



**PEDODONTİ KLİNİĞİNDEKİ DİŞ HEKİMLİĞİ ÖĞRENCİLERİNDE
STRES OLUŞTURAN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

İnci YÜKSEL KIRMIZIGÜL

**İnönü Üniversitesi ve Selçuk Üniversitesi
Pedodonti Anabilim Dalı
Ortak Doktora Programı**

**Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Pınar Demir
Ortak Tez Danışmanı: Doç. Dr. Murat Selim Botsalı**

Doktora Tezi-2020

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PEDODONTİ KLİNİĞİNDEKİ DİŞ HEKİMLİĞİ
ÖĞRENCİLERİNDE STRES OLUŞTURAN FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

İnci YÜKSEL KIRMIZIGÜL

İnönü Üniversitesi ve Selçuk Üniversitesi
Pedodonti Anabilim Dalı
Ortak Doktora Tezi

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Pınar DEMİR

Ortak Tez Danışmanı
Doç. Dr. Murat Selim BOTSALI

MALATYA

2020

İTHAF

Tez çalışmamı; çocukluğumdan beri benimle zamanını, ilgisini ve bilgisini her koşulda cömertçe paylaşan, bugünlere gelmemde çok emeği geçen, yakın zamanda kaybettiğim canım dedem Nevzat FUAT'a ithaf ediyorum.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Stres Kavramı	3
2.1.1. Stres Tanımı	3
2.1.2. Stres Kaynakları.....	3
2.1.3. Stresin Belirtileri ve Vücuda Etkileri.....	4
2.1.4. Stres ve Kişilik İlişkisi	5
2.1.5. Durumluk ve Sürekli Kaygı	6
2.1.6. Durumluk - Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE).....	6
2.1.7. Diş Hekimliği ve Stres	7
2.1.8. Stres Yönetimi	8
2.2. Pedodonti Kliniğinde Çocuk Hasta Faktörü	9
2.2.1. Çocuklarda Yaşa Göre Psikolojik Gelişim	9
2.2.2. Çocuklarda Dental Korku ve Anksiyete	11
2.2.3. Pedodonti Kliniğinde Çocuk Davranış Şekilleri.....	12
2.2.4. Davranış Yönlendirme Teknikleri	13
2.3. Pedodonti Kliniğinde Ebeveyn Faktörü.....	17
2.4. Pedodonti Kliniğinde Tedavi Faktörü.....	19
2.5. Pedodonti Kliniğinde Diş Hekimi Faktörü	21
2.6. Ölçek Geliştirme ve Önemi	22
3. MATERYAL VE METOT	24
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü	24
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	24
3.3.1. Ölçek Geliştirilmesi için Güç Analizi	24
3.3.2. Pedodonti Kliniğindeki Stres Faktörlerinin Araştırılması için Güç Analizi	25

3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	25
3.5. Verilerin Toplanması ve Veri Toplamada Kullanılan Araçlar	25
3.6. Geliştirilen Ölçeğin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri	25
3.7. Ölçek Kestirim Noktası Hesaplama.....	34
3.8. Pedodonti Kliniğindeki Stres Faktörlerinin Araştırılması için Yapılan İstatistiksel Analizler.....	36
4. BULGULAR.....	37
4.1. Katılımcılara Ait Demografik Bilgiler.....	37
4.2. Cinsiyete Göre Ölçeklerden Alınan Puanların Karşılaştırılması	40
4.3. Sınıfa Göre Ölçeklerden Alınan Puanların Karşılaştırılması.....	41
4.4. Tercih Sıralamasına Göre Ölçeklerden Alınan Puanların Karşılaştırılması	43
4.5. Yaşa Göre Ölçeklerden Alınan Puanların Karşılaştırılması	45
4.5.1. İşlemler Alt Boyutunda Fark Olan grupların Belirlenmesi	48
4.5.2. Komplikasyon Alt Boyutunda Fark Olan grupların Belirlenmesi	50
4.6. Öğrencilerin Ölçeklerden Aldığı Toplam Puanlar	50
4.7. Korelasyon Analizi Sonuçları.....	52
4.8. İşlemler Alt Boyutunun Çocuk ve Yetişkin Hastalardaki Stres Puanlarının Karşılaştırılması	55
4.9. Sorulara Verilen Cevapların Dağılımları	56
4.10. Tedaviye Randevu Saatinde Başlayamamak/Hastayı Bekletmek Durumunun Oluşturduğu Stres Düzeyi ile Ölçeklerden Alınan Toplam Puanların Karşılaştırılması .	62
4.10.1. Alınan Toplam Puanlarda Fark Olan Grupların Belirlenmesi	63
4.11. Klinikte Yapılan İşlemlerle İlgili Teorik Olarak Eksik Hissetmek Durumunun Oluşturduğu Stres Düzeyi ile Ölçeklerden Alınan Toplam Puanların Karşılaştırılması	64
4.11.1. Alınan Toplam Puanlarda Fark Olan Grupların Belirlenmesi	65
5. TARTIŞMA	68
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	81
KAYNAKLAR	83
EKLER.....	97
Ek-1. Özgeçmiş.....	97
Ek-2. Etik kurul onayı.....	98
Ek-3. Uzman Görüşü Veri Formu.....	99
Ek-4. Pedodonti Pratiğinde Stres Ölçeği	
Ek-5. Öğrencilere Verilen Anket Formu	

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca bilgisi ve desteği ve yardımını benden esirgemeyen, tezimde ve tüm akademik çalışmalarımda büyük katkıya sahip olan değerli danışmanım, hocam **Dr. Öğr. Üyesi Pınar Demir'e**,

Tecrübesi ve desteğiyle her daim yanımda olan çok değerli ortak danışman hocam **Doç. Dr. Murat Selim Botsalı'ya**,

Klinik tecrübelerini ve ilgilerini her zaman benimle paylaşan çok kıymetli hocalarım **Dr. Öğr. Üyesi Gülsüm Duruk, Dr. Öğr. Üyesi Sacide Duman ve Doç. Dr. Neslihan Şimşek'e**,

Bu tez çalışmasında emeği büyük olan, bu süreçte desteğini ve sabrını benden esirgemeyen istatistikçi **Dr. Feyza İnceoğlu'ya**,

Birlikte çalışmaktan çok büyük keyif aldığım tüm çalışma arkadaşlarıma,

Tüm hayatım boyunca varlıklarından güç aldığım, sevgi ve destekleriyle her zaman yanımda olan, bugünlere gelmemi sağlayan canım ailem; kardeşim **Ece Yüksel**, annem **Zerrin Yüksel** ve babam **Ahmet Yüksel'e**,

Hayatımda olduğu için çok şanslı hissettiğim, en yakın dostum, en büyük destekçim, sevgili eşim **Alperen Kırmızıgül'e** teşekkür ederim.

ÖZET

Pedodonti Kliniğindeki Diş Hekimliği Öğrencilerinde Stres Oluşturan Faktörlerin Değerlendirilmesi

Amaç: Bu çalışmanın amacı, pedodonti kliniğindeki stres faktörlerinin değerlendirilmesini sağlayacak bir ölçek geliştirilmesi ve öğrencinin kendi kişilik özelliklerinin de etkisiyle birlikte pedodonti kliniğinde yaşadığı stresin düzeyi ve sebeplerinin belirlenmesidir.

Materyal ve Metot: Çalışmaya İnönü Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi 4. ve 5. sınıf öğrencileri dâhil edilmiştir. Pedodonti kliniğinde stres kaynağı olabilecek faktörler, uzman görüşleri de alınarak kategorize edilmiş ve 4 alt boyutlu 29 maddeden oluşan PPS ölçeği geliştirilmiştir. Veriler SPSS 25.0, AMOS 23.0 programları kullanılarak analiz edilmiştir. Açıklayıcı ve Doğrulamalı Faktör Analizleri, Cronbach α güvenilirlik katsayısı, kapsam geçerlilik indeksi yöntemleri kullanılmıştır. PPS ölçeği kullanılarak demografik özelliklere göre katılımcılar arasında fark olup olmadığını test etmek için t testi ve ANOVA testi kullanılmıştır.

Bulgular: PPS ölçeği için DFA uyum indeksi değerleri χ^2/df 2,295, RMSEA 0,072, GFI 0,958, CFI 0,939, ve IFI 0,941 olarak bulunmuştur. Cronbach α güvenilirlik katsayısı 0,915 ve kesme noktası 71,5 puan olarak bulunmuştur. Geçerli ve güvenilir bulunan PPS ölçeği ile DSKE ölçeği birlikte 200 öğrenciye uygulanmıştır. Öğrenciler PPS ölçeğinin tüm alt grupları için yüksek stres düzeyi bildirmişlerdir. Kadınların erkeklere, 4. sınıf öğrencilerin 5.sınıfa göre daha stresli oldukları görülmüştür.

Sonuç: PPS ölçeği geçerli ve güvenilir bir ölçme aracıdır. Pedodonti kliniği, diş hekimliği öğrencileri için yüksek düzeyde stres kaynağı olan birçok faktör barındırmaktadır. Öğrenciler üzerindeki stresi azaltmaya yönelik çalışmaların yapılması, daha verimli ve sağlıklı bir eğitim ortamı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Diş hekimliği öğrencileri, mesleki stres, pedodonti.

ABSTRACT

Evaluation of the Factors That Cause Stress in Dentistry Students in Pedodontics Clinic

Aim: This study aims to develop a new scale that will evaluate the stress factors in the pedodontics clinic and to determine the stress factors and level that dental students' experienced with the effect of their own personality traits.

Material and Method: 4th and 5th-grade students in Inonu University Faculty of Dentistry were included in the study. Factors that may be a source of stress in the pedodontics clinic were categorized by taking expert opinions, and the PPS scale was developed with 4 dimensions and 29 items. The data were analyzed using SPSS 25.0, AMOS 23.0 programs. Exploratory and Confirmatory Factor Analyzes, Cronbach α reliability coefficient, content validity index methods were used. T-test and ANOVA test were used to test whether there is any difference between the participants according to demographic characteristics using the PPS scale.

Results: For the PPS scale, the CFA fit index values were χ^2/df 2.295, RMSEA 0.072, GFI 0.958, CFI 0.939, and IFI 0.941. The Cronbach α reliability coefficient was 0.915 and the cut-off point was 71.5 points. The valid and reliable PPS scale and the STAI were administered to 200 students together. Students reported high stress levels for all dimensions of the PPS scale. It was observed that females were more stressful than males and 4th-grades were more stressful than 5th-grades.

Conclusion: PPS scale is a valid and reliable measurement tool. The pedodontics clinic contains many high-level stress factors for dental students. Conducting researches to reduce the stress on students will provide a more efficient and healthy educational environment.

Key Words: Dental students, pedodontics, occupational stress.

SİMGELER VE KISALTMALAR

AFA	: Açıklayıcı faktör analizi
CFI	: Karşılaştırmalı uyum indeksi
CMIN	: Ki-kare uyum testi
DFA	: Doğrulayıcı faktör analizi
DKP	: Durumluk kaygı puanı
DSKE	: Durumluk-sürekli kaygı envanteri
GFI	: İyi uyum indeksi
IFI	: Artırmalı uyum indeksi
KGİ	: Kapsam geçerlilik indeksi
KGO	: Kapsam geçerlilik oranı
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
NFI	: Normlaştırılmış uyum indeksi
PPS ölçeği	: Pedodonti pratiğinde stres ölçeği
RMSEA	: Yaklaşık hataların ortalama karekökü
sd	: Serbestlik derecesi
SKP	: Sürekli kaygı puanı
χ^2	: Ki-kare

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 3.1. AFA ile elde edilen faktör yüklerine ait yamaç grafiği (scree plot).....	30
Şekil 3.2. PPS ölçeğinin IBM SPSS AMOS 24 programı sonuçlar çizim diyagramı	31
Şekil 3.3. ROC analizine göre kesim noktasının belirlenmesi	35
Şekil 4.1. Katılımcıların cinsiyetlere göre dağılımları.....	38
Şekil 4.2. Katılımcıların sınıflara göre dağılımları.....	38
Şekil 4.3. Katılımcıların ilk tercih olma durumlarına göre dağılımları	39
Şekil 4.4. Katılımcıların yaşlara göre dağılımları.....	39
Şekil 4.5. Puanların dağılımları	52
Şekil 4.6. Çocuk hastaya uygulanan işlemlerin öğrenciler üzerinde oluşturduğu stres düzeyleri	58
Şekil 4.7. Yetişkin hastaya uygulanan işlemlerin öğrenciler üzerinde oluşturduğu stres düzeyleri	58
Şekil 4.8. Yaşanabilecek komplikasyonların öğrenciler üzerinde oluşturduğu stres düzeyleri	60
Şekil 4.9. Çocuk hastaların öğrenciler üzerinde oluşturduğu stres düzeyleri.....	61
Şekil 4.10. Ebeveynlerin öğrenciler üzerinde oluşturduğu stres düzeyleri	62

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. Demografik değişkenlerin dağılımı	28
Tablo 3.2. Açıklayıcı faktör analizi sonuçları	29
Tablo 3.3. DFA için uyum iyiliği indeksleri değerlerinin karşılaştırılması	32
Tablo 3.4. Güvenilirlik katsayıları	33
Tablo 3.5. PPS ölçeği ROC analizi sonuçları	34
Tablo 4.1. Katılımcılara ait demografik bilgiler	37
Tablo 4.2. Cinsiyete göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	40
Tablo 4.3. Sınıfa göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	42
Tablo 4.4. İlk tercih olma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	44
Tablo 4.5. Yaş gruplarına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	46
Tablo 4.6. İşlemler alt boyutu için yaş grupları ikili karşılaştırmaları	49
Tablo 4.7. Komplikasyon alt boyutu için yaş grupları ikili karşılaştırmaları	50
Tablo 4.8. Öğrencilerin aldıkları puanlar	51
Tablo 4.9. Ölçekler arasındaki ilişkiler	53
Tablo 4.10. PPS ölçeğinin yetişkinlerde ve çocuklarda yapılan işlemler için karşılaştırılması	56
Tablo 4.11. İşlemler boyutuna verilen cevapların dağılımları	57
Tablo 4.12. Komplikasyonlar boyutuna verilen cevapların dağılımları	59
Tablo 4.13. Çocuk boyutuna verilen cevapların dağılımları	60
Tablo 4.14. Ebeveyn boyutuna verilen cevapların dağılımları	61
Tablo 4.15. Tedaviye randevu saatinde başlayamamak/hastayı bekletmek durumunun oluşturduğu stres düzeyi gruplarına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	63
Tablo 4.16. Tedaviye randevu saatinde başlayamamak/hastayı bekletmek durumu için stres düzeyi grupları ikili karşılaştırmaları	64
Tablo 4.17. Klinikte yapılan işlemle ilgili teorik olarak eksik hissetmenin oluşturduğu stres düzeyi gruplarına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	64
Tablo 4.18. Klinikte yapılan işlemle ilgili teorik olarak eksik hissetmek durumu için stres düzeyi grupları ikili karşılaştırmaları	65

Tablo 4.19. Tedaviye randevu saatinde başlayamamak/hastayı bekletmek ve klinikte yapılan işlemle ilgili teorik olarak eksik hissetmek sorularına verilen cevapların dağılımları	66
Tablo 4.20. Tedaviye randevu saatinde başlayamamak/hastayı bekletmek ve klinikte yapılan işlemle ilgili teorik olarak eksik hissetmek sorularına verilen cevaplarının demografik değişkenlere göre dağılımları.....	67



1.GİRİŞ

Stres, olumsuz veya zorlu koşullardan kaynaklanan zihinsel veya duygusal bir gerginlik hali olarak tanımlanan, vücudun normal bir tepkisidir. Aşırı baskı ve farklı taleplerle, bireyin bu talepleri karşılayabilme kapasitesi arasında uyumsuzluk olduğunda stres ortaya çıkmaktadır (1-3).

Diş hekimliği eğitimi süresince diş hekimliği öğrencilerinden teorik bilgiler, klinik uygulamalar ve sosyal beceriler de dahil olmak üzere çok çeşitli yetkinliklere ulaşmaları beklenmektedir (1). Diş hekimliği öğrencilerinin yaşlılarına ve tıp dahil diğer bölümlerin öğrencilerine göre daha depresif, anksiyetik ve stresli olduğu yapılan araştırmalarda gösterilmiştir (3-6).

Son yıllarda, diş hekimliği öğrencileri arasındaki stres, diş hekimliği eğitimcileri tarafından büyük bir endişe kaynağı olarak görülmektedir (7). Öğrencilerin stres ve anksiyete seviyeleri ile ilgili bir çok araştırma yapılmıştır. Ancak pedodonti kliniğinde öğrenciler üzerinde stres oluşturabilecek bütün faktörler ile ilgili yapılan kapsamlı araştırma sayısının çok az olduğu görülmektedir.

Pedodonti kliniği pek çok faktör sebebiyle çok daha zorlu bir ortam olarak algılanmaktadır. Bir çocuğun dental tedavisi; teknik bilginin yanında özel yönlendirme tekniklerinin kullanımını, stres ve duyguların kontrolü ile ilgili bilgi ve yetenek gerektirmektedir. Pediatrik diş hekimlerinin, çocukların ağlama, öfke ve kaçınma davranışlarının üstesinden gelmesi gerekmektedir. Bu duruma uyum sağlamak ya da bu davranışları engellemeye çalışmak hekim için yıpratıcı olabilmektedir. Çocuğun tedaviye izin vermemesi, öğrencinin sınırlı pratik tecrübesiyle birleştğinde hasta, ebeveyn, öğrenci ve klinik sorumlusu hekim de dahil ilgili herkes için bir çıkmaza yol açmaktadır. Öğrenci, işbirliği yapmayan çocuğun ve stresli ebeveynlerin taleplerine cevap vermede yetersiz kalabilmektedir (8-10). Öğrencinin çocuk hastaların tedavisi sırasında durumu kontrol etme yeteneğinin azalmasıyla çocuk hastanın anksiyetesinde artış olduğu ve bunun öğrencinin anksiyete seviyesinde de dolaylı yoldan artışa sebep olduğu bildirilmiştir (8).

Diş hekimliğinde stres farklı sebeplerden ortaya çıkmakta, öğrencileri farklı şekillerde etkilemekte ve akademik performans üzerinde belirgin negatif etkiler

oluşturmaktadır (7, 11). Öğrencilerin refahını artırmak, hastalara ideal tedaviyi sağlamak, akademik ve mesleki başarısızlığı azaltmak için diş hekimliği okullarında stresi azaltacak eğitim stratejileri geliştirilmeli ve uygulanmalıdır (3, 4). Aksi takdirde stres ortamının devam etmesinin, diş hekimlerini mezuniyet sonrasında da etkileyerek iş gücünün hem miktarını hem de kalitesini etkileyebilecek fiziksel ve psikolojik komplikasyonlara yol açabileceği bildirilmiştir (5).

Pedodonti kliniğinde öğrenciler için stres kaynağı olan faktörlerin araştırıldığı az sayıda çalışmada hastanın ve klinik işlemlerin oluşturduğu stresin değerlendirildiği ancak öğrencinin kendi karakterinin ve pedodonti kliniğinde çok önemli olan ebeveyn faktörünün etkileri hakkında bilgilerin literatürde daha da az olduğu görülmektedir. Gergin ve hekimle işbirliği içinde olmayan ebeveynlerin hekim üzerinde oluşturduğu stres, çocuk hasta bakarken üstesinden gelinmesi gereken en büyük problemlerden biri haline gelebilmektedir. Böyle durumlarda öğrencinin bu durumla baş edebilmesini kolaylaştırabilecek bir karakter yapısına sahip olması önem kazanmaktadır (12).

Bu çalışmanın hipotezi, pedodonti kliniğinde sanılanın aksine en büyük stresi çocuk hastadan kaynaklı faktörlerin değil, öğrencinin kendisi, ebeveynler ya da yapılan işlemlerden kaynaklı faktörlerin oluşturduğu düşüncesi üzerine kurulmuştur. Bu doğrultuda çalışmanın amacı; "Pedodonti Pratiğinde Stres Ölçeği"nin (PPS ölçeği) geliştirilmesiyle diş hekimliği öğrencilerinin pedodonti kliniğinde karşılaştıkları stresin şiddeti ve sebeplerini belirlemektir. Ayrıca öğrencinin kendi kaygı düzeyinin belirlenmesi ile birlikte, çocuğa ve yetişkin hastaya yaptığı işlemler sırasında, çocuğun ve ebeveynin tutumu karşısında ve oluşabilecek komplikasyonlarla ilgili stres seviyelerinin değerlendirilmesi ve kıyaslanması amaçlanmaktadır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Stres Kavramı

2.1.1. Stres Tanımı

Eski çağlardan bu yana insanoğlunun yaşamında yer alan stres için birçok tanım yapılmıştır (13). 1936'da Hans Selye stres terimini, bedenin herhangi bir talebe cevabı olarak, stresörleri ise strese neden olan talepler ve baskılar olarak tanımlamıştır. Yani stres, organizmanın kendisini etkileyen stresörlere karşı gösterdiği tepkidir (3, 14). Bir başka ifade ile stres, olumsuz veya zorlu koşullardan kaynaklanan psikolojik bir gerginlik halidir (2). Zorlayıcı tehditler karşısında bireyin gösterdiği başa çıkma ve uyum çabasıdır (15).

Stres kavramı; distres (olumsuz/yıkıcı stres) ve eustres (olumlu/yapıcı stres) olarak ikiye ayrılmıştır. Stres tanımlamalarının her biri "distres" kavramı için yapılmıştır. Eustres ise, organizmaya canlılık ve kazanç sağlayan, iş performansını arttıran, istenen bir durumdur (14, 16)

Yaşamımızın ayrılmaz bir parçası olan ve uzun yıllardır üzerinde tartışılan stres kavramı için kabul gören tam bir tanımlama henüz yapılamamıştır.

2.1.2. Stres Kaynakları

Çalışanlarda stres yaratan faktörler; bireyin kendisi ile ilgili, bireyin iş çevresi ile ilgili, bireyin yaşadığı genel çevre ile ilgili stres kaynakları olmak üzere başlıca üç grupta toplanmıştır (15, 17).

Bireyin çevresini algılama şekli, değişen dinamiklere ve insan ilişkilerine bakış açısı, yani özetle kişiliği bir stres kaynağı olarak tanımlanmıştır (17).

İş ortamındaki stres kaynaklarına; iletişimsizlik, iş güvenliğinde eksiklik, performans baskısı, performans değerlendirmede ve ödemede adaletsizlik, rekabet, görev-statü uyumsuzluğu gibi birçok faktör örnek gösterilebilmektedir (17, 18).

Aile bireyleri arasındaki ilişkiler, sosyal ilişkiler ve toplumsal statü, ülke ve aile ekonomisinin durumu gibi genellenebilecek birçok faktör de bireyin yaşadığı çevreden kaynaklanan stresörlerdir. Çevresel stres faktörleri ile iş ortamından kaynaklanan stres

faktörlerini kesin bir şekilde birbirinden ayırmanın mümkün olmadığı ve herhangi bir sebepten kaynaklanan stresin, bireyin hayatını her alanda etkileyebildiği belirtilmiştir (13, 17).

2.1.3. Stresin Belirtileri ve Vücuda Etkileri

Psikolojik durum, sinir sistemi, immün ve endokrin sistemler birbirleri ile etkileşim halinde çalışmaktadırlar (19, 20). İnsan zihninin durumu, vücudun fizyolojik işlevini ve sağlığını doğrudan etkileyebilmektedir. Stresörler bir organizmayı etkilediğinde, olası tehdide müdahale etmek ve organizmanın fizyolojik ortamını yeni duruma ayarlamak için, stres tepkisi olarak bilinen bir dizi fizyolojik reaksiyon ortaya çıkmaktadır (20, 21). Stresörlerin şiddeti ve süresine göre vücutta fiziksel, davranışsal ve psikolojik bazı belirtiler görülebilmektedir.

Fiziksel belirtiler; baş ağrısı, yorgunluk, uykuda düzensizlik, sindirim bozukluğu, iştahta değişiklik, kabızlık, ishal ve kolit, ülser, nefes darlığı, alerji, döküntü, mide bulantısı, aşırı terleme, sırt ve kas ağrıları, çene kasılması veya diş gıcırdatma, tansiyon yükselmesi veya kalp krizi, kazalarda artış şeklinde kendini gösterebilmektedir. Uykusuzluk ya da uyuma isteği, iştahsızlık ya da yemede artış, konuşma güçlükleri, sigara ve alkol kullanımında artış, anksiyete, depresyon, özgüven eksikliği, güvensizlik hissi, öfke ve saldırganlık gibi bozukluklar davranışsal belirtilerdir. Psikolojik belirtiler ise konsantrasyon eksikliği, zihin karışıklığı, unutkanlık, tek bir fikir veya düşünceye saplanıp kalma, aşırı derecede hayal kurma, muhakemede zayıflama, iş kalitesinde ve verimlilikte düşüş olarak örneklendirilebilmektedir (7, 13, 15, 22). Ayrıca stresli bireylerde insanlara karşı güvensizlik, başkalarını suçlamak, randevulara itaatsizlik, insanlarda hata bulmaya çalışmak, sözle rencide etmek, haddinden fazla savunmacı tutum, bir çok kişiye birden küs olmak gibi sosyal belirtiler de görülebilmektedir (13, 17).

Strese bağlı semptomların devam etmesi anksiyete ve depresyona, madde bağımlılığına ve işte veya öğrenmede verimin azalmasına neden olabilmektedir (3, 5, 7). Stres genelleşip günlük aktiviteleri etkilemeye başladığında bu artık anksiyete olarak adlandırılmaktadır (4). Anksiyete; sonucu belirsiz olan bir şey hakkında duyulan endişe, sinirlilik veya rahatsızlık hissinden oluşan psikolojik ve fizyolojik bir durumdur (23).

Psikolojik bozuklukların yanı sıra stres; hipertansiyon, kalp krizi, şeker hastalığı, boğaz yanması, ülser, kanser, romatizmal eklem iltihabı gibi birçok hastalığa da yol açabilmektedir (24).

2.1.4. Stres ve Kişilik İlişkisi

Stres faktörlerine verilen tepki ve bu faktörlerin etkileri her birey için farklı olmaktadır. Bu fark, bireylerin kişilik özellikleri ve stres kaynaklarına bakış açıları ile ilgilidir (17). Kişilik, çok sayıda tanımlanmış geniş bir kavram olmakla birlikte; bireyin bir araya gelmiş, kalıplaşmış ve alışkanlık haline dönüşmüş duygu, düşünce, tutum ve davranışlarının tümü olarak tanımlanabilmektedir (25). Kişilik özellikleri ile mesleki stres arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (26). Araştırmacılar tarafından birçok kişilik sınıflaması yapılmıştır ve bunlardan biri de çalışanların kişilikleri ve stres arasındaki bağlantıyı güçlü şekilde kuran A ve B tipi kişilik sınıflamasıdır (24, 25).

Friedman ve Rosenman 1974'te bazı davranış özellikleri ile kalp hastalıkları arasındaki ilişkiyi araştırmışlar ve farklı stres eğilimi gösteren iki davranış tipi tanımlamışlardır (12, 27). A tipi kişiliğe sahip bireylerin en belirgin özellikleri rekabetçi ve aşırı hırslı, zamana karşı yarış halinde, sabırsız ve saldırgan olmalarıdır. Yoğun dürtüleri olan, öfkeli, ihtiraslı, aynı anda birden fazla iş yapmaya çalışan ve beklemeye tahammülü olmayan bireylerdir. B tipi kişilik özelliği gösteren bireyler ise katı kuralları olmayan, rahat, sabırlı, sakin, aşırı hırsları olmayan, düzenli çalışan, uysal bir karaktere sahiplerdir (12, 15, 17, 24). A tipi davranışlar sergileyen bireylerin stres faktörlerinden olumsuz etkilenmeye daha meyilli oldukları ve kalp rahatsızlıklarına yakalanma oranlarının da daha yüksek olduğu bildirilmiştir (15, 17). B tipi kişiliğe sahip bireylerin de stres yaşadığı, ancak bu durumdan diğer bireyler kadar olumsuz etkilenmedikleri belirtilmiştir (12).

İçeride ya da dışarı dönük olmak, duygusal olarak çabuk incinen, hassas bir kişiliğe sahip olmak, olumsuzluklar karşısında direnç gösterebilme yeteneği gibi kişilik özellikleri de meslek yaşamında bireyin stres faktörlerinden ne ölçüde zarar görebileceğinin belirleyicilerindendir (17).

Bazı kişilik özelliklerine sahip öğrencilerin de eğitim hayatında stres faktörlerinin olumsuz etkilerine daha açık oldukları bildirilmiştir. Mükemmeliyetçilik, öfkeyi baskılamaya çalışmak ve A tipi kişilik özellikleri depresyona yatkınlığı artırırken; kendini tanıyan, potansiyelini bilen ve iç huzura sahip bireylerde depresyon riskinin daha düşük olduğu ortaya koyulmuştur. Ayrıca duygusal zeka seviyelerinin, öğrencilerin stresle başa çıkma yetilerini etkilediği bildirilmiştir. Duygusal zeka skoru

düşük olan öğrencilerin, stresle başa çıkmada sağlığa zararlı alışkanlıklara yöneldikleri belirtilmiştir (5).

2.1.5. Durumluk ve Sürekli Kaygı

Strese bağlı psikolojik bozukluklar anksiyete ve depresyondur (28). Anksiyete; endişe, gerginlik veya sonucu belirsiz olan bir şey hakkında duyulan rahatsızlıktan oluşan psikolojik ve fizyolojik bir durum olarak tanımlanmaktadır (23). Anksiyetenin, stres yanıtının başlattığı psikofizyolojik bir sinyal olduğu belirtilmektedir (29). Dış hekimliği pratiğinde hem hasta hem de hekim için problem oluşturabilmektedir (23).

İçinde bulunulan stresli durumdan kaynaklanan, geçici ve çoğunlukla mantıklı nedenleri olan kaygı "durumluk kaygı" olarak adlandırılmaktadır (30, 31).

"Sürekli kaygı" ise, yaşanan durum ve etkisi altında olunan stres faktörlerinden bağımsız, kişinin genel stres algısı ve karakter tipine bağlı bir kaygı türüdür (30, 31). Sürekli kaygı düzeyi yüksek bireyler genellikle kolay incinen, karamsar ve anksiyete eğilimli bireylerdir (30).

Durumluk ve sürekli kaygının, birbirinden bağımsız kavramlar olmadığı, aralarında orta dereceli bir ilişki olduğu bildirilmiştir (32). Sürekli kaygı düzeyi yüksek olan bireylerin durumluk kaygı düzeyleri de yüksek olma eğilimi göstermektedir (30).

2.1.6. Durumluk - Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE)

Stresin ölçülmesi ve değerlendirilmesi için geliştirilmiş birçok anket ve skala bulunmaktadır. Dış hekimliği öğrencilerinin stres düzeylerinin belirlenmesinde en sık kullanılan araçların Dış Hekimliği Çevresel Stres Anketi (Dental Environment Stress Questionnaire), Genel Sağlık Anketi (General Health Questionnaire), Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory, STAI, DSKE), Maslach Tükenmişlik Envanteri (Maslach Burnout Inventory) ve Beck Depresyon Ölçeği (Beck Depression Inventory) olduğu bildirilmiştir (7).

Belli bir stres faktörü karşısında bireyin vereceği stres ve kaygı cevabı, kişilik özelliklerine göre değişebilmektedir. Bu nedenle stres ve kaygı değerlendirilirken, bireyler arası farka sebep olan kişiliğe bağlı özelliklerin ayırt edilmesi gerektiği bildirilmiştir (32-34). Bu çalışmada, dış hekimliği öğrencilerinin pedodonti kliniğindeki stres düzeyleri değerlendirilirken kişilik özelliklerinden kaynaklanan farklılıkları göz önünde bulundurabilmek adına DSKE'nin kullanılması uygun görülmüştür.

DSKE, Spielberger ve ark. (1970) tarafından, iki farklı kaygı düzeyini ayrı ayrı değerlendirecek ve aradaki farkı ölçecek şekilde tasarlanmış, 20'şer soruluk iki ölçekten oluşmaktadır (33-35). Sorularda ifade edilen duygu ve davranışların, 4'lü Likert tipi ölçekte en uygun şekilde derecelendirilmesi istenmektedir. Ölçeklerde olumsuz duyguları belirten doğrudan ifadeler ve olumlu duyguları belirten ters ifadeler bulunmaktadır. Durumluk Kaygı Ölçeği'nde 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20'nci maddeler olmak üzere on tane; Sürekli Kaygı Ölçeği'nde ise 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19'uncu maddeler olmak üzere yedi tane ters ifade bulunmaktadır. Ters ifadelerin toplam puanı, doğrudan ifadelerin toplam puanından çıkartılmakta, bu değerlere durumluk kaygı için 50, sürekli kaygı için 35 puan eklenmesiyle bireyin kaygı puanları elde edilmektedir. Her iki ölçekten elde edilen kaygı puanları 20-80 arasında değişmekte ve yüksek puan yüksek kaygı düzeyini göstermektedir (32, 36).

DSKE iyi bilinen, güçlü geçerlilik ve güvenilirliğe sahip popüler bir ölçektir (11, 33). Türkçe uyarlaması ise 1985 yılında Öner ve Le Compte tarafından yapılmış, geçerli ve güvenilir bulunmuştur (35, 37).

2.1.7. Diş Hekimliği ve Stres

Diş hekimliği en stresli mesleklerden biri olarak kabul edilmektedir (38). Bir diş hekiminin yaşam stresinin yarısını işle ilgili faktörlerin oluşturduğu bildirilmiştir. Diş hekimi ve hastalar arasındaki yoğun etkileşim ve kronik mesleki stres sonucu oluşan psikolojik ve fiziksel yorgunluk, hekimde bir "tükenmişlik" durumunu tetikleyebilmektedir (38, 39). Yapılan bir araştırmada klinik ortamında çalışan diş hekimleri, klinik dışı çalışan diş hekimlerine göre daha yüksek stres seviyeleri bildirmişlerdir (39). Hekimin klinik ortamındaki stresi ve tükenmişlik hissi; duygusal yıpranmaya, hastaların ihtiyaçlarına karşı duyarsızlaşmaya, kaygılı hastalara gereken ilgiyi gösterememesine, hasta-hekim ilişkisinin zarar görmesine ve tedavi başarısının düşmesine neden olabilmektedir (38, 40). Ayrıca kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları ile strese bağlı hastalıkların, diş hekimlerinin erken emekli olmalarındaki en büyük etkenler olduğu bildirilmiştir (2, 7, 28, 39).

Diş hekimleri tarafından bildirilen stres faktörleri genel olarak zaman baskısı ve programın gerisinde kalmak, ağır iş yükü, finansal endişeler, kaygılı ve uyumsuz hastalar, geç kalan hastalar, hastada ağrıya sebep olma ve ağrı kontrolü sağlama,

personel sorunları, ekipman bozulması, kusurlu malzeme, kötü çalışma koşulları, acil tıbbi durumlar ve mesleğin kendi doğasıdır (2, 40).

Diş hekimleri stres, anksiyete ve depresyon ile öğrencilik yıllarından itibaren başa çıkmak zorunda kalmaktadırlar (5, 38, 41). Diş hekimliği öğrencilerindeki stres olgusu, 1970'lerden beri dünyanın her yerinden üniversitelerde araştırma konusu olmaktadır. Diş hekimliği öğrencilerinde stres pek çok sebepten kaynaklanmakta, öğrencileri farklı şekillerde etkileyebilmekte, klinik ve akademik performanslarında düşüşe sebep olabilmektedir (3, 7). Bu konudaki araştırmalar derlenmiş ve stres kaynakları; yaşam koşulları, kişisel faktörler, eğitim ortamı ile ilgili faktörler, akademik ve klinik faktörler olmak üzere beş ana başlık altında toplanmıştır (7).

Pedodonti, 18 yaş altı çocuk ve ergen bireylere diş hekimliği hizmetinin sağlanmasıyla ilgilenen branştır (9). Diş hekimleri genellikle çocuk hastalardan kaçınılmaktadırlar, çünkü küçük yaşta bir hasta ile iyi bir iletişim kurarak, onu tedavi boyunca kontrol altında tutabilmek hekimin stres seviyesini yükselten zorlayıcı bir durum olarak görülmektedir (9, 10). Bunun için hekimin davranış yönlendirme teknikleri ve tedavi bilgisi ile donanması ve özgüvenli olması gerekmektedir (10). Ayrıca çocuğun uyum problemi dışında, ebeveynler de strese neden olan başlıca etkenlerden biri olabilmektedir. Hekim, çocuk hasta ve ebeveyn; pedodonti kliniğindeki psikolojik ortamı ve tedavi kalitesini belirleyen ve ayrıca birbirlerinden olumlu veya olumsuz yönde etkilenen üç ana belirleyici faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (10).

Diş hekimliği öğrencileri; çocuk ve ebeveyn ile iletişim kurmada, yapılacak işlemler ve davranış yönlendirme konusunda tecrübesiz ve özgüvensiz olmaları nedeniyle pedodonti kliniğinde oldukça yüksek seviyede strese maruz kalmaktadırlar (10). Mesleki deneyim arttıkça pedodontik prosedürler sırasında yaşanan stresin azaldığı bildirilmiştir (9). Ayrıca diş hekimliği öğrencilerinin kişilik özellikleri, stresle baş edebilme kapasitelerini ve dolayısıyla hem klinik hem de akademik başarılarını etkileyen en önemli faktörlerden biri olarak gösterilmektedir (42, 43).

2.1.8. Stres Yönetimi

Stres karşısında her birey farklı tepki vermekte ve bu tepkiler atılgan, pasif ve saldırgan davranışlar olarak kendini gösterebilmektedir. Stres karşısında atılgan davranış sergileyen bireyler sorunla yüzleşme ve onun çözümüne odaklı olurken, pasif ve saldırgan davranan bireyler bu durumdan zarar görmeye meyilli olmaktadır (14).

Aynı konu üzerinde düşünüp durmak, bireyin kendine acıması, kendini suçlaması ve sosyal olarak geri çekmesi gibi davranışlar negatif başa çıkma stratejileri olarak sınıflandırılmaktadır (44).

Sağlık çalışanları için stresle başa çıkmak altından kalkılması zor bir problem olabilmektedir. Bunun için bireyin kendisini iyi tanınması, stres altındayken verdiği tepkileri ve bunların kendi sağlığını nasıl etkilediğinin bilincinde olması gerekmektedir. Stresin olumsuz etkilerini en aza indirmek için sigara ve kafeinden uzak durmak, düzenli beslenmek ve uyumak, düzenli egzersiz yapmak, stresli olduğu bilinen durumlardan olabildiğince kaçınmak veya bu durumları daha az stresli hale getirmek, gevşemek ve rahatlamak için zaman yaratmak gibi tavsiyelerde bulunulmuştur (22). Ayrıca çeşitli gevşeme teknikleri ve nefes egzersizleri üzerinde de birçok çalışma yapılmıştır (14, 24).

A tipi kişilik özelliklerinin olumsuz yanlarının kontrol altına alınması ve problem odaklı başa çıkma yöntemlerinin kullanılması önem arz etmektedir (45). Bireylerin, stresle başa çıkmalarını kolaylaştıracak kişisel özelliklerini geliştirmek ve pozitif başa çıkma stratejilerini benimsemek üzere eğitilebileceği bildirilmiştir. Bunun; bireyin stres faktörlerinden minimum düzeyde zarar görmesi, mesleki tatmin duygusunun ve veriminin artması gibi faydaları vurgulanmıştır (44, 46). Ayrıca, stres yönetimi konusundaki karakter özelliklerinin, personel alımlarında belirleyici rol oynayabileceği bildirilmiştir (44).

Stresle başa çıkmada bireysel yöntemlerin yanı sıra mesleki stresi azaltmak için iş ortamında yapılacak düzenlemeler de büyük önem taşımaktadır. Bunun için genel olarak, çalışanlar için iş tatmini sağlanması, adil ve etkin ücretlendirme, sağlıklı ve güvenli bir iş ortamının sağlanması, psikolojik danışma ve rehberlik hizmetlerinin etkin kullanımının sağlanması gibi tavsiyelerde bulunulmaktadır (24).

2.2. Pedodonti Kliniğinde Çocuk Hasta Faktörü

2.2.1. Çocuklarda Yaşa Göre Psikolojik Gelişim

Gelişim; fiziksel, duygusal, bilişsel, toplumsal boyutları bulunan çok yönlü karmaşık bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Çocuk gelişimi genel olarak bebeklik (0–2 yaş), ilk çocukluk (okul öncesi, 3–6 yaş), orta çocukluk (okul dönemi, 7–12 yaş) ve ergenlik (13–17 yaş) dönemlerine ayılarak incelenmektedir (47). Çocuk hasta bakan diş

hekimlerinin, çocuğun yaşına göre sergilediği normal davranış özelliklerini bilmesi, davranış bozukluklarını tespit edebilmesi gerekmektedir (48, 49).

İki yaşına kadar çocuğun düzgün bir psikoloji ile büyümesi, ihtiyaçlarının karşılanmasına bağlıdır. 2 yaşında, konuşma becerisiyle paralel olarak kendini ifade edebilmeye başlar. Ebeveyne çok bağlıdır, nesnelere dokunup hissetmeyi sever, kaba motor becerileri gelişmeye başlamıştır. Klinik ortamında parlak ışık, beklenmeyen sesler ve kokular, hasta koltuğu çocukta korkuya sebep olabilir. Bu yaş grubunda çocuk ebeveynle birlikte koltuğa oturtulmalı, sözel iletişim kurmaktan çok dokunma ve görme duyularına hitap edilmeli, ani ses ve hareketlerden kaçınılmalı ve randevu süresi kısa tutulmalıdır (48-50).

Üç yaş okul öncesi dönemin başlangıcıdır. Ebeveynden ayrılmaya gösterecekleri tepki çocuktan çocuğa değişebilmektedir. Hayal gücü kuvvetlidir ve hikayeleri sever. Karşısındakini mutlu etmek hoşuna gider. Tedavi sırasında ebeveyni ile birlikte olması kendini güvende hissetmesini sağlar ancak ortama ve hekime alışırsa tek başına da kalabilir (48, 49).

Dört yaşında çocuk; daha kolay iletişim kurabilmesi, anlatılanı dinleyebilmesi ve ailesinden daha kolay ayrılabilmesi gibi özellikleriyle uyumlu bir hasta profili çizebilir. Ancak çok meraklı, sabırsız, inatçı ve agresif davranışlar da sergileyebilir ve bilinmeyenden korkar. Ayrıca kendine zarar verilmesinden çok korktuğu için, yapılan işlem az ağırlı olsa bile abartılı bir tepki gösterebilir. Diş hekimi, işlem sırasında çocuğun yardım etmesine izin vermeli, ona basit açıklamalar yapmalı, işleme ara vermeden ve kontrolü kaybetmeden çalışmalıdır (49, 50).

Beş yaşında çocuğun korkuları artık azalmıştır. Ebeveynden ayrılabilir ve genelde tedaviye uyum gösterir. Davranışlarının, kıyafetlerinin vb. övülmesinden çok hoşlanır (48-50).

Altı yaşında çocuk, okula başlamasıyla öğretmenini yeni bir otorite figürü olarak tanır ve bu durum diş hekiminin otoritesini kabul etmesine de katkı sağlar. Ancak genelde endişelidir, insanlara ve nesnelere gereksiz korkular duyabilir (49, 50).

Okul dönemi olarak da adlandırılan 7-12 yaş arasında sosyal açıdan gelişen çocuk, toplum kurallarına uygun davranmayı öğrenir. Hala var olan endişelerini sahte, kabadayı davranışlarla ya da sessizlikle gizleme eğilimi gösterir. Yetişkin gibi

davranılmak ister. Diş hekiminin yapılacak işlemleri açıklaması, çocuğun korkularının üstesinden gelmesine yardımcı olacaktır (49, 50).

2.2.2. Çocuklarda Dental Korku ve Anksiyete

Dental tedaviler, bazı hastalar için korku, endişe, ağrı ve rahatsızlık kaynağı olan tehdit edici bir olay olarak görülmektedir (51).

Diş hekimi korkusu, tehdit edici uyaranlara karşı gösterilen normal ve duygusal bir reaksiyondur. Diş hekimi kaygısı, başka bir deyişle dental kaygı ya da dental anksiyete, dental tedavi ile ilgili korkunç bir şey olacağına dair endişe ve buna eşlik eden kontrolü kaybetme hissi olarak tanımlanmaktadır (52-54).

Dental kaygı, çoğunlukla çocukluk ve ergenlikte gelişen yaygın bir problemdir. Bu durum hem çocuk hasta, diş hekimi ve klinik çalışanları açısından, hem de dental tedavi açısından ciddi olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Dental kaygısı olan çocuk hastada tedavi girişimi çok zaman alıcı, masraflı ve zorlayıcı olabilmektedir. Çocuktaki davranış problemleri üzerinde çocuğun yaşı, ebeveynin çocuktan klinikteki davranışı ile ilgili beklentisi, yabancıların arasında kaygı varlığı ve diş ağrısı varlığı gibi faktörlerin etkisi olduğu belirtilmiştir (54, 55). Ayrıca, önceki tedavi deneyimlerinin de çocuğun davranışları üzerindeki en büyük belirleyicilerden biri olduğu bildirilmiştir (52, 56, 57). Bir çalışmada, dental tedavi sırasında yüksek stres seviyesi ile birlikte davranış bozuklukları sergileyen çocukların annelerinde de stres ve korku belirteçleri görülmüştür (8). Hatta diğer aile bireylerinin diş hekimi korkusu derecelerinin çocuğu geçmiş deneyimlerinden daha fazla etkilediği belirtilmiştir (58).

Çocukluk döneminde yerleşen pozitif düşünceler çocukların davranışlarını da olumlu olarak etkilemektedir. Bu yüzden çocuğun diş tedavileri veya klinik ortamı ile ilgili çevreden edindiği izlenim, diş hekimi kliniğinde yaşadığı deneyim, ebeveynin ya da diş hekiminin tutumu gibi birçok faktör, çocuğun davranışlarını belirlemekte ve ileride dental kaygı geliştirmesinde rol oynayabilmektedir (49). Tedaviyi uygulayacak hekimin duygusal ve fiziksel durumu, çocuk hastanın algısını etkilemektedir. Öğrencinin çocuk hastaların tedavisi sırasında durumu kontrol etme yeteneğinin azalmasıyla çocuk hastanın anksiyetesinde artış olduğu bildirilmiştir (8). Diş hekimi ile çocuk arasında kurulacak pozitif bir ilişki, çocuğun anksiyetesini azaltmakta ve dental işlemlerin daha rahat uygulanabilmesini sağlamaktadır (57, 59).

2.2.3. Pedodonti Kliniğinde Çocuk Davranış Şekilleri

Diş hekimi kliniğinde çocuğun davranış özellikleri ve iletişim potansiyelinin hekim tarafından doğru değerlendirilmesi, çocuğun kontrolü için baş vurulacak tekniğin seçiminde önemlidir (49). Klinik ortamında davranış bozukluğu gösteren çocuklar histerik ve kontrolsüz, inatçı, ürkek, sinirli, sızlanan ya da sakin tavırlar sergileyebilmektedirler (49).

Frankl Davranış Skalası, dental kaygının belirlenmesinde kullanılan bir davranış puanlama yöntemidir (57, 60). Bu skalaya göre çocuğun kooperasyon seviyesi aşağıdaki skorlarla belirlenmektedir:

1. Kesinlikle olumsuz: Tedaviyi reddetme, şiddetli ağlama, korku hali ya da diğer aleni olumsuz davranışlar.
2. Olumsuz: Tedaviyi kabul etme konusunda isteksizlik, işbirliği yapmama, somurtmak ve geri çekilmek gibi kanıtları olan ancak henüz alenen gösterilmemiş olumsuz davranışlar.
3. Olumlu: Tedaviyi kabul etme, uyum sağlama isteği, diş hekiminin komutlarına uymakla beraber zaman zaman temkinli ve çekingen davranışlar.
4. Kesinlikle olumlu: Diş hekimi ile iyi ilişki kurma ve işlemlere ilgi gösterme, kahkaha atma, keyifli davranışlar (61).

Çocuk hastalar arasında yaygın olarak görülen bu olumsuz ve belirsiz davranış tipleri, çocukla iletişim kurmanın zorluğu gibi faktörler nedeniyle, kaygılı çocuk hastayı kontrol altına almak pedodontinin en zorlayıcı konularından biri olarak görülmektedir (62).

Uzman ve genel diş hekimleri ile diş hekimliği öğrencilerinin çocuk hastalara bakış açılarının değerlendirildiği bir çalışmada, katılımcılar çocuk hastaları öngörülemeyen, tehlikeli, kontrol edilemez, özen ve hassasiyet gerektiren, değerli ve yönlendirilebilir olmak üzere altı farklı kavramla tanımlamışlardır. Beklenenin aksine, eğitim seviyeleri farklı bu üç diş hekimi grubunun çocuk hastalara bakış açılarının benzer olduğu bildirilmiştir. Olumsuz tanımlamalar yapan katılımcılar, çocuk hastaların uyumsuz davranışları ile başa çıkma konusunda çaresiz kaldıklarını bildirmişlerdir. Ayrıca hiç çocuk hasta bakmamış alt sınıflardaki diş hekimliği öğrencilerinde, çocuk hastalarla ilgili olumsuz görüşün daha yaygın olduğu bulunmuştur. Eğitimcilerin bu

olumsuz algıyı ortadan kaldırmak adına diş hekimliği öğrencilerine motivasyon sağlamaları gerektiği ve teorik derslerle klinik uygulamanın kombinasyonunun önemi vurgulanmıştır (63).

2.2.4. Davranış Yönlendirme Teknikleri

Diş hekimleri, çocuk hastalar arasındaki fiziksel, zihinsel, entelektüel, duygusal ve sosyal gelişim seviyesinde ve davranış kalıplarındaki farklılıklar nedeniyle, çocuğun ihtiyaçlarına cevap verebilmek adına davranış yönlendirme yaklaşımları konusunda bilgi sahibi olmalıdır (51). Diş hekiminin çocuğa yaklaşımının, çocuğun davranışlarını kontrol etmede birincil öneme sahip olduğu bildirilmiştir. Çocuğun ve ebeveynin güvenini kazanarak çocuğun olumlu bir klinik deneyimi yaşamasını sağlamak, diş hekiminin tavır, beden dili ve iletişim becerilerine ve tecrübesine bağlıdır (53, 61). İlk diş hekimi randevusunun, çocuğun sonraki tedaviler sırasındaki tutumu ve gelecekteki ağız sağlığı motivasyonu üzerinde belirleyici etkiye sahip olduğu bildirilmiştir (64).

Davranış yönlendirme teknikleri ile amaçlanan; çocuk-ebeveyn-hekim arasında bir güven ortamı oluşturmak, hastanın korku ve kaygısını azaltmak, hastada kalıcı davranış değişikliği oluşturmak, olumlu geri bildirim almak, hastaya ağız sağlığının önemini kavratmak, kaliteli ve güvenli diş hekimliği hizmeti verebilmektir (61, 65, 66).

Davranış yönlendirme teknikleri, basit ve ileri teknikler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Basit davranış yönlendirme teknikleri; muayene öncesi pozitif görseller, doğrudan gözlem, anlat-göster-yap, sor-anlat-sor, ses kontrolü, sözsüz iletişim, pozitif yönlendirme, dikkat dağıtma, hafızayı yeniden yapılandırma, ebeveyn varlığı/yokluğu olarak sıralanmaktadır. İleri davranış yönlendirme teknikleri ise koruyucu stabilizasyon, sedasyon ve genel anestezi (61).

Muayene öncesi pozitif görseller: Bekleme salonunda hastalara diş hekimliği ve tedavilerle ilgili olumlu etki oluşturacak görseller gösterilmektedir. Böylece çocuk hasta ve ebeveyni, klinikte kendilerini nelerin beklediğiyle ilgili fikir sahibi olmakta ve çocuğun işlem öncesi ilgili soruları sorabileceği zemin hazırlanmış olmaktadır (61).

Doğrudan gözlem: Çocuk hastaya bir video izletilmekte ya da tedaviyi yapılmakta olan uyumlu bir başka çocuk hastayı direkt olarak izlemesine izin verilmektedir. Böylece hasta yapılacak işlemlere alıştırmakta, ebeveyni ile birlikte güvenli bir ortamda dental prosedür hakkında sorular sorma fırsatını yakalamış olmaktadır (61).

Anlat-göster-yap: Çocuk hastanın anlayacağı şekilde yaşına uygun ifadeler seçilerek yapılacak işlemler anlatılmakta, işlem sırasında kullanılacak aletlere dokunmasına izin verilmektedir. Aletlerin ne işe yaradıkları ve nasıl kullanılacağı, çocuğun anlayabileceği ve korkutucu olmayan benzetmeler ve tanımlamalarla açıklanmakta, aletler ağızda denenmektedir. Böylece çocuk hasta işlemleri ve aletleri tanımakta, tedaviye uyum göstermesi kolaylaşmaktadır (49, 61, 65). Diş hekimliği aletleri ve prosedürlerinin taklit edildiği oyuncakların oldukça açıklayıcı ve öğretici olduğu belirtilmiş ve bu teknikle birlikte kullanımları tavsiye edilmiştir (66). Anlat-göster-yap tekniğinin, pedodontistler tarafından en sık başvurulanan davranış yönlendirme tekniği olduğu bildirilmiştir (67).

Sor-anlat-sor: Bu teknikte çocuk hastaya diş tedavisi ile ilgili hisleri sorulmakta, yapılacak işlemler hastanın anlayacağı şekilde anlatılmakta, ardından tekrar hastanın hisleri sorgulanmaktadır. Hastanın endişeleri devam ediyorsa hekim durum değerlendirmesi yaparak başka davranış yönlendirme tekniklerine başvurabilmektedir. Böylece tedavi sırasında olumsuz davranışlara sebep olabilecek kaygıyı belirlemek, hastaya işlemlerin nasıl yapılacağını öğretmek ve tedaviye devam etmeden önce hastanın rahatlamış olduğunu doğrulamak mümkün olabilmektedir (61).

Ses kontrolü: Hastanın davranışını etkilemek ve yönlendirmek üzere hekimin ses seviyesini, tonunu ve tavrını değiştirmesi olarak tanımlanmaktadır. Otoriter ve net bir tutum takınılarak uygun yetişkin-çocuk rollerini oluşturmak, hastanın dikkatini ve uyumunu kazanmak amaçlanmaktadır (61, 68). Çocuk hasta tekrar uyum gösterdiğinde hekim bu davranışı takdir etmeli ve hastaya teşekkür etmelidir (49).

Sözsüz iletişim: Bu teknik uygun temas, duruş, yüz ifadesi ve beden dili aracılığıyla davranışların güçlendirilmesi ve yönlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Diğer davranış yönlendirme tekniklerinin etkinliğini artırmak, hastanın dikkatini ve uyumluluğunu kazanmak veya sürdürmek amaçlanmaktadır (61).

Pozitif yönlendirme: İstenen davranışların ödüllendirilmesi, böylece bu davranışların tekrarlanma ihtimallerinin arttırılması temeline dayanmaktadır. Sosyal yönlendirme pozitif ses tonlaması ve yüz ifadesi, sözlü övgü ve sevgi gösterisi yoluyla yapılabilmektedir. Küçük ödüller ve oyuncaklar ise sosyal olmayan yönlendirme araçları olarak kullanılabilir (61).

Dikkat dağıtma: Çocuk hastanın dikkatinin tatsız bir işlem olarak algılanabilecek bir şeyden başka yöne çekilmesi olarak tanımlanmaktadır. Hastanın memnuniyetsizliği azaltılarak olumsuz davranışların önüne geçilmiş olmaktadır (61). Dikkat dağıtmada yardımcı olabilecek görsel ve işitsel öğelerin çocuk hastalarda anksiyeteyi azalttığı bildirilmiş ve kullanımları tavsiye edilmiştir (69, 70).

Hafızayı yeniden yapılandırma: Lokal anestezi ve diş çekimi gibi zorlu ve olumsuz deneyimlerin, işlem gerçekleştirildikten sonra olumlu anılarla yeniden yapılandırılmasını içeren bir yöntemdir (61). Görsel hatırlatıcılar, sözlü olarak olumlu destek sağlama, duyuşal ayrıntıları kodlamak için somut örnekler ve başarı hissi bu teknikte kullanılabilecek dört ana bileşen olarak gösterilmiştir. Görsel hatırlatıcı olarak, beklenen zorlu deneyim öncesinde hastaya muayene sırasında gülen bir çocuğun resmi gösterilebilir. Sözlü olarak olumlu destek, çocuktan son randevuda ne kadar iyi bir iş çıkardığını ebeveynine söyleyip söylemediği öğrenmek ve bunu diş hekimine de anlatmasını istemek yoluyla sağlanabilir. Duyusal ayrıntıları kodlamak için kullanılan somut örnekler, çocuğun ellerini kucığında tutması ya da istendiğinde ağzını kocaman açması gibi olumlu davranışlarına övgüleri içermektedir. Sonrasında çocuktan bu şekilde davranmaya devam etmesi istenmekte ve bu da başarı hissine yol açmaktadır (61).

Ebeveyn varlığı/yokluğu: Tedavi sırasında çocuğun uyumlu davranması karşılığında ebeveynin çocuğa eşlik etmesine izin verilmesi, çocuğun uyumunu sağlamada kullanılabilecek bir yöntem olarak bildirilmiştir (61). Önceden diş hekimlerinin tedavi sırasında çocuğun uyumunu bozabilecek ve tedavinin gidişatını engelleyebilecek ebeveyn davranışlarından kaçınmak adına ebeveynin yokluğunu tercih etmelerine karşın, günümüzde bu görüş gittikçe daha az destekçi bulmaktadır (68, 71). Artık diş hekimleri çocuk hastaları daha küçük yaşlarda görmekte, pedodontistler ebeveyn katılımını da gerektiren daha koruyucu yaklaşımlar benimsemekte ve ebeveynler tedavi sırasında çocuklarının yanında kalmayı daha çok talep etmektedirler (55, 72). Diş hekimliği kliniğinde ebeveyn varlığı/yokluğu tekniğinin kullanımı, özellikle küçük yaştaki veya özel sağlık ihtiyaçları olan çocuk hastalarda duyuşal destek sağlamak ve ebeveynlerden ayrılmanın travmatik etkisinden kaçınmak adına tavsiye edilmektedir (71). Ayrıca potansiyel uyumlu ya da çok olumsuz davranış sergileyen çocuklarda işbirliği sağlamada da başarılı olabileceği ve diğer daha rahatsız edici tekniklere olan ihtiyacı azaltacağı bildirilmiştir (55, 73). Bu teknikteki en önemli

faktörlerden biri, ebeveynin diş hekimi açısından yararlı bir müttefik olarak çocuğun tedaviye uyum göstermesine sağlayacağı destektir (67, 68). Ebeveyn kendi gerginliğini çocuğa yansıtmamalı, diş hekimi ebeveyn ile etkili bir iletişim kurmalı ve çocuk hastaya olduğu kadar ebeveyne de tedavi öncesi psikolojik destek sağlamalıdır (68, 74).

Koruyucu stabilizasyon: Bu yöntem, tedavi sırasında hastanın yaralanmasını, zarar görmesini engellemek amacıyla hareketlerinin kısıtlanması olarak tanımlanmaktadır (61). Ayrıca, koruyucu stabilizasyon ile kısa sürecek bir işlem için sedasyon uygulamasından kaçınmak amaçlanmaktadır. Bunun için yardımcı personel veya ebeveyninden yardım istenebileceği gibi, papoose-board ve Pedi-Wrap gibi özel araçlardan da yararlanılabilmektedir. Uygulama sırasında ebeveynin işbirliği büyük önem taşımaktadır. Ebeveyn, bu yöntemin çocuğu cezalandırmak için değil, onun güvenliğini sağlamak amacıyla tasarlandığının farkında olmalıdır (48). Koruyucu stabilizasyon yönteminin; tıbbi, psikolojik ya da fiziksel sebeplerden dolayı güvenli bir şekilde sabitlenemeyen hastalarda, stabilizasyon nedeniyle fiziksel veya psikolojik travma hikayesi olan hastalarda, fazla sayıda ya da uzun sürecek tedavi ihtiyacı olan hastalarda, acil tedavi ihtiyacı olmayan hastalarda kullanımından kaçınılmalıdır (61).

Sedasyon: Davranış yönlendirmede kullanılan farmakolojik bir teknik olan sedasyon, psikolojik ya da duygusal olgunluğa erişmemiş ve/veya zihinsel, fiziksel ya da tıbbi yetersizlik nedeniyle işbirliği yapamayan hastalarda güvenli ve etkili bir şekilde kullanılabilmektedir (61). İnhalasyon yoluyla, oral, intranazal, subkütanöz, intramusküler ya da intravenöz olarak uygulanabilen sedasyon için nitroz oksit, benzodiazepinler, ketamin, propofol, kloral hidrat, hidroksizin, prometazin ve opioidler gibi birçok ajan kullanılabilmektedir (72, 75). Bilinçli sedasyon; hastanın havayolunu bağımsız olarak ve devamlı açık tutabildiği, fiziksel uyaranlara ve sözlü komutlara cevap verebildiği, bilincin minimal düzeyde baskılandığı durum olarak tanımlanmaktadır (75). Bilinçli sedasyonda, tedaviyi kolaylaştırmak için korku ve kaygıyı hafifletmek, ağrı hissini olabildiğince azaltmak ve amnezi sağlamak amaçlanmaktadır ve davranış yönlendirme tekniklerinin yerine geçemeyeceği, onlara ek olarak hizmet edebileceği bildirilmiştir (61, 72). Davranış problemleri sergileyen, diş hekimi korkusu ve anksiyetesi olan, zeka geriliği olan, psikiyatrik problemleri olan, çok sayıda ya da acil tedavi ihtiyacı olan çocuk hastalarda bilinçli sedasyon uygulaması endikedir. Bir yaşından küçük çocuklarda ise bu uygulamadan kaçınılmalıdır (75). Doğru ilaç, doğru uygulama yolu, doğru hasta seçimi ve işlem sırasında hastanın uygun

şekilde izlenmesi ile yaşanabilecek olumsuzlukların önüne geçilebilmekte, sedasyon uygulaması en etkin şekilde kullanılabilmektedir (76).

Genel anestezi: Genel anestezi; hava yolunu bağımsız olarak açık tutabilme, fiziksel stimülasyona veya sözlü komutlara yanıt verebilme gibi koruyucu reflekslerin kaybıyla birlikte görülen kontrollü bir bilinçsizlik durumu olarak tanımlanmaktadır. Güvenli ve etkili diş tedavisi sağlamak, kaygıyı ortadan kaldırmak, istenmeyen hareketleri önlemek, zihinsel, fiziksel ya da tıbbi olarak problemlili hastalara dental tedavi hizmeti sunabilmek ve hastanın ağrı yanıtını ortadan kaldırmak amaçlanmaktadır (61). Ayrıca sedasyon ve genel anestezi gibi farmakolojik teknikler, özellikle uyumsuz çocuklarda psikolojik olarak travmatik deneyimlerden kaçınılmasını da sağlamaktadır (62). Ancak bu yöntemler pahalı olabilmektedir ve basit davranış yönlendirme tekniklerinin ebeveynler tarafından daha fazla kabul gördüğü bildirilmiştir (48, 51). İleri davranış yönlendirme teknikleri arasında ise, farmakolojik yöntemlerin acil durumlarda ebeveynler tarafından koruyucu stabilizasyon yöntemine göre daha fazla tercih edildiği bildirilmiştir (62).

İlk diş hekimi randevusu, çocuğun sonraki tedavilerde takınacağı tutumu ve genel ağız ve diş bakımına olan motivasyonunu da belirleyeceğinden, diş hekiminin çocuktaki potansiyel davranış bozukluklarını en baştan tespit ederek en uygun davranış yönlendirme stratejisini belirlemesi çok önemlidir. Dolayısıyla diş hekiminin çocuğa olan tutumu, çocuktaki davranış problemlerinin önüne geçilmesi ve uzun vadeli olumlu sonuçlar alınmasında anahtar rol oynamaktadır (50, 64). Diş hekiminin çocuk psikolojisi ve davranış yönlendirmesi gibi konularda eğitimsiz ya da deneyimsiz olmasının çocuğun kaygısını arttırdığı belirtilmiştir (50).

2.3. Pedodonti Kliniğinde Ebeveyn Faktörü

Pedodonti kliniğinde ebeveynler çocuklarının davranışlarını çeşitli şekillerde etkileyebilmektedirler (61). Dental kaygısı olan ebeveynlerin sergilediği olumsuz tutumun çocukta da dental kaygı gelişimine sebep olduğu bildirilmiştir (64). Maternal kaygı olarak adlandırılan anneye bağlı kaygının, küçük çocukların ilk diş hekimi deneyimleri sırasındaki davranışları üzerinde büyük etkiye sahip olduğu gösterilmiştir (50). Diş hekimleri, ebeveyn varlığında çocuğun davranış bozukluğu sergilemesi ve ebeveynin dental kaygısının yansımalarının çocukta da görülmesi nedeniyle tedavi sırasında ebeveyn yokluğunu tercih ettiklerini bildirmişlerdir (55). Ayrıca, modern

ebeveynlerin, özellikle medikal tedaviler sırasında çocuklarının hayatlarına aktif olarak dahil olma eğiliminde olmaları, kendileri dışında bir yetişkinin çocuklarını disiplinize etmesi ve davranışlarını yönlendirmesi konusunda isteksiz olmaları da diş hekiminin işini yapmasını zorlaştıran faktörlerdendir (77). Yapılan bir çalışmada, dental tedaviye uyum gösteren çocukların ebeveynlerinin de olumlu tutum ve davranış içinde olan bireyler oldukları gösterilmiştir (78).

Ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumları, çocuklarının kişiliklerinin şekillenmesinde çok büyük bir etkiye sahiptir. Çocuğun gelişiminde en olumlu etkiye sahip tutum olarak demokratik anne-baba tutumu kabul görmektedir. Çocuğun belirli sınırlar içinde bazı davranışları yapmasına izin verilerek sorumluluk duygusunun gelişmesine katkıda bulunulur. Ayrıca anne ve babanın davranışları tutarlı, kararlı ve güven vericidir (47). Ebeveynler korumacı olmakla birlikte otoriteyi diş hekimine devrederek, hekimin çocukla iletişime geçmesini ve bağ kurmasını kolaylaştırırlar (48). Demokratik tutum dışındaki tüm ebeveyn tutumlarının çocuğun kişilik gelişimini olumsuz etkiledikleri kabul edilmektedir (47).

Aşırı korumacı ebeveynler her konuda gereğinden fazla müdahildirler (47). Çocuklarının fazla bağımlı, kendi başına karar veremeyen, beceriksiz ve özgüvensiz yetişmelerine neden olurlar (50, 79). Bu tip ebeveynler, çocuğun yaşı büyük olsa bile diş hekimi kliniğinde işlem sırasında çocuğun yanında kalmak için ısrarcı olabilmektedirler (49).

Aşırı stresli ve korkulu ebeveynler, geçmiş tecrübelerinden kaynaklanan olumsuz duygularını çocuğa yansıtabilmektedirler (50). Bu tip ebeveynler diş hekimi kliniğinde tedavinin gerekliliğini sorgulayıcı, düşmanca ve uygunsuz tavırlar sergilemekte ya da sadece çocuğa kendi korkusunu aktararak tedaviyi olumsuz etkileyebilmektedirler (48).

Aşırı hoşgörölü ve düşkün ebeveynler çocuklarına sınırsız özgürlük tanır, her isteklerini yerine getirir, aşırı yumuşak ve tutarsız davranırlar. Bunun sonucunda çocukları şımarık, kendi istek ve davranışlarını denetleyemeyen, doyumsuz, kırıncı ve agresif bireyler olarak yetişir (79). Bu çocuklar diş hekimi kliniğinde yaşından daha küçük çocuklara uygun, karşı gelen ve şımarık bir tavır takınabilmektedirler (50).

Aşırı otoriter ebeveynler çocuklarından kural ve emirlere eksiksiz olarak itaat etmelerini beklerler ve aralarında tartışmaya kapalı bir iletişim vardır . Bu tip ebeveynler çocuklarının korkmalarına tahammül edemezler ve çocuklarını sürekli

eleştirirler ve onlardan yaşlarının üstünde davranışlar beklerler. Çocuğa fikirleri sorulmaz ve tercih hakkı tanınmaz, kısıtlayıcı ve cezalandırıcı tutum karşısında çocuk özgüven geliştiremez, duygu ve isteklerini dile getiremez (47, 79). Bu ebeveynlerin çocukları diş hekimi koltuğunda genel olarak erteleme taktiklerine başvuracaklardır (50).

Aşırı beklentili ebeveynler çocuklarının her şeyin en iyisi olmasını isterler ve çocuğa kaldırılabileceğinden fazla yük yüklerler. Beklentileri karşılayamayan çocuk ailede hayal kırıklığı yaratır ve bu yüzden çocukta suçluluk duygusu gelişir (50). Ebeveynlerini memnun etmek isteyen ancak diş hekimi korkusu olan çocuk, diş hekimi koltuğunda uyum problemleri gösterebilir (50).

Sevgisiz ve şefkatsiz, ilgisiz ve ihmalkar ebeveynler ya çok meşguldürler ya da kendi sosyal hayatları çocuklarından daha önemlidir (48, 79). Bu çocuklar sosyal açıdan zayıf, ilgiye aç ve saldırgan olurlar (79). Ancak diş hekimi koltuğunda genellikle uyumlu davranışlar sergilerler.

2.4. Pedodonti Kliniğinde Tedavi Faktörü

Pedodonti kliniğinde uygulanan işlemler çok çeşitlilik göstermekte ve yeterli teorik bilgi gerektirmektedir. Ayrıca çocuk hasta ile ilgilenecek diş hekiminin davranış yönlendirme teknikleri konusunda bilgili ve tecrübeli, uygulamada sabırlı olması büyük önem taşımaktadır (80). Hekimin çocuk psikolojisi konusundaki bilgi eksikliği ve deneyimsizliği çocuk hastanın anksiyetesini arttırabilmektedir ve kaygılı hastaların ağrıyı daha fazla hissettikleri rapor edilmiştir (57, 81).

Çocuklara uygulanan dental işlemlerin ve kullanılan malzemelerin çeşitliliği ve süt dişi ile daimi diş arasındaki farklılıklar gibi faktörler pedodonti kliniğinde teorik bilginin gerekliliğini arttırmakta ve endikasyon koymayı zorlaştırmaktadır. Ayrıca çocukların fizyoloji ve anatomisinin yetişkinlerden farklı oluşu nedeniyle çocuk hastalara verilecek ilaçların seçimi ve dozların ayarlanması konusuna çok büyük bir hassasiyet göstermek gerekmektedir (82). Diş hekimliği öğrencileriyle yapılan bir anket çalışmasında öğrencilerin klinikte en çok kaygı duydukları durumlardan birinin yanlış endikasyon koymak olduğu, bir diğerinin ise hastaya zarar vermek olduğu bildirilmiştir (83).

Pedodonti kliniğinde uygulanan endodontik işlemler (kuafaj, pulpotomi, pulpektomi, apeksogenezis ve apeksifikasyon tedavileri, revaskülarizasyon); olgun

daimi dişler, genç daimi dişler ve süt dişlerinde farklılık göstermektedir. Özellikle kök gelişimini tamamlamamış genç daimi dişlerin kök kanal tedavilerinin dengesiz kron-kök oranı, ince kök dentini ve açık apeks nedeniyle oldukça zorlayıcı olabileceği belirtilmiştir (84).

Çocuklarda ilk diş tedavisi deneyiminin ağırlı olması, ilerleyen zamanlarda dental anksiyete ve davranış bozukluklarına sebep olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda birçok çocuğun diş hekimine ilk ziyaretini diş ağrısı, apse ve travma gibi bir acil tedavi gereksinimi ile yaptıkları bildirilmiştir (85). Bu gibi durumlarda çocukta kalıcı bir kaygı ve davranış bozukluğu oluşturmamak adına ağrı kontrolü büyük önem taşımaktadır. Ağrı kontrolünde en sık kullanılan ajanlar lokal anesteziklerdir. Hekimin en doğru lokal anestezi tekniğini seçerek en ağrısız şekilde uygulayabilecek bilgi ve deneyime sahip olması gerekmektedir (86). Lokal infiltrasyon anestezisi ve mandibular anestezi olarak da bilinen N.alveolarisinferior'un blok anestezisi teknikleri klinikte en sık kullanılan tekniklerdir. Lokal infiltrasyon anestezisinde anestezik solüsyon periost üzerine verilir, kortikal ve spongios kemik tabakalarından infiltre olarak sinir liflerine ulaşır (86). Mandibular anestezide ise solüsyonun verileceği hedef nokta mandibular foramendir. Yaş ilerledikçe mandibular foramen ile oklüzal düzlem arasındaki dikey mesafe artmakta ve ancak 16 yaşında yetişkindeki konumunu alabilmektedir. Mandibular foramenin konumundaki bu farklılık çocuk hastalarda mandibular anestezinin uygulanmasını zorlaştırmaktadır (86). Mandibular anestezi tekniğinin diğer lokal anestezi tekniklerine göre daha ağırlı ve çocuk hastalarda uygulamasının daha zor olduğu bildirilmiştir (87). Diş hekimleri ve diş hekimliği öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, pedodonti kliniğinde en az stresin alt çenede amalgam kavitesi açarken, en fazla stresin ise çocuklarda mandibular anestezi uygularken yaşandığı bildirilmiştir (9).

Facial Image Scale (FIS) kullanılarak 3-6 yaş arası çocuklarla yapılan bir araştırmada bu yaş grubu çocukların kaygı düzeylerini en fazla yükselten işlemin diş çekimi olduğu bildirilmiştir (88). Diş çekimi işleminin çocukların gözündeki bu korkutucu imajı, anestezi sırasındaki gerginlikle de birleşerek çocuklarda ciddi kooperasyon eksikliği ve davranış bozukluklarına sebep olabilmekte ve hekimin işini büyük ölçüde zorlaştırmaktadır.

Çocukların diş hekimi koltuğunda hareketsiz duramamaları, ağızlarını yeterince açmamaları ve dar çalışma alanı, çocuk hastalarda aeratör ile çalışmak, ölçü almak ve radyografi çekmek gibi işlemleri de hekim için zorlaştırmaktadır.

Çocuk hastaları tedavi etmekten kaçınan hekimler bunun gerekçelerini çocuk hastayı tedavi etmenin daha zor olması, çocukların uyum ve davranış problemleri sergilemesi, teorik bilgi ve pratik uygulama eksikliği olarak göstermişlerdir (80).

2.5. Pedodonti Kliniğinde Diş Hekimi Faktörü

Diş hekimleri; hekim-hasta-ebeveyn arasındaki iletişim, tedavinin karmaşıklığı ve süresi, sosyodemografik değişkenler gibi birçok faktörü göz önünde bulundurmalı, özellikle çocuk hastanın tedavisi sırasında süreci iyi yönetecek beceri ve donanımına sahip olmalıdır (63, 89). Hekimin kişiliği, tüm bu süreçte önemli bir belirleyici olarak rol oynamaktadır (48, 63). Bazı hekimler doğuştan gelen otoriter bir tavırla kendilerini daha rahat hissederken, bazı hekimler ise çocuğa daha empatik bir yaklaşıma yatkın olabilmektedirler. Çocuğa net talimatlarla rehberlik ve destek veren hekimlerin olumsuz davranışlarla daha az karşılaştıkları belirtilmiştir. Baskı, tehdit ve kısıtlama gibi olumsuz rehberlik örnekleri ise başarılı bulunmamıştır (48). Hekim-hasta-ebeveyn iletişiminin empati boyutu, hekimin kişiliğinden etkilenmektedir. Zor tedavi prosedürleri sırasında çocuğun duygularını sorgulamak olumlu bir etki yaratarak tedaviyi kolaylaştırmakta, hasta ve ebeveyn memnuniyetini, dolayısıyla hekim konforunu ve başarısını arttırmaktadır (48).

Çocuk hastaların dental tedavisi, birçok hekim tarafından zor ve karmaşık bulunmaktadır. Bu algı diş hekimleri, hastalar, ebeveynler ve toplum kaynaklıdır. Çocuk hastaların bilişsel, fiziksel ve zihinsel gelişimlerini henüz tamamlamamış olmaları, ebeveynlerin tutumu, diş hekimlerinin toplumdaki korkutucu imajı çocuklarda dental işlemlere karşı bir önyargı ve korku kaynağı oluşturmaktadır (63). Birbirleriyle çok sıkı etkileşim içinde olan tüm bu faktörler sonucunda, birçok diş hekiminin çocuk hastalarda diş çekimini koruyucu işlemlere tercih ettikleri, hatta kliniklerine çocuk hasta kabul etmedikleri görülmüştür (63).

Diş hekimliği fakültelerinin pedodonti kliniklerinde çocuk hastalarla ilgilenen diş hekimliği öğrencileri için de durum benzer şekilde zorlayıcı olabilmektedir. Uzmanlık gerektiren bir iş olan çocuk hastaların dental tedavileri, diş hekimliği öğrencileri için daha da büyük bir stres kaynağı olabilmektedir. Çalışmamızda; öğrencinin kişilik özellikleri, ebeveynin tavrı ve tedavi prosedürünün zorluğunun klinik ortamındaki stres seviyesini en az çocuk hastanın uyumu kadar etkilediği hipotezinden

yola çıkarak, pedodonti kliniğinde öğrenci için stres oluşturan faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

2.6. Ölçek Geliştirme ve Önemi

Yapılan literatür taramasında; pedodonti kliniklerinde staj yapan diş hekimliği öğrencilerinin üzerinde stres yaratan faktörlerin değerlendirilmesi konusunda yapılan araştırmaların az olduğu, pedodonti kliniğine özgü çocuk hasta ve ebeveyn faktörlerini de içeren geçerli ve güvenilir bir değerlendirme aracına ihtiyaç olduğu görülmüştür.

Eğitim ve psikolojide ölçek geliştirilirken, ölçek ile ölçülmek istenen özellik arasında tutarlı bir bağlantı olması amaçlanmaktadır. Bu alanlardaki araştırmalarda geçerli ve güvenilir ölçme araçlarına ihtiyaç duyulmaktadır (90). Bireyin herhangi bir konudaki tutum, algı, kaygı vb. özelliklerini saptamaya yönelik anketlerde sonuçların geçerlilik ve güvenilirliği çeşitli istatistiksel tekniklerle incelenmelidir (91, 92).

Geçerlilik, bir ölçeğin ne kadar işe yarar olduğunu göstermektedir (93). Başka bir deyişle, ölçülmek istenen özeliği başka kavramlarla karıştırmadan ölçebilme gücü, bir ölçeğin geçerliliği olarak tanımlanmaktadır (94, 95). Güvenirlilik ise bir ölçme aracının duyarlı, birbiriyle tutarlı ve kararlı ölçme sonuçları verebilmesi gücüdür (92, 95). Ölçek geliştirmede temel amaç, tüm çabaların sonunda daha güvenilir ve daha geçerli bir ölçme aracı elde etmektir. Güvenilir olmayan bir ölçekle elde edilen puanlar kendi içinde ve bir uygulamadan diğerine tutarlı sonuçlar vermez ve güvenilir olmayan ölçme sonuçları geçerli olamaz (95).

Bir ölçeğin geçerliliği için kapsam (içerik) ve yapı geçerliliğine bakılmaktadır. Yapı geçerliği, doğrudan ölçülemeyen bir özelliğin kullanılan testin ölçme derecesi olarak ifade edilmektedir. Ölçeğin yapı geçerliği için faktör analizi kullanılmakta olup, öncesinde örneklemin yeterliliğinin ve büyüklüğünün test edilmesi gerekmektedir (94). Ölçeğe ait yapı geçerliliğini test etmek için kullanılan faktör analizi yöntemi açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) olmak üzere iki tipi bulunmaktadır (96, 97). AFA ile maddelerin yükleneceği boyutlar belirlenmekte ve DFA yardımı ile bu yapı doğrulanmaktadır (98). Geliştirilen ölçek, incelenen konuların tüm önemli alt konularını içeriyorsa ölçeğin kapsam geçerliliğinin olduğu söylenebilmektedir. Kapsam geçerliliğinin değerlendirilmesinde uzman görüşüne başvurma ve aynı kapsamı ölçtüğü bilinen başka bir testle yeni test arasındaki korelasyon katsayısının hesaplanması gibi yöntemler kullanılmaktadır (94).

Likert tipi ölçeklerde iç tutarlılık değerlerinin tespit edilmesi için en uygun yol Cronbach Alfa (α) güvenilirlik katsayısının hesaplanmasıdır. Cronbach α güvenilirlik katsayıları 0 ile 1 arasında yer almaktadır. Söz konusu değer 1'e yaklaştıkça ölçeğin iç tutarlılığına dair güvenilirlik artmaktadır (95).

Madde-toplam puan korelasyon katsayısı ölçeğin toplam puanları ile her bir maddenin sahip olduğu puanların korelasyonunun alınmasıdır. Bir ölçekte madde sayısı az ise iç tutarlılığa bakmak için Cronbach α ya da bileşik güvenilirlik katsayıları ile birlikte ölçeğin maddeleri arasındaki korelasyon katsayıları kullanılabilir. Maddeler arasındaki hesaplanan korelasyon değerlerinin 0.20'nin üzerinde olması, ölçeğin güvenilirliği için yeterli kabul edilmektedir (99).

Test-tekrar test güvenilirliği, bir ölçme aracının aynı araştırma grubuna aynı koşullarda önemli derecede hatırlamalarını önleyecek kadar uzun, fakat ölçülecek özellikte önemli değişimler olmasına izin vermeyecek kadar kısa bir zaman aralığında iki kez uygulanmasıdır. İki uygulamadan elde edilen ölçüm değerleri arasındaki korelasyon katsayısı ölçeğin güvenilirlik katsayısıdır (92). Zamana karşı değişmezlik ölçütünde ölçeğin istikrarlılığı değerlendirilir. Aynı ölçme aracı kişilere farklı zamanlarda uygulandığında, kişilerin ölçme aracının maddelerine verdiği cevapların tutarlı olması ölçme aracının zamana karşı değişmezliğini göstermektedir. Literatürde test-tekrar test için minimum 30 bireye ulaşılması gerektiği belirtilmektedir (100).

Anket sorularının cevapları çok çeşitli tiplerde hazırlanabilmektedir. Psikolojik özelliklerin ölçüldüğü anketlerde en sık tercih edilen yöntem Likert (1932) tarafından geliştirilen derecelendirme yöntemidir. Bu yöntemde ölçek noktalarının sayısı, çift ya da tek oluşu ve nasıl adlandırılacakları önem taşımaktadır. Ölçek noktalarının tek sayıda olması, anketi dolduran katılımcıların kararsız kaldıkları durumlarda olumlu ya da olumsuz yönde bir tercih yapmak zorunda kalmamalarını sağlayacak bir orta değer sunması açısından önemlidir. Nokta sayısının çok olması ise katılımcıların sağlıklı bir ayırım ve değerlendirme yapmasını zorlaştırdığı gerekçesiyle çok tavsiye edilmemektedir. Likert tipi derecelendirme yönteminde beşli dereceleme en çok önerilen ve en yaygın kullanılan tiptir (90, 91, 95).

3.MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu çalışmanın amacı; öğrencinin kendi kaygı düzeyinin belirlenmesi ile birlikte, çocuğa ve yetişkin hastaya yaptığı işlemler sırasında, çocuğun ve ebeveynin tutumu karşısında ve oluşabilecek komplikasyonlarla ilgili stres seviyelerini değerlendirmek ve kıyaslamak, ayrıca bu doğrultuda ihtiyaca yönelik yeni bir ölçek geliştirmektir. Araştırma deneysel araştırma türünde olup, gözleme dayalı ölçümler elde edilmiştir. Çalışmanın etik onayı 2019/7-2 karar sayısı ile Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Ek-2).

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu çalışmaya, 2018-2019 ve 2019-2020 eğitim-öğretim yıllarında İnönü Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi pedodonti kliniğinde staj yapan 4. ve 5. sınıf öğrencileri dahil edilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Alınan örneklem sayısının yeterli olup olmadığı güç analizi ile desteklenmektedir. Güç analizi, örneklem büyüklüğünün istatistiksel gücünü hesaplamaktadır (101). Cohen (1988) 0.90-0.99 arasında değişen güç değerlerinin hesaplandığı örneklem büyüklüğüne ulaşılması gerektiğini belirtmektedir (102). Çalışmada pedodonti kliniğindeki stres faktörlerinin araştırılması amacıyla geliştirilen ölçek için ve sonrasında ölçeğin uygulanması için güç analizleri ayrı ayrı yapılmıştır.

3.3.1. Ölçek Geliştirilmesi için Güç Analizi

Araştırmanın evrenini 2018-2019 eğitim öğretim yılı 4. ve 5. sınıf öğrencileri ve 2019-2020 eğitim-öğretim yılı 4.sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemi güç analizi ile belirlenmiştir. Yapılan hesaplamaya göre; 0.30 etki büyüklüğünde, 0.05 yanılma payında, 0.95 aralığında 0.99 evreni temsil gücüyle örneklem büyüklüğü 243 olarak belirlenmiştir. Araştırmaya alınan öğrenciler olasılıklı olmayan örnekleme yöntemlerinden gönüllü örnekleme yöntemine göre seçilmiştir.

3.3.2. Pedodonti Kliniğindeki Stres Faktörlerinin Araştırılması için Güç Analizi

Pedodonti kliniğindeki stres faktörlerinin araştırılması için geliştirilen Pedodonti Pratiğinde Stres Ölçeği uygulanmasında kullanılacak örneklem güç analizi ile belirlenmiştir. G*power3.1 programı kullanılarak yapılan hesaplama göre; 0,35 etki büyüklüğünde, 0.05 yanılma payında, 0.95 güven düzeyinde, 0.98 evreni temsil gücüyle örneklem büyüklüğü 190 olarak belirlenmiştir (101).

Katılımcıları belirlemede olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gönüllülük esasına dayalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Katılımcı sayısının yeterliliği güç analizi ile sınanmıştır. Çalışmaya 200 katılımcı alınmıştır.

3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri

Anket, çalışmaya katılmaya gönüllü olan 4. ve 5. sınıf öğrencilerine uygulanmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması ve Veri Toplamada Kullanılan Araçlar

Sınıf, yaş, cinsiyet, diş hekimliğinin ilk tercih olup olmadığı, sıradaki hastayı bekletmenin ve yapılan işlemle ilgili teorik bilgi eksikliğinin oluşturduğu stresin sorgulandığı sosyodemografik veri formu, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE) ve Pedodonti Pratiğinde Stres Ölçeği (PPS ölçeği)'ni içeren anket formu öğrencilere yüz yüze doldurtulmuştur. 1970 yılında Spielberger ve ark. tarafından geliştirilen, 1985 yılında Öner ve Le Compte tarafından dilimize uyarlanan Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri 2 bölümden oluşan 4'lü Likert tipi (hiç, biraz, çok, tamamen / hemen hemen hiçbir zaman, bazen, çok zaman, hemen hemen her zaman) bir ölçektir (33-35). Durumluk Kaygı Ölçeği'nde 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20'nci maddeler olmak üzere on tane; Sürekli Kaygı Ölçeği'nde ise 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19'uncu maddeler olmak üzere yedi tane ters ifade bulunmaktadır. Ters ifadelerin toplam puanı, doğrudan ifadelerin toplam puanından çıkartılmakta, bu değerlere durumluk kaygı için 50, sürekli kaygı için 35 puan eklenmesiyle bireyin kaygı puanları elde edilmektedir (32, 36).

3.6. Geliştirilen Ölçeğin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri

Hazırlanan ölçek maddelerinin kapsam geçerliği analizleri için uzman görüşüne başvurulmuştur. Literatür taranarak oluşturulan ölçek toplamda 29 madde olarak

hazırlanmıştır. Hazırlanan ölçek; alanında uzman 6 kişiden oluşan grubun görüşüne sunulmuştur. Uzmanların bir kısmı ile yüz yüze görüşme yapılmış ve bir kısmına da e-mail yolu ile ulaşılmıştır. Uzman görüşlerine dayanarak yapılan kapsam geçerliği oranı hesaplanmasında Davis tekniği (1992) kullanılmıştır (94). Uzmanlardan her bir maddeye ifadelerin anlaşılabilirlik ve amaca uygunluk derecesine göre 1-4 arasında puan vererek ölçek maddelerini değerlendirmeleri istenmiştir.

Hesaplanan Kapsam Geçerlilik Oranı (KGO) değerlerinin 6 uzman görüşü alınması sebebiyle her madde için 0.62'den büyük olması istenmektedir (94). Yapılan hesaplamalarda tüm maddelere ait KGO değerlerinin 0.62'den büyük olduğu hesaplanmıştır. Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ) değeri havuzda kalan maddelerin KGO değerlerinin ortalamasıdır. Bu ortalama değerin 0.62'den yüksek olması gerekmektedir (94). Hazırlanan Ölçeğin toplam KGİ değeri 0.969 olarak hesaplanmıştır. Hesaplanmış olan KGİ değeri $0.969 > 0.62$ olduğu için ölçek istatistiksel olarak geçerlidir. Bu nedenle kapsam/içerik geçerliği yönünden herhangi bir madde ölçekten çıkarılmamıştır.

Ölçeğin yapı geçerliği için faktör analizi öncesi örneklemin yeterliliği ve büyüklüğü sınanmıştır. Örneklemin yeterliliğinin saptanmasında Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi kullanılmıştır. Ölçeğin faktör analizine uygun olup olmadığını saptamak amacıyla Barlett's Test of Sphericity analizi yapılmıştır. Verilerin faktör analizi için uygun olup olmadığına karar verebilmek için yararlanılan KMO değerleri; 0.90-1.00 arasında olduğunda "mükemmel", 0.80-0.89 arası olduğunda "çok iyi", 0.70-0.79 arasında olduğunda "iyi", 0.60-0.69 arasında olduğunda "orta", 0.50-0.59 arasında olduğunda "zayıf" şeklinde yorumlanmaktadır. Faktör analizi yapılabilmesi için istenilen KMO değeri 0.60'ın üzeridir ve Bartlett's küresellik testinin değeri arttıkça, verilerin faktör analizi yapmak için uygunluğu artmaktadır (94).

Ölçek faktör yapısının incelenmesinde en çok tercih edilen Temel Bileşenler Analizi (Principal Component Analysis) kullanılmış ve analiz sonucunda elde edilen sorulara ait faktör yüklerinin en az 0.30 olması gerektiği görüşüne göre sonuçlar değerlendirilmiştir (103). AFA ile elde edilen ölçek alt boyutlarının doğruluğunu desteklemek için DFA uygulanmıştır. DFA sonucunda elde edilen X^2/sd oranının ≤ 5 , RMSEA değerinin ≤ 0.08 ve GFI, CFI, IFI değerlerinin ise 0.90'dan yüksek olması modele ait veri uyumu indeksi alt sınırları olarak kabul edilmiştir (104).

Ölçeklerle ait güvenilirlik değerleri Cronbach Alfa (α) katsayısı aracılığıyla tespit edilmiştir. Cronbach α güvenilirlik katsayıları 0 ile 1 arasında yer almaktadır. Söz konusu değer 1'e yaklaştıkça ölçeğin iç tutarlılığına dair güvenilirlik artmaktadır. Buna göre 0.50'nin altı kabul edilemez, 0.50–0.60 arası zayıf, 0.60–0.70 arası sorgulanır, 0.70–0.80 arası kabul edilebilir, 0.80–0.90 arası iyi ve 0.90–1.00 arası mükemmel güvenilirliği ifade etmektedir (105). Ölçeklerde hesaplanan İç tutarlık katsayıları ölçekte yer alan madde sayısından etkilenmektedir. Bu nedenle ölçekteki madde sayısı arttıkça iç tutarlılık katsayısında artış olacaktır (106). Bir ölçek az madde sayısına sahip ise 0.50 ölçeğin güvenilirliği için yeterli görülmektedir (107). Bir ölçekte madde sayısı az ise iç tutarlılığa bakmak için Cronbach α ya da bileşik güvenilirlik katsayıları ile birlikte ölçeğin maddeleri arasındaki korelasyon katsayıları kullanılabilir. Maddeler arasındaki hesaplanan korelasyon değerlerinin 0.20'nin üzerinde olması, ölçeğin güvenilirliği için yeterli kabul edilmektedir (99). PPS ölçeği için test maddelerinden alınan puanlar ile testin toplam puanı arasındaki ilişkiyi incelemek için madde-toplam korelasyon katsayılarına bakılmıştır.

Ölçeğin test-tekrar test analizi için 210 katılımcı çalışmaya alınmıştır. Ölçeğin zamana göre değişmezliği ise test-tekrar test korelasyonu ile hesaplanmıştır (108).

Anket çalışması sonucunda elde edilen veri setine ilk olarak SPSS 25.0 (Statistical Program in Social Sciences) programı ile güvenilirlik analizi ve açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Son olarak AMOS 24 paket programı ile doğrulayıcı faktör analizi yapılarak Yapısal Eşitlik Modeli kurulmuş modelin uyum iyiliği ve test değerleri yorumlanmıştır. Anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

Değişkenlerin çoklu normal dağılım göstermesi için a: gözlenen değişken sayısı olmak üzere; " $a*(a+2)$ " formülünden elde edilen değer Mardia Katsayısı'ndan (AMOS programındaki Multivariate değeri) büyük olması gerekmektedir (109). Verilerin çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde değişkenlerin ± 2 sınırını sağladığı görülmüş ve verilerin normal dağıldığı kabul edilmiştir.

Araştırmaya 262 katılımcı alınmıştır. Katılımcılardan 13'ü Mahalanobis Uzaklığı sonucuna bağlı olarak elde edilen $p < 0.01$ değerinin altında kaldığı için elenmiştir. Sonuç olarak 249 tane anket formu ile analiz gerçekleştirilmiştir.

Tablo3.1'de ölçek geliştirme çalışması için araştırmaya alınan hastalara ait demografik veriler verilmiştir.

Tablo3.1.Demografik değişkenlerin dağılımı

Değişken		Değerler	
		Ort $\pm$ Ss	
Yaş (Ort $\pm$ Ss)		23.35 $\pm$ 1.928	
Değişkenler	Gruplar	Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	122	49
	Erkek	127	51
Sınıf	4.sınıf	164	65.9
	5.sınıf	85	34.1
Tercih	İlk tercih	92	36.9
	İlk tercih değil	157	63.1
Toplam		249	100

Araştırmaya alınan katılımcılara ait verilere ilk olarak güvenilirlik analizi için madde iç tutarlılık katsayıları (cronbach α) hesaplanmıştır. Daha sonra elde edilen verilere açıklayıcı faktör analizi uygulanmış madde faktör yükleri ve maddelerin gideceği boyutlar belirlenmiştir. Faktör yükleri ve boyutları belirlenmiş olan veriler için doğrulayıcı faktör analizi yapılarak boyutların madde dağılımlarının kontrolü sağlanmış, uyum iyiliği indeks değerleri hesaplanmıştır. Ölçek belirlendikten sonra kontrol için 210 katılımcı ile test t-test değerleri hesaplanmıştır.

249 katılımcıya uygulanan anket sonuçlarına ilk olarak yapılan açıklayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen KMO katsayısı 0.867 ve Barlett's Test of Sphericity analizi sonucu χ^2 değeri 3769.438 olarak bulunmuştur. Test sonuçları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.001<0.05$). KMO sonuçlarına göre örneklem büyüklüğünün faktör analizi için yeterli ve uygun olduğunu bulunmuştur.

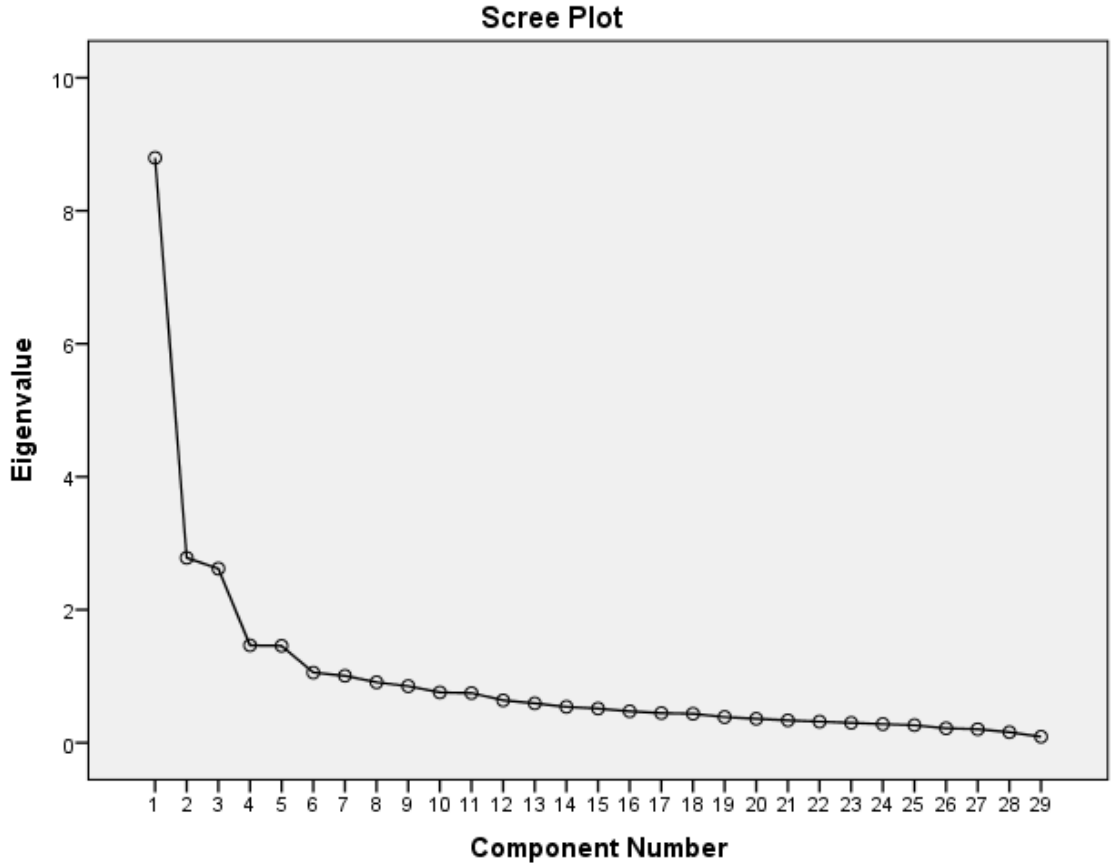
Tablo3.2.Açıklayıcı faktör analizi sonuçları

Boyutlar	Maddeler	Ort $\pm$ ss	Faktör Yükleri	CorrectedItem-total Correlations	Cronbach's Alpha ifItemDeleted	Varyans Açıklama Yüzdesi
İşlemler	İ1	2.57 $\pm$ 1.14	0.681	0.476	0.913	22.95
	İ2	3.82 $\pm$ 1.12	0.471	0.534	0.912	
	İ3	4.02 $\pm$ 1.02	0.464	0.532	0.912	
	İ4	1.96 $\pm$ 1.01	0.627	0.366	0.914	
	İ5	2.69 $\pm$ 1.08	0.729	0.498	0.912	
	İ6	2.80 $\pm$ 1.25	0.729	0.497	0.912	
	İ7	1.65 $\pm$ 0.99	0.807	0.352	0.914	
	İ8	2.30 $\pm$ 1.03	0.507	0.344	0.915	
	İ9	2.26 $\pm$ 1.00	0.717	0.333	0.915	
	İ10	1.61 $\pm$ 0.86	0.664	0.300	0.915	
Komplikasyonlar	K1	3.24 $\pm$ 1.14	0.519	0.567	0.911	17.992
	K2	3.33 $\pm$ 1.13	0.719	0.538	0.912	
	K3	3.80 $\pm$ 1.23	0.740	0.495	0.912	
	K4	3.53 $\pm$ 1.26	0.640	0.509	0.912	
	K5	3.88 $\pm$ 1.1	0.704	0.501	0.912	
	K6	4.20 $\pm$ 1.05	0.717	0.493	0.912	
	K7	3.72 $\pm$ 1.16	0.703	0.477	0.913	
Çocuk	Ç1	3.26 $\pm$ 1.10	0.590	0.613	0.911	11.234
	Ç2	3.91 $\pm$ 1.09	0.610	0.610	0.911	
	Ç3	3.8 $\pm$ 1.09	0.823	0.586	0.911	
	Ç4	3.39 $\pm$ 1.11	0.770	0.503	0.912	
	Ç5	3.10 $\pm$ 1.11	0.591	0.482	0.913	
Ebeveyn	E1	3.08 $\pm$ 1.19	0.774	0.550	0.911	13.757
	E2	3.62 $\pm$ 1.17	0.856	0.644	0.910	
	E3	3.74 $\pm$ 1.17	0.809	0.642	0.910	
	E4	2.66 $\pm$ 1.24	0.587	0.430	0.914	
	E5	2.91 $\pm$ 1.19	0.787	0.533	0.912	
	E6	3.39 $\pm$ 1.24	0.740	0.585	0.911	
	E7	2.93 $\pm$ 1.35	0.557	0.408	0.914	
Toplam Varyans Açıklama Yüzdesi						65.93%

*Ek-4'te verilmiş olan anket maddeleri, bu tabloda ilgili boyutun ilk harfi ile madde numarası birlikte kodlanarak verilmiştir.

Araştırmada kullanılan 29 maddelik ölçeğin geçerliliği için yapılan AFA sonucunda faktör yükü değerleri; işlemler alt boyutunda 0.464-0.807, komplikasyonlar alt boyutunda 0.519-0.740, çocuklar alt boyutunda 0.590-0.823 ve ebeveyn alt boyutunda ise 0.557-0.856 arasında bulunmuştur. Ayrıca toplam varyansın %22.95'i işlemler alt boyutu, %13.757'i komplikasyonlar alt boyutu, %11.234'ü çocuk alt boyutu ve %17.992'si ebeveyn alt boyutu ile açıklanmaktadır. Toplam varyansın açıklama yüzdesi %65.933 olarak bulunmuştur (Tablo3.2). Analize alınan sorular için yapılan faktör yükü incelenmesinde düşük faktör yükü görülmediği için analize 29 madde ile

devam edilmiştir (faktör yükü>0.30). Böylece 29 maddelik dört boyutlu "Pedodonti Pratiğinde Stres Ölçeği (PPS ölçeği)" elde edilmiştir.



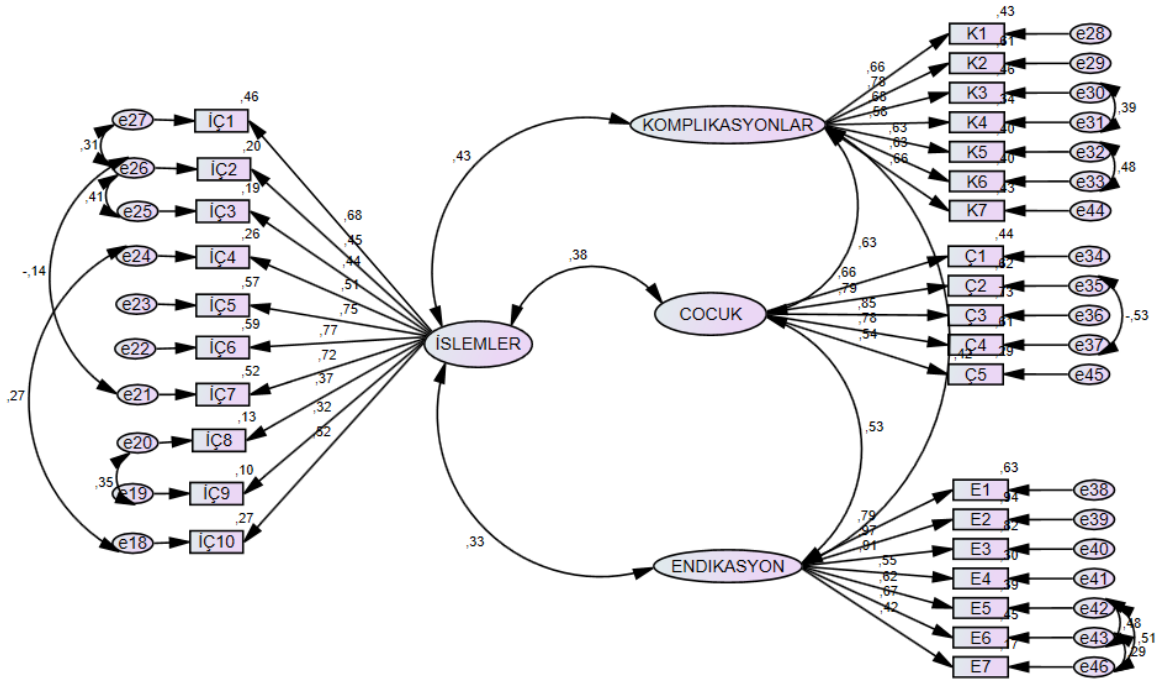
Şekil3.1.AFA ile elde edilen faktör yüklerine ait yamaç grafiği (screeplot)

Ölçek geliştirme çalışmalarında AFA ile elde edilen boyutların doğruluğu DFA ile kontrol edilmektedir. Bir model oluşturulurken gözlenen değişkenler üzerinden gözlemlenemeyen değişkenleri oluşturmak için kullanılan DFA çok sık tercih edilen bir yöntemdir (110). Elde edilen ölçeğe DFA uygulanarak boyutların doğruluğu kontrol edilmiştir. PPS ölçeğinin DFA uyum indeksi değerleri; χ^2 2950.883, df 696 ($p<0.05$), χ^2/df 4.240, RMSEA 0.114, GFI 0.645, CFI 0.608 ve IFI 0.611 bulunmuştur (Tablo3.3). Yapılan değerlendirmede ilk hazırlanan modelden elde edilen uyum iyiliği indeksleri açısından istenilen sonuç elde edilemedi.

Bu nedenle modele ait modifikasyon indeksleri incelendiğinde en yüksek değere sahip ikili artık terimlerin e25-e26, e22-e23, e12-e13, e9-e19, e10-e20, e12-e22, e13-e23, e15-e25, e16-e26, e17-e27, e30-e31, e32-e33, e36-e37, e37-e48, e42-e43 ve e42-e46 oldukları bulundu. Bu ikili artık terimler arasında kovaryans çizilerek yeniden model oluşturulup hesaplamalar yapıldı. Boyutlar arası artık terimler için kovaryans

çizilemeyeceğinden dolayı çizimler yapılırken çizimlerin aynı boyutlar içinde olmasına dikkat edildi (111). Bu ikili hata terimleri arasında çizilen kovaryanslar; bu hata terimleri arasında bir soyut bir kavramı açıklayan ortak bir yapı olduğunu göstermektedir. Bu açıklama faktör üzerinde değil bu iki değişkenin oluşturduğu ortak yapı üzerindedir. Bu iki hata terimi birlikte istatistiksel olarak bir anlamlı bir olguyu açıklamaktadır.

Söz konusu maddelere ilişkin hata kovaryansları ilişkilendirilerek ikinci bir DFA modeli elde edilmiş ve modele ait diyagram aşağıda verilmiştir;



Şekil3.2.PPS ölçeğinin IBM SPSS AMOS 24 programı sonuçlar çizim diyagramı

Tablo3.3.DFA için uyum iyiliği indeksleri değerlerinin karşılaştırılması (112, 113)

Uyum İndeksi	Primipar	Toplu	İyiUyum	Kabul Edilebilir Uyum	AÇIKLAMA
CMIN	2950.883	1083.103	En küçük değere sahip olan model daha uyumludur,		χ^2 testi ile varyanskovaryans matrislerinin (model değişken arası) benzerlik gösterip göstermediği araştırılmaktadır. Modelde gözlenen kovaryans yapısı ile model ile belirlenmiş kovaryans yapısı uygunluk göstermektedir. "İstatistiksel olarak Model uygun bulunmuştur."
sd	696	472	-		
p	0.001	0.001	p< 0.05		
χ^2 / sd	4.240	2.295	≤ 3	3 - 5	Düşük çıkması matris yapılarının benzer olduğunu göstermektedir. Örneklem büyüklüğüne duyarlıdır örneklem sayısı artarsa χ^2 azalmaktadır. χ^2/sd değeri için; 3'ten küçük olduğu için istatistiksel olarak model veriye iyi uyum göstermektedir. Modelden elde edilen değer istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hesaplanan değer istenilen aralıktadır.
GFI	0.645	0.958	≥ 0.95	0.90–0.95	χ^2 değerine alternatif olarak geliştirilmiş olup, model uyumunu değerlendirmede örneklem büyüklüğünü hesaba dahil etmez. Modelin açıkladığı örneklem varyansı olarak kabul edilmektedir. İstatistiksel olarak modelin örneklemdeki kovaryans matrisini düşük oranda ölçtüğü hesaplanmıştır. Modelden elde edilen değer istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur, hesaplanan değer istenilen aralıktadır.
IFI	0.611	0.939	≥ 0.95	0.90–0.95	Örneklem sayısının hesaplama üzerindeki etkisini düşürmektedir. Böylece küçük örneklemelerin kurulan model açısından iyi uyum sağlayarak kurulan modelin düşük örneklem büyüklüğü nedeni ile reddedilmesini ortadan kaldırmaktadır. Hesaplamalarında serbestlik derecesi de kullanılır. Modelden elde edilen değer istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
CFI	0.608	0.941	≥ 0.97	0.95–0.97	İndeks hesaplanırken örneklem büyüklüğü hesaplamalara dahil edilmektedir. Gizil(örtük) değişkenler arasında ilişkinin olmadığı bağımsızlık modeli tarafından üretilmiş kovaryans matrisi ile önerilen yapısal eşitlik modeline ait kovaryans matrisi karşılaştırılarak hesaplanmakta olup, örneklem büyüklüğünün küçük olduğu durumlara da oldukça duyarlılık göstermektedir. Modelden elde edilen değer istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
RMSEA	0.114	0.072	≤ 0.05	0.05–0.08	Örneklem sayısına duyarlılık göstermesinden dolayı küçük örneklemli modellerde gerçekte kabul edilecek bir modelin reddine neden olabilmektedir. Bu nedenle küçük örneklemli araştırmalarda kullanılması tavsiye edilmemektedir Modelden elde edilen değer istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kullanılan örneklem sayısının modeli açıklamada yeterli olduğu ifade edilebilir.

Tabloya göre; yapılan modifikasyon sonrası DFA uyum indeksi değerleri χ^2 1083.103, sd 472 ($p<0.05$), χ^2/sd 2.295, RMSEA 0.072, GFI 0.958, CFI 0.939, ve IFI 0.941 olarak bulundu (Tablo 3.4). İkinci DFA modeli sonrası Şekil3.2'de PPS ölçeğinin diyagramı gösterilmiştir, hesaplanan χ^2 değeri ($p<0.05$) olduğundan dolayı ve χ^2/sd değeri 3'ün altında olduğu için model anlamlı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur, NFI, CFI ve GFI değerlerine bakarsak model uyumu görülmektedir (NFI>0.90, CFI>0.90, GFI>0.90), yani örneklem elde edilen verilerle temsil edilebilmektedir, RMSEA değerine bakarsak örneklem sayısının yeterli olduğu söylenir (RMSEA <0.05). Uyum iyiliği değerleri ayrıntılı olarak Tablo3.3'te gösterilmektedir.

PPS ölçeğinin iç tutarlılığını ölçmek için yapılan Cronbach α güvenilirlik analizi sonucunda işlemler alt boyutu iç tutarlılık katsayısı 0.830, komplikasyonlar alt boyutu iç tutarlılık katsayısı 0.854, çocuk alt boyutu iç tutarlılık katsayısı 0.833 ve ebeveyn alt boyutu iç tutarlılık katsayısı 0.885 olarak bulunmuştur (Tablo3.4). Ölçeğin alt boyutlarındaki madde toplam korelasyon katsayıları işlemler alt boyutu için 0.300-0.534, komplikasyonlar alt boyutu için 0.93-0.567, çocuk alt boyutu için 0.482-0.613 ve ebeveyn alt boyutu için 0.408-0.644 arasında bulunmuştur (Tablo 3.2). Ölçeğin toplam iç tutarlılık katsayısı 0.915 olarak hesaplanmıştır.

Tablo3.4.Güvenilirlik katsayıları

	Cronbach α	Test t-Test	
		Test Değeri	p Değeri
İşlemler	0.830	0.794	0.041*
Komplikasyonlar	0.854	0.873	0.012*
Çocuk	0.833	1.000**	0.001*
Ebeveyn	0.885	0.898	0.003*
TOPLAM	0.915	0.891	0.025*

* $p<0.05$; iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi (t test)

Çalışmada kullanılan PPS ölçeğinin ve 3 hafta ara verilerek 210 kişi ile yapılan ikinci uygulama puan ortalamaları arasındaki korelasyon değerlerinin (Tablo 3.4) 0.794-1.000 arasında değiştiği bulunmuştur. PPS ölçeği için toplam ve tüm alt boyutlarda

olumlu yönde ve yüksek düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

3.7. Ölçek Kestirim Noktası Hesaplama

Kesim noktasının belirlenmesi için yapılan ROC analizi yapılmıştır. ROC eğrisi ölçüm aracı için uygun kesim noktasını vermekte ve bu kesime göre verilen kararlarda duyarlılık ve özgüllük oranları elde edilmektedir. Duyarlılık kısaca "gerçekte hasta olanların testte alınan kesme noktasına (cutoff) göre de hasta olması", özgüllük de "gerçekte sağlıklı olanların test sonucunda da sağlıklı bulunması"dır. Test ne kadar iyi ise eğri o kadar yukarıya (yüksek duyarlılık bölgesi) ve sola (düşük yanlış pozitif oranı bölgesi) doğru kayar. ROC eğrisi altındaki alan eğer 0.5 ise ayırım yok, 0.5 ve 0.7 arasında ise test ayırt etme gücü istatistiksel olarak anlamsız, 0.7 ve 0.8 arası ise kabul edilebilir, 0.8 ve 0.9 arası ise çok iyi olarak, 0.9 üzeri ise mükemmel olarak değerlendirilir (114). Analiz sonucu aşağıdaki tabloda verilmiştir;

Tablo3.5.PPS ölçeği ROC analizi sonuçları

Gruplar	Kesim Noktası	Duyarlılık	Özgüllük	p değeri	Eğri Altında Kalan Alan	Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
İşlem Alt Boyutu	19.5	0.985	0.182	0.001*	0.980**	0.823	0.894
Komplikasyon Alt Boyutu	25.5	0.894	0.147	0.001*	0.913**	0.875	0.923
Çocuk Alt Boyutu	16.5	0.954	0.186	0.001*	0.802**	0.894	0.915
Ebeveyn Alt Boyutu	21.5	0.873	0.156	0.001*	0.843**	0.891	0.952
Stres Ölçeği Toplam Puanı	71.5	0.917	0.105	0.001*	0.955**	0.874	0.917

* $p<0.05$; **, eğri altında kalan alan < 1

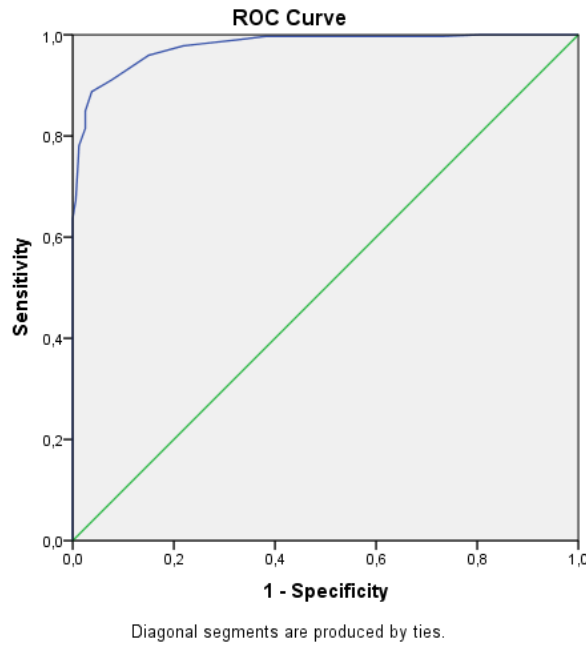
İşlem alt boyutu için yapılan ROC analizi sonucunda duyarlılığın en yüksek ve özgüllüğün en düşük olduğu noktaya denk gelen 19.5 puan kesme noktası olarak belirlenmiş olup, bu noktada ölçeğin duyarlılığı 0.985 ve özgüllüğü 0.182 olarak saptanmıştır (Tablo 3.5).

Komplikasyon alt boyutu için yapılan ROC analizi sonucunda duyarlılığın en yüksek ve özgüllüğün en düşük olduğu noktaya denk gelen 25.5 puan kesme noktası olarak belirlenmiş olup, bu noktada ölçeğin duyarlılığı 0.894 ve özgüllüğü 0.147 olarak saptanmıştır (Tablo 3.5).

Çocuk alt boyutu için yapılan ROC analizi sonucunda duyarlılığın en yüksek ve özgüllüğün en düşük olduğu noktaya denk gelen 16.5 puan kesme noktası olarak belirlenmiş olup, bu noktada ölçeğin duyarlılığı 0.954 ve özgüllüğü 0.186 olarak saptanmıştır (Tablo 3.5).

Ebeveyn alt boyutu için yapılan ROC analizi sonucunda duyarlılığın en yüksek ve özgüllüğün en düşük olduğu noktaya denk gelen 21.5 puan kesme noktası olarak belirlenmiş olup, bu noktada ölçeğin duyarlılığı 0.873 ve özgüllüğü 0.156 olarak saptanmıştır (Tablo 3.5).

Stres ölçeği toplam puanı için yapılan ROC analizi sonucunda duyarlılığın en yüksek ve özgüllüğün en düşük olduğu noktaya denk gelen 71.5 puan kesme noktası olarak belirlenmiş olup, bu noktada ölçeğin duyarlılığı 0.917 ve özgüllüğü 0.105 olarak saptanmıştır (Tablo 3.5, Şekil 3.3).



Şekil3.3.ROC analizine göre kesim noktasının belirlenmesi

Stres ölçeğinden elde edilen 71.5 puan ve üstü stres durumu varlığı olarak değerlendirilmiştir. Buna göre ankete katılan öğrenciler için PPS ölçeğinin eğri altında kalan alanı 0.874-0.917 arasında olup kabul edilebilir düzeyde ayrıma sahip olduğu görülmektedir.

3.8. Pedodonti Kliniğindeki Stres Faktörlerinin Araştırılması için Yapılan İstatistiksel Analizler

Araştırmaya alınan verilerin analizleri SPSS (Statistical Program in Social Sciences) 25.0 programı ile gerçekleştirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluk testleri Kolmogorov Smirnov Testi ile (115) yapılarak parametrik ve parametrik olmayan yöntemlerden hangisinin kullanılacağı belirlenmiştir. Karşılaştırma testleri için anlamlılık düzeyi (p) 0.05 olarak alınmıştır.

Bağımsız olan ikili gruplarda karşılaştırmalar; normallik varsayımı sağlanan verilerde gruplar arasındaki karşılaştırmalar iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi (t testi) ile yapılmıştır. Normal dağılım sağlanmayan verilerde ise Mann Whitney Testi ile yapılmıştır. Karşılaştırmada hangi test sonucuna bakılacağına karar vermede varyans homojenliği Levene testi ile kontrol edilmiştir ($p>0.05$).

Yapılan analizlerde normallik varsayımı sağlandığı için analizlere parametrik test yöntemleri ile devam edilmiştir. Çoklu arasındaki karşılaştırmalar ANOVA testi ile yapılmıştır. ANOVA testi sonucunda fark olan grupların belirlenmesinde Levene testi ile varyans homojenliği kontrolü sağlanarak homojenlik sağlandığında gruplar arasında yapılacak ikili karşılaştırmalar için ($p>0.05$) Duncan Testi, homojenlik sağlanmadığı durumlarda ise gruplar arasında yapılacak ikili karşılaştırmalar için ($p<0.05$) Tamhane T2 testi kullanılmıştır.

Ölçüm değerleri arasındaki ilişkiye bakmak için korelasyon analizi yapılmıştır. Normal dağılım gösteren verilerde "Pearson korelasyon katsayısı", normal dağılım göstermeyen verilerde ise "Sperman Sıra Korelasyon Katsayısı" kullanılmıştır.

4.BULGULAR

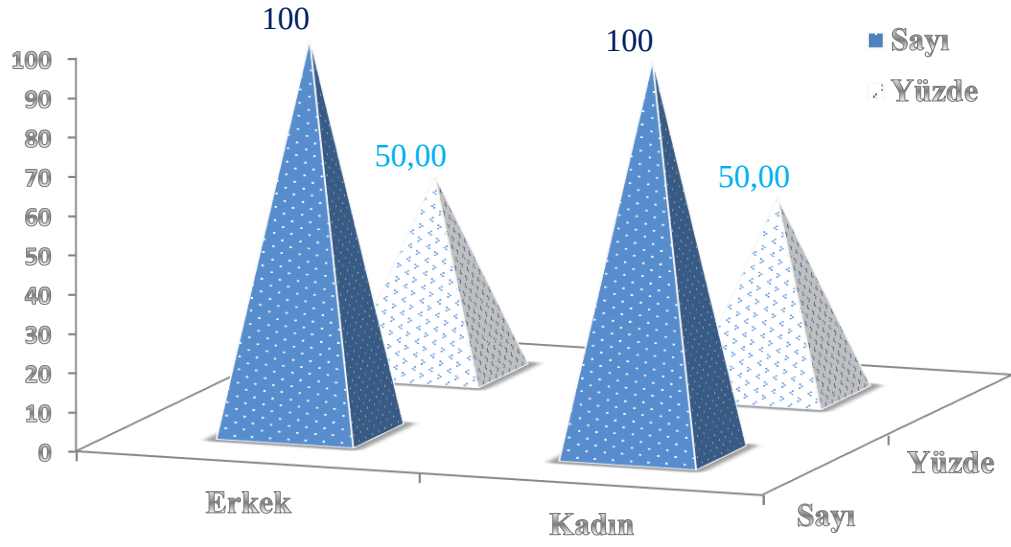
4.1. Katılımcılara Ait Demografik Bilgiler

Çalışmaya 200 katılımcı alındı. Katılımcılara ait sonuçlar ortalama, standart sapma, sayı yüzde (%) olarak aşağıdaki tabloda verildi.

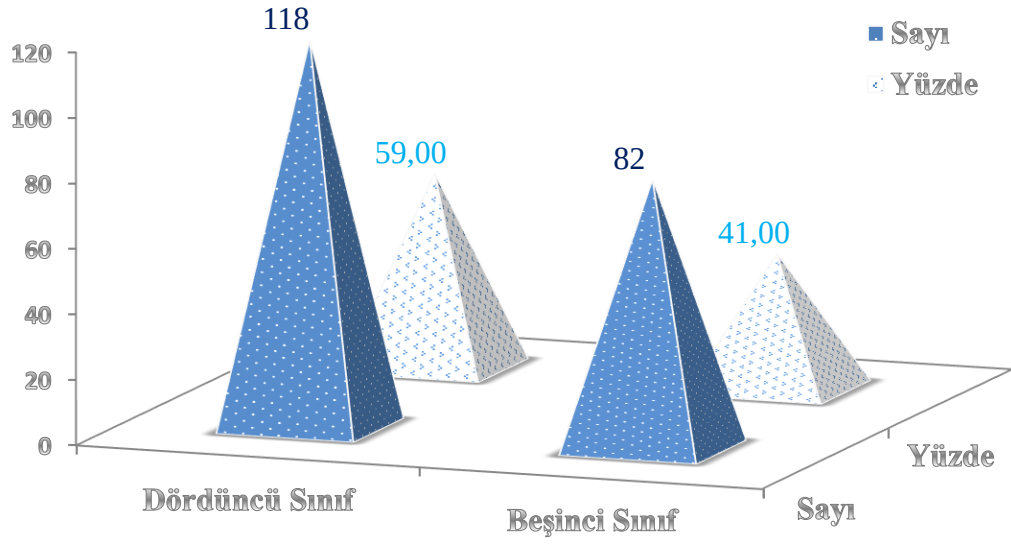
Tablo4.1.Katılımcılara ait demografik bilgiler

	Değişken	Sayı	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	100	50.0
	Erkek	100	50.0
Sınıf	Dördüncü Sınıf	118	59.0
	Beşinci Sınıf	82	41.0
İlk Tercih	Evet	73	36.5
	Hayır	127	63.5
Yaş	21 Yaş	12	6.0
	22 Yaş	47	23.5
	23 Yaş	74	37.0
	24 Yaş	35	17.5
	25 Yaş ve Üzeri	32	16.0
Toplam		200	100

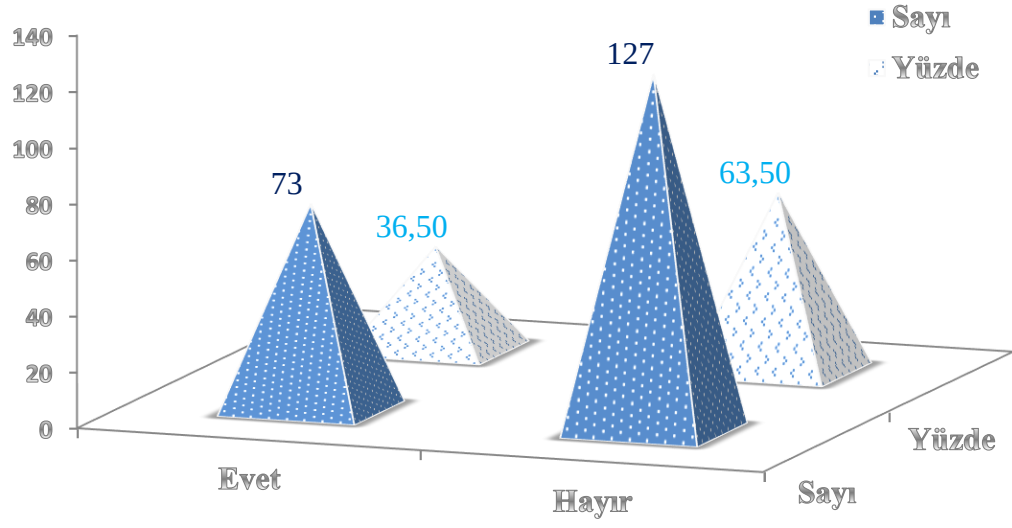
Cinsiyet açısından çalışma grubunda homojenlik sağlanmış olup, çalışmaya alınan katılımcıların %50 (100)'si kadınlar iken %50'si (100) erkeklerdir. Katılımcıların %59 (118)'u dördüncü sınıf öğrencileri iken %41 (82)'i beşinci sınıf öğrencilerinden oluşmaktadır. Diş hekimliği, çalışmaya alınan öğrencilerin %36.5 (73)'nin ilk tercihi iken, %63.5 (127)'nin ise ilk tercihi değildir. Katılımcılardan %6 (12)'si 21 yaşında iken, %23.5 (47)'i 22 yaşında, %37.5 (74)'i 24 yaşında ve %16 (32)'si ise 25 yaş ve üzerindedir.



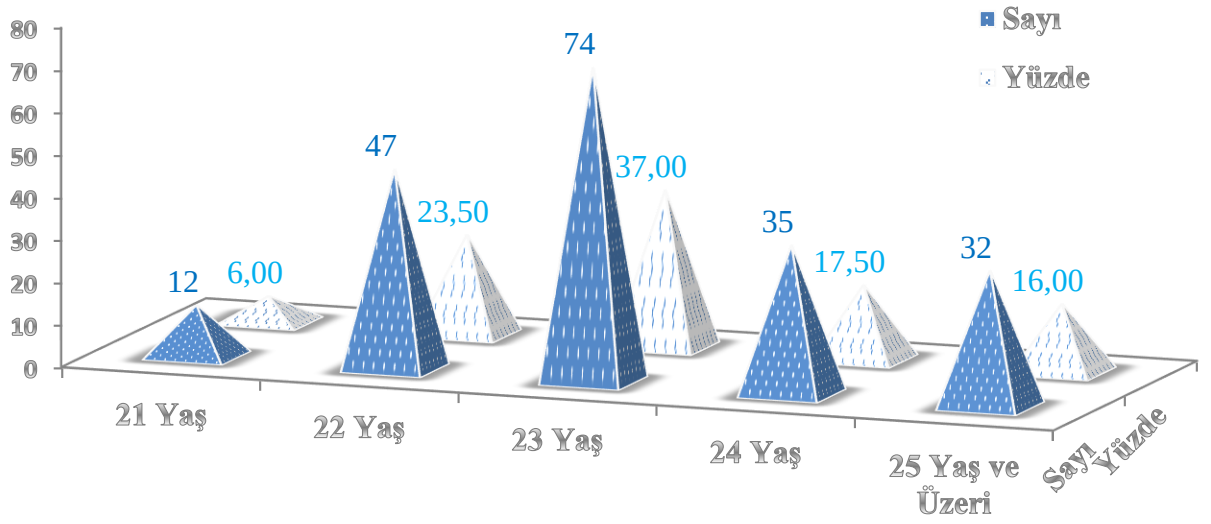
Şekil4.1.Katılımcıların cinsiyetlere göre dağılımları



Şekil4.2.Katılımcıların sınıflara göre dağılımları



Şekil4.3.Katılımcıların ilk tercih olma durumlarına göre dağılımları



Şekil4.4.Katılımcıların yaşlara göre dağılımları

Katılımcıların DSKE puanları DKP ve SKP ile birlikte yeni geliştirilen PPS ölçeğinin işlemler, komplikasyonlar, çocuk ve ebeveyn alt boyutları ile toplam puanlarının cinsiyet (kadın, erkek), sınıf (dördüncü, beşinci), tercih sırası (ilk, ilk değil) ve yaş (21 yaş, 22 yaş, 23 yaş, 24 yaş, 25 yaş ve üzeri) değişkenlerinin gruplarına göre istatistiksel olarak fark gösterip göstermediği test edildi.

4.2. Cinsiyete Göre Ölçeklerden Alınan Puanların Karşılaştırılması

Katılımcıların DSKE puanları DKP ve SKP ile birlikte yeni geliştirilen PPS ölçeğinin işlemler, komplikasyonlar, çocuk ve ebeveyn alt boyutları ile toplam puanlarının katılımcıların kadın ya da erkek olmasına göre fark gösterip göstermediği verilerde normal dağılım sağlandığı için iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi (t testi) ile yapıldı. Sonuçlar aşağıdaki tabloda verildi.

Tablo 4.2. Cinsiyete göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Gruplar		Ort $\pm$ ss	Levene Testi	Test Değeri	p Değeri
DKP	Kadın	47.63 $\pm$ 10.24	0.130**	0.707	0.480
	Erkek	46.66 $\pm$ 9.12			
SKP	Kadın	46.99 $\pm$ 7.94	0.261**	3.262	0.001*
	Erkek	43.50 $\pm$ 7.17			
DKP-SKP Farkı	Kadın	0.64 $\pm$ 8.45	0.047	-2.259	0.025*
	Erkek	3.16 $\pm$ 7.28			
İşlem Alt Boyutu	Kadın	26.29 $\pm$ 6.41	0.887**	3.583	0.001*
	Erkek	23.05 $\pm$ 6.37			
Komplikasyon Alt Boyutu	Kadın	27.84 $\pm$ 4.81	0.208**	6.266	0.001*
	Erkek	23.37 $\pm$ 5.27			
Çocuk Alt Boyutu	Kadın	18.24 $\pm$ 3.56	0.339**	4.506	0.001*
	Erkek	15.86 $\pm$ 3.9			
Ebeveyn Alt boyutu	Kadın	22.61 $\pm$ 5.67	0.133**	2.528	0.012*
	Erkek	20.46 $\pm$ 6.34			
Toplam Puan	Kadın	94.98 $\pm$ 15.13	0.682**	5.465	0.001*
	Erkek	82.74 $\pm$ 16.50			

*p<0.05; iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi (t test), Ort; ortalama, ss; standart sapma

**Levene testi p değeri>0.05; varyanslar homojen

DSKE puanı SKP ve PPS ölçeğinin işlemler, komplikasyonlar, çocuk ve ebeveyn alt boyutları ile stres ölçeği toplam puanlarında kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (p<0.05, Tablo 4.2). DSKE puanı DKP için ise kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0.05, Tablo 4.2).

DSKE puanı SKP için kadınların aldığı ortalama puan 46.99 iken erkeklerin aldığı ortalama puan ise 43.50'dir. Kadınlarda alınan puanın erkeklerde alınan puandan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.2).

DSKE puanı DKP için kadınların aldığı ortalama puan 47.63 iken erkeklerin aldığı ortalama puan ise 46.66'dır. Kadınlarda alınan puanın erkeklerde alınan puandan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$, Tablo 4.2).

DKP ve SKP puanları farkı ortalaması kadınlarda 0.64 iken erkeklerde ise 3.16 olarak bulundu. Kadınların DSKE puanları DKP ve SKP puanları ortalaması farkının erkeklerin aldığı puan ortalamasından düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.2).

PPS ölçeği işlemler alt boyutundan kadınların aldığı ortalama puan 26.29 iken erkeklerin aldığı ortalama puan ise 23.05'tir. Kadınlarda alınan puanın erkeklerde alınan puandan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.2).

PPS ölçeği komplikasyon alt boyutundan kadınların aldığı ortalama puan 27.84 iken erkeklerin aldığı ortalama puan ise 23.37'dir. Kadınlarda alınan puanın erkeklerde alınan puandan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.2).

PPS ölçeği çocuk alt boyutundan kadınların aldığı ortalama puan 18.24 iken erkeklerin aldığı ortalama puan ise 15.86'dır. Kadınlarda alınan puanın erkeklerde alınan puandan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.2).

PPS ölçeği ebeveyn alt boyutundan kadınların aldığı ortalama puan 22.61 iken erkeklerin aldığı ortalama puan ise 20.46'dır. Kadınlarda alınan puanın erkeklerde alınan puandan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.2).

Toplam PPS ölçeğinden kadınların aldığı ortalama puan 94.98 iken erkeklerin aldığı ortalama puan ise 82.74'tür. Kadınlarda alınan puanın erkeklerde alınan puandan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.2).

4.3. Sınıfa Göre Ölçeklerden Alınan Puanların Karşılaştırılması

Katılımcıların DSKE puanları DKP ve SKP ile birlikte yeni geliştirilen PPS ölçeğinin işlemler, komplikasyonlar, çocuk ve ebeveyn alt boyutları ile toplam puanlarının katılımcıların dördüncü ya da beşinci sınıfta olmasına göre fark gösterip göstermediği, verilerde normal dağılım sağlandığı için iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi (t testi) ile yapıldı. Sonuçlar aşağıdaki tabloda verildi.

Tablo 4.3.Sınıfa göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Gruplar		Ort $\pm$ ss	Levene Testi	Test Değeri	p Değeri
DKP	4. Sınıf	46.81 $\pm$ 9.69	0.860**	-0.594	0.553
	5. Sınıf	47.63 $\pm$ 9.72			
SKP	4. Sınıf	44.17 $\pm$ 7.83	0.810**	-2.383	0.018*
	5. Sınıf	46.79 $\pm$ 7.40			
DKP-SKP Farkı	4. Sınıf	2.64 $\pm$ 8.78	0.007	1.572	0.118
	5. Sınıf	0.84 $\pm$ 6.55			
İşlem Alt Boyutu	4. Sınıf	26.63 $\pm$ 6.51	0.882**	2.523	0.012*
	5. Sınıf	23.28 $\pm$ 6.47			
Komplikasyon Alt Boyutu	4. Sınıf	26.19 $\pm$ 5.54	0.508**	1.828	0.069
	5. Sınıf	24.76 $\pm$ 5.39			
Çocuk Alt Boyutu	4. Sınıf	17.26 $\pm$ 4.13	0.150**	0.922	0.358
	5. Sınıf	16.74 $\pm$ 3.58			
Ebeveyn Alt boyutu	4. Sınıf	21.81 $\pm$ 6.05	0.731**	0.751	0.453
	5. Sınıf	21.15 $\pm$ 6.17			
Toplam Puan	4. Sınıf	90.89 $\pm$ 17.30	0.584**	2.057	0.041*
	5. Sınıf	85.92 $\pm$ 16.07			

*p<0.05; iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi (t test), Ort; ortalama, ss; standart sapma

**Levene testi p değeri>0.05; varyanslar homojen

DSKE puanı SKP ve PPS ölçeğinin işlemler alt boyutu ile stres ölçeği toplam puanlarında dördüncü sınıfta olan öğrenciler ile beşinci sınıfta olan öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (p<0.05, Tablo 4.3). DSKE puanı DKP, PPS ölçeğinin komplikasyonlar, çocuk ve ebeveyn alt boyutları için ise dördüncü sınıfta olan öğrenciler ile beşinci sınıfta olan öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0.05, Tablo 4.3).

DSKE puanı DKP için dördüncü sınıftaki öğrencilerin aldığı ortalama puan 46.81 iken beşinci sınıftaki öğrencilerin aldığı ortalama puan ise 47.63'tür. Dördüncü sınıftaki öğrencilerin aldığı puanın beşinci sınıftaki öğrencilerin aldığı puandan düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0.05, Tablo 4.3).

DSKE puanı SKP için dördüncü sınıftaki öğrencilerin aldığı ortalama puan 44.17 iken beşinci sınıftaki öğrencilerin aldığı ortalama puan ise 46.79'dur. Dördüncü sınıftaki öğrencilerin aldığı puanın beşinci sınıftaki öğrencilerin aldığı puandan düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0.05, Tablo 4.3).

DKP ve SKP puanları farkı ortalaması dördüncü sınıfta eğitim gören öğrencilerde 2.64 iken beşinci sınıfta eğitim gören öğrencilerde ise 0.84 olarak bulundu. Dördüncü sınıfta eğitim gören öğrencilerin DKP ve SKP puanları ortalaması farkının beşinci sınıfta eğitim gören öğrencilerin aldığı puan ortalamasından yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$, Tablo 4.3).

PPS ölçeği işlemler alt boyutundan dördüncü sınıftaki öğrencilerin aldığı ortalama puan 25.63 iken beşinci sınıftaki öğrencilerin aldığı ortalama puan ise 23.28'dir. Dördüncü sınıftaki öğrencilerin aldığı puanın beşinci sınıftaki öğrencilerin aldığı puandan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.3).

PPS ölçeği komplikasyon alt boyutundan dördüncü sınıftaki öğrencilerin aldığı ortalama puan 26.19 iken beşinci sınıftaki öğrencilerin aldığı ortalama puan ise 24.76'dır. Dördüncü sınıftaki öğrencilerin aldığı puanın beşinci sınıftaki öğrencilerin aldığı puandan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$, Tablo 4.3).

PPS ölçeği çocuk alt boyutundan dördüncü sınıftaki öğrencilerin aldığı ortalama puan 17.26 iken beşinci sınıftaki öğrencilerin aldığı ortalama puan ise 16.74'tür. Dördüncü sınıftaki öğrencilerin aldığı puanın beşinci sınıftaki öğrencilerin aldığı puandan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$, Tablo 4.3).

PPS ölçeği ebeveyn alt boyutundan dördüncü sınıftaki öğrencilerin aldığı ortalama puan 21.81 iken beşinci sınıftaki öğrencilerin aldığı ortalama puan ise 21.15'tir. Dördüncü sınıftaki öğrencilerin aldığı puanın beşinci sınıftaki öğrencilerin aldığı puandan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$, Tablo 4.3).

Toplam PPS ölçeğinden dördüncü sınıftaki öğrencilerin aldığı ortalama puan 90.89 iken beşinci sınıftaki öğrencilerin aldığı ortalama puan ise 85.92'dir. Dördüncü sınıftaki öğrencilerin aldığı puanın beşinci sınıftaki öğrencilerin aldığı puandan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.3).

4.4. Tercih Sıralamasına Göre Ölçeklerden Alınan Puanların Karşılaştırılması

Katılımcıların DSKE puanları DKP ve SKP ile birlikte yeni geliştirilen PPS ölçeğinin işlemler, komplikasyonlar, çocuk ve ebeveyn alt boyutları ile toplam puanlarının öğrencilerin ilk tercihlerinin olup olmamasına göre fark gösterip göstermediği verilerde normal dağılım sağlandığı için iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi (t testi) ile yapıldı. Sonuçlar aşağıdaki tabloda verildi.

Tablo 4.4. İlk tercih olma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Gruplar		Ort $\pm$ ss	Levene Testi	Test Değeri	p Değeri
DKP	Evet	45.84 $\pm$ 8.95	0.490**	-1.454	0.148
	Hayır	47.90 $\pm$ 10.04			
SKP	Evet	44.79 $\pm$ 7.27	0.392**	-0.623	0.534
	Hayır	45.50 $\pm$ 8.02			
DKP-SKP Farkı	Evet	1.04 $\pm$ 7.57	0.877**	-1.157	0.249
	Hayır	2.39 $\pm$ 8.18			
İşlem Alt Boyutu	Evet	24.26 $\pm$ 6.93	0.819**	-0.689	0.492
	Hayır	24.81 $\pm$ 6.38			
Komplikasyon Alt Boyutu	Evet	26.04 $\pm$ 5.41	0.938**	0.848	0.397
	Hayır	25.35 $\pm$ 5.57			
Çocuk Alt Boyutu	Evet	16.74 $\pm$ 3.97	0.385**	-0.850	0.396
	Hayır	17.23 $\pm$ 3.88			
Ebeveyn Alt boyutu	Evet	21.26 $\pm$ 5.97	0.535**	-0.482	0.630
	Hayır	21.69 $\pm$ 6.18			
Toplam Puan	Evet	88.29 $\pm$ 17.10	0.907**	-0.361	0.718
	Hayır	89.19 $\pm$ 16.91			

*p<0.05; iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi (t test), Ort; ortalama, ss; standart sapma

**Levene testi p değeri>0.05; varyanslar homojen

DSKE puanı DKP, SKP ve PPS ölçeği işlemler, komplikasyonlar, çocuk ve ebeveyn alt boyutları ile stres ölçeği toplam puanlarında, diş hekimliğinin öğrencilerin ilk tercihleri olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0.05, Tablo 4.4).

DSKE puanı DKP için ilk tercihi diş hekimliği olan öğrencilerin aldığı ortalama puan 45.84 iken diş hekimliğini ilk sırada tercih etmeyen öğrencilerin aldığı ortalama puan ise 47.90'dır. İlk tercihi diş hekimliği olan öğrencilerin aldığı puanın, olmayan öğrencilerin aldığı puandan düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0.05, Tablo 4.4).

DSKE puanı SKP için ilk tercihi diş hekimliği olan öğrencilerin aldığı ortalama puan 44.79 iken diş hekimliğini ilk sırada tercih etmeyen öğrencilerin aldığı ortalama puan ise 45.50'dir. İlk tercihi diş hekimliği olan öğrencilerin aldığı puanın, olmayan öğrencilerin aldığı puandan düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0.05, Tablo 4.4).

DKP ve SKP puanları farkı ortalaması ilk tercihi diş hekimliği olan öğrencilerde 1.04 iken diş hekimliğini ilk sırada tercih etmeyen öğrencilerde ise 2.39 olarak bulundu. İlk tercihi diş hekimliği olan öğrencilerin DKP ve SKP puanları ortalaması farkının, olmayan öğrencilerinin aldığı puan ortalamasından düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0.05, Tablo 4.4).

PPS ölçeği işlemler alt boyutundan ilk tercihi dış hekimliği olan öğrencilerin aldığı ortalama puan 24.26 iken ilk tercihi dış hekimliği öğrencilerin aldığı ortalama puan ise 24.81'dir. İlk tercihi dış hekimliği olan öğrencilerin aldığı puanın, olmayan öğrencilerin aldığı puandan düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$, Tablo 4.4).

PPS ölçeği komplikasyon alt boyutundan ilk tercihi dış hekimliği olan öğrencilerin aldığı ortalama puan 26.04 iken ilk tercihi dış hekimliği olmayan öğrencilerin aldığı ortalama puan ise 25.35'tir. İlk tercihi dış hekimliği olan öğrencilerin aldığı puanın, olmayan öğrencilerin aldığı puandan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$, Tablo 4.4).

PPS ölçeği çocuk alt boyutundan ilk tercihi dış hekimliği olan öğrencilerin aldığı ortalama puan 16.74 iken ilk tercihi dış hekimliği olmayan öğrencilerin aldığı ortalama puan ise 17.23'tür. İlk tercihi dış hekimliği olan öğrencilerin aldığı puanın, olmayan öğrencilerin aldığı puandan düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$, Tablo 4.4).

PPS ölçeği ebeveyn alt boyutundan ilk tercihi dış hekimliği olan öğrencilerin aldığı ortalama puan 21.26 iken ilk tercihi dış hekimliği olmayan öğrencilerin aldığı ortalama puan ise 21.69'dur. İlk tercihi dış hekimliği olan öğrencilerin aldığı puanın, olmayan öğrencilerin aldığı puandan düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$, Tablo 4.4).

Toplam PPS ölçeğinden ilk tercihi dış hekimliği olan öğrencilerin aldığı ortalama puan 88.29 iken ilk tercihi dış hekimliği olmayan öğrencilerin aldığı ortalama puan ise 89.19'dur. İlk tercihi dış hekimliği olan öğrencilerin aldığı puanın, olmayan öğrencilerin aldığı puandan düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$, Tablo 4.4).

4.5. Yaşa Göre Ölçeklerden Alınan Puanların Karşılaştırılması

Katılımcıların DSKE puanları DKP ve SKP ile birlikte yeni geliştirilen PPS ölçeğinin işlemler, komplikasyonlar, çocuk ve ebeveyn alt boyutları ile toplam puanlarının öğrencilerin yaş gruplarına (21 yaş, 22 Yaş, 23 yaş, 24 yaş, 25 yaş ve üzeri) göre fark gösterip göstermediği verilerde normal dağılım sağlandığı için ANOVA testi ile yapıldı. ANOVA testi sonucunda varyans homojenliği LEVENE testi ile kontrol

edildi. Varyanslar homojen olduğu için ($p>0,05$, Tablo 4) grup içi ikili karşılaştırmalarda Duncan Testi kullanıldı. Sonuçlar aşağıdaki tabloda verildi.

Tablo 4.5. Yaş gruplarına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Değişken	Ort ± ss	Levene	p değeri	
DKP	21 Yaş	52.83 ± 9.86	0.781**	0.072
	22 Yaş	47.30 ± 10.20		
	23 Yaş	45.96 ± 9.19		
	24 Yaş	45.29 ± 9.66		
	25 Yaş ve Üzeri	49.56 ± 9.28		
SKP	21 Yaş	47.67 ± 7.20	0.484**	0.453
	22 Yaş	44.7 ± 7.44		
	23 Yaş	45.39 ± 7.58		
	24 Yaş	43.69 ± 8.90		
	25 Yaş ve Üzeri	46.50 ± 7.44		
DKP-SKP Farkı	21 Yaş	5.17 ± 9.63	0.136**	0.271
	22 Yaş	2.60 ± 9.35		
	23 Yaş	0.57 ± 7.23		
	24 Yaş	1.60 ± 7.15		
	25 Yaş ve Üzeri	3.06 ± 7.42		
İşlem Alt Boyutu	21 Yaş	23.75 ± 6.36	0.903**	0.033*
	22 Yaş	25.93 ± 6.12		
	23 Yaş	25.28 ± 7.03		
	24 Yaş	21.60 ± 6.05		
	25 Yaş ve Üzeri	25.09 ± 6.06		
Komplikasyon Alt Boyutu	21 Yaş	26.58 ± 6.56	0.063**	0.034*
	22 Yaş	27.53 ± 4.3		
	23 Yaş	25.46 ± 5.84		
	24 Yaş	24.17 ± 6.02		
	25 Yaş ve Üzeri	24.31 ± 4.68		
Çocuk Alt Boyutu	21 Yaş	18.17 ± 3.61	0.330**	0.183
	22 Yaş	17.64 ± 2.96		
	23 Yaş	17.18 ± 4.23		
	24 Yaş	15.71 ± 4.10		
	25 Yaş ve Üzeri	16.94 ± 4.13		
Ebevyn Alt boyutu	21 Yaş	21.33 ± 4.64	0.170*	0.560
	22 Yaş	22.72 ± 5.79		
	23 Yaş	21.12 ± 6.24		
	24 Yaş	21.77 ± 7.05		
	25 Yaş ve Üzeri	20.56 ± 5.60		
Toplam Puan	21 Yaş	89.83 ± 15.16	0.112**	0.078
	22 Yaş	93.82± 14.70		
	23 Yaş	89.04 ± 18.51		
	24 Yaş	83.25 ± 18.30		
	25 Yaş ve Üzeri	86.90 ± 13.74		

* $p<0.05$; ANOVA-Gruplar arasında fark var, Ort; ortalama, ss; standart sapma

**Levene testi p değeri >0.05 ; varyanslar homojen-Duncan Testi

DSKE puanları DKP ve SKP ve PPS ölçeği çocuk ve ebeveyn alt boyutları ile PPS ölçeği toplam puanlarında öğrencilerin yaş grupları (21 yaş, 22 Yaş, 23 yaş, 24 yaş, 25 yaş ve üzeri) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$, Tablo 4.5). PPS ölçeği alt boyutu olan işlemler ve komplikasyonlarda ise alınan puanlarda öğrencilerin yaş grupları (21 yaş, 22 Yaş, 23 yaş, 24 yaş, 25 yaş ve üzeri) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.5).

DSKE puanı DKP için 21 yaşında olan öğrencilerin aldığı puan ortalaması 52.83, 22 yaşında olan öğrencilerin aldığı puan ortalaması 47.30, 23 yaşında olan öğrencilerin aldığı puan ortalaması 45.96, 24 yaşında olan öğrencilerin aldığı puan ortalaması 45.29 ve 25 yaşında ve üzeri olan öğrencilerin aldığı puan ortalaması 49.56'dır. Yaş grupları arasında DSKE puanı DKP için istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$, Tablo 4.5).

DSKE puanı SKP için 21 yaşında olan öğrencilerin aldığı puan ortalaması 47.67, 22 yaşında olan öğrencilerin aldığı puan ortalaması 44.70, 23 yaşında olan öğrencilerin aldığı puan ortalaması 45.39, 24 yaşında olan öğrencilerin aldığı puan ortalaması 43.69 ve 25 yaşında ve üzeri olan öğrencilerin aldığı puan ortalaması 46.50'dir. Yaş grupları arasında SKP için istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$, Tablo 4.5).

DKP ve SKP puanları farkı ortalaması 21 yaşında olan öğrencilerde 5.17, 22 yaşında olan öğrencilerde 2.60, 23 yaşında olan öğrencilerde 0.57, 24 yaşında olan öğrencilerde 1.60 iken 25 yaş ve üzeri öğrencilerde ise 3.06 olarak bulundu. En yüksek puana sahip olan grup 21 yaşındaki öğrenciler iken en düşük puana sahip olan grup ise 23 yaşındaki öğrencilerdir. DKP ve SKP puanları ortalaması farkında yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$, Tablo 4.5).

PPS ölçeği işlemler alt boyutundan 21 yaşında olan öğrencilerin aldığı puan ortalaması 23.75, 22 yaşında olan öğrencilerin aldığı puan ortalaması 25.93, 23 yaşında olan öğrencilerin aldığı puan ortalaması 25.28, 24 yaşında olan öğrencilerin aldığı puan ortalaması 21.60 ve 25 yaşında ve üzeri olan öğrencilerin aldığı puan ortalaması 25.09'dur. Yaş grupları arasındaki fark stres ölçeği işlemler alt boyutundan alınan puanlar için istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.5).

PPS ölçeği komplikasyon alt boyutundan 21 yaşında olan öğrencilerin aldığı puan ortalaması 26.58, 22 yaşında olan öğrencilerin aldığı puan ortalaması 27.53, 23 yaşında olan öğrencilerin aldığı puan ortalaması 25.46, 24 yaşında olan öğrencilerin

aldığı puan ortalaması 24.17 ve 25 yaşında ve üzeri olan öğrencilerin aldığı puan ortalaması 24.31'dir. Yaş grupları arasındaki fark stres ölçeği komplikasyon alt boyutundan alınan puanlar için istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.5).

PPS ölçeği çocuk alt boyutundan 21 yaşında olan öğrencilerin aldığı puan ortalaması 18.17, 22 yaşında olan öğrencilerin aldığı puan ortalaması 17.64, 23 yaşında olan öğrencilerin aldığı puan ortalaması 17.18, 24 yaşında olan öğrencilerin aldığı puan ortalaması 15.71 ve 25 yaşında ve üzeri olan öğrencilerin aldığı puan ortalaması 16.94'tür. Yaş grupları arasındaki fark stres ölçeği çocuk alt boyutundan alınan puanlar için istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$, Tablo 4.5).

PPS ölçeği ebeveyn alt boyutundan 21 yaşında olan öğrencilerin aldığı puan ortalaması 21.33, 22 yaşında olan öğrencilerin aldığı puan ortalaması 22.72, 23 yaşında olan öğrencilerin aldığı puan ortalaması 21.12, 24 yaşında olan öğrencilerin aldığı puan ortalaması 21.77 ve 25 yaşında ve üzeri olan öğrencilerin aldığı puan ortalaması 20.56'dır. Yaş grupları arasındaki fark stres ölçeği ebeveyn alt boyutundan alınan puanlar için istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$, Tablo 4.5).

Toplam PPS ölçeğinden 21 yaşında olan öğrencilerin aldığı puan ortalaması 89.83, 22 yaşında olan öğrencilerin aldığı puan ortalaması 93.82, 23 yaşında olan öğrencilerin aldığı puan ortalaması 89.04, 24 yaşında olan öğrencilerin aldığı puan ortalaması 83.25 ve 25 yaşında ve üzeri olan öğrencilerin aldığı puan ortalaması 86.90'dır. Yaş grupları arasındaki fark stres ölçeği stres ölçeğinden alınan puanlar için istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$, Tablo 4.5).

4.5.1. İşlemler Alt Boyutunda Fark Olan grupların Belirlenmesi

PPS ölçeği alt boyutu olan işlemlerde alınan puanlarda öğrencilerin yaş grupları (21 yaş, 22 Yaş, 23 yaş, 24 yaş, 25 yaş ve üzeri) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.5). Duncan testi ile bulunan farkın hangi gruptan kaynakladığı belirlendi sonuçlar aşağıdaki tabloda verildi.

Tablo 4.6.İşlemler alt boyutu için yaş grupları ikili karşılaştırmaları

Gruplar		Ortalama Farkı	Test Değeri (Duncan)
İşlemler Alt Boyutu	22 Yaş	-2.19	0.834
	23 Yaş	-1.53	0.941
	24 Yaş	2.15	0.858
	25 Yaş ve Üzeri	-1.34	0.973
	21 Yaş	2.19	0.834
	23 Yaş	0.65	0.983
	24 Yaş	4.33*	0.025
	25 Yaş ve Üzeri	0.84	0.980
	21 Yaş	1.53	0.941
	22 Yaş	-0.65	0.983
	24 Yaş	3.68*	0.047
	25 Yaş ve Üzeri	0.19	1.000
	21 Yaş	-2.15	0.858
	22 Yaş	-4.33*	0.025
	23 Yaş	-3.68*	0.047
	25 Yaş ve Üzeri	-3.49	0.181
	21 Yaş	1.34	0.973
	22 Yaş	-0.84	0.980
	23 Yaş	-0.19	1.000
	24 Yaş	3.49	0.181

*p<0.05;varyanslar homojen-Duncan Testi

Gruplar arası yapılan ikili karşılaştırmalarda sadece 22 yaş grubunda olan öğrenciler ile ve 24 yaş grubunda olan öğrenciler arasında ve 23 yaş grubunda olan öğrenciler ile ve 24 yaş grubunda olan öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (p<0.05, Tablo 4.6).

4.5.2. Komplikasyon Alt Boyutunda Fark Olan grupların Belirlenmesi

PPS ölçeği alt boyutu olan komplikasyonlarda alınan puanlarda öğrencilerin yaş grupları (21 yaş, 22 Yaş, 23 yaş, 24 yaş, 25 yaş ve üzeri) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.5). Duncan testi ile bulunan farkın hangi gruptan kaynakladığı belirlendi sonuçlar aşağıdaki verildi.

Tablo 4.7.Komplikasyon alt boyutu için yaş grupları ikili karşılaştırmaları

Gruplar		Ortalama Farkı	Test Değeri (Duncan)	
Komplikasyon Alt Boyutu	21 Yaş	22 Yaş	-0.95	0.983
		23 Yaş	1.12	0.963
		24 Yaş	2.41	0.672
		25 Yaş ve Üzeri	2.27	0.729
	22 Yaş	21 Yaş	0.95	0.983
		23 Yaş	2.07	0.246
		24 Yaş	3.36	0.047*
		25 Yaş ve Üzeri	3.22	0.076
	23 Yaş	21 Yaş	-1.12	0.963
		22 Yaş	-2.07	0.246
		24 Yaş	1.29	0.775
		25 Yaş ve Üzeri	1.15	0.855
	24 Yaş	21 Yaş	-2.41	0.672
		22 Yaş	-3.36	0.047*
		23 Yaş	-1.29	0.775
		25 Yaş ve Üzeri	-0.14	1.000
	25 Yaş ve Üzeri	21 Yaş	-2.27	0.729
		22 Yaş	-3.22	0.076
		23 Yaş	-1.15	0.855
		24 Yaş	0.14	1.000

* $p<0.05$;varyanslar homojen-Duncan Testi

Gruplar arası yapılan ikili karşılaştırmalarda sadece 22 yaş grubunda olan öğrenciler ile ve 24 yaş grubunda olan öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.7).

4.6. Öğrencilerin Ölçeklerden Aldığı Toplam Puanlar

Öğrencilerin DSKE puanları DKP, SKP ve PPS ölçeğinin işlemler, komplikasyonlar, çocuk ve ebeveyn alt boyutları ile stres ölçeği toplam puanları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo4.8.Öğrencilerin aldıkları puanlar

BOYUTLAR ve ÖLÇEKLER	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	En Düşük	En Yüksek
DKP	47.15	9.68	48.00	25	76
SKP	45.25	7.75	45.00	24	70
DKP-SKP Farkı	1.90	7.96	2.00	-18	32
İşlem Alt Boyutu	24.67	6.58	24.00	12	45
Komplikasyon Alt Boyutu	25.61	5.51	26.00	9	35
Çocuk Alt Boyutu	17.05	3.91	17.00	6	25
Ebeveyn Alt Boyutu	21.54	6.09	22.00	7	35
PPS Ölçeği Toplam Puanı	88.86	16.94	88.5	48	128

DSKE puanı DKP için öğrencilerin toplam aldıkları puanların ortalaması 47.15 iken standart sapması 9.68, medyanı ise 48.0'dir. Öğrencilerin DKP için aldıkları en düşük puan 25 iken en yüksek puan ise 76'dır.

DSKE puanı SKP için öğrencilerin toplam aldıkları puanların ortalaması 45.25 iken standart sapması 7.75, medyanı ise 45.0'dir. Öğrencilerin SKP için aldıkları en düşük puan 24 iken en yüksek puan ise 70'tir.

DKP-SKP puan farkı için öğrencilerin toplam aldıkları puanların ortalaması 1.90 iken standart sapması 7.96, medyanı ise 2.0'dir. Öğrencilerin DKP-SKP için aldıkları en düşük puan farkı -18 iken en yüksek puan farkı ise 32'dir.

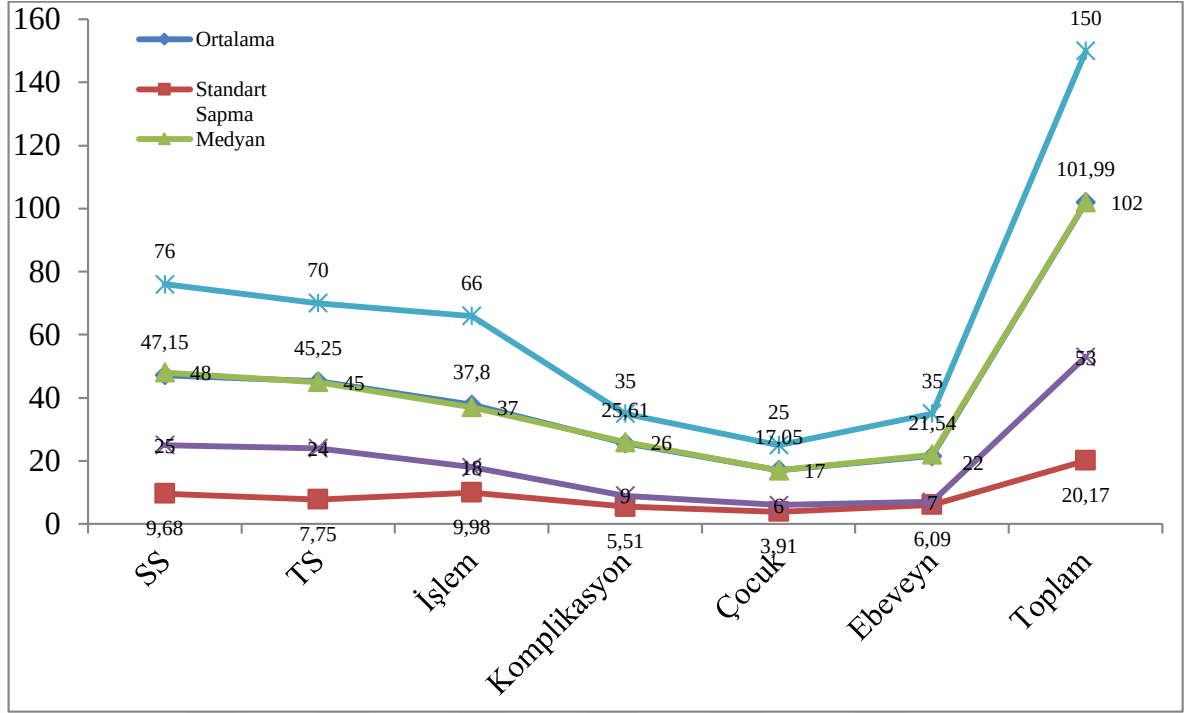
PPS ölçeği işlemler alt boyutu için öğrencilerin toplam aldıkları puanların ortalaması 24.67 iken standart sapması 6.58, medyanı ise 24'tür. Öğrencilerin işlemler alt boyutu için aldıkları en düşük puan 12 iken en yüksek puan ise 45'tir.

PPS ölçeği komplikasyonlar alt boyutu için öğrencilerin toplam aldıkları puanların ortalaması 25.61 iken standart sapması 5.51, medyanı ise 26.0'dır. Öğrencilerin komplikasyonlar alt boyutu için aldıkları en düşük puan 9 iken en yüksek puan ise 35'tir.

PPS ölçeği çocuk alt boyutu için öğrencilerin toplam aldıkları puanların ortalaması 17.05 iken standart sapması 3.91, medyanı ise 17.0'dir. Öğrencilerin çocuk alt boyutu için aldıkları en düşük puan 6 iken en yüksek puan ise 25'tir.

PPS ölçeği ebeveyn alt boyutu için öğrencilerin toplam aldıkları puanların ortalaması 21.54 iken standart sapması 6.09, medyanı ise 22.0'dir. Öğrencilerin ebeveyn alt boyutu için aldıkları en düşük puan 7 iken en yüksek puan ise 35'tir.

PPS ölçeğinden öğrencilerin toplam aldıkları puanların ortalaması 88.86 iken standart sapması 16.94, medyanı ise 88.5'tir. Öğrencilerin PPS ölçeğinden toplamda aldıkları en düşük puan 48 iken en yüksek puan ise 128'dir.



Şekil 4.5.Puanların dağılımları

4.7. Korelasyon Analizi Sonuçları

Korelasyon katsayıları değişkenler arasındaki ilişkinin kuvveti (derecesi) ve yönü hakkında bilgi veren ölçütlerdir. İlişki katsayıları -1 ile +1 arasında değişmektedir. İşaretler ilişkinin yönünü göstermektedir. -1'e ve +1'e yaklaşıırken ilişkinin kuvveti artarken 0'a yaklaştıkça azalmaktadır. Bulguların değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılan değerler;

- 0.00 – 0.19 ilişki yok (önemsenmeyecek düzeyde düşük ilişki)
- 0.20 – 0.39 zayıf ilişki
- 0.40 – 0.69 orta düzeyde ilişki
- 0.70 – 0.89 kuvvetli ilişki
- 0.90 – 1.00 çok kuvvetli ilişki şeklinde yorumlanır (115).

Araştırmada kullanılan ölçekler normal dağılım gösterdiği için sperman korelasyon katsayısı kullanıldı.

Tablo 4.9.Ölçekler arasındaki ilişkiler

Gruplar		r Değeri	p Değeri
DKP	SKP	0.602	0.001*
	İşlemler Alt Boyutu	0.236	0.001*
	Komplikasyonlar Alt Boyutu	0.456	0.028*
	Çocuk Alt Boyutu	0.555	0.028*
	Ebeveyn Alt Boyutu	0.333	0.060
	Toplam Puan	0.226	0.001*
SKP	İşlemler Alt Boyutu	0.302	0.001*
	Komplikasyonlar Alt Boyutu	0.320	0.001*
	Çocuk Alt Boyutu	0.317	0.001*
	Ebeveyn Alt Boyutu	0.417	0.002*
	Toplam Puan	0.372	0.001*
İşlemler Alt Boyutu	Komplikasyonlar Alt Boyutu	0.505	0.001*
	Çocuk Alt Boyutu	0.556	0.001*
	Ebeveyn Alt Boyutu	0.366	0.001*
	Toplam Puan	0.813	0.001*
Komplikasyonlar Alt Boyutu	Çocuk Alt Boyutu	0.536	0.001*
	Ebeveyn Alt Boyutu	0.352	0.001*
	Toplam Puan	0.772	0.001*
Çocuk Alt Boyutu	Ebeveyn Alt Boyutu	0.414	0.001*
	Toplam Puan	0.770	0.001*
Ebeveyn Alt Boyutu	Toplam Puan	0.712	0.001*
DKP-SKP Farkı	İşlemler Alt Boyutu	-0.006	0.929
	Komplikasyonlar Alt Boyutu	-0.122	0.085
	Çocuk Alt Boyutu	-0.119	0.092
	Ebeveyn Alt Boyutu	-0.049	0.491
	Toplam Puan	-0.087	0.219

r; Pearson korelasyon katsayısı

*p<0.05; istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.

- DKP puanı ile
 - SKP puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde orta düzeyde (r=0.602) anlamlı bir ilişki vardır (p<0.05, Tablo 4.9).
 - İşlemler alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf düzeyde (r=0.236) anlamlı bir ilişki vardır (p<0.05, Tablo 4.9).
 - Komplikasyonlar alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde orta düzeyde (r=0.456) anlamlı bir ilişki vardır (p<0.05, Tablo 4.9).
 - Çocuk alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde orta düzeyde (r=0.555) anlamlı bir ilişki vardır (p<0.05, Tablo 4.9).
 - Ebeveyn alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf düzeyde (r=0.333) anlamlı bir ilişki yoktur (p>0.05, Tablo 4.9).

- Toplam PPS ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf düzeyde ($r=0.226$) anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$, Tablo 4.9).
- SKP puanı ile
 - İşlemler alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf düzeyde ($r=0.302$) anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$, Tablo 4.9).
 - Komplikasyonlar alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf düzeyde ($r=0.320$) anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$, Tablo 4.9).
 - Çocuk alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf düzeyde ($r=0.317$) anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$, Tablo 4.9).
 - Ebeveyn alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde orta düzeyde ($r=0.417$) anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$, Tablo 4.9).
 - Toplam PPS ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf düzeyde ($r=0.372$) anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$, Tablo 4.9).
- DKP-SKP farkı ile
 - İşlemler alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak ($r=-0.006$) anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$, Tablo 4.9).
 - Komplikasyonlar alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak ($r=-0.122$) anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$, Tablo 4.9).
 - Çocuk alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak ($r=-0.119$) anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$, Tablo 4.9).
 - Ebeveyn alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak ($r=-0.049$) anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$, Tablo 4.9).
- Toplam PPS ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak ($r=-0.087$) anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$, Tablo 4.9).
- PPS ölçeği işlemler alt boyutu puanı ile
 - Komplikasyonlar alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde orta düzeyde ($r=0.505$) anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$, Tablo 4.9).
 - Çocuk alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde orta düzeyde ($r=0.556$) anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$, Tablo 4.9).

- Ebeveyn alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde düşük düzeyde ($r=0.366$) anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$, Tablo 4.9).
- Toplam PPS ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde yüksek düzeyde ($r=0.813$) anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$, Tablo 4.9).
- PPS ölçeği komplikasyonlar alt boyutu puanı ile
 - Çocuk alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde orta düzeyde ($r=0.536$) anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$, Tablo 4.9).
 - Ebeveyn alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde düşük düzeyde ($r=0.352$) anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$, Tablo 4.9).
 - Toplam PPS ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde yüksek düzeyde ($r=0.772$) anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$, Tablo 4.9).
- PPS ölçeği çocuk alt boyutu puanı ile
 - Ebeveyn alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde orta düzeyde ($r=0.414$) anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$, Tablo 4.9).
 - Toplam PPS ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde yüksek düzeyde ($r=0.770$) anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$, Tablo 4.9).
- PPS ölçeği ebeveyn alt boyutu puanı ile
 - Toplam PPS ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde yüksek düzeyde ($r=0.712$) anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$, Tablo 4.9).

4.8. İşlemler Alt Boyutunun Çocuk ve Yetişkin Hastalardaki Stres Puanlarının Karşılaştırılması

İşlemlerin çocuğa ve yetişkine uygulanması arasında karşılaştırma yapabilmek için PPS ölçeğinin işlemler alt boyutu soruları yetişkin ve çocuklara yapılan işlemler olmak üzere iki farklı başlık altında öğrencilere uygulanmıştır. İşlemler alt boyutunun yetişkin ve çocuklarda fark gösterip göstermediği verilerde normal dağılım sağlandığı için iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi (t testi) ile yapıldı. Sonuçlar aşağıdaki tabloda verildi.

Tablo 4.10.PPS ölçeğinin yetişkinlerde ve çocuklarda yapılan işlemler için karşılaştırılması

Gruplar		Ort ± ss	Levene Testi	Test Değeri	p Değeri
İşlem Alt Boyutu	Çocuk	24.67 ± 6.58	0.391**	5.436	0.001*
	Yetişkin	21.16 ± 6.35			
Toplam Puan	Çocuk	88.86 ± 16.95	0.803**	2.089	0.037*
	Yetişkin	85.35 ± 16.7			

*p<0.05; iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi (t test), Ort; ortalama, ss; standart sapma

**Levene testi p değeri>0.05; varyanslar homojen

PPS ölçeğinin işlemler alt boyutunun ve toplam PPS ölçeğinin çocuk hastalar için uygulanmasıyla elde edilen puan ile PPS ölçeğinin işlemler alt boyutu yetişkin hastalar için uygulanmasıyla elde edilen puan arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$; Tablo 4.10).

PPS ölçeği işlemler alt boyutunda çocuk hastalara yapılan işlemlerden elde edilen ortalama puan 24.67 iken yetişkinlere yapılan işlemlerden alınan ortalama puan 21.16 olarak hesaplandı. Çocuklara yapılan işlemlerden alınan ortalama puanın yetişkinlere yapılan işlemlerden alınan ortalama puandan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.10). İşlemler alt boyutundan alınan puanlara göre çocuklarda yapılan işlemlerin yetişkinlere göre daha fazla stresli olduğu görülmektedir.

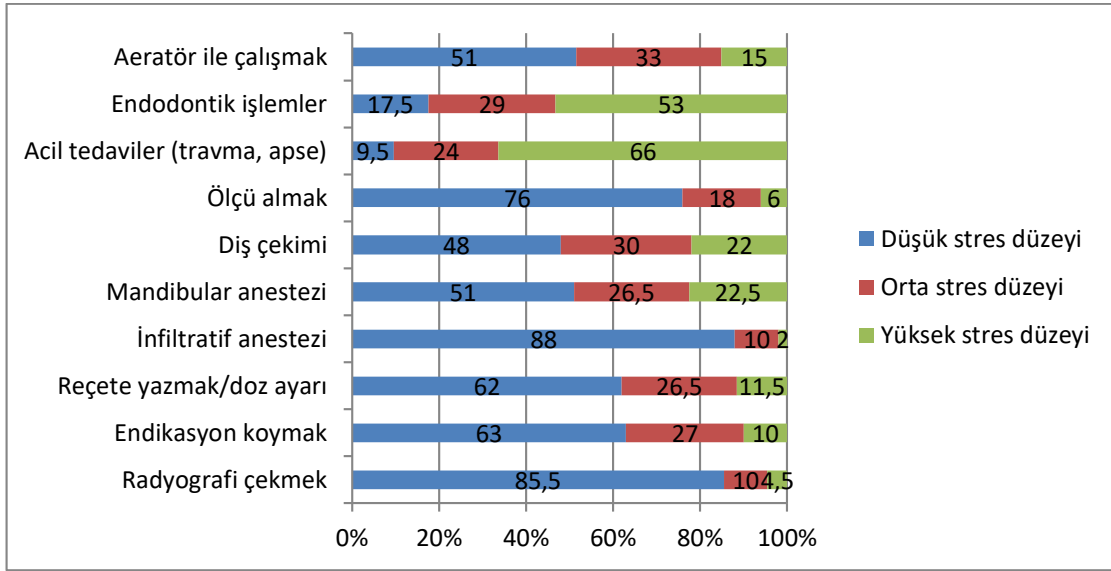
PPS ölçeğinin çocuk hastalara yapılan işlemlerle birlikte elde edilen ortalama puanı 88.86 iken, yetişkinler için uygulandığında alınan ortalama puan 85.35 olarak hesaplandı. Çocuklara yapılan işlemler için alınan ortalama puanın yetişkinlere yapılan işlemlerden alınan ortalama puandan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.10). PPS ölçeğinden toplam alınan puanlara göre çocuklarda yapılan işlemlerin yetişkinlere göre daha fazla stresli olduğu görülmektedir.

4.9. Sorulara Verilen Cevapların Dağılımları

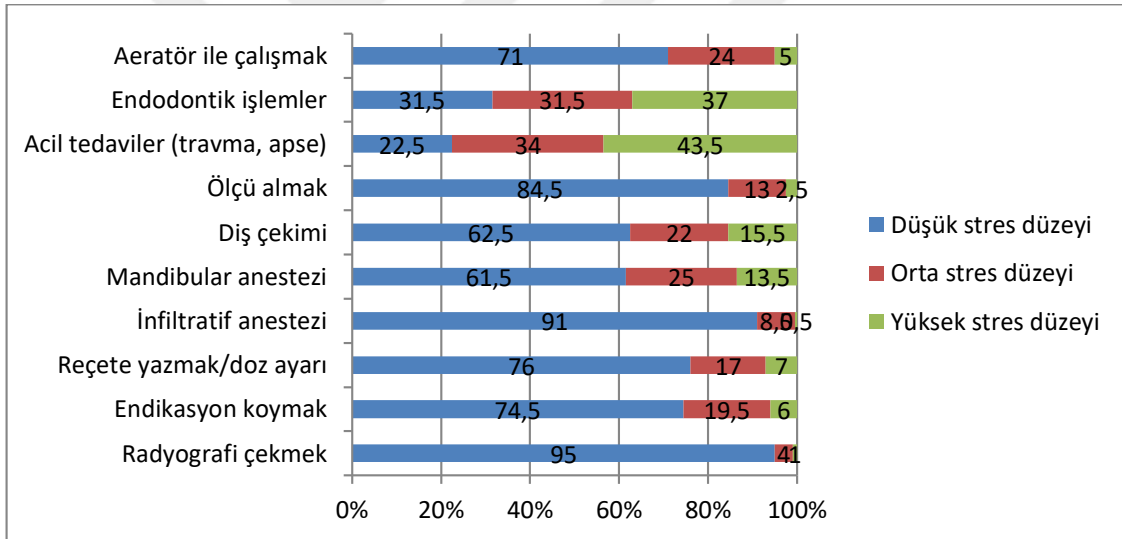
Stres düzeyi puanlarından 1 ve 2 düşük stres düzeyini, 3 orta stres düzeyini, 4 ve 5 ise yüksek stres düzeyini betimlemektedir.

Tablo 4.11.İşlemler boyutuna verilen cevapların dağılımları

Sorular	Stres Düzeyi Puanı	İşlemler			
		Çocuk		Yetişkin	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Aeratör ile çalışmak (kavite açmak vb.)	1	41	20.50	74	37.0
	2	62	31.00	68	34.0
	3	66	33.00	48	24.0
	4	22	11.00	5	2.5
	5	9	4.50	5	2.5
Endodontik işlemler	1	7	3.50	16	8.0
	2	28	14.00	47	23.5
	3	59	29.50	63	31.5
	4	44	22.00	35	17.5
	5	62	31.00	39	19.5
Acil müdahale gerektiren durumlar (travma, akut apikal apse vb.)	1	4	2.00	8	4.0
	2	15	7.50	37	18.5
	3	49	24.50	68	34.0
	4	66	33.00	44	22.0
	5	66	33.00	43	21.5
Ölçü almak	1	98	49.00	127	63.5
	2	54	27.00	42	21.0
	3	36	18.00	26	13.0
	4	10	5.00	5	2.5
	5	2	1.00	0	0
Diş çekimi	1	32	16.00	60	30.0
	2	64	32.00	65	32.5
	3	60	30.00	44	22.0
	4	28	14.00	24	12.0
	5	16	8.00	7	3.5
Mandibular lokal anestezi uygulaması	1	39	19.50	66	33.0
	2	63	31.50	57	28.5
	3	53	26.50	50	25.0
	4	29	14.50	19	9.5
	5	16	8.00	8	4.0
İnfiltratif lokal anestezi uygulaması	1	120	60.00	142	71.0
	2	56	28.00	40	20.0
	3	20	10.00	17	8.5
	4	4	2.00	1	0.5
	5	0	0	0	0
Reçete edilecek ilaç seçimi/ Doz ayarlaması	1	59	29.50	83	41.5
	2	65	32.50	69	34.5
	3	53	26.50	34	17.0
	4	20	10.00	11	5.5
	5	3	1.50	3	1.5
Endikasyon koymak	1	54	27.00	78	39.0
	2	72	36.00	71	35.5
	3	54	27.00	39	19.5
	4	13	6.50	8	4.0
	5	7	3.50	4	2.0
Radyografi çekmek	1	118	59.00	148	74.0
	2	53	26.50	42	21.0
	3	20	10.00	8	4.0
	4	6	3.00	1	0.5
	5	3	1.50	1	0.5



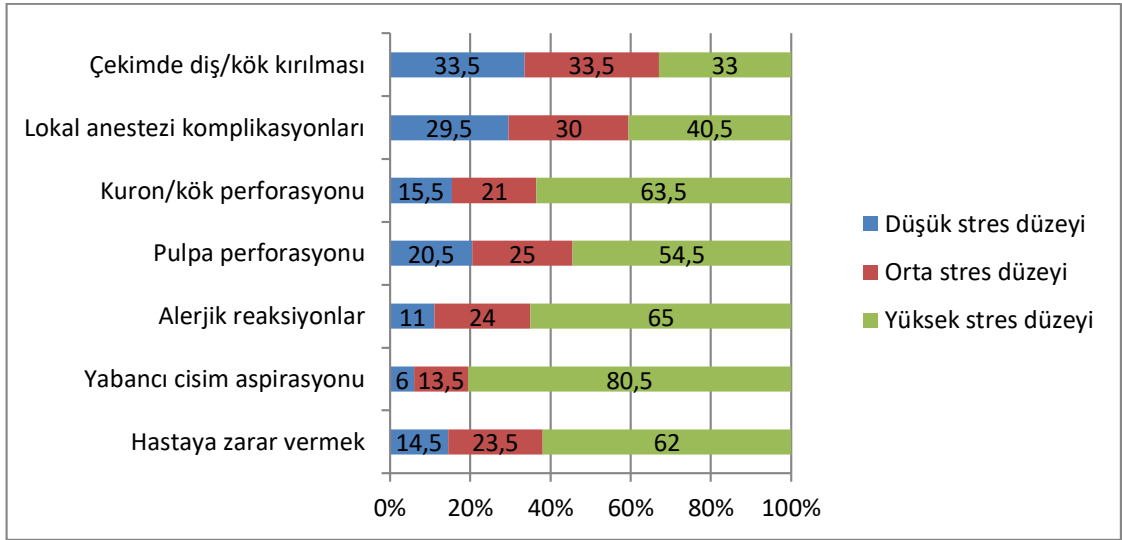
Şekil 4.6. Çocuk hastaya uygulanan işlemlerin öğrenciler üzerinde oluşturduğu stres düzeyleri



Şekil 4.7. Yetişkin hastaya uygulanan işlemlerin öğrenciler üzerinde oluşturduğu stres düzeyleri

Tablo 4.12.Komplikasyonlar boyutuna verilen cevapların dağılımları

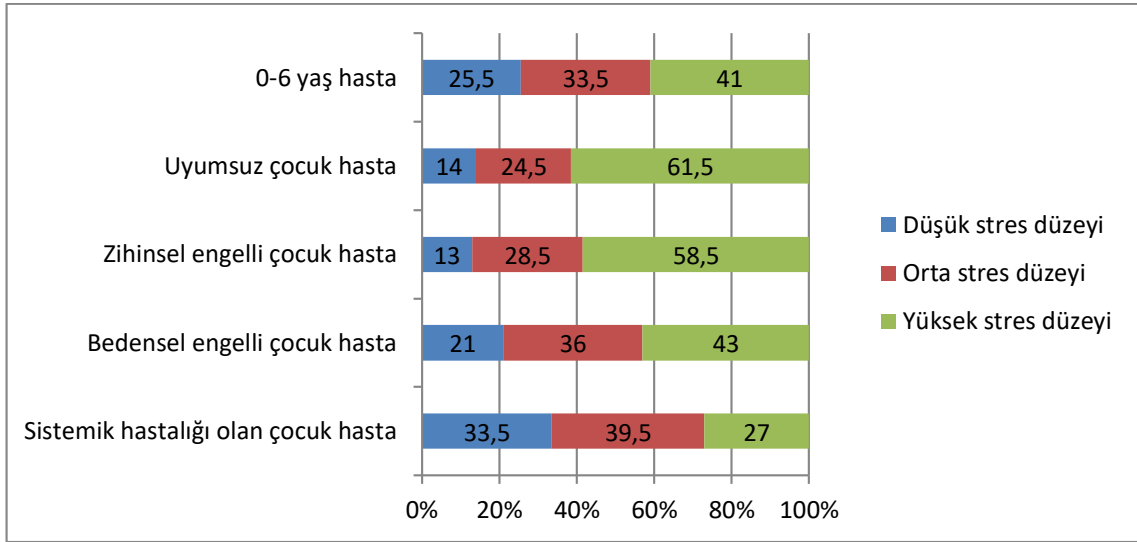
Sorular	Stres Düzeyi Puanı	Komplikasyonlar	
		Sayı	Yüzde
Çekim sırasında dişin kırılması/ kök kalması	1	18	9.0
	2	49	24.5
	3	67	33.5
	4	47	23.5
	5	19	9.5
Lokal anestezi komplikasyonları	1	10	5.0
	2	49	24.5
	3	60	30.0
	4	49	24.5
	5	32	16.0
Diş (kuron/kök) perforasyonları	1	7	3.5
	2	24	12.0
	3	42	21.0
	4	52	26.0
	5	75	37.5
Pulpa perforasyonu	1	6	3.0
	2	35	17.5
	3	50	25.0
	4	52	26.0
	5	57	28.5
Alerjik reaksiyonlar	1	1	0.5
	2	21	10.5
	3	48	24.0
	4	53	26.5
	5	77	38.5
Yabancı cisim aspirasyonu (pamuk, eğe vb.)	1	2	1.0
	2	10	5.0
	3	27	13.5
	4	53	26.5
	5	108	54.0
Hastaya zarar vermek (iatrojenik yumuşak doku yaralanması vb.)	1	5	2.5
	2	24	12.0
	3	47	23.5
	4	59	29.5
	5	65	32.5



Şekil 4.8. Yaşanabilecek komplikasyonların öğrenciler üzerinde oluşturduğu stres düzeyleri

Tablo 4.13.Çocuk boyutuna verilen cevapların dağılımları

Sorular	Stres Düzeyi Puanı	Çocuk	
		Sayı	Yüzde
0-6 yaş hasta	1	5	2.5
	2	46	23.0
	3	67	33.5
	4	57	28.5
	5	25	12.5
Uyumsuz çocuk hasta	1	2	1.0
	2	26	13.0
	3	49	24.5
	4	51	25.5
	5	72	36.0
Zihinsel engelli çocuk hasta (konuşma, anlama vb.)	1	4	2.0
	2	22	11.0
	3	57	28.5
	4	60	30.0
	5	57	28.5
Bedensel engelli çocuk hasta (işitme, görme, yürüme vb.)	1	11	5.5
	2	31	15.5
	3	72	36.0
	4	57	28.5
	5	29	14.5
Sistemik hastalığı olan çocuk hasta	1	14	7.0
	2	53	26.5
	3	79	39.5
	4	39	19.5
	5	15	7.5

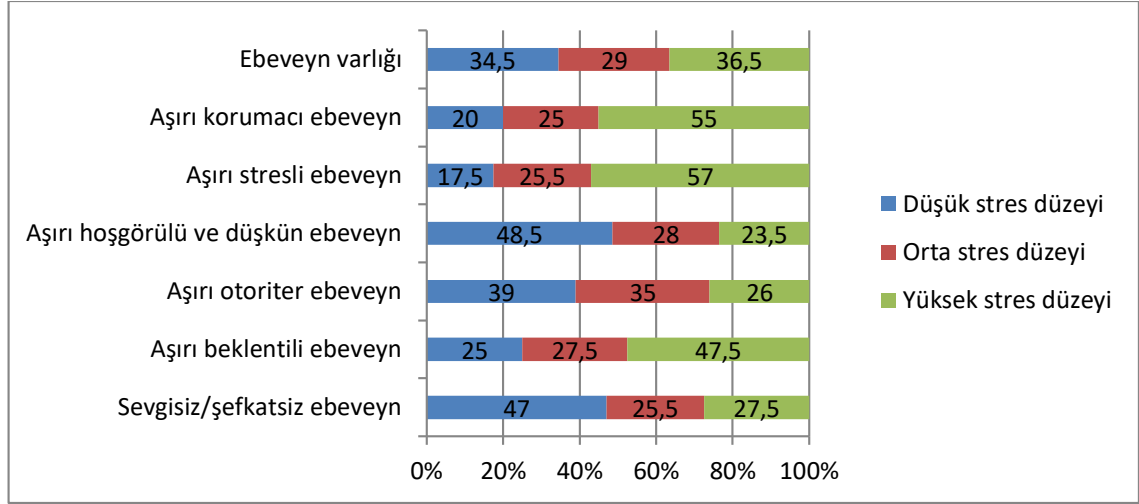


Şekil 4.9. Çocuk hastaların öğrenciler üzerinde oluşturduğu stres düzeyleri

Tablo4.14.Ebeveyn boyutuna verilen cevapların dağılımları

Sorular	Stres Düzeyi Puanı	Ebeveyn	
		Sayı	Yüzde
İşlem sırasında ebeveynin klinikte durması	1	25	12.5
	2	44	22.0
	3	58	29.0
	4	55	27.5
	5	18	9.0
Aşırı korumacı ebeveyn	1	7	3.5
	2	33	16.5
	3	50	25.0
	4	66	33.0
	5	44	22.0
Aşırı stresli ebeveyn	1	9	4.5
	2	26	13.0
	3	51	25.5
	4	64	32.0
	5	50	25.0
Aşırı hoşgörülü ve düşkün ebeveyn	1	42	21.0
	2	55	27.5
	3	56	28.0
	4	39	19.5
	5	8	4.0
Aşırı otoriter ebeveyn	1	28	14.0
	2	50	25.0
	3	70	35.0
	4	39	19.5
	5	13	6.5
Aşırı beklentili ebeveyn	1	10	5.0
	2	40	20.0
	3	55	27.5
	4	63	31.5
	5	32	16.0

	1	36	18.0
	2	58	29.0
Şefkatsiz ve sevgisiz ebeveyn	3	51	25.5
	4	39	19.5
	5	16	8.0



Şekil 4.10. Ebeveynlerin öğrenciler üzerinde oluşturduğu stres düzeyleri

4.10. Tedaviye Randevu Saatinde Başlayamamak/Hastayı Bekletmek Durumunun Oluşturduğu Stres Düzeyi ile Ölçeklerden Alınan Toplam Puanların Karşılaştırılması

Katılımcıların DKP-SKP farkı ile birlikte yeni geliştirilen PPS ölçeğinden alınan toplam puanın, hastayı bekletmenin oluşturduğu stres düzeyine (düşük, orta, yüksek) göre fark gösterip göstermediği, verilerde normal dağılım sağlandığı için ANOVA testi ile yapıldı. ANOVA testi sonucunda varyans homojenliği LEVENE testi ile kontrol edildi. Varyanslar homojen olduğu için ($p > 0.05$, Tablo 4.15) grup içi ikili karşılaştırmalarda Duncan Testi kullanıldı. Sonuçlar aşağıdaki tabloda verildi.

Tablo 4.15. Tedaviye randevu saatinde başlayamamak/hastayı bekletmek durumunun oluşturduğu stres düzeyi gruplarına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Hastayı bekletmenin oluşturduğu stres düzeyi	Ort $\pm$ ss	Levene	p değeri
DKP-SKP Puanı Farkı	Düşük	7.01 $\pm$ 1.03	0.387**	0.363
	Orta	8.45 $\pm$ 0.93		
	Yüksek	7.95 $\pm$ 0.94		
PPS Ölçeği Toplam Puanı	Düşük	80.89 $\pm$ 15.24	0.593**	0.001**
	Orta	87.07 $\pm$ 15.42		
	Yüksek	95.98 $\pm$ 17.03		

*p<0.05; ANOVA-Gruplar arasında fark var, Ort; ortalama, ss; standart sapma

**Levene testi p değeri>0.05; varyanslar homojen-Duncan Testi

DKP ve SKP puanları farkı ortalaması sıradaki hastayı bekletmenin oluşturduğu stres düzeyinin düşük seviyede olduğunu söyleyen katılımcılarda 7.01, orta seviyede olduğunu söyleyen katılımcılarda 8.45 ve yüksek seviyede olduğunu söyleyen katılımcılarda ise 7.95 olduğu görüldü. DKP ve SKP puanları ortalaması farkında sıradaki hastayı bekletmenin oluşturduğu stres düzeyi gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0.05, Tablo 4.15).

PPS ölçeğinden alınan toplam puan ortalaması sıradaki hastayı bekletmenin oluşturduğu stres düzeyinin düşük seviyede olduğunu söyleyen katılımcılarda 80.89, orta seviyede olduğunu söyleyen katılımcılarda 87.07 ve yüksek seviyede olduğunu söyleyen katılımcılarda ise 95.98 olduğu görüldü. PPS ölçeğinden alınan toplam puan ortalamasında sıradaki hastayı bekletmenin oluşturduğu stres düzeyi gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (p<0.05, Tablo 4.15).

4.10.1. Alınan Toplam Puanda Fark Olan Grupların Belirlenmesi

PPS Ölçeğinden toplam alınan puanlarda sıradaki hastayı bekletmenin oluşturduğu stres düzeyi grupları (düşük, orta, yüksek) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (p<0.05, Tablo 4.15). Duncan testi ile bulunan farkın hangi gruptan kaynakladığı belirlendi sonuçlar aşağıdaki tabloda verildi.

Tablo 4.16. Tedaviye randevu saatinde başlayamamak/hastayı bekletmek durumu için stres düzeyi grupları ikili karşılaştırmaları

Gruplar		Ortalama Farkı	Test Değeri (Duncan)
PPS Ölçeği Toplam Puanı	Orta	-6.18	0.092
	Düşük	-15.09	0.001*
	Orta	-8.91	0.002*

*p<0.05; varyanslar homojen-Duncan Testi

Gruplar arası yapılan ikili karşılaştırmalarda sıradaki hastayı bekletmenin oluşturduğu stres düzeyinin yüksek olduğunu söyleyen katılımcılar ile hem düşük seviyede olduğunu söyleyen katılımcılar hem de orta seviyede olduğunu söyleyen katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (p<0.05, Tablo 4.16).

4.11. Klinikte Yapılan İşlemlerle İlgili Teorik Olarak Eksik Hissetmek Durumunun Oluşturduğu Stres Düzeyi ile Ölçeklerden Alınan Toplam Puanların Karşılaştırılması

Katılımcıların DSKE puanları DKP ve SKP farkı ile birlikte yeni geliştirilen PPS ölçeğinden alınan toplam puanın klinikte yapılan işlemlerle ilgili teorik olarak eksik hissetmenin oluşturduğu stres düzeyine (düşük, orta, yüksek) göre fark gösterip göstermediği verilerde normal dağılım sağlandığı için ANOVA testi ile yapıldı. ANOVA testi sonucunda varyans homojenliği LEVENE testi ile kontrol edildi. Varyanslar homojen olduğu için (p>0.05, Tablo 4.17) grup içi ikili karşılaştırmalarda Duncan Testi kullanıldı. Sonuçlar aşağıdaki tabloda verildi.

Tablo 4.17. Klinikte yapılan işlemlerle ilgili teorik olarak eksik hissetmenin oluşturduğu stres düzeyi gruplarına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Değişken		Ort ± ss	Levene	p değeri
DKP-SKP Puanı Farkı	Düşük	7.89 ± 1.11	0.614**	0.328
	Orta	7.48 ± 0.98		
	Yüksek	8.28 ± 0.86		
PPS Ölçeği Toplam Puanı	Düşük	81.62 ± 16.68	0.627**	0.001**
	Orta	87.15 ± 15.07		
	Yüksek	93.86 ± 16.72		

*p<0.05; ANOVA-Gruplar arasında fark var, Ort; ortalama, ss; standart sapma

**Levene testi p değeri>0.05; varyanslar homojen-Duncan Testi

DKP ve SKP puanları farkı ortalaması klinikte yapılan işlemle ilgili teorik olarak eksik hissetmenin oluşturduğu stres düzeyinin düşük seviyede olduğunu söyleyen katılımcılarda 7.89, orta seviyede olduğunu söyleyen katılımcılarda 7.48 ve yüksek seviyede olduğunu söyleyen katılımcılarda ise 8.28 olduğu görüldü. DKP ve SKP puanları ortalaması farkında klinikte yapılan işlemle ilgili teorik olarak eksik hissetmek durumunun oluşturduğu stres düzeyi gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$, Tablo 4.17).

PPS ölçeğinden alınan toplam puan ortalaması klinikte yapılan işlemle ilgili teorik olarak eksik hissetmenin oluşturduğu stres düzeyinin düşük seviyede olduğunu söyleyen katılımcılarda 81.62, orta seviyede olduğunu söyleyen katılımcılarda 87.15 ve yüksek seviyede olduğunu söyleyen katılımcılarda ise 93.86 olduğu görüldü. PPS ölçeğinden alınan toplam puan ortalamasında klinikte yapılan işlemle ilgili teorik olarak eksik hissetmenin oluşturduğu stres düzeyi gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.17).

4.11.1. Alınan Toplam Puanda Fark Olan Grupların Belirlenmesi

PPS ölçeğinden toplam alınan puanlarda klinikte yapılan işlemle ilgili teorik olarak eksik hissetmenin oluşturduğu stres düzeyi grupları (düşük, orta, yüksek) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.17). Duncan testi ile bulunan farkın hangi gruptan kaynaklandığı belirlendi sonuçlar aşağıdaki verildi.

Tablo 4.18. Klinikte yapılan işlemle ilgili teorik olarak eksik hissetmek durumu için stres düzeyi grupları ikili karşılaştırmaları

Gruplar		Ortalama Farkı	Test Değeri (Duncan)
PPS Ölçeği Toplam Puanı	Düşük	Orta	-5.53 0.184
		Yüksek	-12.24 0.001*
	Orta	Yüksek	-6.71 0.039*

* $p<0.05$; varyanslar homojen-Duncan Testi

Gruplar arası yapılan ikili karşılaştırmalarda klinikte yapılan işlemle ilgili teorik olarak eksik hissetmenin oluşturduğu stres düzeyinin yüksek olduğunu söyleyen katılımcılar ile hem düşük seviyede olduğunu söyleyen katılımcılar hem de orta

seviyede olduğunu söyleyen katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$, Tablo 4.18).

Tablo 4.19. Tedaviye randevu saatinde başlayamamak/hastayı bekletmek ve klinikte yapılan işlemle ilgili teorik olarak eksik hissetmek sorularına verilen cevapların dağılımları

Stres Düzeyi Puanı	Sorular			
	Tedaviye Randevu Saatinde Başlayamamak/ Hastayı Bekletmek		Klinikte Yapılan İşlemle İlgili Teorik Olarak Eksik Hissetmek	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Düşük	46	23.0	50	25.0
Orta	82	41.0	58	29.0
Yüksek	72	36.0	92	46.0

Tablo 4.20. Tedaviye randevu saatinde başlayamamak/hastayı bekletmek ve klinikte yapılan işlemle ilgili teorik olarak eksik hissetmek sorularına verilen cevaplarının demografik değişkenlere göre dağılımları

Stres Düzeyi Puanı Durumu			Değişkenler											
			Cinsiyet		Sınıf		İlk Tercih		Yaş					
			Kadın	Erkek	Dördüncü	Beşinci	Evet	Hayır	21	22	23	24	25	
Tedaviye Randevu Saatinde Başlayamamak/Hastayı Bekletmek	Düşük	n	18	28	24	22	19	27	1	10	17	8	10	
		(%)	18.0	28.0	20.3	26.8	26.0	21.3	8.3	21.3	23.0	22.9	31.3	
	Orta	n	41	41	49	33	29	53	9	16	27	16	14	
		(%)	41.0	41.0	41.5	40.2	39.7	41.7	75.0	34.0	36.5	45.7	43.8	
	Yüksek	n	41	31	45	27	25	47	2	21	30	11	8	
		(%)	41.0	31.0	38.1	32.9	34.2	37.0	16.7	44.7	40.5	31.4	25.0	
Klinikte Yapılan İşlemle İlgili Teorik Olarak Eksik Hissetmek	Düşük	n	15	35	23	27	17	33	2	7	16	12	13	
		(%)	15.0	35.0	19.5	32.9	23.3	26.0	16.7	14.9	21.6	34.3	40.6	
	Orta	n	29	29	34	24	19	39	1	15	24	8	10	
		(%)	29.0	29.0	28.8	29.3	26.0	30.7	8.3	31.9	32.4	22.9	31.3	
	Yüksek	n	56	36	61	31	37	55	9	25	34	15	9	
		(%)	56.0	36.0	51.7	37.8	50.7	43.3	75.0	53.2	45.9	42.9	28.1	

n; sorulara cevap veren katılımcı sayısı, %; sorulara cevap veren katılımcı yüzdesi

5.TARTIŞMA

Diş hekimliği mesleği doğası gereği en stresli meslekler arasında gösterilmektedir ve hekimler bu stresle öğrencilik yıllarından başlayarak başa çıkmak zorunda kalmaktadırlar (5, 38, 41, 116). Diş hekimliği öğrencilerinin maruz kaldığı stres ve bunun öğrenciler üzerindeki etkileri, 1970'lerden beri araştırma konusu olmaktadır (3, 7). Ancak diş hekimleri tarafından zor olarak nitelendirilen ve kaçınılan 18 yaşından küçük hastaların tedavi edildiği pedodonti kliniklerinde (9, 10) staj yapan diş hekimliği öğrencileri üzerinde stres yaratan faktörlerin değerlendirilmesi konusunda yapılan araştırmaların az olduğu görülmüştür. Yapılan literatür taramasında, pedodonti kliniğine özgü çocuk hasta ve ebeveyn faktörlerini de içeren geçerli ve güvenilir bir değerlendirme aracına ihtiyaç olduğu görülmüştür. Bu tez kapsamında, diş hekimliği öğrencilerinin pedodonti kliniğinde karşılaştıkları stresin şiddeti ve sebeplerini belirlemek amacıyla "Pedodonti Pratiğinde Stres Ölçeği" geliştirilmiştir. Ölçek hazırlanırken, maddelerin olabildiğince kısa, öz ve kapsayıcı olması için çaba sarf edilmiştir. Hekim, ebeveyn ve çocuk pedodontinin üç ana unsurunu oluşturmaktadır (10). Ayrıca pedodontik işlemlerin çeşitliliği ve uygulamadaki zorluklar, klinikte oluşabilecek komplikasyonlar gibi faktörlerin de birer stres kaynağı olabileceği düşüncesi (80, 84) ile ölçek "çocuk", "ebeveyn", "işlemler" ve "komplikasyonlar" alt başlıklarından oluşturulmuştur. PPS ölçeği ile, pedodonti kliniğinde öğrenciler üzerinde olumsuz etkiler oluşturabilecek stres faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Elde edilen veriler ışığında daha huzurlu bir çalışma ve öğrenme ortamı oluşturmak için gereken düzenlemelerin yapılması mümkün olabilecektir. Böylece mesleki stresin azaltılması, dolayısıyla öğrencilerin çalışma ve öğrenme verimliliğinin artması öngörülmektedir (3, 7, 44, 46). Yapılan analizler sonucunda PPS ölçeğinin geçerli ve güvenilir olduğu görülmüştür. Örneklem sayısı ve yapısı değiştirildiğinde elde edilecek istatistik test değerlerinde ve uyum iyiliği indekslerinde daha iyi sonuçlar elde edilebilecektir.

Diş hekimleri ve öğrencilerin genel olarak çocuk hastalara bakış açısının olumlu olmadığı, öğrencilerin maksimum stresi çocuk hasta bakarken yaşadıkları bildirilmiştir (10). Ülkemizde yapılan bir araştırmada çocuk hastalar, diş hekimleri ve diş hekimliği öğrencileri tarafından öngörülemez, tehlikeli, kontrol edilemez, özen ve duyarlılık

gerektiren, değerli ve yönlendirilebilir olarak tanımlanmıştır (63). Diş hekimleri ve öğrencilerin çocuk hastalara bakış açıları arasında anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, daha önce çocuk hasta bakmamış olan alt sınıf öğrencilerin daha olumsuz bir algıya sahip oldukları görülmüştür (63). Ancak pedodonti kliniğinin zorluğu sadece çocuk hastadan değil, ebeveyn faktörü, işlemlerin çeşitliliği ve uygulama zorlukları gibi birçok faktörün birleşiminden kaynaklanmaktadır. Her birey kişilik özelliklerine göre stresten farklı şekilde etkilenmekte ve stres faktörlerine karşı farklı tepkiler vermektedir (17). Kişilik özellikleri ile mesleki stres arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (26). Hatta bireyin kişiliği de bir stres kaynağı olarak tanımlanmıştır (17). Bu nedenle stres ve kaygı değerlendirilirken, bireyler arası farka sebep olan kişiliğe bağlı özelliklerin ayırt edilmesi gerektiği bildirilmiştir (32-34). Böyle bir ortamda öğrenci, stresle baş edebilmesini kolaylaştırabilecek bir karakter yapısına sahip olmalıdır (12).

Yapılan çalışmalarda stresin ölçülmesi ve değerlendirilmesi için geliştirilmiş birçok anket ve skala kullanılmıştır. Bu çalışmada, diş hekimliği öğrencilerinin pedodonti kliniğindeki stres düzeyleri değerlendirilirken kişilik özelliklerinden kaynaklanan farklılıkların da stres düzeyine etkisini değerlendirebilmek adına Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri'nin kullanılması uygun görülmüştür. DSKE; kişinin o anda hissettiği durumluk kaygıyı ve genel olarak yaşadığı sürekli kaygıyı ayrı ayrı değerlendirme imkanı sunan, 20-80 arası puanlanan iki bölümden oluşan, geçerli ve güvenilir bir ölçme aracıdır (11, 117). Durumluk kaygı puanı (DKP) ve sürekli kaygı puanı (SKP) arasındaki farkın yüksek olması bize bulunulan ortamın stresli olduğunu; düşük olması ise bireyin strese yatkın ve kaygılı bir kişiliğe sahip olduğunu göstermektedir. Durumluk ve sürekli kaygı farklı kavramlar olmakla birlikte birbirleriyle yakın ilişki içindedirler. Egoyu tehdit edici nitelikteki stresli durumlarda, sürekli kaygısı yüksek kişilerin durumluk kaygısının, sürekli kaygısı düşük kişilere göre daha çok arttığı bildirilmiştir (118). Diş hekimliği öğrencilerinin kaygılı ve stresli olmaları akademik ve klinik performanslarında düşüşe sebep olmaktadır (11, 116, 119). Bu sebeplerle diş hekimliği öğrencilerinin kişilik özellikleri; klinik ortamında yaşadıkları stres seviyesinde belirleyici olan ve öğrencilerin akademik ve klinik performansları ile ilerleyen dönemde meslek hayatlarını etkileyen önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çalışmamızda kadınlar ve erkeklerin DKP ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamış, PPS ölçeği toplam puan ortalamalarının ise

(kadın:94,98; erkek:82,74) kesim noktasının (71,5) üstünde olduğu görülmüştür. Bu değerler, hem kadınlar hem de erkekler tarafından pedodonti kliniğinin stresli bir ortam olarak görüldüğünü göstermektedir. Ancak kadınların SKP ve PPS ölçeği toplam puan ortalaması, erkeklerin ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. İki cinsiyet için de pedodonti kliniğinin stresli bir ortam olduğu, ancak kadınların genel olarak strese daha yatkın karakter özelliğine sahip oldukları ve pedodonti kliniğindeki stres faktörlerinden daha fazla etkilendikleri görülmüştür. Bu bulgu, öğrenciler üzerinde yapılan birçok çalışma ile benzerlik göstermektedir (4, 6, 7, 9, 11, 22, 23, 120-124). Almalık ve ark., bu farkı kadınların duygularını ve korkularını daha iyi ifade edebilmelerine bağlamışlardır (23).

Çeşitli ölçeklerle yapılan çalışmalarda son sınıf öğrencileri alt sınıflara göre daha yüksek stres düzeyleri bildirmişlerdir (7, 116, 120, 123, 125, 126). Bir çalışmada 5. sınıf öğrencilerinin yüksek stres seviyeleri, eğitimlerinin son yılında oldukça artan klinik yüklerine bağlanmıştır (120). Klinik sınıf öğrencilerinin, preklinik sınıflara göre daha yüksek durumluk ve sürekli kaygı yaşadıkları bildirilmiştir (127). Ancak bunun aksine, 3. sınıf öğrencilerinin genel olarak 5. sınıf öğrencilerden daha yüksek kaygı düzeyi bildirdiklerini rapor eden çalışmalar da vardır (4). Çalışmamızda ise 5. sınıfların SKP puanları ortalaması 4. sınıflara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuş ve 5. sınıf öğrencilerin genel olarak daha kaygılı oldukları sonucuna varılmıştır. Bu farkın; son sınıf öğrencilerinin önlerinde, iş bulmak ya da uzmanlık sınavına girmek gibi aşamalar ve maddi kaygılar gibi hayata atılmak üzere olmalarının getirdiği stres odaklarının varlığından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz. Bu çalışmada hem 4 hem de 5. sınıf öğrencilerinin PPS ölçeği toplam stres puanı ortalamalarının kesim noktasının üstünde olduğu görülmüştür; yani öğrenciler pedodonti kliniğinde yüksek düzeyde stres yaşadıklarını bildirmişlerdir. Ancak 4. sınıf öğrencilerinin, özellikle çocuk hastaya uygulanan işlemlerden kaynaklı olmak üzere pedodonti kliniğinde 5. sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha stresli olduğu görülmüştür. Yapılan birçok çalışmada, bu çalışmayla paralellik gösterecek şekilde, alt sınıfların klinikte daha stresli olmaları tecrübe eksikliğine bağlanmış, mesleki deneyim arttıkça stresin azaldığı bildirilmiştir (2, 9, 10, 23). Bu çalışmalardan birinde öğrencilerin %45.3'ü ilk pedodontik işlemlerinde oldukça stresli olduklarını, %58.8'i birkaç çocuk hastadan sonra stres seviyesinde azalma olduğunu söylemişlerdir (10). Bir başka çalışmada ise, çocuk hastalarla ilgilenen uzman diş hekimlerinin, genel diş hekimleri ve diş hekimliği

öğrencilerine göre daha düşük stres seviyeleri bildirmiş ve bu durum uzman doktorların çocuklar üzerinde daha deneyimli olmalarına bağlanmıştır (9). Öğrencilerin uyguladıkları ilk pedodontik restoratif işlem sırasındaki streslerinin ve stresle başa çıkma yöntemlerinin değerlendirildiği bir çalışmada da benzer şekilde, tedavi edilen hasta sayısı arttıkça öğrencilerin daha rahat davrandıkları bildirilmiştir (11).

Bireyin yeteneği ve ilgisinin olduğu bir alana yönelerek hayatı boyunca severek yapacağı bir meslek seçmesi, ona başarı ve mutluluğu getirecek en önemli faktörlerden biridir. Ancak genel olarak ne yazık ki öğrenciler mesleklerini kendi istek ve yetenekleri doğrultusunda değil; gelecek kaygısı, çevre baskısı, eğitim sisteminden kaynaklanan durumlar ve ebeveyn yönlendirmeleri gibi birçok faktörün etkisi altında kalarak seçmektedirler. Hindistan'da yapılan bir araştırmada; 256 öğrenciden 82'sinin diş hekimliğini ebeveyn baskısıyla seçtiği bildirilmiş ve diş hekimliğini ilk tercih olarak seçen öğrencilerin oranı %36.3 olarak bulunmuştur (116). Bu çalışmada da benzer şekilde ilk tercihi diş hekimliği olan öğrencilerin oranı %36.5'tir. Halbuki bireyin mesleğinin doğasına uygun karakter yapısına sahip olmasının önemi birçok araştırmacı tarafından dile getirilmiştir. Kişilik özellikleri, stresle başa çıkmayı kolaylaştıran ya da zorlaştıran en önemli faktörler arasında gösterilmektedir (12, 27, 42, 43, 128-130). Bir çalışmada, birinci sınıf öğrencilerinin kişilik özellikleri ile mesleki başarıları arasında ilişki tespit edilmiştir (130). Çeşitli sebeplerle istediği mesleği seçmeyen öğrencilerin, mesleğini kendi istekleriyle seçen öğrencilere göre daha fazla stres ve mesleki tükenmişlik yaşadıkları, kariyer geleceklerindeki belirsizlik konusunda daha kaygılı oldukları önceki çalışmalarda gösterilmiştir (7, 116, 122, 126, 131, 132). Bu çalışmada, PPS ölçeği toplam stres skoru, ilk tercihi diş hekimliği olan ve olmayan iki grup için de kesim noktasının üstünde bulunmuştur. Yapılan analizlerde bu iki grup arasında hiçbir alt boyut ve stres skoru için istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Diş hekimliğini isteyerek seçmiş olsun ya da olmasın, tüm öğrenciler için pedodonti kliniğinin yüksek seviyede stresli bir ortam olduğu görülmüştür.

İşlemler ve komplikasyonlar alt boyutlarında sadece 22 ve 24 yaş grupları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Daha genç öğrenciler için, sınıf farkı ve tecrübe eksikliğiyle de açıklanabileceği üzere, çocuk hastaya yapılacak işlemler ve klinikte yaşanabilecek komplikasyonların daha korkutucu olduğu sonucuna varılabilir. Bu sonuç, 21 yaşın altında olan öğrencilerin daha genç ve tecrübesiz olmalarının da etkisiyle fakülte ortamında daha çok zorlandıklarını (133), yeni eğitim ortamına adapte

olmakta ve yeni şeyler öğrenmekte güçlük çektiklerini bildiren (1) çalışmalarla paralellik göstermektedir. Yaşları 25-45 arasında değişen pedodonti uzmanlık öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, genç öğrenciler daha yüksek stres seviyeleri bildirmişlerdir (23).

Öğrencilerin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ve PPS ölçeği skorları ortalama değerleri Tablo 4.8'de verilmiştir. Durumluk ve sürekli kaygı puanları 20-80 arasında değişmekte ve yüksek değerler yüksek kaygı düzeyini göstermektedir. Ancak bazı araştırmacılar klinik olarak anlamlı semptomları tespit edebilmek adına durumluk kaygı puanı için belirlenmiş 39-40 noktasını kesim noktası olarak referans almışlardır (36, 117). Bir başka çalışmada ise durumluk kaygı için 41, sürekli kaygı için ise 44 değeri kesim noktası olarak belirlenmiştir (134). ABD'de yapılan bir çalışmada, öğrencilerin pedodonti kliniğinde ilk restoratif tedavileri sırasında yaşadıkları kaygı değerlendirilmiş, DKP ortalamaları 35.0, SKP ortalamaları ise 37.5 bulunmuştur (11). Bu çalışmada ise öğrencilerin DKP ve SKP ortalama değerleri sırasıyla 47.15 ve 45.25 bulunmuş ve durumluk kaygının sürekli kaygıdan daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca yeni geliştirilen PPS ölçeği toplam puanı da (88.9), hesaplanan kesim noktasının (71.5) üstünde bulunmuştur. Bu veriler, öğrencilerin pedodonti kliniğini oldukça stresli bir ortam olarak değerlendirdiğini göstermektedir. PPS ölçeğinin tüm alt gruplarında ortalama stres puanlarının kesim noktaları üzerinde olduğu, her bir alt grup için öğrencilerin yüksek düzeyde stres bildirdiği görülmüştür. Bu veriler doğrultusunda pedodonti kliniğinde genel olarak yapılan işlemler, oluşabilecek komplikasyonlar, çocuk hasta ve ebeveyn ile ilgili faktörlerin öğrenciler için ciddi birer stres kaynağı olduğu görülmektedir.

Kişilik özelliklerinin yaşanan durumluk strese olan etkisi birçok araştırmacı tarafından açıklanmıştır. Hareketli, rekabetçi, saldırgan ve strese yatkın olarak tanımlanan A tipi kişilik özelliklerini taşıyan bireylerin stresle başa çıkmada diğer bireylere göre daha başarısız oldukları bildirilmiştir (12, 24, 27, 45). Yüksek sürekli kaygı puanları; mental olarak kendini geri çekmede artış, madde kullanımında artış, daha az duygusal desteğe baş vurma ve daha negatif bakış açısı ile ilişkili bulunmuştur (11). Daha dengeli ve rahat olan B tipi kişiliğe sahip bireylerin de stres yaşadığı, ancak bu durumdan diğerleri kadar olumsuz etkilenmedikleri, stresle başa çıkmada daha başarılı oldukları belirtilmiştir (12, 27). Bu çalışmada, beklenildiği üzere sürekli kaygı arttıkça durumluk kaygının da arttığı görülmüştür (30, 57). İkisi arasında tespit edilen

pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki, bireyin girdiği ortamdaki stres faktörlerinden ne düzeyde etkileneceğinin karakter yapısına bağlı olduğunu göstermektedir. Ayrıca durumluk kaygı ile işlemler, komplikasyonlar ve çocuk hasta kaynaklı faktörler nedeniyle yaşanan stres arasında da pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu sebeplerle, daha önce de belirtildiği gibi, kişinin kendini iyi tanıması, yetenek ve kişilik özelliklerine uygun bir meslek seçimi yapması büyük önem taşımaktadır. Öğrencilerin strese yatkın ve telaşlı bir kişiliğe sahip olması, pedodonti kliniği gibi çok sayıda stres faktörünün bir arada olduğu bir ortamda hem klinik performansı, hem mesleki motivasyonu hem de eğitim kalitesini düşürecektir (42, 43). Bütün bu olumsuzluklar göz önüne alındığında diş hekimliği eğitimleri sırasında öğrencilere sunulacak stres yönetimi programlarının geliştirmesi ve uygulanarak işe yarayıp yaramadıklarının test edilmesi önerilmiştir (11, 119, 135). Öğrencilerin vicdanlı, disiplinli ve psikolojik olarak dayanıklı olmak gibi kişilik özelliklerinin çeşitli testlerle önceden belirlenmesi, meslek seçimlerinde bunların göz önünde bulundurulması, stresle başa çıkmalarını kolaylaştıracak yönlerini güçlendirmek amaçlı eğitimler düzenlenmesi, klinikteki stresli ortamı yumuşatacak uygulamaların hayata geçirilmesi, psikolojik danışmanlık ve rehberlik uygulamalarının yaygınlaştırılması gibi tavsiyelerde bulunulmuştur (11, 24, 25, 28, 42, 44-46, 136). Öğrencilerin stresini azaltıp performanslarını arttırmak üzere diş hekimliği fakültelerinin tecrübeli eğitim psikologları ile işbirliği içinde olmaları önerilmiştir (116). Hatta öğrencileri hastaları tedavi etmekten kaynaklanan stresle başa çıkmaya hazırlamak adına, bu tür destek programlarının klinik sınıflara geçmeden önce uygulanması gerektiği belirtilmiştir (127). Ayrıca eğitim kalitesini arttırmak amacıyla diş hekimliği müfredatı ve klinik eğitiminde daha büyük değişiklikler yapılabileceği bildirilmiştir. Öğrencilerin, hasta ihtiyaçları doğrultusunda düzenlenmiş bir sistemde, koşullu şartlı geleneksel klinik sistemine göre daha düşük stres ve daha yüksek akademik başarı sergiledikleri gösterilmiştir (137). En etkili öğrenme ve öğretme stratejilerinin geliştirilmesi amacıyla öğrenciler ve akademik personel arasında fikir alışverişi yapılmasının faydalı olacağı bildirilmiştir (138). Bireysel olarak uygulanabilecek başa çıkma yöntemleri arasında çeşitli egzersizler, gevşeme, beslenme düzeni ve diyet, sosyal etkinliklere katılma, masaj, ibadet, meditasyon, hobi edinmek, müzikle uğraşmak, olumlu hayal kurmak, iyimser ve mizahi bakış açısı geliştirmek gibi birçok yöntem sayılmaktadır (15, 17, 28, 139). Öğrencilerin stresle başa çıkmak için kullandıkları yöntemler araştırılmış ve genel olarak dua etmek, yoga ya da meditasyon yapmak, müzik dinlemek gibi yöntemleri

kullandıkları görülmüştür (10). "Yoga"nın öğrenciler üzerinde sınav stresini azaltma, konsantrasyonu artırma, daha iyi ve rahat hissettirme gibi etkileri olduğu gösterilmiştir (140). Kendi karakter yapılarına uygun stresle başa çıkma stratejilerini seçme ve etkin kullanmada başarısız olmuş öğrencilerin belirlenmesinin çok önemli olduğu bildirilmiştir. Etkili stres yönetimi eğitimlerinin diş hekimliği öğrencilerinin genel kaygısını azaltabileceğine, akademik işlevlerini geliştirebileceğine, teknik performanslarını iyileştirebileceğine, hastalarının kaygısını azaltabileceğine ve nihayetinde akademik ve profesyonel kariyerlerinin tüm yönlerine fayda sağlayabileceği belirtilmiştir (11). Klinikte müzik yayını yapılması, kısa molalar verilmesi, iyi yapılan iş ya da doğru verilen cevaplar için öğrencilere motivasyon ödülleri verilmesi, renkli ve havadar bir klinik ortamı sağlanması ve öğrencilerle asistanlar arasında tehditkar olmayan bir iletişim kurulması gibi uygulamaların klinikteki stresli ortamı yumuşatmakta faydalı olacağını düşünmekteyiz.

Bu çalışmada "çocuk hastaya uygulanan işlemler" alt boyutu, aynı maddelerle "yetişkin hastaya uygulanan işlemler" başlığı altında öğrencilere yeniden sorulmuş ve dental işlem uygulanırken hastanın çocuk olmasının öğrencinin stresine katkı yapıp yapmadığı araştırılmak istenmiştir. Sonuç olarak öğrencilerin aynı işlemleri çocuk hastaya uygularken yetişkin hastaya göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek seviyede stres yaşadıkları görülmüştür (Tablo 4.10). Yapılan bir çalışmada, öğrencilerin %45.3'ünün ilk pedodontik işlemlerini uygularken oldukça stresli oldukları bildirilmiştir (10). Ülkemizde çocuk nüfusunun fazla olduğu, ancak pedodontik tedavilerin zor ve zaman alıcı olması sebebiyle diş hekimlerinin çocuk hasta bakmayı kabul etme oranının düşük olduğu rapor edilmiştir (63, 80). Mezuniyet sonrası verilecek eğitimlerin, diş hekimlerinin çocuk hastalarla ilgili bilgi ve tecrübelerini arttıracak ve daha fazla çocuğun diş hekimliği hizmetlerinden faydalanabileceği belirtilmiştir (80).

PPS ölçeği ile yapılan değerlendirmede öğrencilerin uygularken en fazla strese girdiği üç işlem sırasıyla acil müdahale gerektiren durumlar, endodontik işlemler ve mandibular anestezi olarak belirlenmiştir. Acil müdahale gerektiren durumlarda öğrencilerin %66'sının, endodontik işlemler sırasında %53'ünün, mandibular anestezi uygularken ise %22.5'inin yüksek düzeyde stres yaşadığı görülmüştür. Çalışmamızın sonuçlarıyla benzer şekilde, pedodonti uzmanlık öğrencileri arasında da en korkulan durumun acil müdahale gerektiren durumlar olduğu bildirilmiştir (23). Fakültemizde dental travma, akut apikal apse gibi acil müdahale gerektiren durumlarda hastaya

öğrenciler müdahale etmemektedir. Buna rağmen alınan bu sonucun; öğrencilerin aldıkları teorik eğitimi bu gibi durumlarda pratiğe geçirememeleri, bu konudaki pratik uygulama ve deneyim eksiklikleri, travma ile gelen ajite çocuktan daha da fazla çekinmeleri ya da zamanla yarışırken hata yapmaktan korkmaları gibi nedenlerden kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz. İleride acil müdahale ihtiyacı olan hastaların diş hekimleri tarafından önyargı ve korkuyla karşılanmaması adına, öğrencilerdeki bu düşüncenin sebeplerinin araştırılması ve çözüm yollarının aranması büyük önem taşımaktadır.

Çocuklar genel olarak iğne korkusuna sahiptir ve klinikte iğneyi gördükleri anda acı beklentisiyle uyumları bozulabilmekte, bu durum da hekim üzerinde stres oluşturmaktadır (10). En stres verici ağrı kontrol yöntemi olarak mandibular anestezi uygulaması gösterilmiştir (141). Yapılan bir çalışmada, öğrencilerin %46'sının infiltratif anestezi uygulaması öncesi ve sırasında oldukça gergin oldukları bildirilmiş ve öğrencilerin tecrübesizliklerinin farkında olmalarının ölçülebilir düzeyde endişe uyandırdığı bildirilmiştir. Teorik bilgi, adım adım pratik rehberlikle desteklenirse hissedilen endişenin azaldığı rapor edilmiştir. Ayrıca öğrenciler ilk anestezi uygulamalarını gerçek hastadan ziyade preklinikte simülasyon modellerinde yapmayı tercih ettiklerini bildirmişlerdir (142). Bir başka çalışmada ise; diş hekimleri arasında en stres verici işlem uyumsuz bir çocuk hastaya anestezi uygulaması iken, öğrenciler uyumlu veya uyumsuz çocuk hasta fark etmeksizin lokal anestezi uygulamasının kendilerinde stres oluşturmadığını söylemişlerdir. Öğrencilerdeki bu şaşırtıcı sonucun, kendilerine yardım edecek ve çocuğun uyumu bozulursa işlemi bitirebilecek bir asistanın gözetimi altında olmanın getirdiği güven duygusundan kaynaklanabileceği bildirilmiştir. Ayrıca öğrencilerin genel olarak uyumlu hastaları tedavi ettikleri ve uyumsuz çocuk hasta ile pek fazla deneyim sahibi olmadıkları da eklenmiştir (2). Bu anket çalışmasının soruları modifiye edilerek yapılmış bir başka çalışmada, katılımcılar arasında en yüksek stres puanı uyumsuz bir çocuk hastada alt çeneye anestezi uygulamasına verilmiştir (9). Ayrıca bizim çalışmamızla benzer şekilde, endodontik işlemler, en fazla stres oluşturan ikinci işlem olmuştur (9). İlk kez acil endodontik müdahalede bulunan öğrencilerin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ile değerlendirildiği bir çalışmada, öğrencilerin %26.1'i yüksek düzeyde kaygılı bulunmuştur. Yüksek kaygı düzeyi bildiren öğrencilerin tamamı en çok giriş kavitesi

açma ve pulpotomi/pulpektomi sırasında özgüven eksikliği yaşadıklarını belirtmişlerdir (143).

Diş hekimliği öğrencilerinin %57.8'i çocuk hastada diş çekimi sırasında diğer işlemlere göre daha stresli olduklarını bildirmişlerdir (10). Diş çekerken yüksek seviyede stres bildiren öğrencilerin oranı bizim çalışmamızda %22'dir.

Hastalara tanı koyma, ebeveynlerin sorularını cevaplama, anamnez alma ve muayene etme, radyografi yorumlama, reçete yazma gibi işlemlerin, pedodonti uzmanlık öğrencilerinde kaygı oluşturma oranının yıllar geçtikçe arttığı bildirilmiştir (23). Çalışmamızda diş hekimliği öğrencilerinin %15'i çocuk ağzında aeratör ile çalışırken, %11.5'i reçete yazarken ve ilaç dozu ayarlarken, %10'u endikasyon koyarken yüksek düzeyde stres yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Bu çalışmada pedodonti kliniğinde en az stres oluşturan üç işlem sırasıyla infiltratif anestezi, radyografi çekmek ve ölçü almak olarak belirlenmiştir. İnfiltratif anestezi için öğrencilerin %88'i, radyografi çekmek için %85.5'i, ölçü almak için ise %76'sı düşük stres skoru bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızla uyumlu olarak, literatürde de çocuk hastada radyografi çekmek, restorasyon yapmak gibi işlemler öğrenciler tarafından en az stres oluşturan işlemler olarak gösterilmiştir (9, 10).

PPS ölçeği komplikasyonlar alt boyutunda genel olarak her madde için yüksek stres seviyesi bildirilmiştir. Öğrencilerin %80.5'i yabancı cisim aspirasyonu, %65'i alerjik reaksiyonlar, %63.5'i ise kuron/kök perforasyonu, %62'si hastaya zarar verme, %54.5'i pulpa perforasyonu, %40.5'i lokal anestezi komplikasyonu ve %33'ü çekim sırasında dişin kırılması/kök kalması ihtimallerini yüksek stres kaynağı olarak görmektedirler. Altmış pedodonti uzmanlık öğrencisi ile yapılan bir anket çalışmasında en çok korkulan komplikasyonlar; hastanın sedasyonda uyandırılmaması, dişin bifurkasyon bölgesinden perforasyonu, hastaya zarar vermek, kırık kökü çekememek gibi komplikasyonlar olmuştur (23). Bir başka çalışmada ise yüksek kaygı seviyeleri ile ilişkilendirilen klinik durumlar; yanlış tanı koymak, hastaya zarar vermek, acil tıbbi durumlarla karşılaşmak ve enfekte olmak olarak sıralanmıştır (83). Klinikte herhangi bir komplikasyonla karşılaşmak hekimler için olduğu gibi öğrenciler için de kaygı verici bir durumdur. Öğrencilerin yaşanabilecek bir komplikasyonla başa çıkmak için ihtiyaçları olan teorik bilgi ve deneyimin eksikliğini çekmelerini normal bir durum olarak

görmekle birlikte, diş hekimliği eğitimcilerinin öğrencilere vereceği güçlü bir teorik desteğin yaşanacak stresi azaltacağı kanaatindeyiz.

PPS ölçeğinde çocuk hasta ile ilgili faktörlerden "uyumsuz hasta"nın, öğrencilerin %61.5'i için yüksek düzeyde stres kaynağı olduğu görülmüştür. Bunu sırasıyla zihinsel engelli (%58.5), bedensel engelli (%43), 0-6 yaş arası (%41) ve sistemik hastalığı olan çocuk hasta (%27) takip etmektedir. Pedodonti uzmanlık öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, katılımcıların klinikteki en yüksek stres kaynağı olan hasta tiplerinin engelli, psikiyatrik, tıbbi açıdan riskli, uyumsuz ve çok küçük yaştaki çocuk hastalar olduğu görülmüştür (23). Diş hekiminden korkan hastalar, diş hekimliğinin stresli olmasının sebepleri arasında gösterilen etkenlerden biridir (2, 127, 130, 135). Yapılan bir çalışmada, küçük yaştaki hastaların diş çekimi öncesi büyüklere göre daha kaygılı oldukları bulunmuştur (57). Kaygılı ve uyumsuz çocuk hastanın dental tedavisi, diş hekimliği öğrencileri için ekstra stres kaynağı olmaktadır (8). Öğrencinin stresli olmasının ise, hastanın daha da kaygılanmasına sebep olarak durumu bir çıkmaza soktuğu belirtilmiştir (10, 11, 128). Diş hekimlerine işle ilgili en büyük stres kaynakları sorulduğunda %64.8'inden "uyumsuz ve zor hasta" cevabı alınmıştır (144). Diş hekiminin tavrı, davranış yönlendirme bilgisi ve kapasitesi, çocuğu sakinleştirmekte, olumlu bir seansla çocuğun ve ebeveynin güvenini kazanmakta kritik öneme sahiptir (61, 63). Diş hekimliği öğrencilerinin %79.4'ü davranış yönlendirme uygulayabilmenin stresi azaltabileceğini söylemiştir (10). Diş hekimliği eğitimcilerine, davranış yönlendirme tekniklerini öğrencilere daha iyi benimsetmenin yollarını aramaları önerilmiştir (63).

Engelli bireyler toplumun geri kalanına göre daha fazla dental problem yaşamaktadırlar (145, 146). Bu durum gelişim bozuklukları, dental anomaliler, karyojenik beslenme, kullanılan ilaçlar, ağız bakımının zor olması ve bu hastaların ağız-diş sağlığı hizmetlerine ulaşmalarındaki zorluklardan kaynaklanmaktadır (145, 146). Bu hasta grubunu tedavi edebilmek için kapsamlı tıbbi bilgiye ve ileri davranış yönlendirme tekniklerinde tecrübeye ihtiyaç vardır (52). Engelli hastalarla iletişim kurmadaki güçlükler ve lisans eğitiminde bu konuda verilen eğitimin yetersiz olması diş hekimlerinin engelli hastalara mesafeli durmasına sebep olmaktadır (147). Gerek diş hekimliği fakültelerinde gerekse mezuniyet sonrası eğitimlerle, engelli bireylerin dental tedavileri ile ilgili teorik derslerin ayrıntılı şekilde verilmesi gerektiği, hatta öğrencilere pratik uygulama imkanı sağlanmasının çok önemli olduğu belirtilmiştir (80, 147, 148).

Klinikte engelli bireylere dental tedavi uygulama imkanı bulmuş olan öğrencilerin daha rahat oldukları ve ileride bu hastalara bakma konusunda daha istekli oldukları görülmüştür (145). Diş hekimleri ve öğrencilerin engelli hasta bakmaya olan ön yargılarının kırılmasıyla, engelli çocukların sadece kapasiteleri kısıtlı olan üniversite hastanelerinde değil, pratisyen hekimler tarafından da tedavi edilebilmelerinin önü açılmış olacaktır (148).

Gergin ve hekimle işbirliği içinde olmayan ebeveynler pedodonti kliniğinin hekim için en zorlayıcı unsuru olabilmektedir (10). Pedodonti uzmanlık öğrencileri arasında zor ebeveynlerle uğraşmanın, uyumsuz ve engelli çocuk hasta bakmaktan bile daha yüksek stres kaynağı olduğu bildirilmiştir (23). PPS ölçeği ebeveyn alt boyutunda, öğrencileri en çok strese sokan ebeveyn tipleri, öğrencilerin yarısından fazlası tarafından yüksek stres kaynağı olarak işaretlenen stresli (%57) ve aşırı korumacı (%55) ebeveynler olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlar, diğer çalışmalarda da görüldüğü gibi, stresin ebeveyn, çocuk hasta ve hekim arasında bulaşıcı olduğunu kanıtlamaktadır. Ebeveynlerin diş tedavisine ilişkin tutumları ve duyguları çocuğun algısını etkileyebilmekte, çocuk dental kaygıyı ebeveynlerini gözlemleyerek öğrenebilmektedir (8). Uyumsuz çocukların ebeveynlerinin stres ve korku düzeylerinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Kaygıyı ebeveyninden öğrenen çocuk agresif davranışlar sergileyebilmekte, bu da hekimi/öğrenciyi strese sokarak tedavi ortamını istenmeyen bir hale getirebilmektedir (8). Bu etkileşim örgüsünden de anlaşılacağı üzere ebeveyn tipi, pedodonti kliniğinin stres seviyesini belirleyen önemli bir faktördür. Çocuğun stresle başa çıkma becerisinin, ebeveynleri anlayışlı ve özgüvenli olduğu ve çocuğa sınırlar koyabildiği zaman geliştiği belirtilmektedir (8).

Diş hekimleri tedavi sırasında ebeveynin klinikte bulunmasına genel olarak sıcak bakmamaktadırlar. Bunun sebebi olarak da, ebeveyn varlığında çocuğun daha uyumsuz davranışlar sergilemesini ve ebeveynin kendi kaygısını çocuğa yansıtmasını göstermektedirler (55). Yapılan çalışmalarda ebeveyn açısından; klinikte durmanın ya daha iyi hissettirdiği ya da dışarıda beklemeye göre bir fark oluşturmadığı bildirilmiştir (149). Ebeveyn varlığı veya yokluğunun, bir davranış yönlendirme tekniği olarak, çocuğun davranışlarına olan etkileri konusunda bir fikir birliğine varılamamıştır (149, 150). Eğitiminin 3. yılındaki pedodonti uzmanlık öğrencileri tarafından uygulandığında bu tekniğin, diğer basit davranış yönlendirme tekniklerine göre herhangi bir üstünlüğü bulunamamıştır (55). PPS ölçeği ebeveyn alt boyutunda, işlem sırasında ebeveynin

klินิกte durması konusunda düşük (%34.5) ve yüksek (%36.5) stres skoru bildiren öğrencilerin oranlarının birbirine çok yakın olması da bu kararsızlığı desteklemektedir. Pedodontinin amaçlarından biri de çocuk ve ebeveynle doğru iletişim kurmaktır (63). Diş hekimliği öğrencileri çocuk ve ebeveyn ile iletişim kurmada deneyimsiz ve dolayısıyla özgüvensiz olmaları nedeniyle pedodonti kliniğinde yüksek düzeyde strese maruz kalabilmektedirler (10). Ebeveynin klinikte durmasının çocuğu, ebeveyni ve tedavinin seyrini ne yönde etkileyeceğine genellikle hekim tecrübeleri doğrultusunda karar vermektedir. Örneğin, uyumlu ve düşük kaygılı bir ebeveynin işlem sırasında çocuğun yanında kalmasına izin verilmesi daha muhtemeldir (150). Ya da, engelli bir çocuğun ebeveyninden ayrılması, çocukla kurulabilecek iletişimi olumsuz etkileyecek, başarılı bir tedavi şansını tamamen yok edecektir (52). Engelli çocukların aileleri ile yapılan pek çok araştırmada, bu ailelerde stres düzeyinin oldukça yüksek olduğu belirlenmiştir (151-153). Zihinsel engelli çocuğu olan annelerin sosyal fobiye sahip olma oranının da daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Sosyal fobisi olan bireyler genellikle olumsuz düşüncelere yatkın, abartılı tepkiler verebilen, yanlış anlaşılmaktan korktukları için başkalarının kendileri hakkındaki düşüncelerini de yanlış anlamaya meyilli, reddedilmeye karşı aşırı duyarlı bireylerdir (153). Ancak tüm bu psikolojik olumsuzluklara rağmen engelli çocukların annelerinin ileri davranış yönlendirme tekniklerini daha kolay kabul ettikleri bildirilmiştir (51). Engelli bireylerin ailelerinin tedavi sırasında çocuklarını genellikle olumlu yönde destekledikleri belirtilmiş, bu sebeplerle özellikle zihinsel engelli çocukların hekimle kuracağı iletişimi de arttırmak amacıyla, işlem sırasında ebeveynlerinden ayrılmaması önerilmiştir (52).

Çalışmamızda şaşırtıcı bir şekilde, aşırı hoşgörölü ebeveyn, şefkatsiz ve sevgisiz ebeveyn ve aşırı otoriter ebeveyn daha az sayıda öğrenci tarafından yüksek stres kaynağı olarak gösterilmiştir. Aşırı hoşgörölü ve düşkün ebeveynler, çocukları üzerinde otorite sahibi değillerdir ve çocukları şımarık ve agresif tavırlar sergileyebilmektedir (79). Bu sebeple davranış problemi göstermeleri çok muhtemeldir. Ayrıca çocuğa şiddet uygulayan sevgisiz ebeveynin öğrencinin stresini arttırdığı bildirilmiştir (10).

Çalışmamızda öğrencilerden PPS ölçeğinden bağımsız iki faktör için daha stres puanlaması yapmaları istenmiştir. Öğrencilerin "tedaviye randevu saatinde başlayamamak/hastayı bekletmek" maddesine yüksek stres puanı verme oranları %36 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin bu maddeye verdikleri stres puanları ile PPS ölçeği toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Buna göre; pedodonti

kliniğinde yüksek stres düzeyi bildiren öğrenciler için, bekleyen hastanın tedavisine zamanında başlayamamak da önemli bir stres kaynağı oluşturmaktadır. Literatür taraması sonucu, programın gerisinde kalmanın diş hekimleri için ciddi bir stres kaynağı olduğunu bildiren çalışmalara rastlanmıştır. İşle ilgili en büyük stres kaynakları sorulduğunda "programın gerisinde kalmak" diş hekimlerinin %68.4'ü tarafından işaretlenerek birinci en stresli faktör olarak bulunmuştur (144). Bir başka çalışmada da benzer şekilde, programın gerisinde kalmanın diş hekimleri üzerinde hastanın canını acıtmak, ağır iş yükü, hastanın geç kalması ve hatta kaygılı hastadan bile daha fazla stres oluşturduğu görülmüştür (40). Öğrenciler ve diş hekimleri arasındaki bu oran farkının, öğrencilerin fakülte kliniğinde hastaya karşı hissettikleri sorumluluğun, kendi kliniğinde çalışan bir diş hekimine göre daha az olmasından kaynakladığını düşünmekteyiz.

PPS ölçeğinden bağımsız olarak değerlendirilen bir diğer faktör olan "klinikte yapılan işlemle ilgili teorik olarak eksik hissetmek" ise öğrencilerin %46'sında yüksek düzeyde stres oluşturmuştur. Teorik bilgi, pratik uygulama sırasında öğrencinin özgüvenli olmasına katkı sağlayan en önemli faktörlerden biridir. Örneğin, bir çalışmada öğrencilerin %79.4'ü davranış yönlendirme tekniklerini bilmenin, çocuk hastaların tedavisi sırasında yaşanan stresi azaltacağını bildirmişlerdir (10). Pedodonti kliniğinde dezavantajlı olan, yüksek stres puanlarına sahip öğrencilerin motivasyonlarının diş hekimliği eğitimcileri tarafından artırılmaya çalışılması, aktif klinik uygulamalarla birlikte teorik derslerle desteklenmeleri önerilmiştir (63). PPS ölçeği ile öğrencinin teorik olarak eksik hissettiği konuların da belirlenerek bu eksikliklerin giderilmesi için çalışmalar yapılabileceğini ve bu şekilde öğrencinin klinikte hastalara daha özgüvenli ve rahat yaklaşmasının sağlanabileceğini düşünmekteyiz.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Pedodonti kliniği; diş hekimi, çocuk hasta ve ebeveynin sıkı sıkıya etkileşim halinde olduğu ve bunlara bağlı birçok stres faktörünü barındıran bir ortamdır. Diş hekimliği öğrencileri, devam eden eğitimleri boyunca çeşitli stres faktörlerine maruz kalmakta ve akademik başarı, klinik performans ve psikolojik sağlıkları olumsuz etkilenebilmektedir. Literatürde diş hekimliği fakültelerinde öğrenciler üzerinde stres oluşturan bu faktörlerin incelendiği çalışmalar mevcuttur. Mevcut ölçekler daha geniş çerçeveden bakılarak hazırlanmış, daha genel stres faktörlerine odaklanmış sorulardan oluşmaktadır. Ancak kendine has unsurları ile öğrencilerin farklı stres kaynaklarıyla karşılaşmasına sebep olan pedodonti kliniğine özgü çalışmaların sayısının az olduğu ve bu ihtiyacı karşılayacak bir ölçeğe ihtiyaç olduğu görülmüştür. PPS ölçeği, pedodonti kliniklerinde stres oluşturarak hekimin verimliliği, hastanın uyumu ve dolayısıyla tedavinin etkinliğini dahi etkileyebilecek stres faktörlerinin belirlenmesi amacıyla kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçektir. Böylece pedodonti eğitimi ve klinik şartlarının hekim ve hasta lehine iyileştirilmesine katkı sağlanacağı düşünülmektedir.

PPS ölçeği ile yaptığımız çalışmamıza katılan öğrenciler pedodonti kliniğinde yüksek düzeyde stres yaşadıklarını bildirmişlerdir. Diş hekimliği eğitimcilerinin, öğrencilerin maruz kaldığı stresin azaltmak adına çözümler üretmek, verimli ve sağlıklı bir eğitim ortamı hazırlamakla yükümlü olduklarını düşünmekteyiz. Bu amaçla sonuç olarak;

- Stresle başa çıkmakta zorlanan, kaygı puanı yüksek, strese meyilli öğrenciler fakültenin ilk yıllarında tespit edilmelidir.
- İhtiyacı olan öğrenciler için stresle başa çıkmalarını kolaylaştıracak yöntemler konusunda eğitimler düzenlenmelidir.
- Fakülteler, öğrencilere destek vermek adına düzenli olarak rehberlik ve psikolojik danışmanlık hizmetleri sunmalıdır.
- En verimli öğretim teknikleri, klinik stratejileri ve teorik müfredatlarının geliştirilmesi ve uygulanması ve etkinliklerinin değerlendirilmesi konusunda araştırmalar yürütülmelidir.

- Acil müdahale gerektiren durumlar gibi korkulan konular tespit edilmeli, gerekirse ek eğitimlerle öğrencilerin özgüven eksiklikleri giderilmeye çalışılmalıdır.
- Geleceğin diş hekimlerinin özellikle uyumsuz ve engelli çocuk hastalara karşı daha az önyargılı, onları tedavi etmeye daha istekli olmalarının sağlanması amaçlanmalıdır. Bunun için davranış yönlendirme teknikleri başta olmak üzere, teorik bilginin daha etkin aktarımı için çözümler aranmalı, gerekirse öğrencilere bu hastaların tedavilerinde daha fazla rol verilmelidir.
- Ebeveynler için, pedodonti kliniklerinde nasıl davranmaları gerektiği, kaliteli bir dental tedavi ortamına nasıl katkı sağlayacakları konusunda eğitimler düzenlenmelidir.
- Pedodonti klinik ortamında öğrenciler üzerinde stres oluşturan faktörler ortadan kaldırılmaya çalışılmalı, öğrencilerin ihtiyaçları doğrultusunda gereken değişikliklerin yapılmasından kaçınılmamalıdır. Bu sayede, diş hekimi adaylarını daha öğrencilik yıllarından itibaren mesleki tükenmişliğe uğratmadan, işini severek yapan, verimli çalışan ve sağlıklı bir diş hekimi nesli yetiştirilebilir.

KAYNAKLAR

1. Bathla M, Singh M, Kulhara P, Chandna S, Aneja J. Evaluation of anxiety, depression and suicidal intent in undergraduate dental students: A cross-sectional study. *Contemp Clin Dent* 2015, 6:215-22.
2. Davidovich E, Pessov Y, Baniel A, Ram D. Levels of stress among general practitioners, students and specialists in pediatric dentistry during dental treatment. *J Clin Pediatr Dent* 2015, 39:419-22.
3. Dahan H, Bedos C. A typology of dental students according to their experience of stress: A qualitative study. *J Dent Educ* 2010, 74:95-103.
4. Barberia E, Fernandez-Frias C, Suarez-Clua C, Saavedra D. Analysis of anxiety variables in dental students. *Int Dent J* 2004, 54:445-9.
5. Basudan S, Binanzan N, Alhassan A. Depression, anxiety and stress in dental students. *Int J Med Educ* 2017, 8:179-86.
6. Uraz A, Tocak YS, Yozgatligil C, Cetiner S, Bal B. Psychological well-being, health, and stress sources in Turkish dental students. *J Dent Educ* 2013, 77:1345-55.
7. Alzahem AM, van der Molen HT, Alaujan AH, Schmidt HG, Zamakhshary MH. Stress amongst dental students: a systematic review. *Eur J Dent Educ* 2011, 15:8-18.
8. Cardoso CL, Loureiro SR, Nelson-Filho P. Pediatric dental treatment: manifestations of stress in patients, mothers and dental school students. *Braz Oral Res* 2004, 18:150-5.
9. Farokh-Gisour E, Hatamvand M. Investigation of stress level among dentistry students, general dentists, and pediatric dental specialists during performing pediatric dentistry in Kerman, Iran, in 2017. *Open Dent J* 2018, 12:631-7.
10. Aishwarya AS, Gurunathan D. Stress level in dental students performing pedodontic procedure. *J Adv Pharm Edu Res* 2017, 7:34-8.

11. Piazza-Waggoner CA, Cohen LL, Kohli K, Taylor BK. Stress management for dental students performing their first pediatric restorative procedure. *J Dent Educ* 2003, 67:542-8.
12. Batıgün AD, Şahin NH. İş stresi ve sağlık psikolojisi araştırmaları için iki ölçek: A-tipi kişilik ve iş doyumu. *Türk Psikiyatri Derg* 2006, 17:32-45.
13. Ergül A. Çalışma Yaşamında Stresin Bireysel Performans Üzerindeki Etkileri: Eğitim ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Bir Araştırma. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir: Balıkesir Üniversitesi, 2012.
14. Yıldırım İ. Stres ve stresle başa çıkma teknikleri. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 1991, 6:175-89.
15. Erdoğan T, Ünsar S, Süt N. Stresin çalışanlar üzerindeki etkileri: bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2009, 14:447-61.
16. Gündoğdu R, Adıgüzel Ö. Stres ve yaratıcı drama: üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışma. *Yaratıcı Drama Dergisi* 2016, 11:45-70.
17. Güçlü N. Stres yönetimi. *GÜ Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2001, 21:91-109.
18. Aktaş AM. Bir kamu kuruluşunun üst düzey yöneticilerinin iş stresi ve kişilik özellikleri. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi* 2001, 56:24-42.
19. Kiecolt-Glaser JK, McGuire L, Robles TF, Glaser R. Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: back to the future. *Psychosom Med* 2002, 64:15-28.
20. Vitetta L, Anton B, Cortizo F, Sali A. Mind-body medicine: stress and its impact on overall health and longevity. *Ann N Y Acad Sci* 2005, 1057:492-505.
21. Leonard B. Stress, depression and the activation of the immune system. *World J Biol Psychiatry* 2000, 1:17-25.
22. Sarp N. Hekim ve stres yönetimi. *J Ankara Univ Fac Med* 2000, 53:133-37.
23. Almalik M, Alnowaiser A, El Meligy O. Clinical anxiety among Saudi postgraduate pediatric dentistry students in Jeddah city. *Int J Dent* 2018 2018:5863869.
24. Yüksel H. Çalışma yaşamı ve stres kavramı: durumsal bir yaklaşım. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2014, 3:109-31.

25. Yurtsever H. Kişilik Özelliklerinin Stres Düzeyine Etkisi ve Stresle Başa Çıkma Yolları: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, İnsan Kaynakları Programı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2009.
26. Huang L, Zhang Y, Yao YC, Cui FF, Shi T, Wang YW, Lan YJ. Effects of personality and psychological acceptance on medical workers' occupational stress. *Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases* 2018, 36:519-22.
27. Durna U. Stres, A ve B tipi kişilik yapısı ve bunlar arasındaki ilişki üzerine bir araştırma. *Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İİBF Dergisi* 2004, 11:191-206.
28. Rada RE, Johnson-Leong C. Stress, burnout, anxiety and depression among dentists. *J Am Dent Assoc* 2004, 135:788-94.
29. Rehmani N, Khan QA, Fatima SS. Stress, anxiety and depression in students of a private medical school in Karachi, Pakistan. *Pak J Med Sci* 2018, 34:696-701.
30. Barnes LLB, Harp D, Jung WS. Reliability generalization of scores on the Spielberger state-trait anxiety inventory. *Educ Psychol Meas* 2002, 2:603-18.
31. Tluczek A, Henriques JB, Brown RL. Support for the reliability and validity of a six-item state anxiety scale derived from the State-Trait Anxiety Inventory. *J Nurs Meas* 2009, 17:19-28.
32. Duman G. İlköğretim 8. sınıf öğrencilerinin durumluk sürekli kaygı düzeyleri ile sınav kaygısı düzeyleri ve ana-baba tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Programı Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2008.
33. Marteau TM, Bekker H. The development of a six-item short-form of the state scale of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *Br J Clin Psychol* 1992, 31:301-6.
34. Kabacoff RI, Segal DL, Hersen M, Van Hasselt VB. Psychometric properties and diagnostic utility of the Beck Anxiety Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory with older adult psychiatric outpatients. *J Anxiety Disord* 1997, 11:33-47.

35. Ulusoy M, Şahin N, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *J Cogn Psychother* 1998, 12:163-72.
36. Julian LJ. Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2011, 63 Suppl 11: 467-72.
37. Öner N, Le Compte A. *Durumluk-sürekli kaygı envanteri el kitabı*. 2. Baskı. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1985.
38. Pohlmann K, Jonas I, Ruf S, Harzer W. Stress, burnout and health in the clinical period of dental education. *Eur J Dent Educ* 2005, 9:78-84.
39. Divaris K, Polychronopoulou A, Taoufik K, Katsaros C, Eliades T. Stress and burnout in postgraduate dental education. *Eur J Dent Educ* 2012, 16:35-42.
40. Moore R, Brodsgaard I. Dentists' perceived stress and its relation to perceptions about anxious patients. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001, 29:73-80.
41. Myint K, See-Ziau H, Husain R, Ismail R. Dental students' educational environment and perceived stress: the University of Malaya experience. *Malays J Med Sci* 2016, 23:49-56.
42. Stacey DG, Kurunathan TM. Noncognitive indicators as critical predictors of students' performance in dental school. *J Dent Educ* 2015, 79:1402-10.
43. Kumar S, Dagli RJ, Mathur A, Jain M, Prabu D, Kulkarni S. Perceived sources of stress amongst Indian dental students. *Eur J Dent Educ* 2009, 13:39-45.
44. Harzer C, Ruch W. The relationships of character strengths with coping, work-related stress, and job satisfaction. *Front Psychol* 2015, 6:165.
45. Ocak M, Güler M. A tipi kişilik ve başa çıkma yöntemlerinin stresle ilişkisi: Türk ve Bosnalı öğrenciler üzerinde karşılaştırmalı bir araştırma. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2013, 5:135-47.
46. İştahar E. Stres ve verimlilik ilişkisi. *Akademik Bakış Dergisi* 2012, 33:1-21.
47. Özdemir O, Özdemir P, Kadak M, Nasıroğlu S. Kişilik gelişimi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2012, 4:566-89.

48. Law CS, Blain S. Approaching the pediatric dental patient: a review of nonpharmacologic behavior management strategies. *J Calif Dent Assoc* 2003, 31:703-13.
49. Tümen E. Çocuklarda dental anksiyete ve korku, iletişim ve davranışsal yönetim problemleri. *Türkiye Klinikleri J Dent Sci* 2010, 16:249-56.
50. Yahyaoğlu Ö, Baygın Ö. Çocuk diş hekimliğinde diş hekimi kaygı ve korkusunun değerlendirilmesi. *Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg* 2018, 28:599-609.
51. de Castro AM, de Oliveira FS, de Paiva Novaes MS, Araujo Ferreira DC. Behavior guidance techniques in pediatric dentistry: attitudes of parents of children with disabilities and without disabilities. *Spec Care Dentist* 2013, 33: 213-7.
52. Kalyoncu I, Menteş A, Tanboğa İ. Engelli çocuklarda diş hekimliği-kaygı ve korku kontrolünde davranış yönlendirmesi: non-farmakolojik yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Dent-Special Topics* 2018, 4:142-6.
53. Klingberg G, Broberg A. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *Int J Paediatr Dent* 2007, 17:391-406.
54. Sharma A, Kumar D, Anand A, Mittal V, Singh A, Aggarwal N. Factors predicting behavior management problems during initial dental examination in children aged 2 to 8 years. *Int J Clin Pediatr Dent* 2017, 10:5-9.
55. Boka V, Arapostathis K, Charitoudis G, Veerkamp J, van Loveren C, Kotsanos N. A study of parental presence/absence technique for child dental behaviour management. *Eur Arch Paediatr Dent* 2017, 18:405-9.
56. Versloot J, Veerkamp JS, Hoogstraten J. Children's self-reported pain at the dentist. *Pain* 2008, 137:389-94.
57. Baygın Ö, Tüzüner T, Işık B, Arslan İ, Tanrıver M. Preoperatif anksiyetenin süt dişi çekimi yapılan çocuklarda ağrı düzeyi ile korelasyonunun değerlendirilmesi. *Journal of Istanbul University Faculty of Dentistry* 2012, 46:32-42.
58. Rantavuori K, Tolvanen M, Hausen H, Lahti S, Seppä L. Factors associated with different measures of dental fear among children at different ages. *J Dent Child (Chic)* 2009, 76:13-9.

59. Yahyaoğlu Ö, Baygın Ö, Yahyaoğlu G, Tüzüner T. 6-12 yaş grubu çocuklarda diş hekiminin dış görünüşünün dental durum ile ilişkisinin değerlendirilmesi. *Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg* 2018, 28:292-304.
60. Bayrak Ş, Şen Tunç E, Eğilmez T, Tüloğlu N. Ebeveyn dental kaygısı ve sosyodemografik faktörlerin çocukların dental kaygısı üzerine etkileri. *Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg* 2010, 3:181-8.
61. Clinical Affairs Committee, Behavior Management Subcommittee AAPD. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. *Pediatr Dent* 2015, 37:57-70.
62. Al Zoubi L, Schmoeckel J, Mustafa Ali M, Alkilzy M, Splieth C. Parental acceptance of advanced behaviour management techniques in normal treatment and in emergency situations used in paediatric dentistry. *Eur Arch Paediatr Dent* 2019, 20: 319-23.
63. Buldur B. Angel or devil? Dentists and dental students conceptions of pediatric dental patients through metaphor analysis. *J Clin Pediatr Dent* 2018, 42:119-24.
64. Yetiş C, Küçükeşmen Ç. Çocuk hastalarda “dental kaygı ve davranış idaresi problemlerinin” görülme sıklığı ve etiyolojik faktörleri. *Balıkesir Sağlık Bil Derg* 2013, 2:62-8.
65. Coşkun A, Ulusu T. Çocuk diş hekimliğinde davranış yönlendirme teknikleri ve "ask-tell-ask" yöntemi. *Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg* 2019, 29: 512-8.
66. Radhakrishna S, Srinivasan I. Comparison of three behavior modification techniques for management of anxious children aged 4-8 years. *J Dent Anesth Pain Med* 2019, 19:29-36.
67. Crossley ML, Joshi G. An investigation of paediatric dentists' attitudes towards parental accompaniment and behavioural management techniques in the UK. *Br Dent J* 2002, 192:517-21.
68. Feigal RJ. Guiding and managing the child dental patient: a fresh look at old pedagogy. *J Dent Educ* 2001, 65:1369-77.
69. Marwah N, Prabhakar AR, Raju OS. Music distraction-its efficacy in management of anxious pediatric dental patients. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2005, 23:168-70.

70. Prabhakar AR, Marwah N, Raju OS. A comparison between audio and audiovisual distraction techniques in managing anxious pediatric dental patients. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2007, 25:177-82.
71. Riba H, Al-Shahrani A, Al-Ghutaimel H, Al-Otaibi A, Al-Kahtani S. Parental presence/absence in the dental operatory as a behavior management technique: a review and modified view. *J Contemp Dent Pract* 2018, 19:237-41.
72. Bhandari R, Thakur S, Singhal P, Chauhan D, Jayam C, Jain T. Parental awareness, knowledge, and attitude toward conscious sedation in North Indian children population: a questionnaire-based study. *Indian J Dent Res* 2018, 29:693-7.
73. Kotsanos N, Arhakis A, Coolidge T. Parental presence versus absence in the dental operatory: a technique to manage the uncooperative child dental patient. *Eur J Paediatr Dent* 2005, 6:144-8.
74. Shahnava S, Rutley S, Larsson K, Dahllof G. Children and parents' experiences of cognitive behavioral therapy for dental anxiety-a qualitative study. *Int J Paediatr Dent* 2015, 25:317-26.
75. Attri JP, Sharan R, Makkar V, Gupta KK, Khetarpal R, Kataria AP. Conscious sedation: emerging trends in pediatric dentistry. *Anesth Essays Res* 2017, 11:277-81.
76. Mozafar S, Bargrizan M, Golpayegani MV, Shayeghi S, Ahmadi R. Comparison of nitrous oxide/midazolam and nitrous oxide/promethazine for pediatric dental sedation: a randomized, cross-over, clinical trial. *Dent Res J* 2018, 15:411-9.
77. Wells MH, McCarthy BA, Tseng CH, Law CS. Usage of behavior guidance techniques differs by provider and practice characteristics. *Pediatr Dent* 2018, 40:201-8.
78. de Castro Morais Machado G, Van Wijk A, van der Heijden G, Costa LR. Does parental anxiety, coping, and pain catastrophizing influence child behavior during sedation? *Pediatr Dent* 2018, 40:365-9.
79. Günalp A. Farklı Anne Baba Tutumlarının Okul Öncesi Eğitim Çağındaki Çocukların Öz güven Duygusunun Gelişimine Etkisi (Aksaray İli Örneği). Sosyal Bilimler Enstitüsü, İlköğretim Anabilim Dalı.Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2007.

80. Öz E, Kırzioğlu Z. Mezuniyet sonrası diş hekimlerinin pedodontik tedavilere yaklaşımı. *Balıkesir Sağlık Bil Derg* 2018, 7:23-33.
81. Mustafa O, Parekh S, Ashley P, Anand P. Post-operative pain and anxiety related to dental procedures in children. *Eur J Paediatr Dent* 2013, 14:289-94.
82. Canoğlu E, Güngör C, Bozkurt A. Çocuk diş hekimliğinde ilaç kullanımı. *Hacettepe Diş Hek Fak Derg* 2009, 33:30-44.
83. Kieser J, Herbison P. Clinical anxieties among dental students. *N Z Dent J* 2000, 96:138-9.
84. Duggal M, Tong HJ, Al-Ansary M, Twati W, Day PF, Nazzal H. Interventions for the endodontic management of non-vital traumatised immature permanent anterior teeth in children and adolescents: a systematic review of the evidence and guidelines of the European Academy of Paediatric Dentistry. *Eur Arch Paediatr Dent* 2017, 18:139-51.
85. Odabaş ME, Deveci C, Alaçam A. Çocuk hastalarda acil diş tedavilerinin retrospektif değerlendirmesi. *GÜ Diş Hek Fak Derg* 2012, 29:7-10.
86. Tüloğlu N, Bayrak Ş. Çocuk diş hekimliğinde kullanılan lokal anestezi teknikleri ve güncel yaklaşımlar. *Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg* 2010, 20:53-61.
87. Kaufman E, Epstein JB, Naveh E, Gorsky M, Gross A, Cohen G. A survey of pain, pressure, and discomfort induced by commonly used oral local anesthesia injections. *Anesth Prog* 2005, 52:122-7.
88. Tüzüner T, Karamüftüoğlu N, Ulusu T. Çocuklarda diş hekimliği işlemlerine karşı duyulan kaygı düzeylerinin Facial Image Scale (FIS) ile değerlendirilmesi ve FIS ile Venham Picture Test (VPT)'in korelasyonunun saptanması. *GÜ Diş Hek Fak Derg* 2007, 24:145-9.
89. Jamali Z, Najafpour E, Ebrahim Adhami Z, Sighari Deljavan A, Aminabadi NA, Shirazi S. Does the length of dental procedure influence children's behavior during and after treatment? A systematic review and critical appraisal. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects* 2018, 12:68-76.
90. Güngör D. Psikolojide ölçme araçlarının geliştirilmesi ve uyarlanması kılavuzu. *Türk Psikoloji Yazıları* 2016, 19:104-12.

91. Büyüköztürk Ş. Anket geliştirme. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi* 2005, 3:133-51.
92. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004, 30:211-6.
93. Erkuş A. Ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında karşılaşılan sorunlar. *Türk Psikoloji Bülteni* 2007, 13:17-25.
94. Alpar R. *Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik*. 5. Baskı. Ankara, Detay Yayıncılık, 2012:496-506.
95. Tezbaşaran A. *Likert Tipi Ölçek Hazırlama Kılavuzu*. 3. Baskı. Mersin, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2008:45-53.
96. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. *Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: SPSS Ve LISREL Uygulamaları*. 5. Baskı. Ankara, Pagem Akademi, 2010:416.
97. Şencan H. *Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik*. 1. Baskı. Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2005:105-245.
98. Karagöz Y. *SPSS ve AMOS Uygulamalı Nitel-Nicel-Karma- Bilimsel Araştırma Yöntemleri ve Yayın Etiği*. 1. Baskı. İstanbul, Nobel Akademik Yayıncılık, 2017: 444-551.
99. Briggs S, Cheek J. The role of factor analysis in the development and evaluation of personality scales. *J Pers* 1986, 54: 106-48.
100. Özorhan E. Gebelikteki Yakınlıklar ve Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2016.
101. Faul F, Erdfelder E, Buchner A. Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods* 2009, 41:1149-60.
102. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2nded. New York, Taylor & Francis INC, US, 1988:7-8.
103. Büyüköztürk Ş. Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi* 2002, 32: 470-483.

104. Grbz S. *AMOS ile Yapısal Eşitlik Modellemesi*. 1. Baskı. Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2019:33-44.
105. Gliem A, Gliem R. Calculating, interpreting and reporting Cronbach's alpha reliability coefficient for likert-type scales. *Midwest Research To Practice Conference In Adult, Continuing and Community Education USA* 2003, 4-6 October, 82-88.
106. Urbina S. *Essentials of Psychological Testing*. 2nd ed. New Jersey, John Wiley & Sons Inc, 2004: 117-51.
107. Raines-Eudy R. Using structural equation modeling to test for differential reliability and validity: an empirical demonstration. *Structural Equation Modeling* 2000, 7:124-41.
108. Aksayan S, Gzm S. Kltrlerarası lek uyarlaması için rehber II: psikometri zellikler ve kltrlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2003, 5:3-14.
109. Mardia K. Applications of some measures of multivariate skewness and kurtosis in testing normality and robustness studies. *The Indian Journal of Statistics* 1974;36: 115-28.
110. Meydan C, şeşen H. *Yapısal Eşitlik Modellemesi AMOS Uygulamaları*. 2. Baskı. Ankara, Detay Yayıncılık, 2011:21-30.
111. Civelek ME. *Yapısal Eşitlik Modellemesi Metodolojisi*. 1. Baskı. İstanbul, Beta Yayıncılık, 2018:67-83.
112. zdamar K. *Eğitim, Sağlık ve Davranış Bilimlerinde lek ve Test Geliştirme Yapısal Eşitlik Modellemesi*. 1. Baskı. Eskişehir, Nisan Kitabevi, 2016:68-131.
113. Arbuckle J. *Ibm SPSS IBM SPSS AMOS 21 User's Guide*. 6th ed Usa: IBM SPSS AMOS Corp: Ibm Corp. 2012:489-510.
114. Dirican A. Tanı testi performanslarının değerlendirilmesi ve kıyaslanması. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi* 2001, 32:25-30.
115. Alpar R. *Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinde rneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik*. 2. Baskı, Ankara, Detay Yayıncılık, 2012:147.

116. Acharya S. Factors affecting stress among Indian dental students. *J Dent Educ* 2003, 67:1140-8.
117. Knight RG, Waal-Manning HJ, Spears GF. Some norms and reliability data for the State-Trait Anxiety Inventory and the Zung Self-Rating Depression scale. *Br J Clin Psychol* 1983, 22:245-9.
118. Kendall P, Finch AJ, Auerbach S, Hooke J, Mikulka P. The State-Trait Anxiety Inventory: a systematic evaluation. *J Consult Clin Psychol* 1976, 44:406-12.
119. Grandy TG, Westerman GH, Lupo JV, Combs CG. Stress symptoms among third-year dental students. *J Dent Educ* 1988, 52:245-9.
120. Abu-Ghazaleh SB, Sonbol HN, Rajab LD. A longitudinal study of psychological stress among undergraduate dental students at the University of Jordan. *BMC Med Educ* 2016, 16:90.
121. Ali S, Farooq I, Khan S, Moheet I, Al-Jandan A, Al-Khalifa S. Self-reported anxiety of dental procedures among dental students and its relation to gender and level of education. *J Taibah Univ Med Sci* 2015,10(4):449-53.
122. Divaris K, Mafla AC, Villa-Torres L, Sánchez-Molina M, Gallego-Gómez CL, Vélez-Jaramillo LF, et al. Psychological distress and its correlates among dental students: a survey of 17 Colombian dental schools. *BMC Med Educ* 2013,13:91.
123. Ersan N, Fişekçioğlu E, Dölekoğlu S, Oktay İ, İlğü D. Perceived sources and levels of stress, general self-efficacy and coping strategies in clinical dental students. *Psychology, health & medicine* 2017,22(10):1175-85.
124. Polychronopoulou A, Divaris K. Perceived sources of stress among Greek dental students. *J Dent Educ* 2005,69(6):687-92.
125. Gorter R, Freeman R, Hammen S, Murtomaa H, Blinkhorn A, Humphris G. Psychological stress and health in undergraduate dental students: fifth year outcomes compared with first year baseline results from five European dental schools. *Eur J Dent Educ* 2008,12(2):61-8.
126. Mafla AC, Villa-Torres L, Polychronopoulou A, Polanco H, Moreno-Juvinao V, Parra-Galvis D, et al. Burnout prevalence and correlates amongst Colombian dental students: the STRESSCODE study. *Eur J Dent Educ* 2015,19(4):242-50.

127. Gerreth K, Chlapowska J, Lewicka-Panczak K, Sniatala R, Ekkert M, Borysewicz-Lewicka M. Self-Evaluation of Anxiety in Dental Students. *BioMed Res Int* 2019;6436750.
128. Freeman RE. Dental students as operators: emotional reactions. *Med Educ* 1985,19(1):27-33.
129. Yavuzer Y, Gündoğdu R, Koyuncu SC. A tipi kişilik puanları kontrol edilerek çalışanların stres kaynaklarının demografik değişkenlere göre incelenmesi. *Eğitim ve Bilim* 2015,40(179):241-50.
130. Hoad-Reddick G, Macfarlane TV, Gibson VM. Relating personality to interview results and performance in the first year of the dental course. *Br Dent J* 1999,186(7):348-52.
131. Al-Omari WM. Perceived sources of stress within a dental educational environment. *J Contemp Dent Pract* 2005,6(4):64-74.
132. Rajab LD. Perceived sources of stress among dental students at the University of Jordan. *J Dent Educ* 2001,65(3):232-41.
133. Astill S, Ricketts N, Singh LA, Kurtz D, Gim YH, Huang B. Environmental and perceived stress in Australian dental undergraduates: Preliminary outcomes. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects* 2016,10(4):270-9.
134. Ercan İ, Hafizoğlu Ş, Özkaya G, Kirli S, Yalçıntaş E, Akaya C. Examining cut-off values for the state-trait anxiety inventory. *Revista Argentina de Clinica Psicologica*. 2015,24(2):143-8.
135. Elani HW, Allison PJ, Kumar RA, Mancini L, Lambrou A, Bedos C. A systematic review of stress in dental students. *J Dent Educ* 2014,78(2):226-42.
136. Harikiran AG, Srinagesh J, Nagesh KS, Sajudeen N. Perceived sources of stress amongst final year dental under graduate students in a dental teaching institution at Bangalore, India: a cross sectional study. *Indian J Dent Res* 2012,23(3):331-6.
137. Dodge WW, Dale RA, Hendricson WD. A preliminary study of the effect of eliminating requirements on clinical performance. *J Dent Educ* 1993,57(9):667-72.

138. Victoroff KZ, Hogan S. Students' perceptions of effective learning experiences in dental school: a qualitative study using a critical incident technique. *J Dent Educ* 2006,70(2):124-32.
139. Ghasemi M, Lotfollahzadeh H, Kermani-Ranjbar T, Kharazifard MJ. Effect of Music Practice on Anxiety and Depression of Iranian Dental Students. *J Dent (Tehran)* 2017,14(3):138-43.
140. Malathi A, Damodaran A. Stress due to exams in medical students--role of yoga. *Indian J Physiol Pharmacol* 1999,43(2):218-24.
141. Rasmussen JK, Frederiksen JA, Hallonsten AL, Poulsen S. Danish dentists' knowledge, attitudes and management of procedural dental pain in children: association with demographic characteristics, structural factors, perceived stress during the administration of local analgesia and their tolerance towards pain. *Int J Paediatr Dent* 2005,15(3):159-68.
142. Chandrasekaran B, Cugati N, Kumaresan R. Dental Students' Perception and Anxiety Levels during their First Local Anesthetic Injection. *Malays J Med Sci* 2014,21(6):45-51.
143. Grock CH, Luz LB, Oliveira VF, Ardenghi TM, Bizarro L, Ferreira MBC, et al. Experiences during the execution of emergency endodontic treatment and levels of anxiety in dental students. *Eur J Dent Educ* 2018,22(4):e715-e23.
144. Myers HL, Myers LB. 'It's difficult being a dentist': stress and health in the general dental practitioner. *Br Dent J* 2004,197(2):89-93.
145. Perusini DJ, Llacuachaqui M, Sigal MJ, Dempster LJ. Dental students' clinical expectations and experiences treating persons with disabilities. *J Dent Educ* 2016,80(3):301-10.
146. Kömerik N, Kırzioğlu Z, Efeoğlu C. Zihinsel engele sahip bireylerde ağız sağlığı. *Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg* 2012,22(1):96-104.
147. Casamassimo PS, Seale NS, Ruehs K. General dentists' perceptions of educational and treatment issues affecting access to care for children with special health care needs. *J Dent Educ* 2004,68(1):23-8.

148. Erdem A, Yaman E, Sepet E, Aytepe Z. Zihinsel engelli çocuklarda davranış yönetimi ve tedavi yaklaşımları. *İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2012,46(2):66-73.
149. Piira T, Sugiura T, Champion GD, Donnelly N, Cole AS. The role of parental presence in the context of children's medical procedures: a systematic review. *Child: care, health and development* 2005,31(2):233-43.
150. Chundamala J, Wright JG, Kemp SM. An evidence-based review of parental presence during anesthesia induction and parent/child anxiety. *Can J Anaesth* 2009,56(1):57-70.
151. Doğru S, Arslan E. Engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyi ile durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2008,19:543-53.
152. Uğuz Ş, Toros F, İnanç B, Çolakkadıoğlu O. Zihinsel ve/veya bedensel engelli çocukların annelerinin anksiyete, depresyon ve stres düzeylerinin belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri* 2004,57:42-7.
153. Erez M. 7-11 yaş arası özel eğitim gören zihinsel engelli öğrenci annelerinin stres belirtileri ve sosyal kaygı düzeyi açısından karşılaştırılması. İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi İstanbul. 2012.

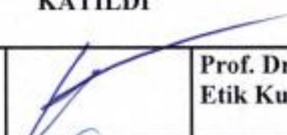
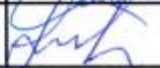
EKLER

Ek-1.Özgeçmiş

1989 yılında Çorlu'da doğdum. İlkokul eğitimimi Namık Kemal İlköğretim Okulu'nda, lise eğitimimi ise Kabataş Erkek Lisesi'nde tamamladım. Üniversite eğitimime 2008 yılında İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nde başladım ve 2013 yılında mezun oldum. 2013 ve 2015 yılları arasında iki farklı özel ağız diş sağlığı polikliniğinde görev yaptıktan sonra 2015 yılında İnönü Üniversitesi ve Selçuk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakülteleri Pedodonti Anabilim Dallarında ortak doktora eğitimime başladım.



Ek-2.Etik kurul onayı

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
02.04.2019	7	2019/7-2	
Karar No: 2019/7-2 Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 02.04.2019 tarihinde Tıp Fakültesi Etik Kurul Salonunda toplandı. İnönü Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti AD. Dr. Öğr. Üy. Pınar DEMİR'in, sorumlu araştırmacı olduğu; İnönü Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti AD. Doktora Öğrencisi İnci YÜKSEL KIRMIZIGÜL'ün, yardımcı araştırmacı olduğu; “ Pedodonti Kliniğindeki Diş Hekimliği Öğrencilerinde Stres Oluşturan Faktörlerin Değerlendirilmesi ” başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde; çalışmanın <u>etik açıdan uygun olduğuna; oy birliği ile karar verilmiştir.</u>			
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı		KATILDI	
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd. (Vekil)		Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ Etik Kurul Üyesi	KATILMADI
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi		Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi	
Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN Etik Kurul Üyesi		Prof. Dr. Barış OTLU Etik Kurul Üyesi	KATILMADI

Ek-3.Uzman Görüşü Veri Formu

Diş hekimliği öğrencilerinin pedodonti kliniğinde yaşadıkları stresin kaynakları ve düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilecek olacak Pedodonti Pratiğinde Stres Ölçeği'nde kullanılacak sorular aşağıda belirtilmiştir. Soruların madde havuzunda kalması ya da çıkarılması için aşağıda belirtildiği gibi size uygun gelen seçeneği işaretleyiniz.

SORULAR	Madde gereklidir ve havuzda kalmalıdır.	Madde yararlı, ancak yeterli değil.	Madde gerekli değildir.
Aeratör ile çalışmak (kavite açmak vb.)			
Endodontik işlemler			
Acil müdahale gerektiren durumlar (travma, akut apikal apse vb.)			
Ölçü almak			
Diş çekimi			
Mandibular lokal anestezi uygulaması			
İnfiltratif lokal anestezi uygulaması			
Reçete edilecek ilaç seçimi/ doz ayarlaması			
Endikasyon koymak			
Radyografi çekmek			
Çekim sırasında dişin kırılması/ kök kalması			
Lokal anestezi komplikasyonları			
Diş (kuron/kök) perforasyonu			
Pulp aperiforasyonu			
Alerjik reaksiyonlar			
Yabancı cisim aspirasyonu (pamuk, ege vs.)			
Hastaya zarar vermek (iatrojenik yumuşak doku yaralanması vb.)			
0-6 yaş hasta			
Uyumsuz çocuk hasta			
Zihinsel engelli çocuk hasta (konuşma, anlama vb.)			
Bedensel engelli çocuk hasta (işitme, görme, yürüme vb.)			
Sistemik hastalığı olan çocuk hasta			
İşlem sırasında ebeveynin klinikte durması			
Aşırı korumacı ebeveyn			
Aşırı stresli ebeveyn			
Aşırı hoşgörülü ve düşkün ebeveyn			
Aşırı otoriter ebeveyn			
Aşırı beklentili ebeveyn			
Şefkatsiz ve sevgisiz ebeveyn			

Ek-4.Pedodonti Pratiğinde Stres Ölçeği

Sınıf:

Yaş:

Cinsiyet:

Diş hekimliği meslek seçiminde ilk tercihiniz miydi?: Evet ☐ Hayır ☐

Aşağıdaki seçenekleri, sizde oluşturduğu STRES DÜZEYİ açısından 1'den (düşük stres düzeyi) 5'e (yüksek stres düzeyi) kadar puanlayınız. Puanı yuvarlak içine alınız.

1.İşlemler ile ilgili faktörler:

<u>COCUK HASTADA:</u>	Düşük stres düzeyi	Orta stres düzeyi	Yüksek stres düzeyi		
1- Aeratör ile çalışmak (kavite açmak vb.)	1	2	3	4	5
2- Endodontik işlemler	1	2	3	4	5
3- Acil müdahale gerektiren durumlar (travma, akut apikal apse vb.)	1	2	3	4	5
4- Ölçü almak	1	2	3	4	5
5- Diş çekimi	1	2	3	4	5
6- Mandibular lokal anestezi uygulaması	1	2	3	4	5
7- İnfiltratif lokal anestezi uygulaması	1	2	3	4	5
8- Reçete edilecek ilaç seçimi/ doz ayarlaması	1	2	3	4	5
9- Endikasyon koymak	1	2	3	4	5
10- Radyografi çekmek	1	2	3	4	5

2. Komplikasyonlar:

	Düşük stres düzeyi	Orta stres düzeyi	Yüksek stres düzeyi		
1- Çekim sırasında dişin kırılması/kök kalması	1	2	3	4	5
2- Lokal anestezi komplikasyonları	1	2	3	4	5
3- Diş (kuron/kök) perforasyonu	1	2	3	4	5
4- Pulpa perforasyonu	1	2	3	4	5
5- Alerjik reaksiyonlar	1	2	3	4	5
6- Yabancı cisim aspirasyonu (pamuk, eğe vs.)	1	2	3	4	5
7- Hastaya zarar vermek (iatrojenik yumuşak doku yaralanması vb.)	1	2	3	4	5

3. Çocuk hasta ile ilgili faktörler:

	Düşük stres düzeyi	Orta stres düzeyi	Yüksek stres düzeyi		
1- 0-6 yaş hasta	1	2	3	4	5
2- Uyumsuz çocuk hasta	1	2	3	4	5
3- Zihinsel engelli çocuk hasta (konuşma, anlama vb.)	1	2	3	4	5
4- Bedensel engelli çocuk hasta (işitme, görme, yürüme vb.)	1	2	3	4	5
5- Sistemik hastalığı olan çocuk hasta	1	2	3	4	5

4. Ebeveyn ile ilgili faktörler:

	Düşük stres düzeyi	_____	Orta stres düzeyi	_____	Yüksek stres düzeyi
1- İşlem sırasında ebeveynin klinikte durması	1	2	3	4	5
2- Aşırı korumacı ebeveyn	1	2	3	4	5
3- Aşırı stresli ebeveyn	1	2	3	4	5
4- Aşırı hoşgörülü ve düşkün ebeveyn	1	2	3	4	5
5- Aşırı otoriter ebeveyn	1	2	3	4	5
6- Aşırı beklentili ebeveyn	1	2	3	4	5
7- Şefkatsiz ve sevgisiz ebeveyn	1	2	3	4	5

Ek-5.Öğrencilere Verilen Anket Formu

STRES DEĞERLENDİRMESİ ANKET FORMU

Sınıf:

Yaş:

Cinsiyet:

Diş hekimliği meslek seçiminde ilk tercihiniz miydi?: Evet ☐ Hayır ☐

1. Hekimle ilgili faktörler:

Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duyguları anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretleyerek belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman harcamadan **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamen
1. Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Kendimi emniyette hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Şu anda sinirlerim gergin.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Pişmanlık duygusu içindeyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Şu anda huzur içindeyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Şu anda hiç keyfim yok.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Şu anda kaygılıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Kendimi rahat hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Kendime güvenim var.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Şu anda asabım bozuk.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Çok sinirliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Şu anda halimden memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Şu anda endişeliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Şu anda sevinçliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

	Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen hemen her zaman
21. Genellikle keyfim yerindedir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Genellikle çabuk yorulurum.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Genellikle kolay ağlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Genellikle mutluyum.	(1)	(2)	(3)	(4)
31. Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
32. Genellikle kendime güvenim yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
33. Genellikle kendimi emniyette hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
35. Genellikle kendimi hüznümlü hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
36. Genellikle hayatımdan memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
38. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.	(1)	(2)	(3)	(4)
39. Aklı başında ve kararlı bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)
40. Son zamanlarda kafama takılan sorular beni tedirgin ediyor.	(1)	(2)	(3)	(4)

Aşağıdaki seçenekleri, sizde oluşturduğu STRES DÜZEYİ açısından 1'den (düşük stres düzeyi) 5'e (yüksek stres düzeyi) kadar puanlayınız. Verdiğiniz puanı yuvarlak içine alınız.

2. İşlemler ile ilgili faktörler:

<u>ÇOCUK HASTADA:</u>	Düşük stres düzeyi	Orta stres düzeyi	Yüksek stres düzeyi		
1- Aeratör ile çalışmak (kavite açmak vb.)	1	2	3	4	5
2- Endodontik işlemler	1	2	3	4	5
3- Acil müdahale gerektiren durumlar (travma, akut apikal apse vb.)	1	2	3	4	5
4- Ölçü almak	1	2	3	4	5
5- Diş çekimi	1	2	3	4	5
6- Mandibularlokal anestezi uygulaması	1	2	3	4	5
7- İnfiltratiflokal anestezi uygulaması	1	2	3	4	5
8- Reçete edilecek ilaç seçimi/ doz ayarlaması	1	2	3	4	5
9- Endikasyon koymak	1	2	3	4	5
10- Radyografi çekmek	1	2	3	4	5

<u>YETİŞKİN HASTADA:</u>	Düşük stres düzeyi	Orta stres düzeyi	Yüksek stres düzeyi		
1- Aeratör ile çalışmak (kavite açmak vb.)	1	2	3	4	5
2- Endodontik işlemler	1	2	3	4	5
3- Acil müdahale gerektiren durumlar (travma, akut apikal apse vb.)	1	2	3	4	5
4- Ölçü almak	1	2	3	4	5
5- Diş çekimi	1	2	3	4	5
6- Mandibular lokal anestezi uygulaması	1	2	3	4	5
7- İnfiltratif lokal anestezi uygulaması	1	2	3	4	5
8- Reçete edilecek ilaç seçimi/ doz ayarlaması	1	2	3	4	5
9- Endikasyon koymak	1	2	3	4	5
10- Radyografi çekmek	1	2	3	4	5

3. Komplikasyonlar;

	Düşük stres düzeyi	Orta stres düzeyi	Yüksek stres düzeyi		
1- Çekim sırasında dişin kırılması/kök kalması	1	2	3	4	5
2- Lokal anestezi komplikasyonları	1	2	3	4	5
3- Diş (kuron/kök) perforasyonu	1	2	3	4	5
4- Pulpa perforasyonu	1	2	3	4	5
5- Alerjik reaksiyonlar	1	2	3	4	5
6- Yabancı cisim aspirasyonu (pamuk, eğe vs.)	1	2	3	4	5
7- Hastaya zarar vermek (iatrojenik yumuşak doku yaralanması vb.)	1	2	3	4	5

4. Çocuk hasta ile ilgili faktörler:

	Düşük stres düzeyi	Orta stres düzeyi	Yüksek stres düzeyi		
1- 0-6 yaş hasta	1	2	3	4	5
2- Uyumsuz çocuk hasta	1	2	3	4	5
3- Zihinsel engelli çocuk hasta (konuşma, anlama vb.)	1	2	3	4	5
4- Bedensel engelli çocuk hasta (işitme, görme, yürüme vb.)	1	2	3	4	5
5- Sistemik hastalığı olan çocuk hasta	1	2	3	4	5

5. Ebeveyn ile ilgili faktörler:

	Düşük stres düzeyi	Orta stres düzeyi	Yüksek stres düzeyi		
1- İşlem sırasında ebeveynin klinikte durması	1	2	3	4	5
2- Aşırı korumacı ebeveyn	1	2	3	4	5
3- Aşırı stresli ebeveyn	1	2	3	4	5
4- Aşırı hoşgörülü ve düşkün ebeveyn	1	2	3	4	5
5- Aşırı otoriter ebeveyn	1	2	3	4	5
6- Aşırı beklentili ebeveyn	1	2	3	4	5
7- Şefkatsiz ve sevgisiz ebeveyn	1	2	3	4	5

1- Tedaviye randevu saatinde başlayamamak/ hastayı bekletmek	1	2	3	4	5
2- Klinikte yapılan işlemle ilgili teorik olarak eksik hissetmek	1	2	3	4	5