-9 yaş grubunda olmasının, yaşanan yerin köy olmasının, kliniğe başvurma sebebinin ağrı olmasının, yakın çevrede COVID-19 enfeksiyona yakalanan olmasının, COVID-19 salgını süresince şeker tüketim sıklığının artmış olması ile DMFT-dmft arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

6.Ebeveynlerin MDAS'tan aldıkları toplam puanına bakıldığında; formu dolduran ebeveynin anne olmasının, ebeveyn diş hekimi ziyaret sebebinin ağrı olmasının, ailesinde COVID-19 enfeksiyonuna yakalanan biri olmasının, COVID-19 salgını süresince çocuğunu diş hekimine götürmekten endişe duymasının, COVID-19 salgını süresince çocuğunun şeker tüketim sıklığının artması ile MDAS toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki görülmüştür.

7.MDAS'tan ≥ 19 puan alan dental anksiyeteye sahip ebeveynler ile yaşanan yerin köy olması, COVID-19 salgını sırasında çocuğunu diş hekimine götürmekten endişe duyması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

8. Ebeveynlerin %25,6'sının dental anksiyeteye sahip (≥ 19) olduğu saptanmıştır.

9. Pandemi döneminde yapılan dental anksiyete çalışmalarının az olması sebebiyle, çalışmamızın sonuçlarının, olası bir pandemi döneminde diş hekimleri ve pedodontistlerin tedaviler esnasında dental anksiyetenin kaynağını bilerek hastalarla daha etkili iletişim kurmak için destek olacağı düşünülmüştür.



KAYNAKLAR

1. Folayan M, Idehen E, Ojo O. The modulating effect of culture on the expression of dental anxiety in children: a literature review. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2004;14(4):241-245.
2. Dahal S, Shrestha A, Bhagat T. Prevalence of dental fear among 6-15 years old school children. *Journal of the Nepal Medical Association*. 2020;58(221):33.
3. Boka V, Arapostathis K, Kotsanos N, Karagiannis V, van Loveren C, Veerkamp J. Relationship between child and parental dental anxiety with child's psychological functioning and behavior during the administration of local anesthesia. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2016;40(6):431-437.
4. Alshuaibi AF, Aldarwish M, Almulhim AN, Lele GS, Sanikommu S, Raghunath RG. Prevalence of dental fear and anxiety and its triggering factors in the dental office among school-going children in Al Ahsa. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2021;14(2):286.
5. Kalra N, Sabherwal P, Tyagi R, Khatri A, Srivastava S. Relationship between subjective and objective measures of anticipatory anxiety prior to extraction procedures in 8-to 12-year-old children. *Journal of Dental Anesthesia and Pain Medicine*. 2021;21(2):119.
6. Mahendran K, Patel S, Sproat C. Psychosocial effects of the COVID-19 pandemic on staff in a dental teaching hospital. *British Dental Journal*. 2020;229(2):127-132.
7. Ho CS, Chee CY, Ho RC. Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic. *Ann Acad Med Singapore*. 2020;49(1):1-3.
8. Murthy RS. COVID-19 pandemic and emotional health: social psychiatry perspective. *Indian Journal of Social Psychiatry*. 2020;36(5):24.
9. Aslan R. Tarihten günümüze epidemiler, pandemiler ve Covid-19. *Ayrıntı Dergisi*. 2020;8(85):35-41.
10. Özkoçak V, Koç F, Gültekin T. Pandemilere antropolojik bakış: koronavirüs (covid-19) örneği. *Turkish Studies*. 2020;15(2):1183-1195.
11. Kelly J. The great mortality: an intimate history of the Black Death. 2006;364(1):1-7.
12. Parıldar H. Tarihte bulaşıcı hastalık salgınları. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*. 2020;30:19-26.
13. Taubenberger JK, Morens DM. 1918 Influenza: the mother of all pandemics. *Revista Biomedica*. 2006;17(1):69-79.

14. WHO G. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). World Health Organization. 2020.
15. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.Erişim tarihi:26.09.2022.
16. <https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/>.Erişim tarihi:10/03/2022.
17. Lu R, Zhao X, Li J, Niu p, Yang B, Wu H. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. The Lancet. 2020;395(10224):565-574.
18. Cascella M, Rajnik M, Aleem A, Dulebohn SC, Di Napoli R. Features, evaluation, and treatment of coronavirus (COVID-19). Statpearls. 2022;168(4):45-79.
19. Alene M, Yismaw L, Assemie MA, Ketema DB, Gietaneh W, Birhan TY. Serial interval and incubation period of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. BMC Infectious Diseases. 2021;21(1):1-9.
20. Capocasale G, Nocini R, Faccioni P, Donadello D, Bertossi D, Albannese M. How to deal with coronavirus disease 2019: a comprehensive narrative review about oral involvement of the disease. Clinical and Experimental Dental Research. 2021;7(1):101-108.
21. Pan Y, Liu H, Chu C, Li X, Liu S, Lu S. Transmission routes of SARS-CoV-2 and protective measures in dental clinics during the COVID-19 pandemic. American Journal of Dentistry 2020;33(3):129-134.
22. Shamsoddin E.A COVID-19 pandemic guideline in evidence-based medicine. Evidence-Based Dentistry. 2020;21(2):71-73.
23. Ceyhan D, Kirzioglu Z, Yildirim F. An evaluation of knowledge, awareness, attitudes, and behaviors regarding COVID-19 among parents of pediatric dental patients. Clinical Pediatrics. 2022;61(2):168-176.
24. Bahramian H, Gharib B, Baghalian A. COVID-19 considerations in pediatric dentistry. JDR Clinical & Translational Research. 2020;5(4):307-311.
25. Üstün N, Akgöl BB, Bayram M. Influence of COVID-19 pandemic on paediatric dental attendance. Clinical Oral Investigations. 2021:1-7.
26. Di Spirito F, Amato A, Di Palo MP, Ferraro G, Baroni A, Serpica R. COVID-19 Related Information on Pediatric Dental Care including the Use of Teledentistry: a narrative review. Children. 2022;9(12):1942.
27. Rodriguez PA, Gatti P, Cabirta ML, Baquerizo NR, Prada S, Gualtieri A. Dental emergency admissions in emergency oral health care centers during COVID-19

- Pandemic in Buenos Aires, Argentina. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(3):1528.
28. Hopcraft M, Farmer G. Impact of COVID-19 on the provision of paediatric dental care: analysis of the Australian child dental benefits schedule. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2021;49(4):369-376.
 29. Alzahrani S, Alrusayes A, Alfraih Y, Aldossary M. Characteristics of paediatric dental emergencies during the COVID-19 pandemic in Riyadh City, Saudi Arabia. *European Journal of Paediatric Dentistry*. 2021;22(2):95-97.
 30. Yon MJY, Chen KJ, Gao SS, Duangthip D, Lo ECM, Chu CH. An introduction to assessing dental fear and anxiety in children. *Multidisciplinary Digital Publishing Institute*; 2020;86(2):67-75.
 31. Armfield JM. How do we measure dental fear and what are we measuring anyway? *Oral Health and Preventive Dentistry*. 2010;8(2):342-350.
 32. De Oliveira TN, Dos Santos IBF, Souza GLN. Sense of coherence and dental fear/dental anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Special Care in Dentistry*. 2022;42(3):257-265.
 33. Barlow DH. *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford Press; 2004;54(2):1-37.
 34. Beena J. Dental subscale of children's fear survey schedule and dental caries prevalence. *European Journal of Dentistry*. 2013;7(2):181-185.
 35. AlGharebi S, Al-Halabi M, Kowash M, Khamis A, Hussein I. Children's dental anxiety (self and proxy reported) and its association with dental behaviour in a postgraduate dental hospital. *European Archives of Paediatric Dentistry*. 2021;22(1):29-40.
 36. Kumar S, Bhargav P, Patel A, Bhati M, Balasubramanyam G. Does dental anxiety influence oral health-related quality of life? Observations from a cross-sectional study among adults in Udaipur district, India. *Journal of Oral Science*. 2009;51(2):245-254.
 37. Alsaadoon AM, Sulimany AM, Hamdan HM, Murshid EZ. The use of a dental storybook as a dental anxiety reduction medium among pediatric patients: a randomized controlled clinical trial. *Children*. 2022;9(3):328.
 38. Zhou F, Zhang S, Ma W, Xiao Y, Wang D, Zeng S. The long-term effect of dental treatment under general anaesthesia or physical restraints on children's dental anxiety and behaviour. *European Journal of Paediatric Dentistry*. 2022;23(1):27-32.
 39. Caltabiano ML, Croker F, Page L, Sklavos A, Spiteri J, Hanrahan L. Dental anxiety in patients attending a student dental clinic. *BMC Oral Health*. 2018;18(1):1-8.

40. Yetiş CÇ, Küçükeşmen Ç. Çocuk hastalarda "dental kaygı ve davranış idaresi problemlerinin" görülme sıklığı ve etyolojik faktörleri. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013;2(1):62-68.
41. Folayan M, Idehen E, Ufomata D. The effect of sociodemographic factors on dental anxiety in children seen in a suburban Nigerian hospital. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2003;13(1):20-26.
42. Townend E, Dimigen G, Fung D. A clinical study of child dental anxiety. *Behaviour Research and Therapy*. 2000;38(1):31-46.
43. Wogelius P, Poulsen S, Toft Sørensen H. Prevalence of dental anxiety and behavior management problems among six to eight years old Danish children. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2003;61(3):178-183.
44. Boka V, Arapostathis K, Karagiannis V, Kotsanos N, Van Loveren C, Veerkamp J. Dental fear and caries in 6-12 year old children in Greece. Determination of dental fear cut-off points. *European Journal of Paediatric Dentistry*. 2017;18(1):45-50.
45. Hughes J, Kwok O. Influence of student-teacher and parent-teacher relationships on lower achieving readers' engagement and achievement in the primary grades. *Journal of Educational Psychology*. 2007;99(1):39.
46. Hathiwala S, Acharya S, Patil S. Personality and psychological factors: effects on dental beliefs. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*. 2015;33(2):88.
47. Gustafsson A, Broberg A, Bodin L, Berggren U, Amrup K. Dental behaviour management problems: the role of child personal characteristics. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2010;20(4):242-253.
48. Koch G, Poulsen S, Espelid I, Haubek D. *Pediatric dentistry: a clinical approach*. John Wiley & Sons; 2017;22(3):156-170.
49. Klingberg G, Broberg AG. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2007;17(6):391-406.
50. Vitale M, Casaschi P, Follo R. The use of a new projective psychological test to evaluate the approach of the dentist towards young patients. *Italian Journal of Paediatric Dentistry*. 1999;4:181-188.
51. Howenstein J, Kumar A, Casamassimo PS, McTigue D, Coury D, Yin H. Correlating parenting styles with child behavior and caries. *Pediatric Dentistry*. 2015;37(1):59-64.
52. Cademartori M, Costa V, Corrêa M, Goettems M. The influence of clinical and psychosocial characteristics on children behaviour during sequential dental visits:

- a longitudinal prospective assessment. *European Archives of Paediatric Dentistry*. 2020;21(1):43-52.
53. Soares FC, Lima RA, de Barros MV, Dahllöf G, Colares V. Development of dental anxiety in schoolchildren: a 2-year prospective study. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2017;45(3):281-288.
 54. Alagla M, Al-Hussyeen A, Alhowaish L. Parenting styles and preschool children's behaviour in a Saudi Arabian postgraduate dental setting. *European Archives of Paediatric Dentistry*. 2021;22(2):163-173.
 55. Kisby L. Behaviour management in pedodontics. *Clinical Oral Pediatrics*. 1981:213-223.
 56. Baumrind D. Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*. 1966:887-907.
 57. Baumrind D. Harmonious parents and their preschool children. *Developmental Psychology*. 1971;4(1):99-102.
 58. Freeman R. Dental anxiety: a multifactorial aetiology. *British Dental Journal*. 1985;159(12):406-408.
 59. Shinde SD, Hegde RJ. Evaluation of the influence of parental anxiety on children's behavior and understanding children's dental anxiety after sequential dental visits. *Indian Journal of Dental Research*. 2017;28(1):22.
 60. Malhotra R, Gandhi K, Kumar D, Ahuja S, Kapoor R, Sahni A. A comparative study to evaluate parent's ability to assess dental fear in their 6-to 10-year-old children using children's fear survey schedule—dental Subscale. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2018;11(3):205.
 61. De Jongh A, Aartman I, Brand N. Trauma-related phenomena in anxious dental patients. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2003;31(1):52-58.
 62. Gavic L, Tadin A, Matkovic A, Gorseta K, Sidhu S. The association of parental dental anxiety and knowledge of caries preventive measures with psychological profiles and children's oral health. *European Journal of Paediatr Dentistry* 2022.
 63. Peretz B, Efrat J. Dental anxiety among young adolescent patients in Israel. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2000;10(2):126-132.
 64. 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 Dentistry and Oral Epidemiology*. 2003;31(2):116-121.
 65. Elsharkawy NB, Abdelaziz EM. Levels of fear and uncertainty regarding the spread of coronavirus disease (COVID-19) among university students. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2021;57(3):1356-1364.

66. Amorim C, Menezes B, Chaves J, Nascimento J, Junior AP. The effect of socioeconomic aspects and dental history on pediatric patients' dental anxiety. *Brazilian Oral Research*. 2022;36(2):134-142
67. Thomson WM, Locker D, Poulton R. Incidence of dental anxiety in young adults in relation to dental treatment experience. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2000;28(4):289-294.
68. Nakai Y, Hirakawa T, Milgrom P, Coolidge T, Heima M, Mori Y. The children's fear survey schedule–dental subscale in Japan. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2005;33(3):196-204.
69. Yamada M, Tanabe Y, Sano T, Noda T. Cooperation during dental treatment: the Children's Fear Survey Schedule in Japanese children. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2002;12(6):404-409.
70. Arslan I, Aydinoglu S. Turkish version of the faces version of the Modified Child Dental Anxiety Scale (MCDASf): translation, reliability, and validity. *Clinical Oral Investigations*. 2022;26(2):2031-2042.
71. Aartman I, van Everdingen T, Hoogstraten J, Schuurs A. Self-report measurements of dental anxiety and fear in children: a critical assessment. *American Society of Dentistry for Children Journal of Dentistry for Children*. 1998;65(4):252-8, 229.
72. AI LR. Objective and subjective measures for assessing anxiety in paediatric dental patients. *European Journal of Paediatric Dentistry*. 2011;12(4):239-244.
73. Sullivan C, Schneider PE, Musselman RJ, Dummett Jr C, Gardiner D. The effect of virtual reality during dental treatment on child anxiety and behavior. *ASDC journal of dentistry for children*. 2000;67(3):193-6, 160.
74. Wilson S, de Lourdes Molina L, Preisch J, Weaver J. The effect of electronic dental anesthesia on behavior during local anesthetic injection in the young, sedated dental patient. *Pediatric Dentistry*. 1999;21:12-17.
75. Schmidt NA. Salivary cortisol testing in children. *Issues in comprehensive pediatric nursing*. 1997;20(3):183-190.
76. Kleinknecht RA, Bernstein DA. The assessment of dental fear. *Behavior Therapy*. 1978;9(4):626-634.
77. Early CE, Kleinknecht RA. The Palmar Sweat Index as a function of repression–sensitization and fear of dentistry. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1978;46(1):184.
78. Frankle S. Should the parent remain with the child in the dental operatory. *Journal of Dentistry Children*. 1962;29:150-163.

79. Kain ZN, Mayes LC, Cicchetti DV, Bagnall AL, Finley JD, Hofstadter MB. The Yale Preoperative Anxiety Scale: how does it compare with a "gold standard"? *Anesthesia and Analgesia*. 1997;85(4):783-788.
80. Bayrak Ş, Tunç EŞ, Türkan Eğilmez D, Nuray Tüloğlu D. Ebeveyn dental kaygısı ve sosyodemografik faktörlerin çocukların dental kaygısı üzerine etkileri. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*. 2010;2010(3):181-188.
81. Buchanan H, Niven N. Validation of a Facial Image Scale to assess child dental anxiety. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2002;12(1):47-52.
82. Aitken RC. Measurement of feelings using visual analogue scales. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*. 1969;62(10):989.
83. Scott J, Huskisson E. Graphic representation of pain. *Pain*. 1976;2(2):175-184.
84. Corah NL, Gale EN, Illig SJ. Assessment of a dental anxiety scale. *Journal of the American Dental Association* (1939). 1978;97(5):816-819.
85. Corah NL. Development of a dental anxiety scale. *Journal of Dental Research*. 1969;48(4):596-596.
86. Seydaoğlu G, Doğan MC, Şükrü U, Yazgan İNANÇ B, Çelik M. Corah dental anksiyete skalasının Türkçe uyarlamasının geçerlilik-güvenilirliği ve dental anksiyete görülme sıklığı. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*. 2006;7(1):7-14.
87. Humphris GM, Morrison T, Lindsay S. The Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. *Community Dental Health*. 1995;5(3):102-113.
88. Tunc EP, Firat D, Onur OD, Sar V. Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) in a Turkish population. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2005;33(5):357-362.
89. Ilgüy D, Ilgüy M, Dinçer S, Bayirli G. Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale in Turkish patients. *Journal of International Medical Research*. 2005;33(2):252-259.
90. Humphris G, Wong H, Lee G. Preliminary validation and reliability of the modified child dental anxiety scale. *Psychological Reports*. 1998;83:1179-1186.
91. Howard KE, Freeman R. Reliability and validity of a faces version of the Modified Child Dental Anxiety Scale. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2007;17(4):281-288.
92. Porritt J, Buchanan H, Hall M, Gilchrist F, Marshman Z. Assessing children's dental anxiety: a systematic review of current measures. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2013;41(2):130-142.

93. Al-Namankany A, De Souza M, Ashley P. Evidence-based dentistry: analysis of dental anxiety scales for children. *British Dental Journal*. 2012;212(5):219-222.
94. Cuthbert M. A screening device: children at risk for dental fears and management problems. *Journal of Dentistry Children*. 1982;49:432-436.
95. Ten Berge M, Hoogstraten J, Veerkamp JS, Prins PJ. The Dental Subscale of the Childrens Fear Survey Schedule: a factor analytic study in the Netherlands. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1998;26(5):340-343.
96. Şeydaoğlu G, Doğan M, Uğuz S, Inanç B, Diler R. Reliability and validity of the Turkish version of " dental subscale of the Children's Fear Survey Schedule" and the frequency and risk Factors of dental fear in Children. *Journal of Ege University Faculty of Dentistry*. 2006;27:31-38.
97. Cademartori MG, Cara G, Pinto GdS, da Costa VPP. Validity of the Brazilian version of the dental Subscale of children's fear survey schedule. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2019;29(6):736-747.
98. Tuğba S, Oba AA, Arıkan V, Şahin ND. 7-15 Yaş arası çocuklarda dental anksiyete sıklığı ve ebeveynlerin anksiyetesi ile ilişkisi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*. 2020;8(1):36-45.
99. Alshoraim MA, El-Housseiny AA, Farsi NM, Felemban OM, Alamoudi NM, Alandejani AA. Effects of child characteristics and dental history on dental fear: cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2018;18(1):1-9.
100. Paglia L, Gallus S, De Giorgio S, Cianetti S, Lupatelli E, Lombargo G. Reliability and validity of the Italian versions of the Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale and the Modified Child Dental Anxiety Scale. *European Journal of Paediatric Dentistry*. 2017;18(4):305-312.
101. Abanto J, Vidigal EA, Carvalho TS, Sá SNCd, Bönecker M. Factors for determining dental anxiety in preschool children with severe dental caries. *Brazilian Oral Research*. 2017;31
102. Shim YS, Kim AH, Jeon EY, An SY. Dental fear and anxiety and dental pain in children and adolescents; a systemic review. *Journal of Dental Anesthesia and pain Medicine*. 2015;15(2):53-61.
103. Carrillo-Diaz M, Crego A, Romero-Maroto M. The influence of gender on the relationship between dental anxiety and oral health-related emotional well-being. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2013;23(3):180-187.
104. Majstorovic M, Morse D, Do D, Lim L, Herman N, Moursi A. Indicators of dental anxiety in children just prior to treatment. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2014;39(1):12-17.
105. Wu L, Gao X. Children's dental fear and anxiety: exploring family related factors. *BMC Oral Health*. 2018;18:1-10.

106. Laureano ICC, Farias L, Fernandes LHF, Alender CRB, Forte F, Honoiro DR. Dental fear in children: association with dental caries and molar incisor hypomineralization. *Brazilian Dental Journal*. 2020;31:673-679.
107. Akyüz S, Doğan BN, Leyla K. Süt, erken ve geç karışık dişlenme dönemindeki çocuklarda beslenme alışkanlığı ve ağız sağlığı. *Clinical and Experimental Health Sciences*. 2012;2(3):113-118.
108. Fraihat N, Madae'en S, Bencze Z, Herczeg A, Varga O. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of oral-health promotion in dental caries prevention among children: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(15):2668.
109. Koçanalı B, Ak AT, Coğulu D. Çocuklarda diş çürüğüne neden olan faktörlerin incelenmesi. *Pediatric Research*. 2014;1(2):76-9.
110. Katanec T, Singh S, Majstorovic M, Klaric I, Herman N, Moursi A. Gender differences in dental anxiety and medical fear in Croatian adolescents. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2018;42(3):182-187.
111. Yahyaoğlu Ö, Baygın Ö, Yahyaoğlu G, Tüzüner T. 6-12 Yaş grubu çocuklarda diş hekiminin dış görünüşünün dental durum ile ilişkisinin değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*. 2017;28(3):292-304.
112. Lee CY, Chang YY, Huang ST. Prevalence of dental anxiety among 5-to 8-year-old Taiwanese children. *Journal of Public Health Dentistry*. 2007;67(1):36-41.
113. Öncağ Ö, Coğulu D. Ailenin sosyoekonomik durumu ve eğitim düzeyinin çocuklarda dental kaygı üzerine etkisi. *European Annals of Dental Sciences*. 2005;32(1):45-54.
114. Al-Haddad K, Al-Hebshi N, Al-Ak'hali M. Oral health status and treatment needs among school children in Sana'a City, Yemen. *International Journal of Dental Hygiene*. 2010;8(2):80-85.
115. Yiğit A. Çocuklarda Beslenme alışkanlıklarının ağız-diş sağlığına ve tükürükteki porphyromonas gingivalis Ve bifidobacterium türleri üzerine etkilerinin incelenmesi. *Marmara Üniversitesi*; 2019.
116. Gustafsson A. Dental behaviour management problems among children and adolescents—a matter of understanding? Studies on dental fear, personal characteristics and psychosocial concomitants. *Institute of Odontology. Department of Pedodontics*; 2010.
117. Pai R, Mandroli P, Benni D, Pujar P. Prospective analysis of factors associated with dental behavior management problems, in children aged 7-11 years. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*. 2015;33(4):312.

118. Felemban OM, Alshoraim MA, El-Housseiny AA, Farsi NM. Effects of familial characteristics on dental fear: a cross-sectional study. *The Journal of Contemporary Dental Practice*. 2019;20(5):610-15.
119. Esa R, Ong AL, Humphris G, Freeman R. The relationship of dental caries and dental fear in Malaysian adolescents: a latent variable approach. *BMC Oral Health*. 2014;14(1):1-7.
120. Moore R, Birn H, Kirkegaard E, Brødsgaard I, Scheutz F. Prevalence and characteristics of dental anxiety in Danish adults. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1993;21(5):292-296.
121. Ingman KA, Ollendick TH, Akande A. Cross-cultural aspects of fears in African children and adolescents. *Behaviour Research and Therapy*. 1999;37(4):337-345.
122. Taani DQ. Dental attendance and anxiety among public and private school children in Jordan. *International Dental Journal*. 2002;52(1):25-29.
123. Nguyen NT, Boyd LD, Oh U, Vineyard J. Patients' Fear, Stress, and Anxiety Toward Attending Dental Visits During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Dental Hygiene*. 2022;96(6)
124. Tofangchiha M, Lin C-Y, Scheerman JF, Broström A, Ahonen H, Geiffiths M. Associations between fear of COVID-19, dental anxiety, and psychological distress among Iranian adolescents. *BDJ Open*. 2022;8(1):19.
125. Olszewska A, Rzymiski P. Children's dental anxiety during the COVID-19 pandemic: Polish experience. *Journal of Clinical Medicine*. 2020;9(9):27-51.
126. Ahmed MA, Jouhar R, Ahmed N, Adnan S, Aftab M, Zafar MS. Fear and practice modifications among dentists to combat novel coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(8):21-28.
127. Angelopoulou MV, Seremidi K, Papaioannou W, Gizani S. The impact of COVID-19 lockdown on the oral health status of paediatric dental patients in Greece. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2023;8(2):102-109.
128. Matsuyama Y, Isumi A, Doi S, Fujiwara T. Impacts of the COVID-19 pandemic exposure on child dental caries: Difference-in-differences analysis. *Caries Research*. 2022; 6(4):340-345.
129. Folayan MO, Ibigbami OI, Oloniniyi IO, Oginni O, Aloba O. Associations between psychological wellbeing, depression, general anxiety, perceived social support, tooth brushing frequency and oral ulcers among adults resident in Nigeria during the first wave of the COVID-19 pandemic. *BMC Oral Health*. 2021;21:1-10.
130. Matsuyama Y, Aida J, Takeuchi K, Koyama S, Tabuchi T. Dental pain and worsened socioeconomic conditions due to the COVID-19 pandemic. *Journal of Dental Research*. 2021;100(6):591-598.

131. Kisely S, Sawyer E, Siskind D, Lalloo R. The oral health of people with anxiety and depressive disorders—a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2016;200:119-132.
132. Docimo R, Costacurta M, Gualtieri P, Pujia A, Leggeri C, Atiina A. Cariogenic risk and COVID-19 lockdown in a paediatric population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(14):7558.
133. Fux-Noy A, Mattar L, Shmueli A, Halperson E, Ram D, Moskovitz M. Oral health care delivery for children during COVID-19 pandemic: a retrospective study. *Frontiers in Public Health*. 2021;9:637351.
134. Guo H-Q, Xu T, Pan J, Ji A-P, Huang M-W, Bai J. A retrospective study of oral emergency services during COVID-19. *International Dental Journal*. 2022;72(2):236-241.
135. Olszewska A, Paszynska E, Roszak M, Czajka-Jakubowska A. Management of the oral health of children during the COVID-19 pandemic in Poland. *Frontiers in Public Health*. 2021;9:635081.

EKLER

Ek-1: Çalışmanın etik kurul onayı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/369-432

13.07.2020

Sayın Prof. Dr. Aysun AVŞAR

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **COVID-19** pandemisinin 7-12 yaş arası **çocukların dental anksiyete düzeyine etkisinin değerlendirilmesi** başlıklı OMÜ KAEK 2020/400 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildiri'mesine 11.06.2020 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Ek-2: Bilgi Edinme Formu

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Prof. Dr. Aysun AVŞAR danışmanlığında yapılan bu çalışmanın konusu "COVID-19 pandemisinin 7-12 yaş arası çocukların dental anksiyete düzeyine etkisinin değerlendirilmesi" dir. Çalışmamız kapsamında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine başvuran mümkün olduğunca fazla sayıda hastaya ulaşılması hedeflenmektedir. Samimiyetle vereceğiniz cevaplar bilimsel amaçla çalışmamızda kullanılacaktır. Bu çalışma kapsamında aşağıdaki anket sorularını cevaplamamız gerekmektedir. Sorularınız için yardımcı araştırmacı Dt. Eda TUNCEL'e 0362 312 1919 - 8180 no'lu telefondan ve ya dt.edatop@gmail.com e-posta adresinden ulaşabilirsiniz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

1- Çocuğunuzun yaşı:

2-Çocuğın cinsiyeti: Kız ☐ Erkek ☐

3-Çocuğın kardeşi var mı? Hayır ☐ Evet ☐

Evet ise; Toplam çocuk sayısı

4-Yaşıdığınız yer? Şehir merkezi ☐ İlçe ☐ Köy ☐

5-Formu dolduran ebeveyn? Anne ☐ Baba ☐

6- Formu dolduran ebeveynin yaşı?

7-Annenin eğitim durumu nedir? Eğitim almamış ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Lisans ☐

8-Babanın eğitim durumu nedir? Eğitim almamış ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Lisans ☐

9-Aile geliri nedir? Asgari ücret ve altı ☐ Asgari ücretten fazla ☐

10-Ailenizde COVID-19 enfeksiyonuna yakalanan oldu mu? Hayır ☐ Evet ☐

11-Tüm dünyada görülen COVID-19 salgını sonrası çocuğınızı diş hekimine götürmekten endişe duydunuz mu?

Hayır ☐ Evet ☐

12-Tüm dünyada görülen COVID-19 salgını süresince çocuğınızı diş hekimine götürmeniz gerekti mi?

Hayır ☐ Evet ☐

13-Tüm dünyada görülen COVID-19 salgını süresince çocuğunuzun şeker içeren yiyecekleri tüketimi arttı mı?

Hayır ☐ Evet ☐

14-Çocuğın doktor tarafından tanı konulmuş herhangi bir sistemik hastalığı var mı?

Hayır ☐ Evet ☐ Evet ise (açıklayınız)

15-Çocuğın kliniğimize başvurma sebebiniz nedir? Ağrı ☐ Tedavi amaçlı ☐

16-Çocuğunuz daha önceden diş hekimine başvurdunuz mu? Hayır ☐ Evet ☐

17-Ebeveynin son diş hekimi ziyaret nedeni nedir? Ağrı ☐ Tedavi amaçlı ☐

Ek-3: Çocuklarda Korku Araştırması Programı Dental Alt Ölçeği

Çocuklarda Korku Araştırması Programı Dental Alt Ölçeği (CFSS-DS)

Aşağıdaki maddeleri okuyunuz ve sizde oluşturduğu korku düzeyini (Korkmam, Çok Korkarım gibi) ilgili kutucuğa işaret koyarak (X gibi) cevaplandırınız.

		Korkmam	Çok az korkarım	Biraz korkarım	Çok korkarım	Aşırı korkarım
1	Diş hekimi					
2	Doktor					
3	Enjeksiyon					
4	Ağzının kontrol edilmesi					
5	Ağzını açmak zorunda olmak					
6	Yabancıların sana dokunması					
7	Birinin sana bakması					
8	Diş hekiminin döner aletleri					
9	Döner aletlerin görüntüsü					
10	Döner aletlerin gürültüsü					
11	Ağzına alet koyulması					
12	Nefes alamamak					
13	Hastaneye gitmek					
14	Beyaz üniformalı kişiler					
15	Dişlerinin temizlenmesi					

TOPLAM:

Ek-4: Modifiye Dental Anksiyete Skalası

Sayın Veli,

Aşağıda kişilerin diş tedavisine yönelik duyguları ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Her bir ifadeyi okuyarak size en uygun seçeneği belirtiniz. (Bu form anne/baba içindir.)

SORU1: Yarın diş hekimine gitmen gerekse kendini nasıl hissederisin?

- (1) Oldukça eğlenceli bir deneyim olarak yarın dişçiye gitmeyi dört gözle beklerim.
- (2) Önemsemem.
- (3) Biraz huzursuz hissederim.
- (4) Acı verici olacağı ve hoş olmayacağı için korkarım.
- (5) Diş hekiminin yapacağı şeyler beni korkutur.

SORU2: Diş hekiminin muayenehanesinde beklerken kendini nasıl hissederisin?

- (1) Rahat hissederim.
- (2) Biraz huzursuz hissederim.
- (3) Oldukça gergin hissederim.
- (4) Çok kaygılı hissederim.
- (5) O kadar endişelenirim ki aşırı terler veya kendimi fiziksel bir hastalığım varmış gibi kötü hissederim.

SORU3: Diş hekimi koltuğuna oturuyorsun ve hekim dolgu matkabı ile dişlerinin üzerinde çalışmaya başlayacak. Kendini nasıl hissederisin?

- (1) Rahat hissederim.
- (2) Biraz huzursuz hissederim.
- (3) Oldukça gergin hissederim.
- (4) Çok kaygılı hissederim.
- (5) O kadar endişelenirim ki aşırı terler veya kendimi fiziksel bir hastalığım varmış gibi kötü hissederim.

SORU4: Dişlerini temizletmek için koltuğa oturuyorsun, siz beklerken diş hekimi diş taşlarını kazıyan aleti çıkarıyor. Kendini nasıl hissederisin?

- (1) Rahat hissederim.
- (2) Biraz huzursuz hissederim.
- (3) Oldukça gergin hissederim.
- (4) Çok kaygılı hissederim.
- (5) O kadar endişelenirim ki aşırı terler veya kendimi fiziksel bir hastalığım varmış gibi kötü hissederim.

SORU5: Diş hekiminiz üst arka dişinizin üstünde dişetinize lokal anestezi enjeksiyonu yapacak olsa kendinizi nasıl hissederisiniz?

- (1) Rahat hissederim.
- (2) Biraz huzursuz hissederim.
- (3) Oldukça gergin hissederim.
- (4) Çok kaygılı hissederim.
- (5) O kadar endişelenirim ki aşırı terler veya kendimi fiziksel bir hastalığım varmış gibi kötü hissederim.

TOPLAM:

