

T.C
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ PEDODONTİ ANABİLİM DALI

**DİŞ HEKİMİ PROFİL GÖRÜNÜMLERİNE GÖRE ÇOCUK HASTA
VE EBEVEYNİNİN HEKİM TERCİHİ AÇISINDAN
UYUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hazırlayan
Büşra YILDIZ

Danışman
Doç.Dr. Burcu GÜÇYETMEZ TOPAL

2025 – AFYONKARAHİSAR

T.C.
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ PEDODONTİ ANABİLİM DALI

**DİŞ HEKİMİ PROFİL GÖRÜNÜMLERİNE GÖRE ÇOCUK HASTA
VE EBEVEYNİNİN HEKİM TERCİHİ AÇISINDAN
UYUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hazırlayan
Arş. Gör. Dt. Büşra YILDIZ
DİŞ HEKİMLİĞİNDE UZMANLIK TEZİ

Danışman
Doç.Dr. Burcu GÜÇYETMEZ TOPAL

2025-AFYONKARAHİSAR

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK SAYFASI

Çalışmamızın etik kurul onayı Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Müdahale Olmayan Bilimel Araştırmalar Etik Kurulu’ndan alınmıştır (01.11.2024 tarihli 2024/9 sayılı toplantı). (EK-1)





TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimime başladığım günden bu yana desteğini hep üzerimde hissettiğim, akademik ve klinik bilgisiyle her daim kapısını çaldığım, bundan sonrasında da desteğini, ilgisini hissedeceğime inandığım kıymetli tez danışman hocam Doç.Dr.Burcu GÜÇYETMEZ TOPAL'a

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerini her daim benimle paylaşan değerli hocalarım Doç.Dr.Özgür DOĞAN, Dr.Öğr. Üyesi Mehmet ÜNAL, Dr.Öğr. Üyesi İsmail Haktan ÇELİK, Dr.Öğr Üyesi Hatice TÜRKOĞLU ve Dr.Öğr.Üyesi Ayça Hande SARI 'ye

Tezimin hazırlanma aşamasında desteklerini esirgemeyen Uzm.Dt.Melikşah URAL, Arş.Gör.Dt. Ezgi AKKAYA, Arş.Gör.Dt. Mehmet SOYBELLİ ve Vedat ATAŞ'a

Uzmanlık eğitimim sürecinde kazandığım, desteğine ve arkadaşlığına her daim minnettar olduğum Uzm.Dt. Melike TIRAŞ'a

Bu değerli yolu beraber yürüdüğüm, kıymetli dostlarım Arş.Gör.Dt.Ayşenur KULA ve Arş.Gör.Dt. Gözde ÜLKER 'e

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte çalışmaktan keyif aldığım, Pedodonti Anabilim Dalı'ndaki tüm asistan arkadaşlarıma ve yardımcı sağlık personeline,

Hep bir telefon uzağımda olan kız kardeşim Dt.Melike Sena YILMAZ'a

Bana olan inançlarıyla, emekleri ve sonsuz sevgileriyle her daim yanımda olan, desteklerini hiç esirgemeyen, ailem oldukları için her zaman gurur duyduğum, babam Ahmet Mustafa YILDIZ ve annem Sevgi YILDIZ'a

Uzun zamandır omzumdaki desteğim, oyun arkadaşım, yol arkadaşım, sevgili eş'im Arş.Gör.Dt.Orhan PARLAKKAYA'ya

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

DİŞ HEKİMİ PROFİL GÖRÜNÜMLERİNE GÖRE ÇOCUK HASTA VE EBEVEYNİNİN HEKİM TERCİHİ AÇISINDAN UYUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Büşra YILDIZ

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı Diş Hekimliğinde Uzmanlık Tezi
Haziran 2025
Danışman: Doç. Dr. Burcu GÜÇYETMEZ TOPAL

ÖZET

Amaç: Çalışmanın amacı; çocuk hastaların ve ebeveynlerinin değişen profil görünümüne sahip diş hekimlerine dair tercihlerinin ve birbiri arasındaki uyumlarının değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 7-14 yaş aralığında 300 çocuk ve annesi dahil edilmiştir. Çalışmada kullanılmak üzere hekim tarafından dört bölümden oluşan Likert bir anket formu oluşturulmuştur. Çalışmada doldurulacak anket için hekimlerin saç özelliklerinin değerlendirildiği bir bölüm oluşturulmuştur. Bu bölümde, bone kullanan ve kullanmayan kadın/erkek model fotoğrafları, farklı saç tipine, rengine ve uzunluğuna sahip kadın/erkek model fotoğrafları sunulmuştur. Anketin aksesuar bölümünde ise piercing, dövme, küpe, optik gözlük, siperlik, makyaj, sakal, bıyık kategorileri yer almıştır. Tüm katılımcıların dental anksiyete düzeyleri Corah Dental Anksiyete Skalası kullanılarak belirlenmiştir. Ölçümde kullanılacak anket ve form, bir platform aracılığıyla çevrim içi olarak doldurulmaya hazır hale getirilerek tek bir araştırmacı tarafından doldurtulmuştur. Anket çocuk ve anne bölümü olarak iki ayrı aşamada hazırlanmıştır. Çalışmanın istatistiksel analizi SPSS paket yazılım kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Çocuk katılımcılar ve anneler kadın hekimleri, erkek hekimlerden daha çok tercih etmiştir. Hekimlerin saç stilleri değerlendirildiğinde hem çocuk hem annelerin en düşük puanlamayı uzun saçlı erkek hekim için yaptıkları bulunmuş ve çocuk ve annesi arasında anlamlı düzeyde uyum görülmüştür (ICC=0,358; $p<0,001$). Aksesuar bölümünde ise hekimlerin piercing ve dövmealarının olması diğer kategorilere göre daha düşük ortalama puanlar ile değerlendirilmiştir. Çocukların yaş grupları ergenlik öncesi (7-9 yaş) ve ergenlik dönemi (10-14 yaş) olarak sınıflandırıldığında ergenlik dönemindeki çocukların hekimlerin saç özellikleri kategorisinde anneleri ile uyum göstermedikleri görülmüştür (ICC=0,281; $p=0,072$).

Sonuç: Çalışmamızda anne ve çocuğun hekim tercihinde sıklıkla birbirleri ile uyumlu oldukları görüldü de çocuklar yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde ergenlik dönemi içindeki çocuk hastaların tercihlerinin anneleri ile paralel seyreteyebileceği bulunmuştur. Dolayısıyla, hekim tercihi konusunda özellikle daha büyük yaşta çocukların da fikirleri önemsenmelidir. Bununla birlikte hekimlerin sosyal hayatlarında tercih edebilecekleri marjinal saç stilleri ve aksesuar seçimleri hastaların hekim ile ilgili algılarında etkili olabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Diş hekimi hasta ilişkisi, Fiziksel görünüm, Hekim tercihi, Uyum

EVALUATION OF THE COMPATIBILITY OF CHILDREN AND THEIR PARENTS IN TERMS OF THEIR PREFERENCE FOR DENTISTS BASED ON DENTIST PROFILE APPEARANCES

Büşra YILDIZ

Afyonkarahisar Health Sciences University
Faculty of Dentistry Department of Pediatric Dentistry Specialization Thesis
June 2025
Supervisor: Assoc.Prof. Burcu GÜÇYETMEZ TOPAL

ABSTRACT

Objective: The aim of the study was to evaluate the preferences of pediatric patients and their parents for dentists with varying profile appearances and their concordance with each other.

Materials and Methods: The study included 300 children aged 7-14 years and their mothers who met the inclusion criteria. A Likert scale questionnaire form consisting of four sections was created by the physician to be used in the study. For the questionnaire to be filled in the study, a section was created in which the hair characteristics of the physicians were evaluated. In this section, photos of male/female models with and without bonnets, and photos of male/female models with different hair types, colors and lengths are presented. The accessory section of the questionnaire included piercing, tattoo, earring, optical glasses, visor, make-up, beard, mustache categories. Dental anxiety levels of all participants were determined using the Corah Dental Anxiety Scale. The questionnaire and form to be used in the measurement were made ready to be filled in online through a platform and completed by a single researcher. The questionnaire was prepared in two separate stages as child and mother sections. Statistical analysis of the study was performed using SPSS package software.

Results: Child participants and mothers preferred female physicians more than male physicians. When the hairstyles of the physicians were evaluated, it was found that both children and mothers gave the lowest rating for the male physician with long hair and a significant level of agreement was observed between the child and the mother ($ICC=0.358$; $p<0.001$). In the accessories section, piercings and tattoos of physicians were evaluated with lower mean scores compared to other categories. When the age groups of the children were classified as pre-adolescent (7-9 years) and adolescent (10-14 years), it was observed that adolescent children did not show agreement with their mothers in the category of physicians' hair characteristics ($ICC=0.281$; $p=0.072$).

Conclusion: In our study, although it was observed that the mother and child were often compatible with each other in their choice of physician, when the children were evaluated according to age groups, it was found that the preferences of pediatric patients in the adolescence period may not follow a parallel course with their mothers. Therefore, it is recommended that older children should also be asked for their opinions on physician preference. In addition, it should be kept in mind that the marginal hairstyles and accessories that physicians may prefer in their social lives may affect patients' perceptions of the physician.

Keywords: Dentist patient relations, Physical appearance, Physician preference, Compliance

İÇİNDEKİLER

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK SAYFASI.....	ii
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Korku ve Kaygı.....	2
2.1.1. Dental Anksiyete ve Epidemiyolojisi.....	3
2.2. Çocuk Dental Anksiyetesini Etkileyen Faktörler.....	3
2.2.1. Hastaya Ait Etkenler	4
2.2.2. Ebeveyne Ait Faktörler	6
2.2.3. Diş Hekimine Ait Faktörler.....	7
2.2.4. Dental Anksiyete Belirleme Yöntemleri	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Etik Kurul Onayı, Gerekli İzin ve Onam Formları	22
3.2. Hastaların Seçimi	22
3.3. Fotoğrafların Geliştirilmesi.....	23
3.4. Tez Çalışmasında Kullanılan Ölçekler.....	26
3.5. Anket Geliştirilmesi	26
3.6. Pilot Çalışma Düzenlenmesi	27
3.7. Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi.....	28
3.8. İstatistiksel Analiz.....	28
4. BULGULAR.....	29
4.1. Sosyodemografik Bulgular.....	29
4.2. Hekim Cinsiyeti Açısından Değerlendirilme	30

4.3. Çocuk Yaş Gruplarına göre Çocuk ve Anne Arasındaki Uyumun Değerlendirilmesi.....	30
4.4. Saç Özellikleri Bakımından Anne ve Çocuk Uyumunun Değerlendirilmesi.....	31
4.5. Aksesuar Özellikleri Bakımından Anne ve Çocuk Uyumunun Değerlendirilmesi	34
4.6. Dental Anksiyete Seviyelerine göre Anne ve Çocuk Uyumlarının Değerlendirilmesi.....	37
4.6.1. Ebeveyn Aksiyete Seviyesine göre Anne ve Çocuk Uyumunun Değerlendirilmesi.....	37
4.6.2. Çocuk Aksiyete Seviyelerine göre Anne ve Çocuk Uyumlarının Değerlendirilmesi.....	39
4.7. Ebeveyn eğitim düzeyine göre çocuk ve anne arasındaki uyumun değerlendirilmesi.....	40
4.8. Ebeveyn çalışma grubuna göre çocuk ve anne arasındaki uyumun değerlendirilmesi.....	41
5. TARTIŞMA	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	51
7. KAYNAKLAR	53

KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ

®	Tescilli
SPO ₂	Oksijen satürasyonu
VPT	Venham Resim Testi
FIS	Görsel Yüz Skalası
SFP	Gülen Yüz Programı
CBC	Chotta Bheem-Chutki Resim Skalası
CFSS-DS	Çocuk Korku Değerlendirme Skalası Dental Alt Skalası
CDAS	Corah Dental Anksiyete Skalası
MCDAS	Modifiye Çocuk Dental Anksiyete Skalası
MCDASf	Modifiye Çocuk Diş Hekimliği Anksiyetesi Ölçeği
ICC	Sınıf içi korelasyon kat sayısı
n	Frekans
ss	Standart sapma
min	Minimum
max	Maksimum
%	Yüzde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

TABLÖLAR DİZİNİ

- Tablo 2.1:** Dental anksiyete görülme sıklığı hakkında 2010-2023 yılları arasında yapılmış çalışmalar
- Tablo 2.2:** Hekim kıyafeti ve dış görünümüne yönelik güncel çalışmalar
- Tablo 2.3:** Kullanılacak olan yöntemin seçiminde, çocuğun yaşı ve gelişim düzeyi
- Tablo 2.4:** Dental anksiyete ölçümünde kullanılan psikometrik ölçüm yöntemleri
- Tablo 4.1:** Çocukların demografik özelliklerine ait tanımlayıcı istatistikleri
- Tablo 4.2:** Ebeveynlerin demografik özelliklerine ait tanımlayıcı istatistikler
- Tablo 4.3:** Çocuk yaş gruplarına göre çocuk ve anne arasındaki uyumun incelenmesi
- Tablo 4.4:** Çocuk ve annenin saç özellikleri bakımından ortalama puanları
- Tablo 4.5:** Hekimlere göre çocuk ve anne arasındaki uyumun incelenmesi
- Tablo 4.6:** Hekimin saç ve aksesuar özelliklerine ilişkin ana kategorilerin ortalama puanları
- Tablo 4.7:** Ebeveyn anksiyete durumlarına göre figüre ve skorlar açısından çocuk ve anne arasındaki uyumun incelenmesi
- Tablo 4.8:** Çocuk anksiyete durumlarına göre figüre ve skorlar açısından çocuk ve anne arasındaki uyumun incelenmesi
- Tablo 4.10:** Ebeveyn çalışma durumuna göre figüre ve skorlar açısından çocuk ve anne arasındaki uyumun incelenmesi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1: MCDASf soruları

Şekil 3.1: Saç özellikleri kategorisinde bone kullanımına ait fotoğraflar

Şekil 3.2: Saç özellikleri kategorisinde saç renklerine ait fotoğraflar

Şekil 3.3: Saç kategorisinde saç tiplerine ait fotoğraflar

Şekil 3.4: Saç kategorisinde saç uzunluklarına ait fotoğraflar

Şekil 3.5: Aksesuar kategorisinde kadın hekime ait fotoğraflar

Şekil 3.6: Aksesuar kategorisinde erkek hekime ait fotoğraflar

Şekil 3.7: Cinsiyet tercihi için kullanılan karikatürler

Şekil 3.8: Çocuk ve anne anketinin cevaplandırılması

DİŞ HEKİMİ PROFİL GÖRÜNÜMLERİNE GÖRE ÇOCUK HASTA VE EBEVEYNİNİN HEKİM TERCİHİ AÇISINDAN UYUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Diş hekimliği uygulamaları, gelişen teknolojik yöntem ve uygulamalara rağmen halen günümüzde çeşitli yaş grubundan bireyde dental anksiyeteye sebep olabilmektedir. Dental anksiyetenin; çocukluk döneminde yerleştiği ve erişkinlik döneminde de devamlılık gösterdiği bilinmektedir. Çocuğun dental anksiyetesi; çocuğun kendisine, ebeveyne ve diş hekimine ait birçok faktörden etkilenebilmektedir (1,2).

Çocuk diş hekimliğinde, olumlu hasta hekim ilişkisi çocuğun tedaviye uyum göstermesini ve hekimin uyguladığı tedavinin başarısını etkileyen önemli bir aşamadır. Sağlık alanında yapılan çalışmalar incelendiğinde; çeşitli hastalıklara sahip bireyler üzerinde yapılmış çalışmalarda, olumlu hekim hasta ilişkisinin hastaların tedaviye olan uyumlarını artırdığını ve genel sağlık durumlarında olumlu değişimlere katkı sunduğu bildirilmektedir (3–7).

Hekim hasta ilişkisi yalnız sözlü bir iletişim hali olmayıp hekimin dış görünümünü ve hekimin hastaya yaklaşımını da kapsamaktadır. Bu hususta birçok çalışmada hekimin dış görünümünün, kullandığı aksesuarın ve tercih ettiği kişisel koruyucu ekipmanların hastaların hekim tercihinin yönlendirdiği görülmüştür (8–10). Ancak, 18 yaşından küçük bireylerin ebeveynleri himayesinde olması nedeniyle çocuklarla ilgili sağlık kararlarını ebeveynleri almaktadır ve bu durum çocuğun, ebeveyninin tercih ettiği hekim tarafından tedavi edildiği fikrini ortaya çıkarmaktadır (11). Ancak, erişilebilir literatür incelendiğinde çocuk ve ebeveyninin tercihlerinin uyumlarının değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanılmaması dikkat çekmektedir.

Mevcut tez çalışmamızın amacı; çocuk hastaların ve ebeveynlerinin değişen profil görünümüne sahip diş hekimlerine dair tercihlerinin ve anne ile çocuk arasındaki uyumun değerlendirilmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Korku ve Kaygı

Diş çürüğü çocukluk çağında görülen en yaygın kronik hastalık olup çocuklar üzerinde birçok bölgesel ve sistemik etkisi izlenmektedir. Çocuklarda ağrı, enfeksiyon, yemek yeme sorunları, zayıf konuşma gelişimi, düşük öz saygı, uyku sorunları, okul başarısında düşüş ve gelişim geriliği gibi sonuçlar doğurabilir. Bu nedenle diş çürükleri tedavi edilmeli ve gelişim dönemindeki çocukların çene yüz gelişimi desteklenmelidir (12).

Kaygı ve korku sözlük anlamı olarak birbirlerine yakın anlamlı kelimeler olup genel olarak bireyin kendini tehlikede hissettiği olay ve durumlarda meydana gelen bir duygu ruh halidir. Korku; hayatı yahut güvenliği tehdit eden mevcut ya da ihtimal dahilinde bir tehlikeye karşı sergilenen ruhsal ve bedensel olarak verilen bir tepkidir. Dental korku, küçük yaş grubundaki çocuklarda daha yüksek düzeyde kendini gösterirken, daha erişkin yaşlarda bu seviye azalmaktadır. Küçük yaşlarda dental korku genellikle ağlama şeklinde, daha büyük çocuklarda ise karın ağrısı, bulantı, baş ağrısı ya da sık tuvalete gitme gibi psikosomatik belirtiler vermektedir (13). Kaygı ise; fiziksel belirtilerin de olduğu, bilinmeyen tehlikelere karşı verilen nedensiz tedirginlik olarak tanımlanır. Kaygı yaşayan kişi bu durumu kötü bir şey olacaktıymış hissi, gereksiz bir endişe hali ya da nedensiz bir korku şeklinde ifade eder (13). Korku ve kaygı düzeyinin hekim tarafından doğru bir şekilde yönetilmesi tedavinin süresi, kalitesi ve prognozu açısından önem arz etmektedir.

Modern tıbbın gelişimi ile anestezi solüsyonlar etkin şekilde kullanılıyor olsa da halen diş hekimi korkusu yaygın şekilde görülmektedir. Diş hekimi kaygısının, sıklıkla kaygı duyulan obje ve durumlar arasında beşinci sırada yer aldığı bildirilmektedir (14,15). Bu durum pek çok yaş grubunda görülse dahi çocukluk döneminde yoğunlaşmaktadır. Çocukluk dönemindeki kaygının erişkin dönemde de kalıcılığını sürdürdüğü görülmektedir (15,16).

2.1.1. Dental Anksiyete ve Epidemiyolojisi

Farklı yaş grubundaki çocuk ve ergenlerde yapılan çalışmalar dental anksiyete prevalansının %5,7 ile %20,2 aralığında değişmekte olduğunu göstermiştir (2,17,18). Bunun yanında kız çocukları erkek çocuklarından, küçük yaştaki çocukların daha büyük çocuklara göre daha yüksek dental anksiyete seviyelerine sahip olduğu bildirilmiştir (1,2). Literatürde dental anksiyete prevalansının değerlendirildiği bazı çalışmalar tablo 2.1 'de özetlenmiştir:

Tablo 2.1: Dental anksiyete görülme sıklığı hakkında 2010-2023 yılları arasında yapılmış çalışmalar

Yazarlar	Yıl	Örneklem Büyüklüğü	Yaş Aralığı	Dental Anksiyete Görülme Sıklığı (%)	Ülke
Sun ve ark. (19)	2024	25 çalışma	2-6 yaş	%30	Çoklu ülke
Bajrić ve ark. (20)	2023	200 kişi	9-12 yaş	%17,5	Bosna-Hersek
Kakkar ve ark. (21)	2022	400 kişi	3-14 yaş	%63,8	Hindistan
Slabšinskienė ve ark. (22)	2021	1590 kişi	11-18 yaş	%12,5	Litvanya
Nguyen ve ark. (23)	2018	900 kişi	8-10 yaş	Estonya: %30,7, Vietnam: %28	Estonya ve Vietnam
Paglia ve ark. (24)	2017	210 kişi	4-11 yaş	%13,8	İtalya

2.2. Çocuk Dental Anksiyetesini Etkileyen Faktörler

Çocuk diş hekimliğinde, tedavi süreci hastanın tedavi ortamına girdiği andan itibaren hekimin cinsiyeti, ses tonu, yaklaşımı, dış görünümü gibi birçok faktörden etkilenen dinamik bir süreçtir (25). Bu sürecin iyi yönetilmesi çocuğun koltukta geçireceği süreçte tedaviye olan uyumunu ve sabrını olumlu yönde etkileyecektir.

2.2.1. Hastaya Ait Etkenler

Çocukların kendilerine özgü karakterleri tehlike durumunda kendilerini savunma biçimlerini de etkilemektedir. Çocuğun yetiştirilişi, anne babanın ebeveynlik algısı bu tepki üzerinde etkili olmaktadır (26). Dental tedavilerin de çocuklar tarafından tehlike durumu olarak algılanabilmesi sebebiyle bu faktörlerin çocuklar üzerindeki etkisi göz ardı edilememektedir (27,28).

2.2.1.1. Yaşlara göre Çocuğun Psikolojik Gelişimi

Çocukların psikolojik gelişim sürecinde çevresindeki uyaranlara ve dental tedaviye karşı gösterdiği davranışlar değişkenlik göstermektedir.

0-4 yaş (okul öncesi dönem):

Çocuğun hem fiziksel hem de psikolojik olarak hızla geliştiği bir dönemdir. Ebeveyne olan bağımlılıklarının son derece yüksek olduğu bu süreçte yüksek sesten, yabancılardan ve yüksekten düşmek gibi korkuları mevcuttur. Dil gelişiminin henüz tamamlanmadığı bu dönemde kelime dağarcığının da kısıtlı olmasından kaynaklı korkular, istekler net olarak aktarılamamaktadır ve bu yüzden duygularını ağlayarak gösterme eğilimleri fazladır. Bu dönemdeki çocuklar çevrelerinde gerçekleşen olaylara hemen uyum sağlayamazlar ve kendilerini daha çabuk tehlikede hissedebilirler. Dış hekimi, bu yaştaki çocuklarda kullanacağı tüm aletleri çocuğun yaşına uygun bir şekilde tanımlamalı ve işlemleri mümkün olduğunca kısa sürede tamamlamalıdır (29–32).

5-12 yaş (ergenlik dönemi öncesi):

Çocuğun iletişim becerileri beş yaş ile gelişmeye başlar ve çocuklar anlatılanı anlayabilmeye başlarlar. Herhangi bir davranış veya onlara ait bir eşya ile övülmek, beğenilmek oldukça hoşlarına gider. Önemli bir durumda elleri ile ‘dur’ anlamına gelen bir beden dili kodlamasını algılayabilir ve uygulayabilir. Devam eden gelişimde, altı yaş civarı, okul dönemi başlayacağından okulda yeni bir otorite olan ‘öğretmen’ kavramı anlaşılacaktır. Bu otorite simgesi, dış hekiminin de bir otorite olarak algılamasını

kolaylaştıracaktır. Artık kuralların koyulabildiği ve anlaşılabilirdiği 7-12 yaş döneminde çocuklar yetişkin muamelesi görmek ister ve çocuksu konuşmalardan hoşlanmazlar. Ebeveynlerinden sıklıkla kolayca ayrılabilirler. Rahat iletişim kurulan ve mantık çerçevesinde karar verebilen yaş grubudur (29–32).

12-18 yaş (ergenlik dönemi):

Erişkinliğe yaklaşıldığı bu süreçte bireysellik, öz güven ve öz saygı kavramları anlam kazanmaya başlar. Öz bakım ve beden sağlığının önemi artar. Genç erişkin bu dönemde kendine yeni görevler ve kimlikler belirler. Ergenlik dönemi özgürlük duygusunun yoğun yaşandığı bir süreçtir bu yüzden ki; aile baskısı altında, istemeden tedaviye getirilen ergenlerde şiddetli tepkiler ve tedaviyi reddediş görülebilir. Bu tarz hastalarda onlara erişkin gibi davranılması ve ciddiye alındıklarını hissetmeleri gerekli tedavi ortamını hazırlamaya yardımcı olabilir (29).

2.2.1.2. Çocuğun Uyum Düzeyinin Belirlenmesi

Çocuğun tüm sistemik ve psikolojik anamnezi bir bütün şeklinde değerlendirilmeli, mevcut şartlara uygun şekilde yaklaşım gösterilmelidir. Tedavi seyri çocuğun uyum durumuna göre yönlendirilmelidir. Çocuğun tedaviyi, çevreyi kavrama seviyesi ve kaygı düzeyi ile eğer varsa daha öncesinde tedavi deneyimi hakkında ebeveynlerden detaylı anamnezi alınmalıdır (33,34).

Çocukların dental tedavilere karşı olan yaklaşımları Frankl'ın Davranış Değerlendirme Skalası ile sınıflandırılmış ve çocukların kooperasyon düzeyleri belirlenmiştir. Bu skala hekimin tamamen gözlemsel kanısına dayanmaktadır (35).

Frankl'ın Davranış Değerlendirme Skalası:

Kesinlikle olumsuz: Tedaviyi reddederek ısrarlı bir ağlama sergileyen, korku veya aşırı olumsuzluğun herhangi bir açık göstergesini barındıran çocuk profilidir.

Olumsuz: Tedaviye karşı isteksizliği belli olan, iş birliğinde bulunmayan, somurtarak veya göz temasından kaçınarak iletişime kendini kapatan davranışlar sergileyen çocuk profilidir.

Olumlu: Tedaviyi kabul eden ancak zaman zaman çekingen davranışlar sergileyen, dış hekimiyile uyumlu çocuk profilidir.

Kesinlikle olumlu: Tedaviyi oldukça rahat kabul eden etrafına ilgili, neşeli ve hekimle oldukça uyumlu çocuk profilidir (35).

2.2.2. Ebeveyne Ait Faktörler

Aile, bir çocuğun içerisine doğduğu ilk sosyal çevredir. Bu nedenle çocuğun karakterinde önemli bir paya sahiptir.

Çocuğun kendini güvende hissetmesi, korku ve isteklerini dile getirmesi aile bireyleri tarafından gördüğü tutum ve tavırlara göre değişkenlik gösterebilir. Ebeveynin sosyoekonomik durumu, eğitim düzeyi, depresyon ve şiddet eğilimi, öfke kontrol problemleri, madde bağımlılığı gibi psikolojik sorunları da çocuğu doğrudan etkilemektedir. Bununla beraber ebeveynler negatif dış hekim deneyimlerini, korku ve kaygılarını aynı şekilde çocuklarına aktarabilir ve çocuğun dış hekime karşı olan anksiyetesini artırabilir. Bu nedenle çocuğun dış hekim tecrübesi ebeveyninden aktarılmadan önce, çocuğun dış hekim ile başlangıç olarak erken koruyucu uygulamalar ile tanışması, dış hekim kontrolünü bir rutin olarak algılaması önem teşkil etmektedir (28,36).

2.2.2.1. Ebeveyn Tipleri

Koch'a göre temel ebeveyn modeli 3 grupta incelenir (13):

Aşırı koruyucu aile tipi: Ailenin çocuğu bütün olası tehlikelere karşı fazlaca koruma isteği ve çocuğu dış dünyadan izole etmeye eğilim vardır. Aşırı derecede koruyucu olan ailelerde yetişen çocuklar, bağımlı, kendine güveni olmayan, duygusal problemleri olan; bir başka deyişle toplumsal gelişimi engellenmiş çocuklardır. Aşırı korumacı aileler tarafından yetiştirilen çocuklar bağımlı bir kişilik geliştirdiklerinden kendi başlarına karar veremez ve girişimcilik yeteneklerinden yoksun olurlar. Tüm

istedikleri yerine getirilen çocuklar aksi taktirde istediklerini ağlayarak elde edebileceğini bilir. Bu nedenle, söz konusu çocuklar genellikle ısrarcı ve otoriter tavırlar sergileme eğilimindedir (37).

Baskıcı aile tipi: Aile çocuğa karşı kuralcı ve sınırlamacıdır. Çocukla yakın ilişki kurmazlar. Bu ailelerin çocukları özgüven problemi olan, mutsuz ve çevresindeki insanlara karşı oldukça şüphelidirler (13).

Otoriter aile tipi: Aile anlayışlı, dinleyici ancak kuralları ve talepleri de bir o kadar açıktır. Bu durum çocukta kafa karışıklığına yol açmadan çocuğun öz denetimini geliştirir, yardımcı ve iş birlikçi yönünü güçlendirir. En sağlıklı ve etkili ebeveyn tipi olarak belirtilir (13).

Ayrıca aşırı koruyucu tip aileler, aşırı hoşgörölü aileler, aşırı otoriter aileler, aşırı beklentili ailelerin çocukta davranış bozukluğuna neden olabileceği de bilinmektedir (13,38).

2.2.3. Dış Hekimine Ait Faktörler

Hekimin çocuğa yaklaşımı, kullandığı dil, hekimin tercih ettiği davranış yönlendirme şekli, hekimin dış görünümü, tedavi ortamının hazırlanması, yardımcı personel tutumu çocuğun dental tedaviye olan yaklaşımını değiştirebilir.

2.2.3.1. Tedavi Ortamı

Kendi kliniğinde çalışan hekimlerin muayenehane düzenlemesinde özgür seçimler yaptığı daha farklı materyaller, çocuk gelişimine uygun adımlar attıkları gözlemlenmiştir. Işık, mobilya, ses, kullanılan materyallerin daha özgün ve çocukların gelişimlerine uygun tercih edilmesi, bekleme alanlarında çocuklar için ilgi alanlarına yönelik gelişimsel materyal ürünleri koyulması önerilebilir (39).

2.2.3.2. Hekim Dış Görünümünün Hasta Üzerinde Etkisi

Tedavi protokolünün zor kısımlarından biri hastanın hekimin yönlendirmelerine uyum göstermesidir. Bu uyumu ise başlıca hekim ve hasta arasında kurulan iletişim etkilemektedir.

Hekim hasta ilişkisinin uygun koşullarda olmasının hastanın tedaviye olan uyumunu da etkilediğini bildiren çalışmalar güncel literatürde bildirilmektedir. Örneğin kalp hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların ilaç düzenlerine daha özen gösterdikleri, Tip 2 diyabet hastalarının beslenme düzeni önerilerine ve ilaç kullanimlarına uyumun yükseldiği bildirilmiştir (3–7).

Tıp alanında kapsamlı olarak araştırılan bir konu, bir hekim görünümünün, özellikle klinik kıyafeti, saç modeli ve aksesuarlarının, hastaların hekim tavsiyelerine verdikleri yanıtları ne ölçüde etkilediğidir. Geleneksel profesyonel kıyafetlerin hekime karşı daha fazla güven duygusu oluşturduğu, hastaları daha rahat ettirdiği ve hastaların hekimin daha empatik ve daha profesyonel olduğuna dair algılarını artırdığı gösterilmiştir (40,41).

Dış hekimliğinde, bu konuyla ilgili sınırlı sayıda çalışma yapılmış, bunların bir kısmı çocuk hastaların farklı klinik kıyafet tarzlarına yönelik tercihlerine odaklanmıştır (42,43). Güncel literatürde hekimin kıyafeti ve fiziksel özelliklerinin hekim tercihi üzerine yapılmış çalışmalar tablo 2.2’ de özetlenmiştir:

Tablo 2.2: Hekim kıyafeti ve dış görünümüne yönelik güncel çalışmalar

Yazar Adı	Yayın Yılı	Örneklem	Sonuç
Kelly ve ark. (8)	2014	86 ebeveyn	Erkek hekimlerde yüz bölgesindeki takıların, dövmelemin, geleneksel olmayan saç tiplerinin, sakal ve bıyık özelliklerinin hastanın hekime duyduğu güveni azalttığı belirtilmiştir.
İnan ve ark. (9)	2016	462 çocuk (5-12 yaş)	Çocukların diğer kıyafetlere kıyasla beyaz önlüğü tercih ettikleri, önlük tercihinde cinsiyete bağlı anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.
Westphal ve ark. (10)	2017	97 çocuk ve ebeveyn	Ebeveynlerin %56'sı, pediatrik forma giyen bir diş hekimini tercih ettiklerini bildirirken, ikinci en çok tercih edilen kıyafet türü %39 ile beyaz önlük olmuştur.
Hermida ve ark. (44)	2017	270 çocuk ve ebeveyn	Çocukların %29'u mor forma tercih ederken, onu %25 pediatrik forma izlemiştir.
Ram ve ark. (45)	2018	570 çocuk ve ebeveyn	Farklı ülkelere göre çocuk hastaların tercih ettiği hekim cinsiyeti değişim göstermiş ve pediatrik önlükler hastalar tarafından tercih edilmiştir.
O'Brien ve ark. (46)	2019	402 yetişkin hasta (18-92 yaş)	Kişisel koruyucu ekipmanın hastalar tarafından olumlu karşılandığı ancak erkek hekimlerin piercing ve küpe takmasının olumlu karşılanmadığı görülmüştür.
Eigbobo ve ark. (47)	2020	159 çocuk (7-14 yaş)	Kadın hekimler erkek hekimlerden daha çok tercih edilmiş ve erkek hekimler bazı saç tiplerinin (afro ve rasta) olumsuz karşılandığı görülmüştür.

Araştırmalar, geleneksel profesyonel kıyafetlerin hekime duyulan güveni artırdığını, hastaların kendilerini daha rahat hissetmelerine katkı sağladığını ve hekimin empatik ve profesyonel olarak algılanma düzeyini yükselttiğini ortaya koymuştur (48,49).

Yapılan bir çalışmada erkek hekimler için belirli saç modellerinin (örneğin, kısa saç) hastalar tarafından tercih edilmekte ve düzenli görünen sakal ve bıyığın tercih edilebilir olduğu gösterilmiştir (50). Hastaların hekim aksesuarıyla ilgili olarak tıbbi ortamlarda yapılan araştırmalar, özellikle erkek hekim tarafından takıldığında küpelerin olumsuz veya profesyonelce görülmediğini göstermiştir (49). Erişilebilir dental literatür incelendiğinde çocuk hastaların da hekimin cinsiyetinden, dış görünüşünden etkilendiğini bildiren kısıtlı sayıda çalışma mevcuttur (45,47).

2.2.3.3. Davranış Yönlendirme Teknikleri:

Hekimin davranış yönlendirme tekniklerine hakimiyeti ve çocuğa uygun şekilde bu teknikleri kullanması önem teşkil etmektedir. Davranış yönlendirmesi, çeşitli bilimlere dayanan bir sanat ve beceri biçimidir ve çocukların başa çıkma becerilerini artıran prosedürleri içerir. Bu yöntem, korku ve kaygıyı azaltmayı, işbirlikçi olmayan davranışları iyileştirmeyi ve dental tedavi için tam kabul sağlamayı amaçlar.

Davranış yönlendirmesi, çocuklar üzerinde basit tekniklerin uygulaması olarak düşünülmemelidir. Aksine, hasta ile diş hekimi arasında güven dolu bir ilişki kurmanın önemli bir basamağıdır (51). Çocuk diş hekimlerinin, çocukların zekâ, duygusal ve sosyal gelişim farklılıklarını göz önünde bulundurarak, bireysel ihtiyaçlara yönelik geniş bir yelpazede değerlendirilmelidir (52).

Temel Davranış Yönlendirmesi:

İletişim ve İletişimsel Yönlendirme:

İletişim yönetimi ve komutların uygun kullanımı, pediatrik diş hekimliğinde hem işbirlikçi hem de işbirlikçi olmayan çocuklarda evrensel olarak uygulanır. Diş muayenesinin başında sorular sormak ve aktif/yansıtıcı dinleme, güven bağı kurmaya yardımcı olabilir. Diş hekimi, tedavi sürecini güvenli bir şekilde sunarken hastayı eğitmek amacıyla öğretmen/öğrenci rollerini oluşturabilir. Bir işlem başladığında, çift yönlü iletişim sürdürülmeli ve diş hekimi, çocuğu verilen bakıma aktif bir katılımcı olarak

görmelidir. Bu iki yönlü bilgi alışverişi ile diş hekimi, davranışı tek yönlü yönergelerle de yönlendirebilir. Kendini açıklayıcı ısrarcı tekniklerin kullanılması, çocuğa işbirlikçi olması için ne yapılması gerektiğini net bir şekilde söyler. Örnek vermek gerekirse:

- ‘Dişlerini kontrol edebilmek için ağzını açmanı istiyorum.’
- ‘Röntgen çekebilmek için hareketsiz oturmanı istiyorum.’
- Diş hekimi, çocuğa ‘parmak yukarı’ cevabı ile yanıt verebileceği evet veya hayır soruları da sorabilir.

İletişimsel yönlendirme, hastanın iş birliğini artıran belirli tekniklerin bir araya getirilmesidir. Diş hekimi, belirli iletişimsel yönlendirme tekniklerini seçerken, hastanın bilişsel ve psikolojik gelişimini ve diğer iletişimsel eksikliklerin (örneğin, işitme bozukluğu) varlığını dikkate almalıdır. Amerikan Çocuk Diş Hekimleri Akademisi’ nin (AAPD) güncel kılavuzuna (51) göre şöyledir:

- Ziyaret öncesi olumlu görüntülerin izletilmesi
- Doğrudan gözlem
- Anlat-göster-uygula
- Sor-anlat-sor
- Ses kontrolü
- Sözsüz iletişim
- Pozitif pekiştirme ve açıklayıcı övgü
- Dikkat dağıtma
- Hafızanın yeniden şekillendirilmesi
- Duyarsızlaştırma
- Kontrolü geliştirmek
- Ebeveyn varlığı/yokluğu

Ziyaret öncesi olumlu görüntüler izlenmesi:

Hastalar, diş hekimliği ve diş tedavisi ile ilgili pozitif fotoğrafları veya görselleri diş randevusundan önce izler. Çocuklara ve ebeveynlere diş randevusu sırasında ne

beklemeleri gerektiğine dair bir algı oluşturmak ve çocuk ile hekim arasında bir soru bağlamı kurulması amaçlanır (51).

Doğrudan gözlem:

Hastanın doğrudan diş tedavisi gören uyumlu bir hastayı gözlemlemesine izin verilir. Böylece hastanın, klinik ortamı ve tedavinin belirli adımları ile tanıştırılması amaçlanır (51).

Anlat-göster-uygula:

Bu teknik, prosedürlerin hastanın gelişimsel seviyesine uygun ifadelerle açıklanmasını (anlat); prosedürün görsel, işitsel, kokusal ve dokunsal yönlerinin dikkatlice tanımlanmış, tehditkâr olmayan bir ortamda hastaya gösterilmesini (göster); sonra açıklama ve gösterimden sapmadan prosedürün tamamlanmasını (yap) içerir. Anlat-göster-yap tekniği, iletişim becerileri (sözel ve sözsüz) ve pozitif pekiştirme ile uygulanır (51).

Dental tedavide kullanılacak ancak çocuğun daha öncesinde görmediği, ne olduğunu bilmediği aletler ve malzemeler çocuğun yaşına, dil gelişimine uygun şekilde çocuğa açıklanmalıdır. Örneğin;

- Tükürük emici, fil hortumu;
- Asit, mavi macun;
- Kompozit; beyaz sakız gibi ifadeler kullanılabilir.

Ses kontrolü:

Ses kontrolü, hastanın davranışını etkilemek ve yönlendirmek amacıyla sesin yüksekliğinin, tonu veya hızının kasıtlı olarak değiştirilmesidir. Bu yöntem ile hastanın dikkatini ve uyumunu sağlamak, olumsuz veya kaçınma davranışlarını engellemek, uygun yetişkin-çocuk rollerini oluşturmak amaçlanır (51).

Sözsüz iletişim:

Sözsüz iletişim, uygun temas, duruş, yüz ifadesi ve bedensel dil aracılığıyla davranışın pekiştirilmesi ve yönlendirilmesidir (51).

Pozitif yüreklendirme ve övgü:

Pozitif yüreklendirme, çocuğun komutlara uyma sürecini kolaylaştırır. Aynı zamanda cesaret madalyası, hediye bir oyuncak da çocukta ödüllendirilme hissi uyandırır (51).

Hafızanın yeniden oluşturulması:

Hafızanın yeniden oluşturulması, olumsuz veya zor bir olayla (örneğin, ilk diş hekimi ziyareti, lokal anestezi, restoratif işlem, diş çekimi) ilişkili hafızaların, olay sonrasında önerilen bilgilerle olumlu hatıralara dönüştürüldüğü bir davranışsal yaklaşımdır. Bu yaklaşım, ilk restoratif diş tedavisi sırasında lokal anestezi uygulanan ve sonraki tedavi randevularında lokal anesteziye bağlı korku ve davranışlarında değişim gösteren çocuklarla kullanılmıştır. Hafızanın yeniden oluşturulması, zorlu bir deneyim ardından çocuğun olumlu anılara yönlendirildiği bir yöntemdir. Bu sürecin dört önemli anahtarı; görsel hatırlatıcılar, sözlü övgü ile pekiştirme, duyuşal ayrıntıları kodlamak amacıyla somut örnekler vermek ve başarı duygusudur.

Görsel bir hatırlatıcı çocuğun zor deneyimden önce ilk ziyarette gülümsediği bir fotoğraf olabilir. Sözlü övgü ile pozitif pekiştirme; çocuğun geçen randevuda ne kadar iyi bir iş yaptığını ebeveynine söyleyip söylemediği sorulabilir. Somut örnekler, çocuğun ellerini kucağında tutmak veya ağzını geniş açmak gibi belirli olumlu davranışlarını övmek olabilir. Çocuğa bu davranışları göstermesi istenir ve bu da başarıma duygusuna yol açar (51).

Diş hekimliği prosedürlerine karşı duyarsızlaştırma:

Sistemik duyarsızlaştırma, diş hekimliği ortamına karşı anksiyetesi olan hastaların davranışlarında değişiklik sağlamayı amaçlayan bir psikolojik tekniktir. Bu teknik, bir uyarana (örneğin, diş tedavisi veya ortamına) olan duygusal tepkiyi, buna kademeli olarak maruz kalma yoluyla azaltmayı amaçlar. Zaman içinde bu maruziyet, hastanın bu uyarana karşı duyarsızlaşmasını ve korkusunun azalmasını sağlar, böylece gerekli tedavileri daha kolay bir şekilde geçirmeleri mümkün olur (51).

Çocuk hastanın dental tedavi sürecine başlamadan önce tedavinin gerçekleşeceği ortamda zaman geçirmesi, eğer mümkünse daha kısa süreli, lokal anestezi gereksinimi ihtiyacı olmayan tedavilerden başlanması çocuğun tepkilerinin azalmasına ve devamında tedaviye izin vermesini sağlayabilir. Sistemik duyarsızlaştırmanın diş hekimliği ortamındaki ana hedefleri şunlardır:

Diş tedavisinin başarılı şekilde tamamlanması: Diş hekimliği ortamına ve uygulanan prosedürlere aşamalı olarak maruz bırakılan hastanın, tedavi sürecini minimal düzeyde anksiyete ile tamamlaması hedeflenmektedir.

Korkuların tanımlanması: Hastanın, diş tedavi sürecinde anksiyete veya korku uyandıran belirli unsurları tanıması ve anlamlandırması hedeflenir.

Rahatlama tekniklerinin geliştirilmesi: Hastanın, korku ve anksiyeteye başa çıkmak için derin nefes alma, görselleştirme gibi stratejilere başvurmasıdır.

Kademeli maruziyet: Rahatlama tekniklerini kullanarak, hasta dental kliniğine giderek daha fazla anksiyete uyandıran durumlara maruz kalacak ve bu duygusal tepkileri yönetmeyi ve azaltmayı öğrenecektir (51).

Kontrolü geliştirmek:

Özellikle dental anksiyetesi yüksek olan çocukların tedavi sürecinde aktif rol almasını sağlamak amacı ile uygulanan bir tekniktir. Diş hekimini çocuğa kendini rahatsız hissettiği ve durmasını istediği zamanda kullanabileceği bir sinyal verme şekli tanıtır. Bu genellikle sol elini kaldırmak gibi basit bir hareket olabilir. İşleme başlanmadan önce çocuk ile bu sinyali kullanmanın bir alıştırması yapılmalıdır. İşlem sırasında çocuk sinyali uygular ise diş hekimini hemen duraklamalı ve çocuğa onu rahatsız eden şeyin ne olduğunu sormalıdır (51). Çocuğa işlem sırasında tükürük emici veya ayna tutmak gibi görevler verilmesi de kontrol geliştirme yöntemi içerisinde yer almaktadır. Kontrol geliştirme tekniği, operasyon sırasında çocuğun hissettiği acıyı azaltmakta etkili bir yöntem olarak kabul edilmektedir (51).

Ebeveyn varlığı/yokluğu:

Ebeveynin işlem sırasında çocuğun yanında tutulup tutulmaması davranış yönlendirmede bir araç olarak kullanılabilir (51). Çocuk diş hekimliğinde, ebeveyn tutumunun çocuğun davranış ve tepkilerine etki edebileceği düşünölmektedir (13). Ebeveynin çocuğun yanında bulunup bulunmamasına çeşitli çalışmalar yapıılıyor olsa da net bir fikir birliği henüz bildirilmemiştir (51,53).

Dikkat dağıtma:

Dikkat dağıtma, hastanın hoş olmayan bir işlem olarak algılayabileceği bir durumdan dikkatini başka bir yöne çekme tekniğidir. Dikkat dağıtma, hayal gücü (örneğin, hikayeler), klinik tasarımı, ses (örneğin, müzik) ve/veya görsel (örneğin, televizyon, sanal gerçeklik gözlükleri) etkileri ile sağlanabilir. Stresli bir prosedür sırasında hastaya kısa bir ara vermek, daha ileri davranış rehberliği tekniklerine geçmeden önce etkili bir dikkat dağıtma yöntemi olabilir (51).

Çocuk diş hekimleri, hastaların stresini ve kaygısını yönetmek için geleneksel davranış yönetimi, müzik, sanal gerçeklik, sihirbazlık numaraları, gözlük sistemleri, kulak

içi kulaklıklar, oyun konsolları, videolar, hipnoz ve sistematik duyarsızlaştırma gibi çeşitli teknikler ve terapiler kullanmaktadır (54,55).

İleri davranış yönlendirme teknikleri:

Sedasyon:

Kooperasyonun kurulamayacağı düzeyde zihinsel engelli veya anksiyete seviyesi yüksek olup tedaviye uyum gösteremeyecek erişkin veya çocuk hasta gruplarında minimal, orta veya derin sedasyon yöntemleri uygulanabilmektedir (51).

Minimal sedasyon:

Hastaların normal olarak sözel sorulara karşılık verebildiği bir durumdur. Bilişsel işlev ve koordinasyon zayıflamış olmasına karşın, solunum ve kardiyovasküler işlevler baskılanmaz. Minimal sedasyon, sedasyonun en hafif biçimidir (51).

Orta derecede sedasyon (bilinçli sedasyon/analjezi):

Hastaların sözel komutlara bilinçli olarak yanıt verdikleri, ilaç kaynaklı bir baskılamadır. Orta derecede sedasyonda hava yolu açıklığını sürdürmek için bir ekstra bir durum gerekmez ve kendiliğinden solunum yeterlidir. Kardiyovasküler işlevler genellikle bozulmaz (56). Fakat, havayolu tıkanıklığına sebebiyet verebilecek işlemler yapıldığında (dental tedavi, endoskopi vb.), hekim bir tıkanıklık meydana geldiğinde fark etmeli ve havayolunu açıklığını sağlamak için hastaya yardımcı olmalıdır (51).

Derin sedasyon (Analjezi):

Hastaların çabucak uyandırılmadığı, ancak yineleyen sözlü veya ağrılı stimülasyon sonrası şuurlu olarak cevap verdiği, ilaç kaynaklı bir baskılamadır (51).

Genel Anestezi:

Genel anestezi, kişinin hava yolunu kendi başına açık tutma yetisi ve fiziksel uyarılara ya da sözlü komutlara amaçlı yanıt verme gibi koruyucu reflekslerin kaybolduğu, kontrollü bir bilinçsizlik hâlidir (51).

2.2.4. Dental Anksiyete Belirleme Yöntemleri

Çocuklarda dental anksiyeteyi belirlemek amaçlı birçok yöntem kullanmıştır. Bu yöntemler; fizyolojik, psikometrik ve projektif yöntemlerdir (57,58). Kullanılacak olan yöntemin seçimindeki ana etmenler, çocuğun yaşı ve gelişim düzeyi olmaktadır. Psikometrik yöntemler 0-3 yaş grubu çocuklarda kullanılmazken 3 yaşından büyük çocuklar için öncelikli tercihtir (59).

Tablo 2.3: Kullanılacak olan yöntemin seçiminde, çocuğun yaşı ve gelişim düzeyi (59).

Yaş	Psikometrik Ölçekler	Projektif Ölçekler	Fizyolojik Ölçekler
0-3	Kullanılmaz	Öncelikli tercih	İkincil tercih
3-6	Çocuk kendini ifade edebiliyorsa öncelikli tercih	Çocuk kendini ifade edemiyorsa öncelikli tercih	İkincil tercih
>6	Öncelikli tercih	İkincil tercih	İkincil tercih

2.2.4.1. Fizyolojik Yöntemler

Anksiyete sonucu meydana gelen psikolojik ve fizyolojik tepkiler, otonom sinir sisteminin sempatik dalının aktivitesinde meydana gelen artış ile görülür. Dental anksiyetenin yoğunlaştığı durumlarda nabız, tansiyon, oksijen satürasyonu (SPO₂) gibi somatik belirteçlerde değişimler görülebilir. Özel cihazlar kullanılarak değişkenliği tespit edilen bu değişkenler dental anksiyete belirlenmesinde kullanılmaktadır (15). Dental anksiyetenin yoğunlaştığı durumlarda kardiyovasküler sistemde (nabız ve kan basıncı

artışı), solunum sisteminde (nefes darlığı hissi vb.), sindirim sisteminde (kabızlık, ağız kuruluğu vb.), kaslarda (spazma bağlı hareketler, kas tonusu artışı vb.), ter bezlerinde (cilt dokusunda ter üretiminin artması ve elektrik iletkenliği) ve tükürük içerisinde değişiklikler meydana gelmektedir (60).

2.2.4.2. Projektif Yöntemler

Projektif yöntemler, henüz bilinç düzeyinin yeterince gelişmemiş olduğu daha küçük yaş grubu çocuklarda tercih edilmektedir. Çocuğun bilinçaltındaki duyguların resim veya figürlerin kullanılarak aktarılmasıdır (61). Projektif tekniklerin amacı, belirli bir amaca uygun olarak çizilen birtakım resimlerin hikâyeleştirilerek veya korkunun göstergesi olabilecek obje ya da canlıların resmedilerek anksiyete ve korku düzeyinin belirlenmesidir (53).

Venham resim testi (VPT):

Venham resim testinde kaygılı olan ve olmayan olarak birbirine zıt karakter olarak sekiz çift resim bulunmaktadır. Çocuklardan resimdeki karakterlerden birinin seçilmesi istenir. Hasta alacağı puan aralığı 0 (az kaygılı) ile 8 (çok kaygılı) aralığında belirlenir ve testin sonunda aldığı tüm puanlar toplanarak değerlendirilir (60).

Görsel yüz skalası (FIS):

Küçük yaş hasta grubunda kullanmak için geliştirilerek beş farklı duygu durumunu ifade eden figürlerden oluşan bu skala üç yaşından itibaren kullanılabilir (60).

Gülen yüzler programı (SFP):

Corah Dental Anksiyete Skalası'nın bilgisayar üzerinde geliştirilmiş versiyonudur. Bu program çocukların daha önce yaşamış olabileceği tecrübelerle ilgili dört sorudan oluşmaktadır. Cevaplarda yer alan yüz ifadelerinin seçilmesiyle dental anksiyete belirlenmektedir (60).

Chotta Bheem-Chutki (CBC) resim skalası:

Bazı resim temelli testlerde kullanılan figürler, özellikle çocuklar açısından kafa karıştırıcı olabilmekte ve bu durum test sürecinin uzamasına yol açabilmektedir. Sadece erkek fotoğrafindan oluşan skalalar kız çocukları için algısal ve duygusal açıdan dezavantaj oluşturabilmektedir. Bu tür sınırlılıkları ortadan kaldırmak amacıyla, çizgi film karakterlerinden esinlenilerek geliştirilen Chotta Bheem–Chutki (CBC) Resim Skalası kullanıma sunulmuştur (60).

2.2.4.3. Psikometrik Yöntemler

Psikometrik yöntemler, farklı yaş grubu ve gelişim düzeylerine sahip bireylere göre farklı yöntemler içermesi bakımından uygulanabilirliği oldukça yüksektir. Bu yöntemlerde çocukla karşılıklı soru cevap yöntemi uygulanarak çocuğun kendisini sözlü olarak ifade etmesi istenir (53).

Tablo 2.4: Dental anksiyete ölçümünde kullanılan psikometrik ölçüm yöntemleri (53)

Psikometrik Ölçüm Yöntemleri	Yazar ve Yılı
Çocuk Korku Değerlendirme Skalası Dental Alt Ölçeği (CFSS-DS) (62)	Cuthbert ve Melamed,1982
Corah'ın Dental Anksiyete Skalası (DAS) (63)	Corah,1969
Modifiye Çocuk Dental Anksiyete Skalası (MDAS) (64)	Humphris ve ark.,1998

Çocuk Korku Değerlendirme Skalası Dental Alt Skalası (CFSS-DS)

Çocuk korku değerlendirme skalası dental alt ölçeği (CFSS-DS) Cuthbert ve Melamed tarafından 1982 yılında geliştirilmiş, etkinliği kabul edilen 15 sorudan oluşan beşli Likert tipi psikometrik bir skaladır (62). Birçok farklı ülkede kullanılmış ve farklı dillere çevirileri yapılmıştır (65). CFSS-DS, dental anksiyete ile ilgili daha fazla

parametreyi değerlendirmeye alarak, anksiyete hakkında daha kesin kanaat oluşturmaktadır (66).

CFSS-DS leği dental tedavinin farklı yönlerini içeren 15 sorudan oluşmaktadır. Bu skala 4-14 yaş arasındaki çocuklarda kullanılabilmektedir (67). Çocuklardan her bir soru için 1'den (hiç korkmuyorum) 5'e (aşırı korkuyorum) kadar puan vermeleri istenmektedir (1= Hiç korkmuyorum, 2= çok az korkuyorum, 3=Biraz korkuyorum, 4= çok korkuyorum, 5= Aşırı korkuyorum). Ardından tüm puanlar toplanmaktadır. Skala toplamda 15-75 arasında değer almaktadır. Düşük derece 15-31 puan iken, 32-38 puan orta derecede, 39 ve üzeri ise yüksek derecede anksiyeteyi gösterecek şekilde değerlendirilmektedir (68).

Corah Dental Anksiyete Skalası (CDAS)

Corah Dental Anksiyete Skalası, Corah ve arkadaşları arkadaşları tarafından oluşturulan, ülkemizde de sıkça kullanılan bir skaladır (63). Ülkemizde bu skalanın geçerlilik güvenirlik testleri Seydaoğlu ve arkadaşları tarafından 2006 yılında yapılmıştır ve başarılı bulunmuştur (69). CDAS hem erişkin hem de çocuklarda dental anksiyetenin belirlenmesi amacıyla kullanılmaktadır (70,71). Erişkinlerde uygulanan skalalarda kullanılan dil bilgisinin ve küçük yaştaki çocuklarda anlam beceresinin tam olarak gelişmemesi kaynaklı sorunların oluşabileceği düşünülse de CDAS, her yaş grubu çocukta anlam sorunları oluşturmayan, kısa, basit ve anlaşılabilir bir ölçektir (69).

Modifiye ocuk Dental Anksiyete Skalası (MCDAS)

Modifiye ocuk Diş Hekimliği Anksiyetesi leği (MCDAS), en yaygın kullanılan zdeğerlendirme ölçeklerinden biridir. Humphris ve ark. (64) tarafından geliştirilmiş ve diş muayenesi, polisaj, enjeksiyonlar, dolgu, diş çekimi, genel anestezi ve sedasyon gibi diş prosedrlrine ilişkin sorular içermektedir. Sayısal derecelendirme leği, çok küçük ve dental anksiyete seviyesi yüksek çocuklar tarafından etkili bir şekilde anlaşılamayabilir (72). Bu nedenle, Howard ve ark. (73) MCDAS'ın yüz ifadesi analog leği ekleyerek yüz ifadeleri versiyonunu geliştirmiştir (şekil 2.1). Modifiye ocuk Diş

Hekimliği Anksiyetesi Ölçeği (MCDASf), daha hızlı uygulanabilir ve özellikle küçük çocuklar için anlaşılması kolay olduğu için 5-12 yaş arası daha geniş bir yaş aralığı için kullanılabilir (74). MCDASf, başlangıçta İngilizce olarak geliştirilmiş olmasına rağmen, birçok ülkede farklı dillere kültürel uyarlaması yapılmış ve iyi bir güvenilirlik ve geçerlilik sağlandığı bildirilmiştir (74). MCDASf'nin Türkçe versiyonu ise literatürde henüz bulunmamaktadır. MCDAS-f ölçeğinin puanları 8-40 arasında değişir, 19'un altındaki puanlar anksiyetesi olmadığını, 19'un üzerindeki puanlar anksiyeteyi, 31'in üzerindeki puanlar ise şiddetli bir fobik bozukluğu gösterir (75).

Durum					
Diş hekimine gitmek (genel olarak)	1	2	3	4	5
Dişlerinin muayene edilmesi	1	2	3	4	5
Dişlerinin temizlenmesi	1	2	3	4	5
Diş etlerine enjeksiyon yapılması (örneğin dolgu öncesi iğne yapılması)	1	2	3	4	5
Dişine dolgu yapılması	1	2	3	4	5
Diş çekimi	1	2	3	4	5

1: Rahat hissediyorum.

2: Hafif endişeliyim.

3: Oldukça endişeliyim.

4: Çok endişeliyim.

Şekil 2.1: MCDASf soruları

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, diş hekiminin profil görünümünün çocuk hasta ve ebeveynin hekim tercihi açısından uyumunun mevcut olup olmadığını değerlendirmek amacıyla kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır. Hekim yanlılığı olmaması amacıyla anket formunda fotoğrafları kullanılan iki model haricinde tek bir araştırmacı tarafından doldurtulmuştur.

3.1. Etik Kurul Onayı, Gerekli İzin ve Onam Formları

Bu anket çalışmanın etik kurul onayı Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Müdahale Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (2024/9 sayılı karar) (EK-1). Tez çalışmamızın anket formunda fotoğrafları kullanılan kişilerden, şahsi fotoğraflarının kullanılmasına, bu fotoğraflar üzerinde tez çalışması kapsamında değişiklik yapılmasına ve türetilecek yayınlarda kullanılmasına dair 'Gönüllü Onam Formu' alınmıştır (EK-2). Çalışmaya dahil olan katılımcıların annelerine ve çocuklarına, anket ile ilgili detaylı bilgi verilerek; Etik Kurul'un talebine uygun olarak hazırlanan çalışmanın amacı, içeriği, yöntemi ve sorumluluklarını belirten 'Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu' anne ve çocuk için ayrı ayrı okutularak imzalı onayları alındı (EK-3 ve EK-4).

3.2. Hastaların Seçimi

Bu çalışmaya Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı Kliniği'ne anneleri aracılığıyla rutin muayene veya tedavi amacıyla başvuran, yaşları 7-14 yıl arasında değişen kız ve erkek çocuk hastalar ve anneleri dahil edildi. Her yaştan 6 aylık fazlalığı bir sonraki yaş olarak hesap edilmiştir. Yaş grupları 7-9 ve 10-14 (ergen yaş grubu) olarak iki gruba ayrılmıştır.

Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Hastaya ait dahil edilme kriterleri

- 7-14 yaş aralığında koopere olabilen, okuma yazma becerisi olan

- Okuma- yazma koordinasyonuna engel oluşturabilecek herhangi bir nörolojik, sendromik veya psikiyatrik hastalığı bulunmayan
- Hem kadın hem erkek diş hekimi tecrübesi olan
- Gönüllü olarak anketi cevaplamayı kabul eden
- En az bir dental işlem yaptırmış
- Annesiyle kliniğimize başvuran hastalar dahil edilmiştir.

Anneye ait dahil edilme kriterleri

- Okuma yazma bilen veya okuma- yazma koordinasyonuna engel oluşturabilecek herhangi bir nörolojik, sendromik veya psikiyatrik hastalığı bulunmayan
- Gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden anneler çalışmaya dahil edilmiştir.

Hastaya ait dışlanma kriterleri

- Okuma yazma bilmeyen veya okuma- yazma koordinasyonuna engel oluşturabilecek herhangi bir nörolojik veya psikiyatrik hastalığı bulunan
- Gönüllü olarak anketi doldurmayı kabul etmeyen kişiler
- Frankl davranış skalasına göre skor 1 veya 2'ye sahip çocuklar
- Hiç diş hekimi tecrübesi olmayan veya sadece kadın veya erkek hekim tecrübesi olan çocuk hastalar dışlanmıştır.

Anneye ait dışlama kriterleri

- Okuma yazma bilmeyen veya okuma- yazma koordinasyonuna engel oluşturabilecek herhangi bir nörolojik veya psikiyatrik hastalığı bulunan,
- Gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul etmeyen anneler dışlanmıştır.

3.3. Fotoğrafların Geliştirilmesi

Ankette fotoğrafları kullanılacak modeller herhangi bir yanlılık oluşturmaması adına katılımcılara bilgi veren araştırmacı haricinde biri kadın diğeri erkek iki kişi şeklinde belirlenmiştir. Modeller, 30 yaşına yakın, nötr yüz ifadesine sahip bir kadın bir erkek model olarak seçilmiştir. Ön cepheden, kadraj omuz hizasında yerleştirilerek

fotoğraflanmıştır. Erkek model sakal, bıyık, küpe, gözlük, aksesuar ve koruyucu ekipman olmadan beyaz bir tişört giyecek şekilde, kadın model ise küpe, abartılı makyaj, gözlük veya aksesuar olmadan beyaz bir tişört ile fotoğraflanmıştır. Alınan fotoğraflar bir fotoğraf düzenleme uygulaması (Adobe Photoshop Lightroom CC 2015) kullanılarak düzenlenmiştir. Saç özelliklerinin değerlendirildiği ölçek bölümü için 18 adet fotoğraftan oluşan bir fotoğraf serisi oluşturulmuştur. Saç özellikleri; bone kullanılan ve kullanılmayan kadın/erkek model fotoğrafları (Şekil 3.1), saç rengi (kadın modelde koyu/açık/ pembe; erkek modelde koyu/açık/mavi renk) (Şekil 3.2), saç tipi (kahverengi omuz hizası uzunluğunda kıvrıkcık/ kahverengi omuz hizası uzunluğunda düz) (Şekil 3.3) ve saç boyu uzunluğu (kahverengi düz kısa/ kahverengi düz uzun) (Şekil3.4) başlıklarıyla kategorize edilmiştir.

Aksesuar özelliklerinin değerlendirildiği ölçek bölümü için başta alınan ham fotoğraflar üzerinde kadın model için; kaş bölgesine piercing, dövme, abartılı makyaj, küpe, optik gözlük ve siperlik (Şekil 3.5); erkek model için piercing, dövme, küpe, optik gözlük, siperlik, sakal ve bıyık (Şekil 3.6) olan 13 adet fotoğraf değerlendirmeye alınmıştır (EK-5).



Şekil 3.1: Saç özellikleri kategorisinde bone kullanımına ait fotoğraflar



Şekil 3.2: Saç özellikleri kategorisinde saç renklerine ait fotoğraflar



Şekil 3.3: Saç kategorisinde saç tiplerine ait fotoğraflar



Şekil 3.4: Saç kategorisinde saç uzunluklarına ait fotoğraflar



Şekil 3.5: Aksesuar kategorisinde kadın hekime ait fotoğraflar



Şekil 3.6: Aksesuar kategorisinde erkek hekime ait fotoğraflar

3.4. Tez Çalışmasında Kullanılan Ölçekler

Corah Dental Anksiyete Skalası (CDAS)

Corah Dental Anksiyete Skalası, Corah ve arkadaşları arkadaşları tarafından oluşturulan, ülkemizde de sıkça kullanılan bir skaladır (63). Ülkemizde bu skalanın geçerlilik güvenirlik testleri Seydaoğlu ve arkadaşları tarafından 2006 yılında yapılmış ve başarılı bulunmuştur (69).

3.5. Anket Geliştirilmesi

Tanımlayıcı nitelikteki çalışmanın verileri, çevrim içi veri toplama araçları (Google forms®) kullanılarak elde edilmiştir. Ölçümde kullanılacak anket ve form, bu platform aracılığıyla çevrim içi olarak doldurulmaya hazır hale getirilerek tek bir araştırmacı tarafından doldurtulmuştur. Anket çocuk ve anne bölümü olarak iki ayrı aşamada hazırlanmıştır. Çocuk anketi demografik veriler ardından hekim cinsiyeti için karikatür resimleri kullanılarak puanlama yapılması istenmiştir (Şekil 3.2). Ardından saç özelliklerinin değerlendirildiği ikinci bölüm ve aksesuar özelliklerinin değerlendirildiği üçüncü bölüm şeklinde oluşturulmuştur. Çocuğun dental anksiyete seviyesinin

belirlenmesi amacıyla Corah Dental Anksiyete Skalası (63) kullanılmıştır. Veli anketi için ise demografik veriler (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu) ardından hekimin saç özelliklerinin değerlendirildiği ikinci bölüm ve aksesuar özelliklerinin değerlendirildiği üçüncü bölüm sıralanmıştır. Hazırlanan anket formunun anlaşılabilirliği bir istatistik uzmanı, bir çocuk diş hekimi uzmanı ve rastgele seçilen bir anne ve çocuğu tarafından test edilmiştir.



Şekil 3.7: Cinsiyet tercihi için kullanılan karikatürler

3.6. Pilot Çalışma Düzenlenmesi

Gerekli açıklamaların yapıldığı 30 çocuğun önce demografik verileri doldurtulmuş ‘Aşağıda gördüğüm hekimin bana diş tedavilerimde yardımcı olmasını isterim.’ ifadesi her bir fotoğraf için, kesinlikle katılmıyorum (1)’ dan kesinlikle katılıyorum’a (5) değişen 5’li Likert ölçeği şeklinde cevaplaması istenmiştir. Ardından Corah Dental Anksiyete Skalası (63) doldurtulmuştur. Anketin devamı olarak aynı çocuğun annesinden veli bölümünün doldurulması istenmiştir. Katılımcı anneye ‘Aşağıda görmüş olduğum hekimin kızıma/oğluma diş tedavilerinde yardımcı olmasını isterim.’ ifadesini her bir fotoğraf için kesinlikle katılmıyorum (1)’ dan kesinlikle katılıyorum’a (5) değişen 5’li Likert Ölçeği şeklinde cevaplaması istenmiştir. Ardından Corah Dental Anksiyete Skalası (63) kendisi için cevaplandırılmıştır. Böylece 30 anne- çocuk çifti birbiriyle eşleştirilmiş şekilde anket formunu tamamlamıştır. Pilot çalışmada kullanılan veriler ana çalışmaya dahil edilmemiştir. Pilot çalışma sonucunda nihai anket soruları elde edilmiştir.



Şekil 3.8: Çocuk ve annenin anketinin cevaplandırılması

3.7. Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi

Pilot çalışma sonrasında boneli erkek hekim açısından ebeveyn ve çocuk arasındaki uyumun sonucu esas alındığında; %95 güven ($1-\alpha$), %95 test gücü ($1-\beta$) ve sınıf içi korelasyon kat sayısı (ICC)= 0,189 göre çalışmaya dahil edilmesi gereken minimum katılımcı sayısı 298 olarak belirlenmiş, 300 çocuk ve annesinin dahil edilmesi kararlaştırılmıştır.

3.8. İstatistiksel Analiz

Veriler IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) V23 ile analiz edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Ebeveyn ve çocuk arasındaki uyumun incelenmesinde ICC kullanılmıştır. Ebeveyn ve çocuğa göre normal dağılan verilerin karşılaştırılmasında Eşli iki örnek t testi ve normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasında Wilcoxon testi kullanılmıştır. Analiz sonuçları nicel veriler için ortalama±standart sapma ve ortanca (minimum – maksimum) şeklinde kategorik veriler ise frekans (yüzde) olarak sunulmuştur. Önem düzeyi $p<0,05$ olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Bulgular

Tez çalışmamıza dahil edilme kriterlerini karşılayan 300 çocuk ve anne çifti dahil edilmiş olup çocuk hastaların toplam yaş ortalaması $9,40 \pm 1,99$ olarak saptanmıştır. Katılımcı çocukların 149'u erkek (%49,7), 151'i (%50,3) kız bireyden oluşmaktadır (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Çocukların demografik özelliklerine ait tanımlayıcı istatistikleri

	Frekans (n) / ortalama$\pm$ s.s	Yüzde (%) / ortanca (min.- maks.)
Cinsiyet		
Erkek	149	49,7
Kız	151	50,3
Yaş	$9,40 \pm 1,99$	9 (5- 14)

Annelerin yaş ortalaması 36,72 iken ortanca değeri 37 olarak elde edilmiştir. Annelerin eğitim durumu incelendiğinde ilkokul mezunu olanların oranı %17,7 (n=53), ortaokul mezunu olanların oranı %23,7 (n=71), lise mezunu olanların oranı %29,3 (n=88), ve üniversite mezunu olanların oranı %29,3 (n=88) olarak elde edilmiştir. Çalışma durumlarına göre sınıflandırıldığında ise çalışmayanların oranı %62 (n=186) iken çalışan annelerin oranı %38 (n=114) tespit edilmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Ebeveynlerin demografik özelliklerine ait tanımlayıcı istatistikler

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Ebeveyn eğitim durumu		
İlkokul mezunu	53	17,7
Lise mezunu	88	29,3
Ortaokul mezunu	71	23,7
Üniversite mezunu	88	29,3
Ebeveyn çalışma durumu		
Çalışmıyor	186	62
Çalışıyor	114	38

4.2. Hekim Cinsiyeti Açısından Değerlendirilme

Çalışmamıza katılan çocuk hastaların cinsiyet açısından hekim tercihleri değerlendirildiğinde çocukların kadın hekim için erkek hekimden daha yüksek ortalama puanlar kullandıkları ve istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde kadın hekimi daha çok tercih ettikleri görülmüştür ($p<0,001$). Çocuk bulgularıyla uyumlu şekilde annelerin de kadın hekimi anlamlı düzeyde daha çok tercih ettiği ve hekim cinsiyeti tercihi bakımından anne ve çocuğun birbiri ile zayıf düzeyde uyumlu olduğu görülmüştür ($ICC=0,292$; $p<0,001$).

4.3. Çocuk Yaş Gruplarına göre Çocuk ve Anne Arasındaki Uyumun Değerlendirilmesi

Çalışmada yaş grupları ergenlik öncesi (7-9 yaş) ve ergenlik dönemi (10-14 yaş) olarak ayrılmış ve kendi içlerinde değerlendirilmiştir. Ergenlik öncesi dönemdeki çocuklar cinsiyet açısından kendi içlerinde değerlendirildiğinde; kadın hekim ve erkek hekim ortanca puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Çocukların kadın hekim için ortanca puanı, erkek hekimden yüksek bulunmuştur. Ergenlik öncesi çocukların annelerinin kendi içerisinde de kadın hekime ortanca puanı, istatistiksel olarak erkek hekimden fazladır ($p<0,001$). Ergenlik öncesi yaş grubunda hekim cinsiyeti, saç özellikler ve aksesuar özellikleri bakımından tüm kategorilerde anne ve çocuk arasında uyum tespit edilmiş olup tablo 4.3' te özetlenmiştir.

Ergenlik dönemindeki çocukların kendi içerisinde kadın hekim ve erkek hekim ortanca puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,016$). Ergenlik dönemindeki çocukların kadın hekim ortanca puanı 4 iken sıra ortalaması 1,60 ve erkek hekim ortanca puanı 4 iken sıra ortalaması 1,40 olarak elde edilmiştir. Buradaki farklılık sıra ortalamalarından kaynaklanmaktadır. Annelerin kendi içerisinde kadın hekim ve erkek hekim ortanca puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,002$). Annelerin kadın hekim için ortanca puanı 5 iken sıra ortalaması 1,60 ve erkek hekim ortanca puanı 4 iken sıra ortalaması 1,40 olarak elde edilmiştir.

Ergenlik dönemindeki çocuklarda anne ve çocuk arasında kadın hekim tercihi açısından istatistiksel olarak anlamlı uyum elde edilmiştir (ICC=0,253; p<0,001). Ergen grubunda erkek hekim tercihi açısından anne ve çocuk arasında istatistiksel olarak anlamlı uyum elde edilmemiştir (ICC=0,140; p=0,106). Aynı grupta aksesuar özellikleri bakımından anne ve çocuk arasında uyum saptanmışken (ICC=0,338; p=0,034) saç özellikleri açısından değerlendirildiğinde; anne ve çocuk arasında istatistiksel olarak anlamlı uyum elde edilmemiştir (ICC=0,281; p=0,072) (Tablo 4.3).

Tablo 4.3: Çocuk yaş gruplarına göre çocuk ve anne arasındaki uyumun incelenmesi

Çocuk yaş grubu		Çocuk		Anne		ICC (%95 CI)	p
		Ortalama ±s.s.	Ortanca (min. - maks.)	Ortalama ±s.s.	Ortanca (min. - maks.)		
Ergenlik dönemi öncesi çocuklar (n=220)	Kadın hekim	4,30±1,06	5,00 (1,00 - 5,00)	4,59±0,73	5,00 (1,00 - 5,00)	0,302 (0,177 - 0,417)	<0,001
	Erkek hekim	3,73±1,30	4,00 (1,00 - 5,00)	4,14±1,12	5,00 (1,00 - 5,00)	0,390 (0,272 - 0,496)	<0,001
	Saç Özellikleri	3,23±0,68	3,22 (1,22 - 5,00)	3,44±0,77	3,28 (1,44 - 5,00)	0,618 (0,502 - 0,707)	<0,001
	Aksesuar Özellikleri	2,90±0,71	2,92 (1,23 - 5,00)	3,08±0,77	2,92 (1,00 - 5,00)	0,688 (0,593 - 0,761)	<0,001
Ergenlik dönemindeki çocuklar (n=80)	Kadın hekim	4,24±0,92	4,00 (1,00 - 5,00)	4,45±0,71	5,00 (2,00 - 5,00)	0,253 (0,037 - 0,447)	0,011
	Erkek hekim	3,83±1,05	4,00 (1,00 - 5,00)	4,04±0,99	4,00 (1,00 - 5,00)	0,140 (-0,081 - 0,348)	0,106
	Saç Özellikleri	3,26±0,72	3,17 (1,56 - 5,00)	3,36±0,72	3,17 (1,67 - 5,00)	0,281 (-0,121 - 0,539)	0,072
	Aksesuar Özellikleri	2,91±0,80	2,92 (1,15 - 5,00)	3,19±0,71	3,04 (1,92 - 5,00)	0,338 (-0,032 - 0,576)	0,034

4.4. Saç Özellikleri Bakımından Anne ve Çocuk Uyumunun Değerlendirilmesi

Çalışmamızda anne ve çocuğun saç özellikleri bakımından hekim tercihleri incelendiğinde bonesiz hekim grupları için hem kadın hekim hem erkek hekim için çocuklar annelerinden yüksek puanlar kullanmıştır.

Boneli kadın hekim için annelerin 4,17±1,06 ile; çocukların ortalama puanı olan 3,57±1,27'den daha yüksek ortalama puanlar kullandığı ve anne ile çocuk arasında zayıf düzeyde anlamlı bir uyumun olduğu görülmüştür (ICC=0,294; p<0,001). Bonesiz kadın hekim için çocuk puanları incelendiğinde çocukların ortalama 3,47±1,24 ve annelerin ise

ortalama $3,32\pm1,28$ puanlar ile birbirine yakın puanlamalar yaptıkları görülmektedir. Anne ve çocuk uyumu değerlendirildiğinde ise anlamlı zayıf düzeyde uyum tespit edilmiştir (ICC=0,256; $p<0,001$).

Boneli erkek hekim tercihlerinde ise annelerin ortalama puanı ($4,03\pm1,17$), çocukların puan ortalamasından ($3,26\pm1,45$) belirgin şekilde daha yüksek bulunmuş; bu fark istatistiksel olarak anlamlı olmakla birlikte, uyum düzeyi zayıf kalmıştır (ICC=0,367; $p<0,001$). Öte yandan, bonesiz erkek hekime yönelik tercihlerde çocukların ve annelerin sırasıyla verdikleri puanlar karşılaştırıldığında, çocukların değerlendirmesinin annelere göre biraz daha yüksek olduğu ve aralarında anlamlı uyum olduğu görülmektedir (ICC=0,222; $p<0,001$).

Hastaların ve ebeveynin saç renkleri açısından tercihleri incelendiğinde; en düşük puanın kadın hekim için pembe saç rengi için kullandığı görülmüştür. Çocukların ortalama $2,94\pm1,47$ puan, annelerin ise $2,58\pm1,40$ puan kullanıldığı tespit edilmiş ve anne çocuk arasında zayıf düzeyde uyum elde edilmiştir (ICC=0,264; $p<0,001$). Çocuk hastanın erkek hekimin saç rengi bakımından en düşük puan ortalaması mavi renkli saç için $2,47\pm1,47$, annesinin ise $2,17\pm1,37$ ortalama puana sahip olduğu ve anne ve çocuk arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf düzeyde uyum elde edilmiştir (ICC=0,273; $p<0,001$).

Çocukların en yüksek puan kullandıkları saç rengi hem kadın ($3,77\pm1,17$) hem erkek hekim $3,57\pm1,23$ için kahverengi saç rengi olmuştur. Annelerin ise çocukları benzer şekilde saç rengi kategorisinde kahverengi saç rengi için en yüksek ortalama puanı verdikleri görülmüştür. Kahverengi saç rengi bakımından hem kadın hem erkek hekim için sırasıyla 0,138 ve 0,284 korelasyon kat sayıları ile anne ve çocuk arasında uyum tespit edilmiştir ($p<0,001$).

Hekimlerin saç tipi değerlendirilmesinde hem çocukların hem annelerin düz saçlı kadın hekimlerin kıvrık saçlı kadın hekimlerden daha düşük puan ortalamasına sahip olduğu ve anne ve çocuğun birbiri ile uyumlu olduğu görülmüştür (ICC=0,171; $p=0,001$). Erkek hekimler için ise hem çocuk hem anneleri için kıvrık saçlı erkek hekimlerin daha düşük puan ortalaması alarak anne ve çocuğun arasında zayıf düzeyde uyum elde edilmiştir (ICC=0,263; $p<0,001$).

Annenin ve çocuğun saç uzunluğu açısından tercihleri değerdendirildiğinde hem çocuk hem anne için en düşük puan ortalamasını uzun saçlı erkek hekimin aldığı saptanmış olup anlamlı zayıf düzeyde uyum elde edilmiştir (ICC=0,358; $p<0,001$) (Tablo 4.4).

Saç özellikleri kategorisi genel olarak değerdendirildiğinde uzun saçlı erkek hekimin en düşük puan ortalamasına sahip olduğu, çocuklardan $2,02\pm1,35$; annelerden ise $2,10\pm1,40$ ortalama puan aldığı görölmektedir ($p<0,001$). Saç özellikleri kategorisinin en yüksek ortalama puanlarına bakıldığında ise çocuk hastaların en yüksek puan ortalamasını kıvırcık saçlı kadın hekimler için ($3,99\pm1,10$), annelerin ise boneli kadın hekimlere ($4,17\pm1,06$) kullandıkları görölmüştür.

Tablo 4.4: Çocuk ve annenin saç özellikleri bakımından ortalama puanları

	Çocuk		Anne		ICC (%95 CI)	p
	Ortalama±s.s.	Ortanca (min. - maks.)	Ortalama± s.s.	Ortanca (min. - maks.)		
Boneli kadın hekim	3,57±1,27	4,00 (1,00-5,00)	4,17±1,06	5,00 (1,00-5,00)	0,294 (0,188-0,394)	<0,001
Bonesiz kadın hekim	3,47±1,24	4,00 (1,00-5,00)	3,32±1,28	3,00 (1,00-5,00)	0,256 (0,147-0,359)	<0,001
Boneli erkek hekim	3,26±1,45	3,00 (1,00-5,00)	4,03±1,17	4,00 (1,00-5,00)	0,367 (0,265-0,461)	<0,001
Bonesiz erkek hekim	3,23±1,39	3,00 (1,00-5,00)	3,22±1,30	3,00 (1,00-5,00)	0,222 (0,112-0,327)	<0,001
Pembe saçlı kadın hekim	2,94±1,47	3,00 (1,00-5,00)	2,58±1,40	2,00 (1,00-5,00)	0,264 (0,156-0,367)	<0,001
Kahverengi saçlı kadın hekim	3,77±1,17	4,00 (1,00-5,00)	4,00±1,03	4,00 (1,00-5,00)	0,138 (0,025-0,247)	0,008
Sarı saçlı kadın hekim	3,16±1,30	3,00 (1,00-5,00)	3,19±1,34	3,00 (1,00-5,00)	0,214 (0,104-0,320)	<0,001
Mavi saçlı erkek hekim	2,47±1,47	2,00 (1,00-5,00)	2,17±1,37	2,00 (1,00-5,00)	0,273 (0,165-0,374)	<0,001
Kahverengi saçlı erkek hekim	3,57±1,23	4,00 (1,00-5,00)	3,90±1,06	4,00 (1,00-5,00)	0,284 (0,177-0,385)	<0,001
Sarı saçlı erkek hekim	2,64±1,35	3,00 (1,00-5,00)	2,46±1,35	2,00 (1,00-5,00)	0,243 (0,134-0,347)	<0,001
Kıvırcık saçlı kadın hekim	3,99±1,10	4,00 (1,00-5,00)	4,07±0,98	4,00 (1,00-5,00)	0,243 (0,134-0,347)	<0,001
Düz saçlı kadın hekim	3,60±1,23	4,00 (1,00-5,00)	3,98±1,01	4,00 (1,00-5,00)	0,171 (0,059-0,279)	0,001
Kıvırcık saçlı erkek hekim	2,73±1,39	3,00 (1,00-5,00)	3,07±1,43	3,00 (1,00-5,00)	0,263 (0,155-0,365)	<0,001
Düz saçlı erkek hekim	3,58±1,30	4,00 (1,00-5,00)	3,91±1,07	4,00 (1,00-5,00)	0,194 (0,083-0,301)	<0,001
Kısa saçlı kadın hekim	2,74±1,39	3,00 (1,00-5,00)	3,35±1,32	3,00 (1,00-5,00)	0,315 (0,209-0,413)	<0,001
Uzun saçlı kadın hekim	3,97±1,15	4,00 (1,00-5,00)	4,01±1,02	4,00 (1,00-5,00)	0,251 (0,142-0,354)	<0,001
Kısa saçlı erkek hekim	3,62±1,24	4,00 (1,00-5,00)	3,98±0,99	4,00 (1,00-5,00)	0,222 (0,111-0,327)	<0,001
Uzun saçlı erkek hekim	2,02±1,35	1,00 (1,00-5,00)	2,10±1,40	1,00 (1,00-5,00)	0,358 (0,255-0,452)	<0,001

4.5. Aksesuar Özellikleri Bakımından Anne ve Çocuk Uyumunun Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan anne ve çocukların aksesuar özelliklerine verdikleri ortalama puanlar değerlendirilmiştir (Tablo 4.4). Hem anne hem çocuklar için en düşük puan ortalamasını dövme erkek hekim kategorisinin aldığı görülmüş ve anne ve çocuk arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf düzeyde uyum elde edilmiştir (ICC=0,296; p<0,001). Dövmeli kadın hekim kategorisinin ise, tüm katılımcılardan erkek hekime kıyasla daha yüksek ancak genel ortalamaya göre düşük bir ortalamaya sahip olduğu ve

tercih edilmediği görülmüştür. Anne ve çocuğun dövme'li kadın hekim kategorisinde de anlamlı düzeyde uyumlu olduğu görülmüştür (ICC=0,291; p <0,001).

Piercingli erkek hekim çocuk hastalardan ortalama 2,07±1,34, annelerden ise ortalama 2,08±1,29 olarak anne ve çocuk arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf düzeyde uyum elde edilmiştir (ICC=0,359; p<0,001). Piercingli kadın hekim kategorisi piercingli erkek hekim kategorisine göre anne (2,10±1,31) ve çocuklardan (2,31±1,36) kısmen daha yüksek ortalama puan almış olsa da diğer kategorilere göre daha düşük bir ortalamaya sahip olmuştur (p <0,001) (Tablo 4.5). Piercingli kadın hekim kategorisinde de benzer şekilde anne ve çocuk uyumu tespit edilmiştir (ICC=0,316).

Düşük ortalama ile değerlendirilen bir diğer profil görünümü ise sakallı erkek hekim kategorisi olmuştur. Çocuk katılımcılar 2,29±1,31 anneleri ise 2,39±1,38 ortalama puanlar kullanmışlardır. Bu kategoride de anne ve çocuk arasında uyum tespit edilmiştir (ICC=0,389; p <0,001).

Katılımcı annelerin 4,25±1,09 puan ile en yüksek puan ortalaması aksesuar özellikleri kategorisinde siperlikli kadın hekim olurken çocuk hastalarda 3,83±1,19 ortalama ile gözlüklü kadın hekim en yüksek ortalamaya sahip olmuştur (p <0,001). Her iki kategoride de anne ve çocuk arasında sırasıyla 0,357 ve 0,196 korelasyon kat sayıları ile anlamlı düzeyde uyum elde edilmiştir (p<0,001).

Tablo 4.5: Hekimlere göre çocuk ve anne arasındaki uyumun incelenmesi

	Çocuk		Anne		ICC (%95 CI)	p
	Ortalama± s.s.	Ortanca (min. - maks.)	Ortalama ±s.s.	Ortanca (min. - maks.)		
Piercingli erkek hekim	2,07±1,34	1,00 (1,00- 5,00)	2,08±1,29	2,00 (1,00- 5,00)	0,359 (0,257- 0,454)	<0,001
Piercingli kadın hekim	2,31±1,36	2,00 (1,00- 5,00)	2,10±1,31	2,00 (1,00- 5,00)	0,316 (0,211- 0,415)	<0,001
Dövmeli erkek hekim	2,03±1,33	1,00 (1,00- 5,00)	1,88±1,25	1,00 (1,00- 5,00)	0,296 (0,19- 0,396)	<0,001
Dövmeli kadın hekim	2,08±1,32	2,00 (1,00- 5,00)	1,96±1,32	1,00 (1,00 - 5,00)	0,291 (0,184- 0,391)	<0,001
Küpelı erkek hekim	2,77±1,37	3,00 (1,00- 5,00)	2,91±1,32	3,00 (1,00- 5,00)	0,343 (0,239- 0,439)	<0,001
Küpelı kadın hekim	3,60±1,22	4,00 (1,00- 5,00)	3,57±1,15	4,00 (1,00- 5,00)	0,313 (0,207- 0,412)	<0,001
Gözlüklü erkek hekim	3,63±1,29	4,00 (1,00- 5,00)	4,16±0,86	4,00 (1,00- 5,00)	0,178 (0,066- 0,285)	0,001
Gözlüklü kadın hekim	3,83±1,19	4,00 (1,00- 5,00)	4,21±0,81	4,00 (1,00- 5,00)	0,196 (0,085- 0,303)	<0,001
Siperlikli erkek hekim	3,37±1,48	4,00 (1,00 - 5,00)	4,23±1,11	5,00 (1,00- 5,00)	0,351 (0,248- 0,446)	<0,001
Siperlikli kadın hekim	3,58±1,36	4,00 (1,00- 5,00)	4,25±1,09	5,00 (1,00- 5,00)	0,357 (0,254- 0,451)	<0,001
Makyajlı kadın hekim	3,68±1,23	4,00 (1,00- 5,00)	3,89±1,10	4,00 (1,00- 5,00)	0,186 (0,074- 0,293)	0,001
Sakallı erkek hekim	2,29±1,31	2,00 (1,00- 5,00)	2,39±1,38	2,00 (1,00- 5,00)	0,389 (0,288- 0,481)	<0,001
Bıyıklı erkek hekim	2,52±1,31	2,00 (1,00- 5,00)	2,75±1,36	3,00 (1,00- 5,00)	0,349 (0,245- 0,444)	<0,001

Hekimin saç ve aksesuar özelliklerine ilişkin değerlendirmeler, ana kategoriler halinde Tablo 4.6.'da özetlenmiştir. Saç ve aksesuar tercihlerine yönelik olarak çocuklar ile ebeveynler arasında sırasıyla 0,835 ve 0,828 düzeyinde korelasyon katsayıları elde edilmiş olup, her iki özellik bakımından da iyi düzeyde bir uyum gözlenmiştir ($p<0,001$).

Tablo 4.6: Hekimin saç ve aksesuar özelliklerine ilişkin ana kategorilerin ortalama puanları

	Çocuk		Anne		ICC (%95 CI)	p
	Ortalama ±s. sapma	Ortanca (min.-maks.)	Ortalama± s. sapma	Ortanca (min.- maks.)		
Saç Özellikleri	3,24±0,69	3,22 (1,22-5,00)	3,42±0,75	3,25 (1,44-5,00)	0,835 (0,792-0,868)	<0,001
Aksesuar Özellikleri	2,90±0,73	2,92 (1,15-5,00)	3,11±0,76	3,00 (1,00-5,00)	0,828 (0,784-0,863)	<0,001

4.6. Dental Anksiyete Seviyelerine göre Anne ve Çocuk Uyumlusunun Değerlendirilmesi

4.6.1. Ebeveyn Anksiyete Seviyesine göre Anne ve Çocuk Uyusunun Değerlendirilmesi

Düşük anksiyeteye sahip ebeveynlerde, cinsiyet tercihi açısından kadın hekimlere verilen ortalama puanın erkek hekimlere göre daha yüksek olduğu görülmüş; kadın hekim tercihi açısından anne ve çocuk arasında istatistiksel olarak anlamlı ancak zayıf düzeyde bir uyum tespit edilmiştir (ICC=0,239; p=0,001). Bu grupta saç özellikleri kategorisinde elde edilen ortalama puan, aksesuar kategorisine göre daha yüksek bulunmuş; saç özellikleri ve aksesuar açısından sırasıyla 0,481 ve 0,514 korelasyon katsayıları ile istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde uyum elde edilmiştir (p<0,001).

Anksiyetik ebeveyn grubunda ise, hem annelerin kadın hekimlere erkek hekimlere göre daha yüksek puan verdikleri hem de bu tercihin anne ve çocuk arasında anlamlı fakat zayıf düzeyde bir uyum olduğu belirlenmiştir (ICC=0,353; p=0,004). Ayrıca, çocukların hekim tercihlerinde saç özelliklerine, aksesuar kategorisine kıyasla daha yüksek puan verdikleri ve bu alanda da anne-çocuk arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf bir uyum bulunduğu gözlenmiştir (ICC=0,237; p=0,039).

Yüksek anksiyeteye sahip ebeveynlerde de benzer şekilde kadın hekimlere erkek hekimlere kıyasla daha yüksek ortalama puan verildiği saptanmıştır. Hekim cinsiyeti açısından anne ve çocuk arasında anlamlı zayıf düzeyde bir uyum bulunmuştur (ICC=0,326; p=0,001). Bu grupta, ebeveynler erkek hekim için ortalama 4,24±0,99 puan verirken, çocuklar 3,86±1,30 puan kullanmışlardır. Ancak erkek hekim tercihi açısından

anne ve çocuk arasında anlamlı bir uyum elde edilememiştir (ICC=0,175; p=0,053). Saç özellikleri ve aksesuar özellikleri değerlendirildiğinde ise; saç özellikleri ortalama puanının daha yüksek olduğu ve bu alanda anne-çocuk arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir uyum sağlandığı belirlenmiştir (ICC=0,286; p=0,004) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7: Ebeveyn anksiyete durumlarına göre cinsiyet ve skorlar açısından çocuk ve anne arasındaki uyumun incelenmesi

Ebeveyn anksiyete		Çocuk		Anne		ICC (%95 CI)	p
		Ortalama±s.s.	Ortanca (min.-maks.)	Ortalama ±s.s.	Ortanca (min.- maks.)		
Düşük anksiyetik (n=159)	Kadın hekim	4,28±1,01	5,00 (1,00-5,00)	4,57±0,64	5,00 (2,00-5,00)	0,239 (0,087-0,38)	0,001
	Erkek hekim	3,76±1,18	4,00 (1,00-5,00)	4,03±1,12	4,00 (1,00-5,00)	0,385 (0,244-0,51)	<0,001
	Saç Özellikleri	3,28±0,67	3,28 (1,22-5,00)	3,41±0,74	3,22 (1,67-5,00)	0,481 (0,352-0,592)	<0,001
	Aksesuar Özellikleri	2,96±0,74	3,00 (1,23-5,00)	3,10±0,76	3,00 (1,00-5,00)	0,514 (0,39-0,62)	<0,001
Anksiyetik (n=55)	Kadın hekim	4,22±0,99	5,00 (1,00-5,00)	4,38±0,97	5,00 (1,00-5,00)	0,353 (0,099-0,564)	0,004
	Erkek hekim	3,58±1,30	4,00 (1,00-5,00)	4,16±1,12	5,00 (1,00-5,00)	0,450 (0,212-0,638)	<0,001
	Saç Özellikleri	3,21±0,67	3,17 (1,89-5,00)	3,39±0,82	3,33 (1,44-5,00)	0,237 (-0,028-0,471)	0,039
	Aksesuar Özellikleri	2,83±0,76	2,85 (1,23-5,00)	3,02±0,78	2,85 (1,23-5,00)	0,365 (0,113-0,573)	0,003
Yüksek anksiyetik (n=86)	Kadın hekim	4,34±1,07	5,00 (1,00-5,00)	4,62±0,67	5,00 (3,00-5,00)	0,326 (0,124-0,503)	0,001
	Erkek hekim	3,86±1,30	4,00 (1,00-5,00)	4,24±0,99	5,00 (1,00-5,00)	0,175 (-0,038-0,372)	0,053
	Saç Özellikleri	3,18±0,76	3,08 (1,56-5,00)	3,46±0,74	3,33 (2,00-5,00)	0,286 (0,080-0,469)	0,004
	Aksesuar Özellikleri	2,85±0,70	2,92 (1,15-5,00)	3,18±0,75	2,96 (1,85-5,00)	0,345 (0,144-0,518)	0,001

4.6.2. Çocuk Aksiyete Seviyelerine göre Anne ve Çocuk Uyumlarının Değerlendirilmesi

Çocuk anksiyete durumu düşük olanlarda, kadın hekim açısından anne ve çocuk değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir uyum saptanmamıştır (ICC=0,133; $p=0,055$). Bu grupta, saç özellikleri kategorisinde elde edilen ortalama puan, aksesuar kategorisine göre daha yüksek bulunmuş ve anne-çocuk arasında istatistiksel olarak anlamlı ancak zayıf düzeyde bir uyum gözlenmiştir (ICC=0,458; $p<0,001$).

Anksiyetik çocuk grubunda, kadın hekime yönelik oluşturulan ortalama puan ($4,16\pm 1,17$), erkek hekime yönelik ortalama puandan daha yüksek bulunmuş; bu bağlamda da kadın hekim açısından anne ve çocuk değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fakat zayıf düzeyde bir uyum elde edilmiştir (ICC=0,370; $p=0,004$). Aynı grupta saç özellikleri açısından da aksesuar kategorisine göre daha yüksek bir ortalama puan bulunmuş ve anne-çocuk uyumu zayıf düzeyde ancak anlamlı çıkmıştır (ICC=0,520; $p<0,001$).

Çocuk anksiyete düzeyi yüksek olanlarda ise, kadın hekim için anne ve çocuk arasında istatistiksel olarak anlamlı ve zayıf düzeyde bir uyum bulunmuştur (ICC=0,440; $p<0,001$). Ayrıca, bu grupta saç özellikleri skorları açısından da anne ve çocuk değerlendirmeleri arasında zayıf düzeyde anlamlı bir uyum tespit edilmiştir (ICC=0,202; $p=0,018$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8: Çocuk anksiyete durumlarına göre figüre ve skorlar açısından çocuk ve anne arasındaki uyumun incelenmesi

Çocuk anksiyete		Çocuk		Anne		ICC (%95 CI)	p
		Ortalama± s. sapma	Ortanca (min. - maks.)	Ortalama ±s. sapma	Ortanca (min. - maks.)		
Düşük anksiyetik (n=144)	Kadın hekim	4,29±1,01	5,00 (1,00 - 5,00)	4,56±0,62	5,00 (3,00 - 5,00)	0,133 (-0,031 - 0,29)	0,055
	Erkek hekim	3,77±1,18	4,00 (1,00 - 5,00)	4,09±1,11	4,00 (1,00 - 5,00)	0,311 (0,155 - 0,451)	<0,001
	Saç Özellikleri	3,21±0,68	3,17 (1,67 - 5,00)	3,42±0,70	3,33 (1,72 - 5,00)	0,458 (0,319 - 0,578)	<0,001
	Aksesuar Özellikleri	2,86±0,72	2,92 (1,15 - 5,00)	3,04±0,72	3,00 (1,00 - 5,00)	0,539 (0,412 - 0,646)	<0,001
Anksiyetik (n=50)	Kadın hekim	4,16±1,17	4,50 (1,00 - 5,00)	4,46±0,99	5,00 (1,00 - 5,00)	0,370 (0,105 - 0,586)	0,004
	Erkek hekim	3,60±1,51	4,00 (1,00 - 5,00)	3,94±1,27	4,50 (1,00 - 5,00)	0,480 (0,235 - 0,668)	<0,001
	Saç Özellikleri	3,31±0,67	3,33 (1,67 - 5,00)	3,53±0,83	3,28 (1,67 - 5,00)	0,520 (0,285 - 0,696)	<0,001
	Aksesuar Özellikleri	2,88±0,83	2,73 (1,31 - 5,00)	3,19±0,81	2,92 (1,92 - 5,00)	0,511 (0,274 - 0,690)	<0,001
	Kadın hekim	4,33±0,96	5,00 (1,00 - 5,00)	4,58±0,70	5,00 (2,00 - 5,00)	0,440 (0,273 - 0,581)	<0,001
Yüksek anksiyetik (n=106)	Erkek hekim	3,81±1,19	4,00 (1,00 - 5,00)	4,23±0,96	5,00 (1,00 - 5,00)	0,258 (0,071 - 0,427)	0,004
	Saç Özellikleri	3,25±0,73	3,11 (1,22 - 5,00)	3,36±0,78	3,17 (1,44 - 5,00)	0,202 (0,013 - 0,378)	0,018
	Aksesuar Özellikleri	2,98±0,70	3,00 (1,23 - 5,00)	3,15±0,79	3,00 (1,85 - 5,00)	0,257 (0,071 - 0,427)	0,004

4.7. Ebeveyn eğitim düzeyine göre çocuk ve anne arasındaki uyumun değerlendirilmesi

Tüm eğitim düzeylerine göre hekim cinsiyet tercihi, saç özellikleri ve aksesuar kategorilerine göre anne ve çocuk arasında uyum saptanmıştır ($p>0,05$). Bu kategoriye ait veriler tablo 4.9’da özetlenmiştir.

Tablo 4.9: Ebeveyn eğitim gruplarına göre figüre ve skorlar açısından çocuk ve anne arasındaki uyumun incelenmesi

Ebeveyn eğitim grubu		Çocuk		Anne		ICC (%95 CI)	P
		Ortalama ±s. sapma	Ortanca (min. - maks.)	Ortalama ±s. sapma	Ortanca (min. - maks.)		
İlkokul ve ortaokul mezunu (n=124)	Kadın hekim	4,31±1,05	5,00 (1,00 - 5,00)	4,40±0,85	5,00 (1,00 - 5,00)	0,425 (0,27 - 0,559)	<0,001
	Erkek hekim	3,49±1,35	4,00 (1,00 - 5,00)	3,98±1,15	4,00 (1,00 - 5,00)	0,267 (0,096 - 0,423)	0,001
	Saç Özellikleri	3,15±0,69	3,11 (1,67 - 5,00)	3,32±0,73	3,17 (1,44 - 5,00)	0,371 (0,103 - 0,559)	0,005
	Aksesuar Özellikleri	2,81±0,69	2,77 (1,15 - 5,00)	3,03±0,76	2,85 (1,23 - 5,00)	0,385 (0,122 - 0,569)	0,004
	Kadın hekim	4,27±1,00	5,00 (1,00 - 5,00)	4,65±0,60	5,00 (2,00 - 5,00)	0,179 (0,032 - 0,318)	0,009
Lise mezunu ve üniversite mezunu (n=176)	Erkek hekim	3,94±1,12	4,00 (1,00 - 5,00)	4,21±1,03	5,00 (1,00 - 5,00)	0,382 (0,249 - 0,502)	<0,001
	Saç Özellikleri	3,30±0,69	3,22 (1,22 - 5,00)	3,49±0,76	3,33 (1,67 - 5,00)	0,627 (0,497 - 0,723)	<0,001
	Aksesuar Özellikleri	2,97±0,75	3,00 (1,23 - 5,00)	3,16±0,75	3,08 (1,00 - 5,00)	0,716 (0,618 - 0,789)	<0,001

4.8. Ebeveyn çalışma grubuna göre çocuk ve anne arasındaki uyumun değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan ebeveynler çalışan ve çalışmayan ebeveynler olarak sınıflandırıldığında çalışan ebeveynlerin kadın hekime erkek hekimden daha yüksek ortalama puan kullandığı benzer şekilde çalışmayan ebeveynlerin de kadın hekime yüksek puan verdiği görülmüştür. Çalışan ve çalışmayan annelerin ve çocukları sırasıyla 0,375 ve 0,250 korelasyon kat sayısı ile birbiri ile uyumlu bulunmuştur ($p<0,001$)(Tablo 4.10).

Tablo 4.10: Ebeveyn çalışma durumuna göre figüre ve skorlar açısından çocuk ve anne arasındaki uyumun incelenmesi

Ebeveyn çalışma durumu		Çocuk		Anne		ICC (%95 CI)	p
		Ortalama ±s. sapma	Ortanca (min. - maks.)	Ortalama ±s. sapma	Ortanca (min. - maks.)		
Çalışmıyor (n=186)	Kadın hekim	4,32±1,01	5,00 (1,00 - 5,00)	4,53±0,77	5,00 (1,00 - 5,00)	0,250 (0,110 - 0,380)	<0,001
	Erkek hekim	3,68±1,26	4,00 (1,00 - 5,00)	4,04±1,15	4,00 (1,00 - 5,00)	0,319 (0,184 - 0,442)	<0,001
	Saç Özellikleri	3,17±0,68	3,14 (1,22 - 5,00)	3,34±0,79	3,19 (1,44 - 5,00)	0,479 (0,304 - 0,610)	<0,001
	Aksesuar Özellikleri	2,90±0,73	2,92 (1,15 - 5,00)	3,13±0,79	2,96 (1,23 - 5,00)	0,516 (0,354 - 0,638)	<0,001
	Kadın hekim	4,22±1,04	5,00 (1,00 - 5,00)	4,59±0,64	5,00 (2,00 - 5,00)	0,375 (0,206 - 0,522)	<0,001
Çalışan ebeveyn (n=114)	Erkek hekim	3,88±1,21	4,00 (1,00 - 5,00)	4,23±0,98	5,00 (1,00 - 5,00)	0,361 (0,191 - 0,511)	<0,001
	Saç Özellikleri	3,35±0,70	3,31 (1,67 - 5,00)	3,54±0,67	3,39 (1,78 - 5,00)	0,624 (0,455 - 0,740)	<0,001
	Aksesuar Özellikleri	2,92±0,74	2,96 (1,38 - 5,00)	3,07±0,69	3,00 (1,00 - 5,00)	0,752 (0,641 - 0,829)	<0,001

5. TARTIŞMA

Günümüzde başarılı bir dental tedaviyi etkileyen faktörler arasında hekim hasta ilişkisinin yeri göz ardı edilmemelidir. Güncel literatürün de desteklediği şekilde hastanın hekimine güven duyması, hekimini kendi rızası ile seçmesi hastanın tedaviye olan uyumunu artırmaktadır (76). Ancak 18 yaşından küçük bireylerin Türk Medeni Kanunu'nun 35. Maddesi uyarınca anne baba velayeti altında bulunduğu belirtildiğinden çocuklara ilişkin sağlık konularında karar verme yetkisi anne ve babaya bırakılmaktadır (11). Bu kanun çocuğa dair karar yetkisinin anne babada olduğunun açık bir göstergesi olup çocuğun ebeveyninin tercih edeceği hekim tarafından tedavi edileceği düşüncesini doğurmaktadır.

Sağlık alanında yapılan bazı çalışmalarda hekim dış görünüşünün hastanın hekim tercihi üzerinde etkileri olduğunu gösterilmiştir. Hekimin tercih ettiği saç stilinin, yüz bölgesinde kullandığı bazı aksesuarların hastanın hekimin profesyonelliği, güvenilirliği hakkında bir ön kanı oluşturup hastanın hekim tercihinin etkileyebilmektedir (43,47,77). Çocuk hastaların tıbbi konulardaki vasilerinin ebeveynlerinin olması ebeveyn ile çocuk hastanın tercihlerinin paralel olacağı fikrini akla getirebilir. Ancak güncel diş hekimliği literatürü incelendiğinde hekimlerin tercih ettikleri kıyafetlerin, aksesuarların hekim tercihi üzerine olan etkileri araştırılsa da çocuk hasta ve ebeveyninin farklı profil görünümüne sahip diş hekimleri üzerinde tercihlerinin uyumu olup olmadığını inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Dolayısıyla, bu çalışmada anne ve çocuk arasındaki uyumun incelenmesi amaçlanmıştır.

Günümüzde aile içindeki rol ve sorumluluklar paylaşılsa da gelenekçi Türk kültüründe çocuğun temel bakımı ve sorumluluğu, genelde anne üzerinde olmaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda çocukların temel bakımlarının yanı sıra ağız ve diş sağlığı ile ilgili bakımların da babalara göre annelerin daha çok üstlendiği görülmüştür (78,79). Bu nedenle çalışmaya dahil edilecek ebeveyn tercihi annelerden yana kullanılmıştır.

Çalışma gereğince çocukların anketi anlamaları ve yanıtlandırabilmeleri gerektiğinden çocukların okuma anlama becerisi önem kazanmıştır. Ülkemizde Millî

Eğitim Bakanlığı'nın yaptığı bir düzenlemede 66 ayını dolduran çocukların eğitim öğretime başlayabileceği bildirilmiş (80) olsa da altı yaş grubu çocukların 2012- 2013 eğitim öğretim yılında okula uyum sağlayamamaları, okul başarısında düşüş yaşamaları gibi nedenler ile yönetmelikte değişikliğe ihtiyaç duyulmuştur (80). Bu nedenle çalışmamıza 7 yaşından küçük çocuklar dahil edilmemiştir.

Ergenlik dönemi, çocuğun gelişimsel sürecinde önemli bir dönemdir. Ergenlik dönemi, çocuğun birçok açıdan hızla geliştiği ve çocukluk döneminden erişkinlik dönemine geçiş yaptığı bir süreçtir. Ergenlik; fiziksel büyüme, cinsel gelişme ve psikososyal olgunlaşmanın gerçekleştiği, çocukluktan erişkin hayata geçiş dönemidir. Hızlı fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimlerle karakterizedir. Ergenliğin başlangıcını ve ne kadar süreceğini belirlemek oldukça zordur (81,82). Ancak yaş grupları da göz önünde bulundurularak çocuklar psikososyal gelişim dönemlerine göre 10-21 yaş arasında erken, orta ve geç ergenlik dönemi olmak üzere üç bölümde ele alınır (81). Çalışmamızın yaş grubu içerisinde dahil olan 10-14 yaş aralığı erken ergenlik dönemi olarak tanımlanmaktadır ve çalışmamızın ergenlik dönemi içerisindeki örneklemi oluşturmuştur (81). Bu bağlamda çalışmamızın yaş grupları 7-9 yaş ve 10-14 yaş olarak ayrılmıştır. Ayrıca tez çalışmamıza hem kadın hem erkek diş hekimi tecrübesi olan çocuk hastalar dahil edilerek, çocuğun daha önce deneyimlemediği bir alanda tercih yapmasının önüne geçilmiştir.

Dental tedavi süreci göz önüne alındığında çocuk ve ailenin dental anksiyetelerinin diş hekimi tercihi üzerine etkili olabileceği düşünülmektedir. Bazı fiziksel görünümünün dışardan algılanış şekilleri, hastanın içinde bulunduğu duygu ruh durumuna göre de değişiklik gösterebilir. Bu nedenle çalışmamıza katılan tüm bireylerin dental anksiyeteleri Corah Dental Anksiyete Skalası (CDAS) ile belirlenmiştir. CDAS, her ne kadar öncelikli olarak erişkin bireylerde kullanılmasına yönelik geliştirilmiş bir ölçek olsa da (70), çocuklarda da geçerliliğini ortaya koyan çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (71). Erişkinlere yönelik ölçeklerin çocuklarda kullanılmasının, dil düzeyi ve kavrama becerileri açısından sınırlılıklar doğurabileceği düşünülse de CDAS'ın maddeleri kısa, açık ve anlaşılır yapıda olduğu için farklı yaş gruplarınca kolaylıkla uygulanabilir

niteliktedir. Bu özelliği sayesinde ölçek, farklı yaş grupları arasında karşılaştırmalı analizler yapılmasına olanak sağlayarak araştırmalara önemli bir avantaj sunmaktadır (69).

Literatür genellikle, kadın dış hekimlerinin, erkek meslektaşlarına oranla çocuk hastalar tarafından daha olumlu karşılandığı yönündedir (83). Strauss ve ark.'nın yapmış oldukları bir çalışmada kadın hekimlerin daha sıcak ve şefkatli algılandıkları bu nedenle de erkek hekimlere kıyasla daha fazla tercih edildiklerini bildirilmiştir (83). Bu çalışma ile benzer nitelikte olan bizim çalışmamızda da kadın dış hekimleri erkek dış hekimlerine göre daha yüksek puanlar almıştır. Kadın hekimlerin daha ılımlı mizaçları ve toplumdaki anne rolü de bu yönelimin bir nedeni olabilir. Ancak bazı araştırmacıların çalışmaları bu durumu tam olarak desteklememektedir (25). Bu araştırmalarda çocuk hastaların, kendileri ile aynı cinsiyetteki doktorları daha çok tercih ettikleri bildirilmiştir (25). Mevcut çalışmamızda ise çocuk cinsiyet ayrımı yapılmadan hekim cinsiyeti tercihleri değerlendirilmiştir. Buna ek olarak çalışmamızda anneler de kendileri ile hemcins olan kadın hekimleri daha fazla tercih etmiştir.

Büyüme gelişim sürecinde ergenlik dönemi önemli bir paya sahiptir. Ergenlik döneminde kazanılması gereken temel özellik ise kimlik gelişimidir (13). Kimlik gelişimine bağlı olarak tercihler farklılıklar gösterebilir ve anne çocuk arasında tercih farklılıkları meydana gelebilir. Bu çalışmanın bulguları, çocukların ve annelerinin hekimlerin dış görünüşüne ilişkin tercihleri arasındaki uyumun çocuğun gelişim dönemine bağlı olarak değişebileceğini ortaya koymaktadır. Özellikle çocukluk döneminde, anne ve çocukların hekim tercihlerinde benzer özellikleri ön planda tutarak daha yüksek bir görüş birliği sergiledikleri gözlemlenmiştir. Bu durum, erken yaşlardaki çocukların karar verme süreçlerinde annelerinin yönlendirici rolünün daha baskın olmasından kaynaklanabilir. Ergenlik dönemindeki çocukların hekimin saç özelliklerine karşı olan tercihleri ile anne arasında uyum elde edilememişken aksesuar özellikleri bakımından uyumlu bulunması ergenlik dönemine geçişle birlikte bireysel kimlik arayışının artması, çocukların hekimlerin dış görünüşüne dair değerlendirmelerinde annelerinden ayrışmalarına yol

açabilmesi ile açıklanabilir. Bu farklılaşma, ergenlerin kendi sosyal algılarını ve değer yargılarını oluşturma çabalarının bir yansıması olarak değerlendirilebilir.

Bireylerin birbiri hakkındaki ilk izlemlerinde dış görünüş de önemli olabilmektedir. Saç tipi gibi fiziksel özelliklerin, bir kişinin diğer özellikleri hakkında algılarımızı etkileyebileceği "halo etkisi" fenomeni de bu bağlamda önemlidir. Bu etkiye göre, örneğin, bir kişinin saç stiline onun kişiliği veya yetkinliği hakkında varsayımlarda bulunmamıza neden olabileceği düşünülmektedir (84). Yetişkin bireylerle gerçekleştirilen bir çalışmada, geleneksel olmayan saç stiline sahip kadın ve erkek hekimlerin, genel olarak profesyonellik ve hijyen açısından daha düşük olarak algılandığı belirlenmiştir (46). Bu bağlamda yine geleneksel sayılamayacak başka bir kategori olan farklı saç renklerine sahip hekimler için anne ve çocuğun birbiri ile uyumlu olduğu gözlenmiş olup, saç rengi bakımından en düşük ortalama puanlamanın, marjinal renkli saçlara sahip hekimler için yapıldığı ortaya koyulmuştur. Bu sonuçta gelenekçi Türk kültürünün etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda annelerin ve çocukların en olumlu şekilde değerlendirdikleri saç rengi koyu renkteki saç rengi olmuştur. Bu bulgu, 2010 yılında yapılmış bir çalışmada koyu renk saç rengine sahip kadınların dışarıdan daha zeki, mutlu, kendine güvenen bireyler olarak algılandığının belirtilmesi ile desteklenebilir (85). Bununla birlikte, Türk toplumu üzerinde yapılan bir dermatoloji araştırmasında bir Türk bireyinin etnik olarak en fazla kahverengi veya siyah saçlı olma eğilimi gösterdiği bildirilmiştir (86). Çocukların ve annelerin bu rengi tercih etmesinde görmeye daha alışık oldukları ve kendi toplumlarında daha sık gördükleri bir fiziksel görünüm olması olabilir.

Bununla birlikte yine hekim saç stillerinin hastalar tarafından algılanışını araştıran bir çalışmada, erkek hekimlerin yoğun kıvrıkcık saç stili (afro) olumlu karşılanmamış ve tercih edilmemiştir (47). Bizim çalışmamızda da kıvrıkcık saçlı erkek hekimlerin hem anne hem de çocuk tarafından tercih edilmedikleri görülmüştür. Ancak kıvrıkcık saçlı hekimlerin cinsiyete bağlı şekilde ortalama puanlarında farklılık olduğu hem anne hem de çocuk grubunda görülmektedir. Kıvrıkcık saçlı erkek hekimlerin aksine kıvrıkcık saçlı kadın

hekimler çalışmamızda olumlu değerlendirilmişlerdir. Çalışmamızın sonuçları kıvrıkcık saçlı kadınların iş hayatında düz saçlı kadınlara göre daha az profesyonel algılandıklarını bildiren bir çalışmanın bulguları ile uyuşmamıştır (87). Çalışmalardaki farklı sonuçlarda çalışma grupları ve çalışma dizaynındaki farklılıkların etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda hem anne hem de çocuk için en olumsuz değerlendirilen saç şekli uzun saçlı erkek hekimler olmuştur. Sonuçlarımızı destekler nitelikte geçmişte ortodontistler üzerinde yapılmış bir çalışmada, ebeveynlerin hekimin yüzüne dökülmeyen, daha kontrollü saçları tercih ettikleri bildirilmiştir (8). Bu durum, hekimin tedavi sırasında hastaya olan fiziksel yakınlığı ve hijyen gereksinimleriyle ilişkilendirilmiş; uzun saçlı hekimlerin klinik uygulamalarda hijyen standartlarına uygun hareket edebilmesi için saçlarını daha kontrollü bir biçimde kullanmaları gerektiği vurgulanmıştır (8).

Benzer şekilde, hekimin genel hijyenik görünümüne ilişkin diğer unsurlar da hasta ve ebeveyn algısını etkileyebilmektedir. Hijyen gereklilikleri bağlamında, erkek hekimlerde sakal kullanımının da düzenli olması gerektiği, aksi takdirde hastalar tarafından olumsuz karşılandığı; fiziksel görünümün hasta üzerindeki etkilerini inceleyen çeşitli çalışmalarda ifade edilmiştir (8,47). Bu çalışmaları destekler nitelikte bizim çalışmamızda da sakallı hekimlerin hem annelerden hem çocuklardan düşük ortalamalı puanlar aldığı görülmüştür.

Hekimlerin dış görünümlerine yönelik toplumsal algılar yalnızca saç stilleriyle sınırlı kalmamakta, aynı zamanda yüz bölgesindeki aksesuar kullanımı ve dövme gibi uygulamaları da kapsamaktadır. Günümüzde yüzeysel vücut modifikasyonları, özellikle genç bireyler arasında giderek daha yaygın hâle gelmektedir (88). Kalıcı olmayan piercingler açısından kesin kullanım oranlarını saptamak güç olsa da 454 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %51'inin piercing kullandığı, %23'ünün ise dövmesi olduğu bildirilmiştir (89). Hekimlerin sosyal yaşamlarında tercih ettikleri bu tür uygulamaların, özellikle çocuk hastalar ve ebeveynleri nezdinde hekimin güvenilirlik ve tercih edilebilirliğini etkileyebileceği düşünülmektedir. Nitekim, Newman ve

arkadaşlarının 319 hasta ile gerçekleştirdikleri çalışmada, katılımcılardan yüzün farklı bölgelerinde yer alan piercinglerin bir hekim için uygun olup olmadığını değerlendirmeleri istenmiş; sonuçta, burun ve dudak piercinglerinin sırasıyla %24 ve %22 oranında uygun bulunmadığı bildirilmiştir (89). Güncel literatür incelendiğinde hekimlerin yüz bölgesinde kullandıkları piercinglerin ve yüz bölgesinde görünür dövmelemin hastalar tarafından tercih edilmediğini vurgulayan pek çok çalışmaya rastlanılmıştır (8,89,90). Literatürle paralel şekilde çalışmamızda da piercing kullanımı ve hekimin dövmesinin olması olumlu karşılanmamıştır.

Bireylerin sağlık profesyonellerine yönelik tutumlarının, sadece mesleki yeterlilikle değil, aynı zamanda fiziksel görünümüne ilişkin algılarla da şekillenebileceği görülmüştür. Bu durumu destekler nitelikte 2022 yılında yapılan bir çalışmada, gözlük takan bireylerin, gözlük takmayanlara kıyasla daha güvenilir algılandığı, gözlük takılmasının bireylerin daha başarılı ve zeki olarak algılanmasına katkıda bulunduğu belirtilmiştir (91). Benzer şekilde katılımcı çocukların gözlüklü kadın hekimi aksesuar kategorisinde en tercih edilen hekim olarak seçmeleri bu çalışmayı destekler niteliktedir.

Fiziksel görünümün bireyler arası algılarda bu denli etkili olması, özellikle sağlık profesyonellerinin görünür aksesuar tercihlerinin hastalar üzerindeki etkisini anlamak açısından önemlidir. Bu bağlamda, COVID-19 pandemisi sürecinde yaygın olarak kullanılmaya başlanan yüz siperlikleri gibi koruyucu ekipmanlar da halk tarafından daha fazla tanınır hâle gelmiştir. Böylece, pandemi döneminde yapılan bazı araştırmalar halkın yüz siperliklerine yönelik farkındalığının arttığını göstermektedir (92,93). Bu bilgiler ışığında annelerin siperlik kullanan kadın hekimleri yüksek oranda tercih etmesinin, annelerin bone kullanan hekimlere kullanmayanlara göre daha yüksek puanlar kullanmasının bu farkındalığın artışından kaynaklanabileceği ve kişisel koruyucu ekipmanların gerekliliğinin anlaşılması ile ilgili olabileceğini düşündürmüştür.

Öte yandan, hekimin fiziksel görünümüne ve cinsiyetine yönelik bu algısal tercihlerin, ebeveyn ve çocuk arasındaki anksiyete düzeylerini nasıl etkilediği de önem taşımaktadır. Güncel literatür, ebeveyn anksiyetesi ile çocuk anksiyetesi arasındaki ilişki

konusunda kesin bir görüş birliği sunmamaktadır. Bazı çalışmalar, anne ve çocuk arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu bildirirken (94–96); anne ve çocuk arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmeyen çalışmalar da mevcuttur (97,98).

Hekimin cinsiyeti, hastaların anksiyete seviyeleri üzerine etkili olabilmektedir (43). Özellikle kadın hekimlerin daha şefkatli, cana yakın, empatik yaklaşımları düşünüldüğünde (83); bu durum anksiyetesi yüksek ebeveyn grubunda erkek hekim için anne ve çocuk arasında uyum bulunmamasına açıklık getirmektedir.

Hekim seçiminde ebeveynlerin kararlarını birçok faktör etkileyebilmekle birlikte, bireysel özellikler de bu süreçte etkileyici rol oynayabilir. Kelly ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği çalışmada, tüm eğitim düzeylerinde kadın hekimlerin daha fazla tercih edildiği görülmekle birlikte, eğitim seviyesi yükseldikçe bu tercihteki belirginlik azalmıştır (8). Benzer şekilde, çalışmamızda da her eğitim seviyesinden katılımcılar kadın hekimleri daha çok tercih etmiş ve annelerin bu konudaki tercihleri çocukların tercihleriyle uyumlu bulunmuştur.

Mevcut çalışmamızın özgün değerinin yüksek olması nedeni ile literatüre katkı sağlayacağını düşünmekle birlikte bazı limitasyonları bulunmaktadır. Çalışmamıza belli bir coğrafyada bulunan sınırlı bir grup hasta ve ebeveyni dahil edilmiştir. Dolayısıyla toplumun genelinin yansıtılabilmesi için farklı bölgelerde daha geniş popülasyonlarda çalışılması gerekmektedir. Katılımcı çocukların okuma anlama becerilerinin olması amacıyla alt yaş sınırı belirlenmiş olsa da bireysel farklılıklar nedeniyle küçük yaştaki çocuklarda okuma anlama becerisi değişkenlik gösterebilir. Aynı şekilde yetişkin bireylerde de bu beceri farklılık gösterebilir. Dolayısıyla, okuduğunu anlayabilme açısından bazı yanlış anlaşılmalara sebep olabilir. Ayrıca, çalışmamız sadece anne ebeveyn ile planlanmış olup babalar çalışmaya dahil edilmemiştir. İleride yapılacak çalışmalarda bu husus ele alınabilir. Katılımcı çocukların daha öncesinde dental tedavi geçmişinin olmasına dikkat edilse de yapılmış olan işlemin zorluğunun, süresinin, sayısının, anestezi gerekliliğinin sorgulanmayışı ve çocuğun daha öncesinde olumsuz bir dental öyküsünün değerlendirilmeye alınmayışı çalışmamızın limitasyonları arasındadır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Kesitsel, tanımlayıcı nitelikteki çalışmamızda farklı profil görünümüne sahip diş hekimlerinin çocuk hastalar ve ebeveynlerinin hekim tercihinde etkisi ve birbirleri arasındaki uyum değerlendirilmiştir. Çalışmamız sonucunda genel hatlarıyla anne ve çocuk tercihleri birbiri ile uyumlu bulunmuştur.
2. Çalışmamızda anne ve çocuğun hekim cinsiyeti açısından tercihleri değerlendirildiğinde kadın hekimin erkek hekimden daha fazla tercih edildiği ve anne ve çocuğun birbiri ile uyumlu oldukları görülmüştür. Bu durum çocuk diş hekimliği alanında kadın hekimlerin erkek hekimlerden daha fazla tercih edildiğini düşündürmektedir.
3. Ergenlik öncesi dönemdeki çocukların tercihleri anneleriyle oldukça paralel seyreitse de ergenlik dönemindeki çocukların hekimin saç özellikleri bakımından anneleriyle uyum göstermedikleri görülmektedir. Bu nedenle ergenlik dönemindeki bireylerin şahsi tercihleri aileleri tarafından dikkate alınmalı ve hekimlerin ergenlik dönemindeki bireylerin tercihlerini önemsemesi gerekliliği hatırlanmalıdır.
4. Geleneksel Türk kültüründe sık rastlanılmayan görünüm ve hem çocuk hastalar hem de anneleri tarafından tercih edilmemiş aykırı renkli saç stillerine sahip, piercing ve dövme hekimler düşük ortalama puanlar almıştır ve anne ile çocuk arasında uyum tespit edilmiştir. Bu sonuçlar göz önüne alındığında, hekimlerin sosyal hayatlarında kullandıkları aksesuarların ve tercih ettikleri saç renklerinin hasta üzerinde etkisi olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.
5. Koruyucu kişisel ekipman kullanan hekimler hem anne hem de çocuk üzerinde olumlu bir algı yaratmış olup yüksek puan ortalamaları almıştır. Artık bu ekipmanların kullanım nedenlerinin toplum tarafından da öğrenilmesi hekimlerin koruyucu kişisel ekipman kullanmasını tercih etmesinde önemli olmuştur. Hijyen gereksinimleri de göz önüne alındığında hekimlerin gerekli koruyucu önlemleri alması tavsiye edilebilir.
6. Erkek hekimler için yoğun sakal görünümü ve toplanmamış uzun saç görünümü hem çocuk hastalardan hem de annelerinden düşük ortalama puanlar almıştır. Günlük hayatında sakal ve uzun saç kullanan erkek hekimlerin, hijyen kurallarına

uygun ve hasta tarafından nispeten temiz ve düzenli algılanacak şekilde kullanmaları önerilebilir.



7. KAYNAKLAR

1. Ten Berge M, Hoogstraten J, Veerkamp JS, Prins PJ. The dental subscale of the children's fear survey schedule: a factor analytic study in The Netherlands. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1998;26(5):340–3.
2. Klingberg G, Berggren U, Carlsson SG, Noren JG. Child dental fear: cause-related factors and clinical effects. *Eur J Oral Sci.* 1995;103(6):405–12.
3. Brundisini F, Vanstone M, Hulan D, DeJean D, Giacomini M. Type 2 diabetes patients' and providers' differing perspectives on medication nonadherence: a qualitative meta-synthesis. *BMC Health Serv Res* 2015; 15(1).
4. Sengstock D, Vaitkevicius P, Salama A, Mentzer RM. Under-prescribing and non-adherence to medications after coronary bypass surgery in older adults: strategies to improve adherence. *Drugs Aging* 2012; 29(2): 93–103.
5. Marks R. Knee osteoarthritis and exercise adherence: a review. *Curr Aging Sci* 2012; 5(1): 72–83.
6. Apollo A, Golub SA, Wainberg ML, Indyk D. Patient-provider relationships, HIV, and adherence: requisites for a partnership. *Soc Work Health Care* 2006; 42(3–4): 209–24.
7. Gellad WF, Grenard JL, Marcum ZA. A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly: Looking beyond cost and regimen complexity. *Am J Geriatr Pharmacother* 2011; 9(1): 11.
8. Kelly GR, Shroff B, Best AM, Tufekci E, Lindauer SJ. Parents' preferences regarding appearance and attire of orthodontists. *Angle Orthod* 2014; 84(3): 404–9.
9. İnan G, Ulusu T, Coşkun A. Beyaz Önlük Korkusu Gerçek mi? 23. Türk Pedodonti Derneği Kongresi, 24-28 Eylül 2016, Kuşadası, İzmir, 38.
10. Westphal J, Berry E, Carrico C, Shroff B, Brickhouse T. Provider appearance: A survey of guardian and patient preference. *J Dent Child (Chic)* 2017; 84(3): 139-44.
11. Medeni Kanun, T.C. Resmî Gazete, 8 Aralık 2001, sayı: 24607.
12. Ayoub S, Finkelman MD, Swee GJ, Hassan M, Loo CY. An investigation of the association between parenting style and child's dental caries: a cross-sectional study. *Sci Rep* 2024; 14(1): 18134.
13. Koch G, Poulsen S, Espelid I, Haubek D. (3 rd edt) *Pediatric dentistry: a clinical approach.* John Wiley & Sons, 2017; 407.

14. Hägglin C, Berggren U, Hakeberg M, Hällstrom T, Bengtsson C. Variations in dental anxiety among middle-aged and elderly women in Sweden: a longitudinal study between 1968 and 1996. *J Dent Res* 1999; 78(10): 1655–61.
15. Akarslan ZZ, Erten H. Diş hekimliği korkusu ve kaygısı. *Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2009; 33(1): 62-8.
16. Gustafsson A, Broberg A, Bodin L, Berggren U, Arnrup K. Dental behaviour management problems: the role of child personal characteristics. *Int J Paediatr Dent* 2010; (4): 242–53.
17. Cianetti S, Lombardo G, Lupatelli E, Pagano S, Abraha I, Montedori A, et al. Dental fear/anxiety among children and adolescents. A systematic review. *Eur J Paediatr Dent* 2017; 18(2): 121–30.
18. Shim YS, Kim AH, Jeon EY, An SY. Dental fear & anxiety and dental pain in children and adolescents; a systemic review. *J Dent Anesth Pain Med* 2015; 15(2): 53-61.
19. Sun IG, Chu CH, Lo ECM, Duangthip D. Global prevalence of early childhood dental fear and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *J Dent* 2024, 142:104841.
20. Bajrić E, Zukanović A, Marković N, Arslanagić A, Zukić S, Hasić-Branković L. Longitudinal changes in the prevalence of dental fear and anxiety in 9–12-year-old children in clinical setting in Bosnia and Herzegovina. *Journal of Health Sciences*. 2022; 12(3): 189-92.
21. Kakkar T, Saraf BG, Sheoran N, Kalra G, Khan AK, Lakhanpal P. Prevalence of dental fear and anxiety and its association with behavior using three fear and anxiety measurement scales among children in Faridabad. *Journal of South Asian Association of Pediatric Dentistry* 2022; 5(3): 164–9.
22. Slabšinskienė E, Kavaliauskienė A, Žemaitienė M, Vasiliauskienė I, Zaborskis A. Dental fear and associated factors among children and adolescents: A school-based study in Lithuania. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(16): 8883.
23. Nguyen MS, Nguyen TT, Nguyen BBT, Saag M, Olak J. Dental fear and anxiety in Estonian and Vietnamese schoolchildren: A comparative study of two populations. *Clin Exp Dent Res* 2018; 4(5): 182–8.
24. Paglia L, Gallus S, de Giorgio S, Cianetti S, Lupatelli E, Lombardo G, et al. Reliability and validity of the Italian versions of the children's fear survey schedule - Dental subscale and the modified child dental anxiety scale. *Eur J Paediatr Dent* 2017; 18(4): 305–12.
25. AlSarheed M. Children's perception of their dentists. *Eur J Dent* 2011; 5(2): 186.

26. Demir M. Çocuk Diş Hekimliğinde Davranış Yönetimi. HRÜ Uluslararası Diş Hekimliği ve Oral Araştırmalar Dergisi 2022; 1(3):71–7.
27. Sheller B. Challenges of managing child behavior in the 21st century dental setting. *Pediatr Dent* 2004; 26(2): 111-3.
28. Long N. Stress and economic hardship: The impact on children and parents. *Pediatr Dent* 2014; 36(2): 109-14.
29. McDonald RE, Avery DR. *Dentistry for the Child and Adolescent* (8th ed) Mosby, USA, 2004; 33–49.
30. Hosey MT. *Child Taming: How to manage children in dental practice*. Quintessence Publishing Company Limited, 2003.
31. Yahyaoğlu Ö, Baygın Ö. Çocuk diş hekimliğinde diş hekimi kaygı ve korkusunun değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2018; (4): 599–609.
32. McTigue DJ. Behavior management of children. *Dent Clin North Am* 1984; 28(1): 81–93.
33. Rud B, Kisling E. The influence of mental development on children's acceptance of dental treatment. *Scand J Dent Res* 1973; 81(5): 343–52.
34. Arnrup K, Broberg A, Berggren U, Bodin L. Lack of cooperation in pediatric dentistry--the role of child personality characteristics. *Pediatr Dent* 2002; 24(2): 119-28.
35. Sharma A, Tyagi R. Behavior assessment of children in dental settings: A retrospective study. *Int J Clin Pediatr Dent* 2011; 4(1): 35.
36. Baier K, Milgrom P, Russell S, Mancl L, Yoshida T. Children's fear and behavior in private pediatric dentistry practices. *Pediatr Dent* 2004; 26(4): 316-21.
37. Navaro, L. 'Çağdaş anne baba eğitimi neleri kapsayabilir?' 1987, Antalya: Ya-Pa 5. Okul Öncesi Eğitimi ve Yaygınlaştırılması Semineri.
38. Weinstein P, Getz T, Ratener P, Domoto P. The effect of dentists' behaviors on fear-related behaviors in children. *J Am Dent Assoc* 1982; 104(1): 32–8.
39. Dara Yökünç PN, Yalçınkaya Ş. Child Friendly Dental Clinic Design. In: Yılmaz Bakır N, Kozlu HH (eds), *Innovation in Design Methods and Technology for Progressive Practice and Research*. Lyon; 2024:221-22.

40. Budny AM, Rogers LC, Mandracchia VJ, Lascher S. The physician's attire and its influence on patient confidence. *J Am Podiatr Med Assoc* 2006; 96(2): 132–8.
41. McKinstry B, Wang JX. Putting on the style: what patients think of the way their doctor dresses. *Br J Gen Pract* 1991; 41(348): 270-8.
42. Yakut K, Işık BK. Beyaz önlük veya yeşil ameliyathane önlüğü giyen hekim tarafından yapılan muayenenin preoperatif dental anksiyete üzerine etkisinin araştırılması. *Necmettin Erbakan University Dental Journal* 2020; 2(3): 113-116.
43. Mistry D, Tahmassebi JF. Children's and parents' attitudes towards dentists' attire. *Eur Arch Paediatr Dent* 2009; 10(4): 237–40.
44. Hermida L, Puig F, Braun A, Ram D, Volfovikz R. Children's and parent's preferences regarding the attire and sex of the pediatric dentist's. *Actas Odontológicas* 2017; 14(1): 33–42.
45. Ram D, Hermida ML, Jerozolimsky AB, Slav OY, Wang HY, Abbate FP, et al. Children's preferences for pediatric dentist attire: A multicenter study. *J Clin Pediatr Dent* 2018; 42(3): 195–202.
46. O'Brien MB, Copus A, Johnson JC, Inglehart M. Examining the impact of dental hygienists' professional appearance: Patients' and dental student providers' perspectives. *J Dent Hyg* 2019; 93(4): 33-43.
47. Eigbobo JO, Etim SS. Non verbal communication in paediatric dental practice: A study of children's preferences for dentists' attire and appearance. *Journal of Dental and Medical Sciences* 2020; 19(3): 33-9.
48. Gjerdingen DK, Simpson DE, Titus SL. Patients' and physicians' attitudes regarding the physician's professional appearance. *Arch Intern Med* 1987; 147(7): 1209–12.
49. Matsui D, Cho M, Rieder MJ. Physicians' attire as perceived by young children and their parents: the myth of the white coat syndrome. *Pediatr Emerg Care* 1998; 14(3): 198–201.
50. Hennessy N, Harrison DA, Aitkenhead AR. The effect of the anaesthetist's attire on patient attitudes. The influence of dress on patient perception of the anaesthetist's prestige. *Anaesthesia* 1993; 48(3): 219–22.
51. American Academy of Pediatric Dentistry (3th ed), Behavior guidance for the pediatric dental patient. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago, 2024.

52. Koticha P, Katge F, Shetty S, Patil DP. Effectiveness of virtual reality eyeglasses as a distraction aid to reduce anxiety among 6–10-year-old children undergoing dental extraction procedure. *Int J Clin Pediatr Dent* 2019; 12(4): 297–302.
53. Bayrak Ş, Tunç EŞ, Eğilmez T, Tüloğlu N. Ebeveyn dental kaygısı ve sosyodemografik Faktörlerin çocuk dental kaygısı üzerine etkileri. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2010; 2010(3): 181–8.
54. Liu Y, Gu Z, Wang Y, Wu Q, Chen V, Xu X, et al. Effect of audiovisual distraction on the management of dental anxiety in children: A systematic review. *Int J Paediatr Dent* 2019; 29(1): 14–21.
55. Delgado A, Ok SM, Ho D, Lynd T, Cheon K. Evaluation of children's pain expression and behavior using audio visual distraction. *Clin Exp Dent Res* 2021; 7(5): 795–802.
56. Maxwell LG, Yaster M. The myth of conscious sedation. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996; 150(7): 665–7.
57. Shetty RM, Khandelwal M, Rath S. RMS Pictorial Scale (RMS-PS): an innovative scale for the assessment of child's dental anxiety. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2015; 33(1): 48–52.
58. Rayen R, Muthu M, Rao C, Sivakumar N. Evaluation of physiological and behavioral measures in relation to dental anxiety during sequential dental visits in children. *Indian J Dent Res.* 2006; 17(1): 27–34.
59. Wilson S. Non-pharmacologic issues in pain perception and control. *Pediatric Dentistry, Infancy Through Adolescence*. Pennsylvania: Saunders Company, 1999: 74-83.
60. Alacam A, Durmuş R. Çocuklarda dental anksiyetenin değerlendirilmesinde güncel projektif yöntemler. *ADO Klinik Bilimler Dergisi* 2023; 12(2): 313–20.
61. Aartman IHA, van Everdingen T, Hoogstraten J, Schuurs AHB. Self-report measurements of dental anxiety and fear in children. A critical assessment. *ASDC J Dent Child* 1998; 65(4): 252-8.
62. Raj S, Agarwal M, Aradhya K, Konde S, Nagakishore V. Evaluation of dental fear in children during dental visit using children's fear survey schedule-dental subscale. *Int J Clin Pediatr Dent* 2013; 6(1):12.
63. Corah NL. Development of a dental anxiety scale. *J Dent Res* 1969; 48(4): 596.
64. Humphris GM, Wong HM, Lee GTR. Preliminary validation and reliability of the Modified Child Dental Anxiety Scale. *Psychol Rep.* 1998; 83(3): 1179–86.

65. Aslan A, Tuzuner T, Baygin O, Yılmaz N, Sagdic S. Reliability and validity of the Turkish version of the Abeer children Dental Anxiety Scale (ACDAS). *Contemporary Pediatric Dentistry* 2021; 2(3): 142–50.
66. El-Housseiny AA, Farsi NM, Alamoudi NM, Bagher SM, El Derwi D. Assessment for the children's fear survey schedule-dental subscale. *J Clin Pediatr Dent* 2014; 39(1): 40–6.
67. Scherer MW, Nakamura CY. A fear survey schedule for children (FSS-FC): a factor analytic comparison with manifest anxiety (CMAS). *Behav Res Ther* 1968; 6(2): 173–82.
68. 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* 2018; 292–304.
69. Seydaoğlu G, Doğan MC, Uğuz Ş, İnanç BY, 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.
70. Newton JT, Buck DJ. Anxiety and pain measures in dentistry: a guide to their quality and application. *J Am Dent Assoc* 2000; 131(10): 1449–57.
71. Peretz B, Nazarian Y, Bimstein E. Dental anxiety in a students' paediatric dental clinic: children, parents and students. *Int J Paediatr Dent* 2004; 14(3): 192–8.
72. Hays RD, Brown J, Brown LU, Spritzer KL, Crall JJ. Classical test theory and item response theory analyses of multi-item scales assessing parents' perceptions of their children's dental care. *Med Care* 2006; 44(3): 60-8.
73. Howard KE, Freeman R. Reliability and validity of a faces version of the Modified Child Dental Anxiety Scale. *Int J Paediatr Dent* 2007; 17(4): 281–8.
74. Esa R, Hashim NA, Ayob Y, Yusof ZYM. Psychometric properties of the faces version of the Malay-modified child dental anxiety scale. *BMC Oral Health* 2015; 15(1): 1186.
75. Çiçek Tez B, Kızıltan Eliaçık B, Erdoğan F. Association of dental anxiety with color preferences in pediatric dental patients. *Çocuk Dergisi* 2022; 22(1): 42–7.
76. Uludağ A, Doktor-Hasta İletişimi Açısından Hastanelerde Hekim Seçme Uygulaması: Karşılaştırmalı Bir Çalışma, Doktora Tezi, T.C. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, 2011: 165.

77. Arslan I, Aydinoglu S. Child and parent preferences for the appearance of dentists with respect to personal protective equipment in paediatric dentistry. *Int J Paediatr Dent* 2022; 32(5): 702–13.
78. Yıldız E, Şimşek M, Gündoğar Z, Aktan AM, Üniversitesi A. Oral health survey of children referring to Faculty of Dentistry in Gaziantep. *Gaziantep Med* 2015; 21(2): 118–24.
79. Tokuç M, Yıldırım S. Evaluation of familial attitudes and behaviours on children's oral health. *Turkiye Klinikleri Journal of Dental Sciences* 2021; 27(3): 381–92.
80. Millî Eğitim Bakanlığı Okul Öncesi Eğitim ve İlköğretim Kurumları Yönetmeliği, T.C. Resmî Gazete, 14 Ekim 2023, sayı: 32339.
81. Çuhadaroglu F. Ergenlik döneminde psikolojik gelişim özellikleri. *Katkı Pediatri Dergisi* 2000; 21(6): 863–8.
82. Chambers CV. Childhood and adolescence. In: “Textbook of Family Practice” (5th ed), W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1995: 634–59.
83. Strauss C. Is empathy gendered and, if so why? An approach from feminist psychological anthropology. *Ethos* 2004; 32(4): 432–57.
84. Thorndike EL. A constant error in psychological ratings. *Journal of Applied Psychology* 1920; 4(1): 25–9.
85. Manning J. The sociology of hair: Hair symbolism among college students. *Social Sciences Journal* 2010; 10(1): 47.
86. Ertenü L, Altunay İ, Köşlü A. Türk toplumunda cilt, göz, saç rengi ve ondulasyonu. *Şeh Tıp Bülteni* 1995; 15–6.
87. Peluchette J V., Karl KA. Is curly hair viewed as professional? Examining hair bias against white women with curly hair. *The Emerald Handbook of Appearance in the Workplace*. 2023; 39–56.
88. Stirn A. Body piercing: Medical consequences and psychological motivations. *Lancet* 2003; 361 (9364): 1205–15.
89. Newman AW, Wright SW, Wrenn KD, Bernard A. Should physicians have facial piercings? *J Gen Intern Med* 2005; 20(3): 213–8.
90. Bittencourt RC, de Paula SBS, Pinto LCN, Magno MB, Jural LA, Pithon MM, et al. Patient perception of orthodontists with different stereotypes: development, psychometric properties, and application of an assessment instrument. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2023; 163(6): 825–34.

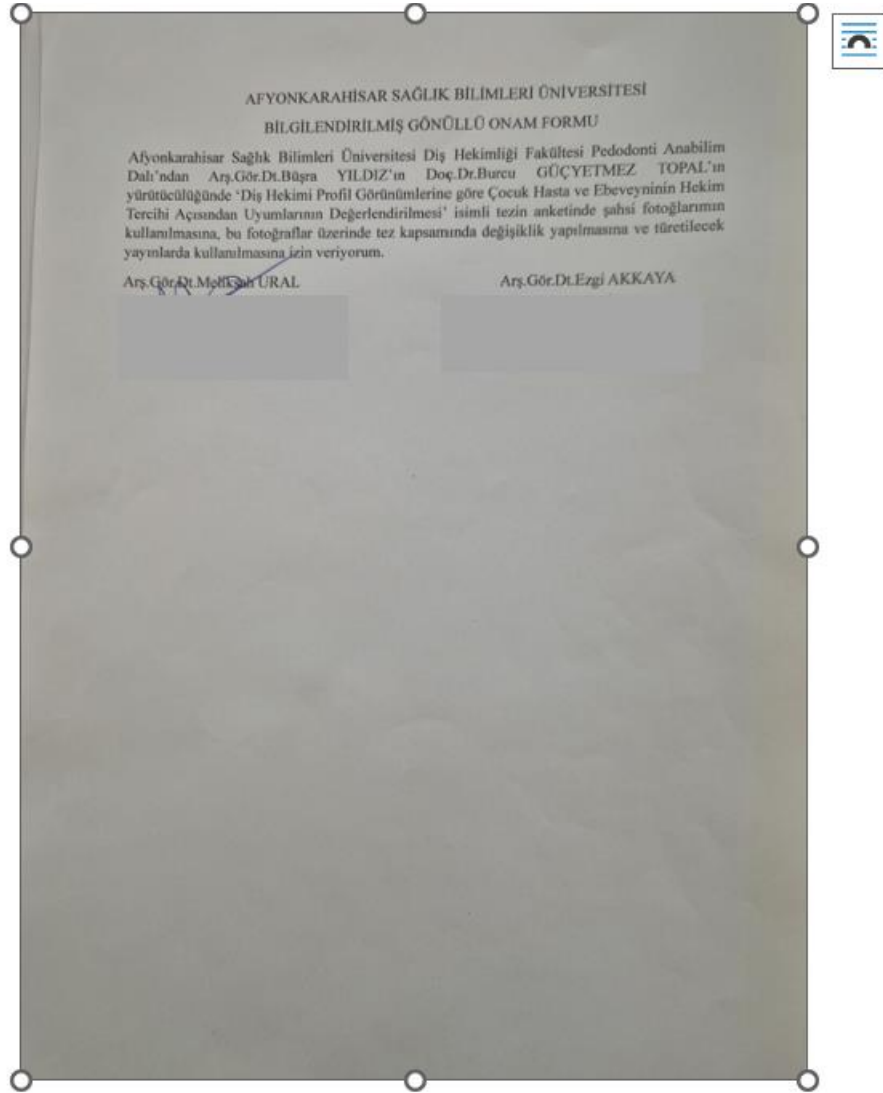
91. AlRyalat SA, Jumaah M, Al Hajaj SW, Al-Noaaimi F, Alawneh Y, Al-Rawashdeh A. The effect of wearing eyeglasses on the perception of attractiveness, confidence, and intelligence. *Cureus* 2022; 14(3): e23542.
92. Alam K, Palaian S, Shankar PR, Jha N. General public's knowledge and practices on face mask use during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional exploratory survey from Dharan, Nepal. *F1000Research* 2021; 10: 376.
93. Easwaran V, Alshahrani S, Mantargi MJS, Bommireddy B, Khan NA, Alavudeen SS, et al. Examining factors influencing public knowledge and practice of proper face mask usage during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *PeerJ* 2024; 12: e16889.
94. D'Alessandro G, Alkhamis N, Mattarozzi K, Mazzetti M, Piana G. Fear of dental pain in Italian children: child personality traits and parental dental fear. *J Public Health Dent* 2016; 76(3): 179–83.
95. Assunção CM, Losso EM, Andreatini R, De Menezes JVN. The relationship between dental anxiety in children, adolescents and their parents at dental environment. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2013; 31(3): 175–9.
96. Sert T, Akbay Oba A, 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.
97. Taran PK, Kaya MS, Bakkal M, Özalp Ş. The effect of parenting styles on behavior management technique preferences in a Turkish population. *Pediatr Dent* 2018; 40(5): 360–4.
98. Wu L, Gao X. Children's dental fear and anxiety: Exploring family related factors. *BMC Oral Health* 2018; 18(1): 1–10.

EKLER

EK1. ETİK KURUL ONAY BELGESİ

T.C. AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ MÜDAHALE OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU					
Toplantı Tarihi	01.11.2024	Toplantı Numarası	2024/9	Toplantı Saati	09:30
410- Doç. Dr. Burcu GÜÇYETMEZ TOPAL'ın sorumluluğunda yürütülecek olan "Diş Hekimi Profil Görünümlerine göre Çocuk Hasta ve Ebeveyninin Hekim Tercihi Açısından Uyumlannın Değerlendirilmesi" konulu <u>Müdahale Olmayan</u> Bilimsel Araştırmalar için başvuru dosyası incelendi. Araştırma protokolline uyularak, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Müdahale Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Yönergesinde belirtilen hususlar yerine getirilmek ve sorumluluk araştırmacılara ait olmak üzere araştırmanın yapılmasında etik sakınca olmadığına toplantıya katılan üyelerin oy birliği ile karar verildi. ASLIĞERİDİR Doç. Dr. Evrim Söylemez					

EK-2 MODELLER İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU



AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı'ndan Arş.Gör.Dr.Büşra YILDIZ'ın Doç.Dr.Burcu GÜÇYETMEZ TOPAL'ın yürüttüğü 'Diş Hekimi Profil Görünümlerine göre Çocuk Hasta ve Ebeveyninin Hekim Tercih Açısından Uyumlarının Değerlendirilmesi' isimli tezin anketinde şahsi fotoğlarımın kullanılmasına, bu fotoğlarlar üzerinde tez kapsamında değişiklik yapılmasına ve türetilcek yayınlarda kullanılmasına izin veriyorum.

Arş.Gör.Dr.Mehmet URAL Arş.Gör.Dr.Elçin AKKAYA

EK-3 ÇOCUK İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

	T.C. AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ “HASTA ÇOCUK” BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	
---	--	---

Sevgili _____,

Benim adım Dt Büşra YILDIZ. Senin gibi birçok çocukla beraber bir araştırma yapıyoruz. Amacımız sana birkaç soru sorarak seni tedavi edecek hekimler açısından tercihlerini öğrenmek istiyoruz. Bu araştırmaya katılmanı öneriyoruz.

Bu araştırmanın sonuçları senin gibi dışındaki mikropları temizletmeye gelen diğer çocuklar için yararlı bilgiler sağlayacaktır. Bu araştırmanın sonuçlarını başka doktorlara da söyleyeceğiz, sonuçları bildireceğiz ama senin adını, kim olduğunu söylemeyeceğiz.

Bu araştırmaya katılıp katılmamak için karar vermeden önce anne ve baban ile konuşup onlara danışmalısın. Onlara da bu araştırmadan bahsedip onaylarını/izinlerini alacağız. Bu araştırmaya katılmak senin isteğine bağlı ve istemezsen katılmazsın. Bu nedenle hiç kimse sana kızmaz ya da küsmez. Önce katılmayı kabul etsen bile sonradan vazgeçebilirsin, bu tamamen sana bağlı. Kabul etmediğin durumda da doktorlar muayene ve diğer işlemlerde sana önceden olduğu gibi iyi davranır, önceye göre farklılık olmaz.

Aklına şimdi gelen veya daha sonra gelecek olan soruları istediğin zaman bana sorabilirsin. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorsan aşağıya lütfen adını ve soyadını yaz ve imzanı at.

Çocuğun adı, soyadı:

Çocuğun imzası:

Tarih:

Velisinin adı, soyadı:

Velisinin imzası:

Tarih:

Araştırmacının adı, soyadı, ünvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

EK-4 ANNE İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

	T.C. AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ ÇOCUK HASTALARDA VE EBEVEYNLERDE YAPILACAK ANKET İÇİN “EBEVEYN” BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	
---	--	---

Değerli anne ve babalar;

Çocuğunuzun, kliniğimizde yapılması planlanan ‘Diş Hekimi Profil Görünümlerine göre Çocuk Hasta ve Ebeveyninin Hekim Tercihi Açısından Uyumlarının Değerlendirilmesi’ isimli bir çalışmada yer alabilmesi için sizden izin istiyoruz. Çocuğunuzun çalışmaya katılması konusunda karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapıldığını, çocuğunuzla ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini, bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırın. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma hakkında çocuğunuza da bilgi vereceğiz ve ondan da bu çalışmaya katılımı için izin isteyeceğiz.

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

Diş hekimliği alanında beklenilen görünüşünün veli ve çocuk açısından ne derece önemli olduğunu, beklenti, tercihinde fiziksel özellik olarak hangi faktörlerin daha etkin olduğunu araştırarak sizin ve çocuğunuzun tercihleri arasındaki uyumun değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Bu çalışmaya sizinle birlikte 300 kişi daha katılmaktadır.

Çocuğumun ve benim ne yapmamız gerekiyor?

Dijital ortamda hazırlanmış olan anketin yönlendirdiği şekilde önce çocuk daha sonrasında ise sizin tarafınızdan doldurulması ve çocuğunuzun tercihlerine müdahale etmemeniz gerekmektedir.

Çocuğumun ve benim kişisel bilgilerimiz nasıl kullanılacak?

Çocuğunuz ve sizinle ilgili kişisel bilgiler, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanılacaktır. Çalışmanın sonunda, sizin yaşı, mesleğiniz ve anket içerisinde cevaplanmış olduğunuz cevaplar; çocuğunuzun ise yaşı, cinsiyeti ve anket içerisindeki cevapları değerlendirilecek ve yorumlanacaktır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayımlanabilecektir ancak çocuğunuzun ve sizin kimliği açıklanmayacaktır.

İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, Etik Kurul, Sağlık Bakanlığı ve diğer ilgili sağlık otoriteleri orijinal tıbbi kayıtlarımıza doğrudan erişebilir. Bu yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzalayarak yalnızca adı geçen kişi ve kurumlara erişim izni vermiş olacaksınız. Ancak kimlik bilgileri gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanamayacak; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimlik gizli kalacaktır.

Gönüllü Velisinin Oluru

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Dişhekimliği Anabilim dalında, Dr. Büşra YILDIZ tarafından bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Çocuğumun çalışmaya katılması konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer çocuğumun çalışmaya katılmasını reddedersem, bu durumun çocuğumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla, çocuğumun söz konusu klinik araştırmaya katılmasını gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Danışmak istediğiniz bir şey olduğunda sorumlu araştırmacı **Doç.Dr.Burcu GÜÇYETMEZ TOPAL** 'a ulaşabilirsiniz. numaralı telefon numarasından

Aşağıdaki boşluğa el yazısıyla ‘OKUDUM, ANLADIM VE KABUL EDİYORUM’ yazınız.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Velisinin imzası:

Araştırmacının adı-soyadı: **Dr. Büşra YILDIZ**

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih: **2023/05/05**

Tarih:

EK-5 KULLANILACAK ANKET FORMU

DİŞ HEKİMİ PROFİL GÖRÜNÜMLERİNE GÖRE ÇOCUK HASTA VE EBEVEYNİNİN HEKİM TERCİHİ AÇISINDAN UYUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Çocuk anketi için demografik veriler

1. Cinsiyet

- Kız
- Erkek

2. Yaş

.....

3. ‘Aşağıda gördüğüm hekimin bana diş tedavilerimde yardımcı olmasını isterim.’

Her bir fotoğraf için, ‘kesinlikle katılmıyorum (1)’ dan ‘kesinlikle katılıyorum’ (5)’ a değişen puanlamalar yapabilirsiniz.

Veli için demografik veriler

1. Yaş

.....

2. Eğitim seviyesiniz nedir?

- İlkokul mezunu
- Orta okul mezunu
- Lise mezunu
- Üniversite mezunu

3. Mesleğiniz nedir?

- Çalışmıyor
- Çalışıyorum

4. ‘Aşağıda görmüş olduğum hekimin kızıma/oğluma diş tedavilerinde yardımcı olmasını isterim.’

Her bir fotoğraf için ‘kesinlikle katılmıyorum (1)’ dan ‘kesinlikle katılıyorum’ (5)’ a değişen puanlamalar yapabilirsiniz.

Anne ve çocuğun ayrı ayrı cevaplaması istenen hekim tercihi anket bölümü

Cevap/ kategoriler						
1						
2						
3						
4						
5						

Cevap/ kategoriler						
1						
2						
3						
4						
5						

Cevap/ kategoriler						
1						
2						
3						
4						
5						

Cevap/ kategori ler						
1						
2						
3						
4						
5						

Cevap/ kategori ler						
1						
2						
3						
4						
5						

Cevap/ kategoriler						
1						
2						
3						
4						
5						

Corah Dental Anksiyete Skalası

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

- (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 hissedersin?

(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 3: Diş hekiminin koltuğuna oturuyorsun ve hekim dolgu matkabı ile dişlerinin üzerinde çalışmaya başlayacak. Kendinizi nasıl hissedersin?

(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 4: Dişlerinizi temizletmek için koltuğa oturuyorsun, siz beklerken diş hekimi diş taşlarını kazıyan aleti çıkarıyor. Kendini nasıl hissedersin?

(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.

DİŞ HEKİMİ PROFİL GÖRÜNÜMLERİNE GÖRE ÇOCUK HASTA VE
EBEVEYNİNİN HEKİM TERCİHİ AÇISINDAN UYUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ.docx

ORJİNALLİK RAPORU

% 14	% 13	% 5	% 5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 3
2	ijdor.harran.edu.tr İnternet Kaynağı	% 2
3	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	abis-files.cumhuriyet.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1