

Sosyodemografik faktörlerin dental kaygı ve dental korku üzerine etkisinin değerlendirilmesi

Selma Emin Oglou(0000-0002-8283-9795)^α, Selçuk Savaş(0000-0003-2705-2401)^β, Ebru Küçükylmaz(0000-0002-6086-7410)^α

Selcuk Dent J, 2020; 7: 388-395 (Doi: 10.15311/selcukdentj. 593839)

Başvuru Tarihi: 18 Temmuz 2019
Yayına Kabul Tarihi: 20 Kasım 2019

ÖZ

Sosyodemografik faktörlerin dental kaygı ve dental korku üzerine etkisinin değerlendirilmesi

Amaç: Bu çalışmada, çocuk diş hekimliği bölümüne başvuran çocuklarda dental kaygı ve dental korkunun sosyodemografik faktörler ile ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: 6-12 yaş grubu toplam 350 çocuk hastadan, Dental Korku Skalası (DKS) ve Modifiye Dental Anksiyete Skalası (M-DAS) ile yaş, cinsiyet, ebeveynlerin sosyo-ekonomik durumu ve eğitim düzeyleri, diş fırçalama alışkanlığı, diş hekimi ziyaretlerinin sıklığı ile ilgili sorulardan oluşan anketi cevaplamaları istendi. Çalışmadan elde edilen bulgular Pearson ki-kare testi ile analiz edildi ($\alpha = 0.05$).

Bulgular: Çocuk hastaların DKS skorlarının 19-72 arasında değişmekte olduğu ve 2 hastanın aşırı yüksek dental kaygılı, 20 hastanın yüksek dental kaygılı, 111 hastanın ılımlı kaygılı ve 217 hastanın düşük dental kaygılı olduğu tespit edildi ($p < 0.00$). M-DAS skorlarının ise 5-25 arasında değiştiği ve 342 hastada düşük kaygı seviyesinin gözlemlendiği ve 8 hastanın yüksek kaygı seviyesine sahip olduğu tespit edildi ($p < 0.013$). DKS ve M-DAS'a göre dental korku ve dental kaygı düzeyi ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görüldü (DKS; ($p < 0.00$), M-DAS; ($p < 0.013$)). Diş hekimi korku düzeyi ile cinsiyet, diş fırçalama alışkanlığı, diş hekimine gitme sıklığı, velinin sosyoekonomik durum/eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi. Benzer şekilde aynı faktörler ile M-DAS arasında da fark tespit edilmedi ($p > 0.05$).

Sonuç: Çalışmanın bulgularına göre; çocuk hastalarda yaş azaldıkça diş hekimi korku ve kaygısı artmaktadır.

ANAHTAR KELİMELER

Çocuk, dental kaygı, dental korku, sosyodemografik durum

ABSTRACT

Evaluation of the effects of sociodemographic factors on dental anxiety and dental fear

Background: The purpose of this study was to evaluate the relationship between dental anxiety and dental fear with socio-demographic factors in pediatric population.

Methods: A total of 350 patients of 6-12 age groups were asked to complete a questionnaire consisting of the Dental Fear Scale (DFS) and Modified-Dental Anxiety Scale (M-DAS), and questions about age, gender, socio-economic status-education levels of parents, behavior of tooth-brushing, frequency of dental visits. Obtained data were analyzed by Chi-square tests ($\alpha = 0.05$).

Results: DFS's scores of the patients ranged 19-72. Extreme-high dental anxiety was observed in 2, high-dental anxiety was observed in 20, moderate-dental anxiety was observed in 111 and low-dental anxiety was observed in 217 patients ($p < 0.00$). MDAS scores of the patients ranged from 5 to 25. Low-dental anxiety was observed in 342 and high-dental anxiety was observed in 8 patients ($p < 0.013$). There was a statistically significant difference between dental fear and anxiety level and age according to DKS and M-DAS (DKS; ($p < 0.000$) M-DAS; ($p < 0.013$)). The analysis was revealed that are not statistically significant differences between gender, behavior of tooth-brushing, frequency of dental visits, socioeconomic status/education levels of parents and DKS. Similarly, no statistically significance difference was found between the same factors and M-DAS levels ($p > 0.05$).

Conclusion: According to the findings of this study; the more age decreases the greater dental anxiety and fear occurs.

KEYWORDS

Child, dental anxiety, dental fear, sociodemographic status

Gerçekleşen teknolojik gelişmelere bağlı olarak ağrının daha az hissedildiği, konfor düzeyinin arttığı tedavi alternatiflerinin varlığına rağmen diş hekimi korku ve kaygısı özellikle çocuk hastalarda yaygın bir problem olarak varlığını devam ettirmektedir.^{1,2} Korku, bilinen bir duruma karşı gösterilen sübjektif bir histir ve kişinin tehlike ve zararlara karşı kendini korumak amacıyla geliştirdiği, içgüdüsel ve doğal bir reaksiyondur.³⁻⁴ Dental kaygı ise herhangi bir diş kaynaklı uyarıcı olmaksızın diş tedavisine bağlı olarak duyulan korku ve kuruntular nedeniyle gelişen, tam olarak

açıklanamayan yoğun bir huzursuzluk halidir.^{4,5,6} Yapılan araştırmalara göre dental kaygı, sıklıkla kaygı duyulan obje ve durumlar arasında beşinci sırada yer almaktadır.^{1,4,5,6} Dental korku ve kaygı her yaşta görülmekle birlikte genellikle çocukluk döneminde ortaya çıkmaktadır.^{7,8} Yapılan çalışmalarda dental korku ve kaygının Türk popülasyonunda % 21.3-% 23.5^{8,9} diğer popülasyonlarda ise % 2.5-% 20 arasında değiştiği bildirilmiştir.^{9,10} Çocukluk dönemindeki dental kaygı ve korku, yetişkin dönemde diş tedavisinden kaçınmaya ve sonuç olarak da ağız ve

^α İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı, İzmir

^β T.C. Sağlık Bakanlığı, Salihli Ağız Diş Sağlığı Merkezi, Manisa, Türkiye

diş sağlığının olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır. Bu sebeple, diş hekimleri tarafından çocukluk döneminde dental kaygı ve korkunun saptanması ve tedavi sırasında özel yaklaşım gerektiren çocukların belirlenmesi önem taşımaktadır.^{12,13} Daha önce yapılan çalışmalarda diş hekimi korku ve kaygısının cinsiyete, yaşa, eğitim durumuna sosyo-ekonomik seviyeye ve geçmişteki diş tedavisine bağlı deneyimlere bağlı olarak değişiklik gösterdiği rapor edilmiştir.^{14,15,16} Ülkemiz çocuklarında daha önce yapılan çalışmalarda korku ve kaygı ile yaş, cinsiyet, ebeveynlerin sosyo-ekonomik durumu ve eğitim düzeyleri, diş fırçalama alışkanlığı, diş hekimi ziyaretlerinin sıklığına dair verilerin bir arada değerlendirildiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bağlamda çalışmamızda, çocuk diş hekimliği bölümüne başvuran çocuklarda dental kaygı ve dental korkunun sosyo-demografik faktörler ile ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı-kesitsel nitelikteki bu çalışma için İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 27.03.2019 tarih ve 129 numaralı onay alınmıştır. Aynı zamanda çalışma protokolü "İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu" dikkate alınarak ve 2013 yılı Helsinki Deklarasyonu'na uygun etik standartlarda yürütülmüştür.¹⁷

Çalışmada kullanılacak örneklem büyüklüğünü belirleyebilmek amacı ile G*Power (G*Power Ver. 3.1.9.2 Germany) paket programı kullanılmıştır. Bu amaçla Yıldırım T. ve ark.¹⁸ ve Menziletoğlu G. ve ark.¹⁹'nın çalışmalarına ait veriler dikkate alınarak, dental korku ve kaygı ile sosyodemografik faktörler arasında %20'lik bir fark olacağı öngörülmüş, % 95 güç ve tip 1 hata düzeyi % 5 için örneklem büyüklüğü 350 olarak hesaplanmıştır. Bu bağlamda çalışma, kliniğe başvuran, çalışmaya katılmayı sözlü ve yazılı olarak kabul eden, 6-12 yaş grubundaki toplam 350 (217 kız, 133 erkek) çocuk hasta ve ebeveyni üzerinde tamamlanmıştır.

Hasta ve velilerine çalışmanın amacı ve veri toplama yöntemi olarak kullanılacak anket uygulaması hakkında detaylı bilgi verilmiştir. Zaman sorunu olan veya duyduğu şiddetli ağrıdan dolayı anketi yanıtlayamayacağını bildiren 12 hasta çalışmaya alınmamıştır. Anket, çalışma başlanmadan önce, bir gün boyunca kliniğe başvuran 20 hastaya ön test amacıyla uygulanmış, yanıtların değerlendirilmesinden sonra soruların anlaşılabilirliği açısından değişiklikler yapılmıştır. Çalışmaya dâhil edilen çocuk hastalardan 'çocuklar için bilgilendirilmiş onam formu', velilerinden ise 'yetişkinler için bilgilendirilmiş onam formu'nu okuyup anlamaları ve yazılı olarak onamlarını beyan etmeleri istenmiştir. Çalışmaya dâhil edilme kriterleri; 6-12 yaş grubu arasındaki, Türkçe okuma ve yazma

bilen, herhangi bir mental veya sistemik rahatsızlığı olmayan, teşhis edilmiş davranış bozukluğu bulunmayan hastalar şeklinde belirlenmiştir. Veri toplama süreci 350 hasta tamamlanana kadar devam etmiştir. Hasta kaynaklı taraf tutmaları önlemek için anketlerin soru sıralamasında değişiklikler yapılmıştır. Tek başına yanıtlayamayacağını bildiren 25 hastaya araştırmacı yardımcı olmuştur. Anketin ilk bölümündeki değişkenler; çocuğun yaşı, cinsiyeti, ebeveynin eğitim düzeyi ve gelir durumu gibi sosyodemografik ve ekonomik duruma ait bilgileri ve dental kaygı ve korku seviyesini etkileyebileceği düşünülen çocuğun diş hekimine geliş zamanı, düzenli diş hekimi ziyareti, en son diş hekimi ziyareti, daha önce gördüğü tedaviler, düzenli diş fırçalama alışkanlığı olup olmadığı, kliniğimize kimin tarafından yönlendirildiği ve kliniğimize hangi tedavi için başvurulduğuna dair bilgileri içeren sorulardan oluşturulmuştur.

İkinci bölüm ise, 5 sorudan oluşan ve dilimizdeki geçerlilik ve güvenilirliği Seydaoğlu G ve ark.²⁰, tarafından yapılan Modifiye Dental Anksiyete Skalası'nı (M-DAS) içermektedir.²¹ Modifiye Dental Anksiyete Skalası; pek çok çalışmada psikometrik özellikleri başarılı bulunmuş bir ölçektir ve her sorunun cevabı 1 (endişesiz) ve 5 (aşırı endişeli) arasında artarak değişen beş skordan oluşmaktadır. Her bir sorudan elde edilebilecek maksimum skor 5 olup, tüm skalanın maksimum skoru 25, minimum skoru ise 5 olabilmektedir. Bu çalışmada, çocuklardan her bir soru için 1'den (endişesiz) 5'e (aşırı endişeli) kadar puan vermesi istenilmiştir (1= Endişesiz, 2= Çok az endişeli, 3=Az endişeli, 4= Çok endişeli, 5= Aşırı endişeli). MDAS'ın değerlendirmesinde her sorudan elde edilen skorların toplamı göz önüne alınmıştır. Kaygı seviyesini belirlemek için kullanılan M-DAS skorları ≥ 19 olan hastaların yüksek kaygı seviyesine sahip oldukları kabul edilmiştir.

Anketin üçüncü bölümü ise 20 sorudan oluşan ve dilimizdeki geçerlilik ve güvenilirliği İnanç BY ve ark.²² tarafından yapılan Dental Korku Skalası'nı (DKS) içerecek şekilde hazırlanmıştır. Dental Korku Skalası, Kleinknecht tarafından geliştirilmiş olan ve dental korkunun farklı boyutlarda incelenmesini sağlayan bir skaladır.²³ DKS'nin ilk iki sorusu, kişinin diş tedavisine karşı verdiği tepkiyi ölçmek, üçüncü sorudan yedinci soruya kadar olan bölüm bireyin diş tedavisi yaptırdığı sırada hissettiği sistemik belirtileri ve sekizinci sorudan itibaren diş hekimi müdahalelerindeki farklı uygulamalara karşı bireyin verdiği tepki ile diş hekimi korku düzeyini belirlemek için 1 ile 5 arasında artarak değişen yirmi skordan oluşmaktadır. Her bir sorudan elde edilebilecek maksimum skor 5 olup, tüm skalanın maksimum skoru 100, minimum skoru ise 20 olabilmektedir. DKS'nin değerlendirmesinde her sorudan elde edilen skorların toplamı göz önüne alınmıştır. DKS skorlarına göre; 80 puan üstü aşırı yüksek korku düzeyli (Grup 1), 60-80 puan arası yüksek

korku düzeyli (Grup 2), 40-60 puan arası ılımlı korku düzeyli (Grup 3) ve 40 puanın altı düşük korku düzeyli (Grup 4) bireyler olarak değerlendirilmiştir.

Elde edilen verilerin istatistiksel analizinde *IBM SPSS 24.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA)* programı kullanılmıştır. Kategorik veriler sayı ve yüzde olarak sunulmuştur. Kategorik değerlerin karşılaştırmaları Pearson ki-kare analizi kullanılarak gerçekleştirilmiş; yapılan tüm analizler için anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışma verilerinden elde edilen bulgular değerlendirildiğinde; M-DAS değerlendirmesinde skorların 5 ile 25 arasında değişmekte olduğu ve 342 hastanın (% 97) düşük kaygı seviyesine sahipken, 8 hastanın (% 2) yüksek kaygı seviyesi gösterdiği belirlenmiştir ($p < 0.013$). Hastaların DKS skorlarının ise 19 ile 72 arasında değiştiği görülmüştür. Çalışma verilerinden elde edilen bulgular değerlendirildiğinde; M-DAS değerlendirmesinde skorların 5 ile 25 arasında değişmekte olduğu ve 342 hastanın (% 98) düşük kaygı seviyesine sahipken, 8 hastanın (% 2) yüksek kaygı seviyesi gösterdiği belirlenmiştir ($p < 0.013$). Hastaların DKS skorlarının ise 19 ile 72 arasında değiştiği görülmüştür. Skorların dağılımında; 2 hastanın (% 2) aşırı yüksek dental korkulu, 20 hastanın (% 6) yüksek dental korkulu, 111 hastanın (% 32) ılımlı korkulu ve 217 hastanın (% 60) düşük dental korkulu olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.00$).

Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyet dağılımlarına bakıldığında; 133'ünün (% 38) erkek ve 217'sinin (% 62) kız olduğu tespit edilmiştir. Kız hastaların 2'si (% 1.5) aşırı yüksek dental korku, 165'i (% 78.9) düşük dental korku skorlarına ve 8 (% 2) kız hasta yüksek dental kaygı 209 (% 98) kız hasta ise düşük dental kaygı skorlarına sahip olarak değerlendirilmişlerdir. Erkek hastalardan 2'si (% 1.5) yüksek dental korku, 105'i (% 76) düşük dental korku skorlarına ve 2'si (% 1.5) yüksek dental kaygı 131'i (% 98.5) ise düşük dental kaygı skorlarına sahip olarak belirlenmişlerdir (Tablo 1 ve Tablo 2). İstatistiksel olarak hastaların cinsiyeti ile dental korku ve kaygı skorlarının dağılımları arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p > 0.05$).

Hastaların yaş grupları ile DKS ve M-DAS skorları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (DKS; ($p < 0.00$), M-DAS; ($p < 0.013$)). Buna göre; dental korkunun aşırı yüksek olarak tespit edildiği yaş 7 ($n=2$ % 4) iken yüksek tespit edildiği yaşlar ve bunlara ait oranlar ise sırasıyla; 8 yaş ($n=9$ % 13.8) ve 9 yaş ($n=7$ % 10.8) şeklinde bulunmuştur. Dental kaygı ise 7 yaş ($n=5$ % 10) ve 8 yaş ($n=2$ % 3.1) grubu hastalarda diğer yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (Grafik 1 ve Grafik 2).

Tablo 1.

Hastaların yaşlarına göre DKS skor dağılımı

Yaş	Grup 1 (>80) n (%)	Grup 2 (60-80) n (%)	Grup 3 (40-60) n (%)	Grup 4 (<40) n (%)	Toplam n (%)	p değeri
7	2 (%4)	4 (%8)	19 (%38)	25 (%50)	50 (%100)	p=0,00
8	0	9 (%13,8)	31 (%47,7)	25 (%38,5)	65 (%100)	
9	0	7 (%10,8)	31 (%47,7)	27 (%41,5)	65 (%100)	
10	0	0	9 (%15,3)	50 (%84,7)	59 (%100)	
11	0	0	13 (%22,8)	44 (%77,2)	57 (%100)	
12	0	0	8 (%14,8)	46 (%85,2)	54 (%100)	
Toplam	2(%2,6)	20(%5,7)	111(%31,7)	217(%62)	350(%100)	

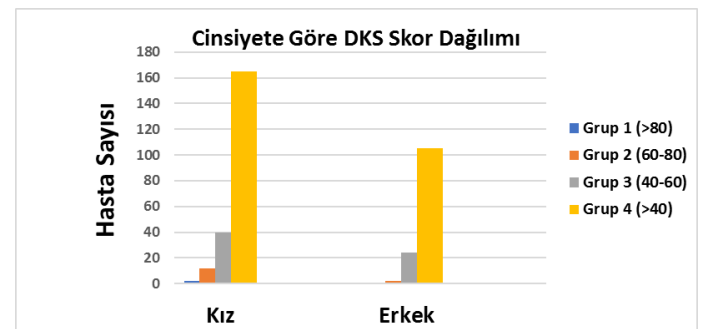
Tablo 2.

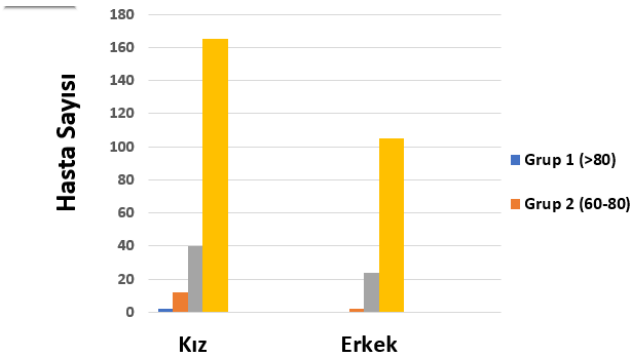
Hastaların yaşlarına göre M-DAS skor dağılımı

Yaş	Grup 1 (≥ 19) n (%)	Grup 2 (<19) n (%)	Toplam n (%)	p değeri
7	5 (%10)	45 (%90)	50 (%100)	p=0,013
8	2 (%3,1)	63 (%96,9)	65 (%100)	
9	1 (%1,5)	64 (%98,5)	65 (%100)	
10	1 (%1,7)	58 (%98,3)	59 (%100)	
11	0	57 (%100)	57 (%100)	
12	1 (%1,9)	53 (%98,1)	54 (%100)	
Toplam	8 (%2,9)	342 (%97,1)	350 (%100)	

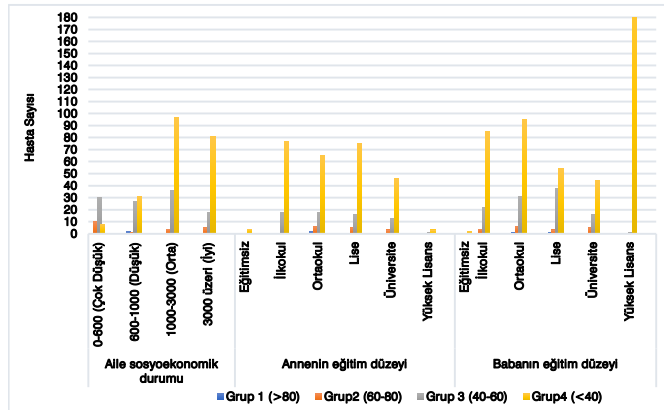
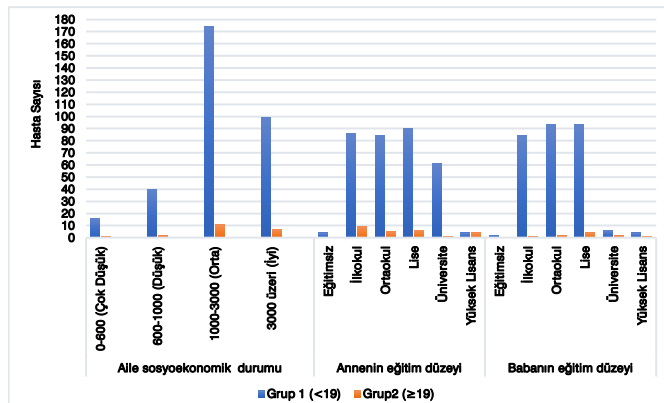
Grafik 1.

Cinsiyete göre DKS Skor Dağılımı



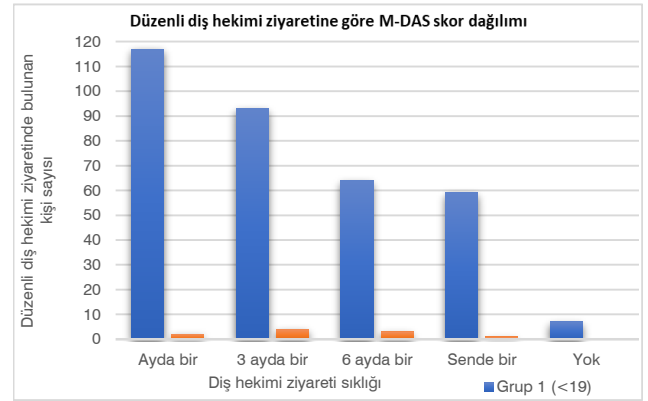
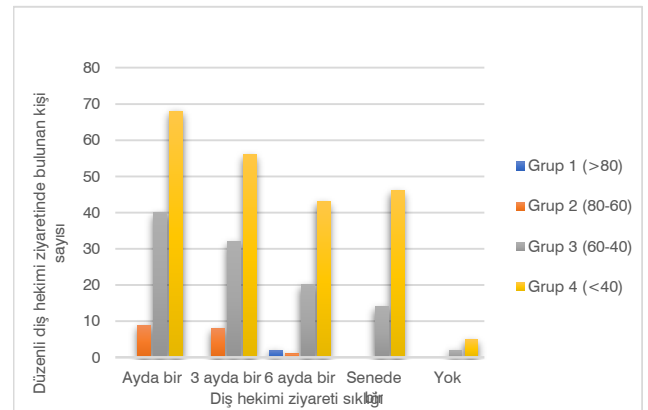
Grafik 2.**Cinsiyete göre M-DAS Skor Dağılımı**

Velilerin ekonomik durumlarına bakıldığında aşırı yüksek dental korkuya sahip çocuk hastaların (n=2 % 0.57) ebeveynlerinin gelir durumunun “düşük” düzeyde olduğu, yüksek kaygı seviyesine sahip hastaların büyük bir bölümünün (n=11 %5.9) ebeveyn gelir durumunun “orta” düzeyde olduğu belirlenmiştir (Grafik 3 ve 4). Ebeveynlerin gelir düzeyi ile DKS ve M-DAS skorları arasında ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p=0.73$).

Grafik 3.**Aile Sosyoekonomik Durum ve Eğitim Düzeyine Göre DKS Skor Dağılımı****Grafik 4.****Aile Sosyoekonomik Durum ve Eğitim Düzeyine Göre M-DAS Skor Dağılımı**

Ebeveynlerin eğitim seviyeleri ile dental korku ve kaygı skorları arasındaki ilişkiye bakıldığında; çalışmaya dâhil edilen yüksek dental kaygıya sahip çocuk hastaların annelerinin büyük kısmının (n=9 % 9.5) ilköğretim mezunu ve yüksek dental korkuya sahip çocuk hastaların annelerinin tamamının (n=2 % 2.1) ortaokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Ancak annelerin eğitim seviyeleri ile DKS ($p=0.413$) ve M-DAS ($p=0.81$) skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirlenmiştir. Benzer şekilde babaların eğitim seviyeleri ile DKS ($p=0.652$) ve M-DAS ($p=0.107$) skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirlenmiştir.

Diş hekimi ziyaretinin sıklığı ile dental korku ve dental kaygı düzeyleri arasındaki ilişki Grafik 5 ve Grafik 6' da verilmiştir.

Grafik 5.**Düzenli diş hekimi ziyaretine göre M-DAS Skor dağılımı****Grafik 6.****Düzenli diş hekimi ziyaretine göre DKS Skor dağılımı**

Çocuk hastaların dental korku düzeyi ile diş hekimi ziyaret sıklığı arasındaki ilişkiye bakıldığında aşırı yüksek dental korkuya sahip çocuk hastaların (n=2 % 2.2) altı ayda bir diş hekimi ziyaretinde buldukları ve yüksek dental kaygıya sahip hastaların çoğunun (n=4 % 4.1) üç ayda bir diş hekimi ziyaretinde buldukları belirlenmiştir ($p=0.48$). Diş hekimi ziyaretinin sıklığı ile dental korku ve dental kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir.

TARTIŞMA

Dental korku ve kaygı, toplumun çoğunluğunu etkileyen bir problemdir ve çocukluk dönemindeki dental kaygının ve korkunun erişkin dönemde de kalıcılığını sürdürmesi nedeniyle, erken dönemde belirlenmesinin önemli olduğu bildirilmektedir.¹⁶ Dental korku ve kaygıyı değerlendirmede yetişkinler ve çocuklar için kaygı ve korku skalalarını içeren özel ölçekler kullanılmaktadır. M-DAS ve DKS günümüzde yetişkinlerde ve çocuklarda oldukça sık tercih edilen, hastaların korku ve kaygı seviyelerini belirlemede hekime kolaylık sağlayan ve tedavi planlamasında da etkili olan bilimselliği pek çalışma ile kanıtlanmış ölçeklerdir.^{24,25} Her iki ölçeğin de toplumumuzdaki geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendirilmiştir ve uygulanabilir ve güvenilir oldukları bildirilmiştir.^{20,22} Bu nedenle çalışma kapsamında kliniğimize başvuran farklı yaş gruplarındaki çocuklarda DKS ve M-DAS skorları değerlendirilerek elde edilen veriler; cinsiyet, yaş, ebeveynine ait sosyo-ekonomik durum, eğitim düzeyi ve hastanın diş hekimi ziyaretlerinin sıklığı ile karşılaştırılmıştır.

Cinsiyetin, dental korku ve kaygı üzerine olan etkisi konusunda literatürde çelişkili görüşler mevcuttur. Dental kaygı ve korkunun, cinsiyete göre değişiklik gösterdiğini bildiren çalışmalar olmakla birlikte^{26,27,28}, cinsiyetin bir fark yaratmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır.^{29,30,31} 2007 yılında yayınlanan bir derlemede farklı popülasyonlarda yapılan araştırma sonuçları incelenmiş ve kızların, erkeklere göre daha fazla dental kaygıya sahip olduğunu bildiren çalışmaların, cinsiyete bağlı farklılık görülmediğini bildiren çalışmalara göre daha fazla sayıda olduğu sonucu paylaşılmıştır.^{32,33,34} Bizim çalışmamızda da DKS ve M-DAS değerlerinin dağılımında; her iki cinsiyet için de hastaların büyük bir çoğunluğunun düşük dental korku ve düşük dental kaygı skorlarına sahip oldukları tespit edilmiştir. Bununla beraber istatistiksel olarak hastaların cinsiyeti ile dental korku ve kaygı skorlarının dağılımları arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir.

DKS ve M-DAS skorlarının yaşa bağlı olarak farklılık gösterebileceği yapılan birçok çalışmada edilmiştir.^{35,36,13,37,38,39} Schuller ve ark.'nın çalışmalarında; farklı yaş gruplarında diş hekimi kaygı düzeyleri incelenmiş, küçük yaşlarda diş hekimi korku ve kaygısının daha yüksek olduğu bildirilmiştir.⁴⁰ Folyan ve ark. yaptıkları bir çalışmada; dental kaygı

seviyesinin 6-7 yaş civarında azalmaya başladığını ve yaşın ilerlemesiyle dental uygulamalarla baş etme yeteneğinin paralel şekilde arttığını tespit etmişlerdir. Bayrak ve ark. ise Türk toplumunda yaptıkları bir çalışmada, 7-12 yaş grubu çocukların büyük bir çoğunluğunun (% 89) düşük dental kaygıya sahip olduklarını belirtmişlerdir.⁴¹ Çalışmamızın bulgularında da literatürdeki bilgileri destekler şekilde hastaların yaş grupları ile DKS ve M-DAS skorları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ve yaş arttıkça dental kaygı ve korkunun azaldığı görülmüştür. Ayrıca; dental korkunun aşırı yüksek olarak tespit edildiği yaş 7 iken yüksek tespit edildiği yaşlar ve bunlara ait oranlar ise sırasıyla; 8 yaş ve 9 yaş şeklinde bulunmuştur. Dental kaygı ise 7 yaş ve 8 yaş grubu hastalarda diğer yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır.

Moore ve ark. düşük eğitim ve gelir seviyesinin diş hekimi korku ve kaygısı için risk faktörü olabileceğini bildirmiştir.⁴² Mishra ve ark. velinin sosyo-ekonomik durumu ile çocuğun dental kaygı ve korkusu arasında herhangi bir ilişki bulunmadığını bildirmişlerdir.⁴³ Yapılan bazı çalışmalarda ise sosyo-ekonomik durumu 'kötü' olan ailelerin çocuklarının diş hekimi kaygı ve korkusunun daha yüksek olduğu görülmüştür.⁴⁴ Benzer şekilde Tuuti ve arkadaşları da genel olarak 'iyi' sosyoekonomik seviyedeki bireylerde DKS değerini daha düşük olarak tespit etmişlerdir.⁴² Çalışmamızda da sosyo-ekonomik seviyesi yüksek olan ailelerin çocuklarında DKS ve M-DAS değerleri daha düşük olarak tespit edilmekle beraber istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir.⁴⁵

Dental kaygı ve korkuyu değerlendiren çalışmalarda üzerinde durulan ve etkisi olduğu düşünülen bir diğer faktör de ebeveynlerin eğitim seviyesidir. Aile eğitiminin, çocukların dental kaygı ve korku düzeyi üzerinde etkili bir faktör olduğu ve veli eğitim düzeyi düşük olan çocukların kaygı oranının yüksek bildirilmiştir.⁴⁶ Stabholz ve Peretz'in yaptıkları bir çalışmada veli eğitim düzeyi yüksek çocuk hastaların stresli durumlarla başa çıkabilme yeteneklerinin daha kolay geliştiğini bildirmişlerdir.⁴⁷ Tuuti de çalışmasının sonucunda, eğitim durumu yüksek babaların çocuklarının diş tedavisi süresince daha iyi ve uyumlu davranışlar sergilediğini bildirmiştir.⁴⁵ Bununla birlikte, veli eğitim düzeyi ve çocuğun dental kaygı ve korkusu arasında ilişki belirlenemediğini açıklayan araştırmalar da literatürde bulunmaktadır.^{48,49} Çalışmamızda çocuk hastaların DKS ve M-DAS değerleri ile ebeveynlerin eğitim seviyeleri arasındaki ilişkiye bakıldığında; çalışmaya dâhil edilen yüksek dental kaygıya sahip çocuk hastaların annelerinin büyük kısmının ilköğretim mezunu ve yüksek dental korkuya sahip çocuk hastaların annelerinin

tamamının ortaokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hem anne hem de babaların eğitim seviyeleri ile DKS ve M-DAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirlenmiştir. Bu durum; çalışmaya dâhil edilen örneklemin, birbirine benzer özellikler taşıyan aile gruplarını içeren bir bölgeden sağlanmasından kaynaklanmış olabileceğini düşündürmüştür. Bu yönü ile örneklemin farklı toplum katmanlarını yansıtmamış olabilmesi ihtimali çalışmanın kısıtlılığı olarak değerlendirilmiştir.

Diş hekimi korku ve kaygısı, hasta ve diş hekimleri için ciddi sorun oluşturabilen bir faktördür ve bu korku ve kaygı nedeniyle diş hekimine gitmekten kaçınma ve kötü ağız hijyeni arasında bir ilişki olduğu tespit edilmiştir⁴⁸. Jason ve ark.'nın yaptıkları çalışmada diş hekimi korku ve kaygı düzeyi yüksek olan bireylerin diş hekimi ziyaretinin daha az sıklıkta olduğu ve ziyaret öncesinde daha uzun düşündükleri belirtilmiştir.¹¹ Pekkan G. ve ark. yaptıkları bir çalışmada düzenli diş hekimi ziyaretinde bulunan çocukların dental kaygılarının azaldığını ve diş tedavilerine daha olumlu yanıt verdiklerini bildirmişlerdir⁴⁰. Brezilya'da yapılan bir çalışmada, annelerinin dental kaygıları nedeniyle düzenli olarak diş hekimine gitmeyen çocuklarda, ağız sağlığının kötü olduğu görülmüştür.^{49,50} Çalışmamızda M-DAS skoru ile diş hekimine gitme sıklığı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; düzenli diş hekimine giden çocuklarda diş hekimi kaygısı düşük olarak tespit edilmiştir.

Diş hekimi korku ve kaygısı varlığını devam ettiren bir sorun olarak klinisyenleri ve hastaları etkilemeye devam etmektedir. Özellikle çocuk hastalarda dental kaygı ve korkunun erişkin dönemde de varlığını sürdürebilme ihtimali nedeniyle, erken dönemde dental kaygının belirlenmesi ve hatta önüne geçilmesi bireylerin dental sağlıkları açısından büyük önem arz etmektedir³. Bu nedenle her topluma özgü dental kaygı ve korku düzeylerinin tespiti, ilgili faktörlerin belirlenmesi ve azaltılması için alınabilecek önlemlerin hekimler ile paylaşılması için daha fazla klinik çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

SONUÇ

Bu çalışmanın sınırlılıkları dâhilinde şu sonuçlara ulaşılmıştır;

1. Çalışmamızda yaş ile DKS ve M-DAS skorları arasında anlamlı fark saptanmış ve yaş arttıkça kaygı ve korkunun azaldığı görülmüştür.
2. Cinsiyet, ebeveynlerin sosyo-ekonomik durumu ve eğitim düzeyi, diş hekimi ziyaretinin sıklığı ile DKS ve M-DAS skorları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir.

KAYNAKLAR

1. R. Freeman. Barriers to accessing and accepting dental care. *Bri Dent J* 1999; 187(2): 81-4.
2. McGrath C, Bedi R. The association between dental anxiety and oral health-related quality of life in Britain. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32(1): 67-72.
3. Brown DF, Wright FA, McMurray NE. Psychological and behavioral factors associated with dental anxiety in children. *J Behav Med* 1986; 9: 213-8.
4. Marakoğlu I, Demirer S, Özdemir D, Sezer H. [Level of state trait anxiety inventory before periodontal treatment].
5. Hägglin C, Berggren U, Hakeberg M, Hällstrom T, Bengtsson C. Variations in dental anxiety among middleaged and elderly women in Sweden: a longitudinal study between 1968 and 1996. *J Dent Res* 1999; 78: 1655-61.
6. Agras S, Sylvester D, Oliveau D. The epidemiology of common fears and and phobia. *Comprehen Pshyciatr* 1969; 10: 151-6.
7. Smyth JS. Some problems of dental treatment. Part 1. Patient anxiety: some correlates and sex differences. *Aust Dent J* 1993; 38: 354-9.
8. Firat D, Tunç EP, Sar V. Dental anxiety among adults in Turkey. *J Contemp Dent Pract* 2006; 7: 75-8.
9. Tunç EP, Firat D, Onur OD, Sar V. Reliability and validity of the modified dental anxiety scale (MDAS) in a Turkish population. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33: 357362.
10. Armfield JM, Spencer AJ, Stewart JF. Dental fear in Australia: who's afraid of the dentist? *Aust Dent J* 2006; 51(1): 78-85.
11. Armfield JM, Stewart JF, Spencer AJ. The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC Oral Health* 2007; 7: 1.
12. Buchanan H, Niven N. Validation of a Facial Image Scale to assess child dental anxiety. *Int J Paediatr Dent* 2002; 12: 47-52.
13. Skaret E, Raadal M, Berg E, Kvale G. Dental anxiety among 18-yr-olds in Norway. Prevalence and related factors. *Eur J Oral Sci* 1998; 106: 835843.
14. Skaret E, Kvale G, Raadal M. General self-efficacy, dental anxiety and multiple fears among 20-year-olds in Norway. *Scand J Psychol* 2003; 44(4): 331-7.
15. López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Sanchez-Siles M. Assessment of general pre and postoperative anxiety in patients undergoing tooth extraction: a prospective study. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2013 Jan 25. doi: 10.1016/j.bjoms.2013.01.004.
16. Sarı Ş, Şen Tunç E, Bilgin Z. Çocuklarda dental kaygının farklı test yöntemleri ile değerlendirilmesi. *AÜ Diş Hek Fak Derg* 2002; 29: 127-35.
17. İyi klinik Uygulamalar Kılavuzu, T.C. Sağlık Bakanlığı, 13 Kasım 2015.
18. Yıldırım T, Acun Kaya F, Uysal E. Medeni Durum, Diş Hekimine Gitme Sıklığı, E ğitim, Sosyo-Ekonomik ve Periodontal Durum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Derg. ALTINTEPE, DEVELİOĞLU J Dent Fac Atatürk Uni Cilt:22, Sayı: 3, Yıl: 2012, Sayfa: 306-16.
19. Menziletoğlu D, Akbulut M, Büyükerkmen E.B, Işık B.K. Diş Hekimliği Fakültesi Öğrencilerinin Dental Anksiyete-Korku Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Selcuk Dent J*, 2018; 5: 22-30.
20. Seydaoğlu G, Doğan C, Uğuz Ş, İnanç B, Çelik M. Corah Dental Anksiyete Skalasının Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik-Güvenilirliği ve Dental Anksiyete Görülme Sıklığı. *Ondokuz Mayıs Univ Dis Hekim Fak Derg* 2006; 7 (1): 7-14.
21. Humphris G., Morisson T., Lindsay SJE., The Modified Dental Anxiety Scale: UK norms and evidence for validity. *Community Dental Health* 1995; 12(3): 143; 50.
22. İnanç BY, Çelik M, Görgün H. Diş hekimliği korkusu ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *GÜ TEBD* 2003; 1: 31-40.
23. Kleinknecht RA., Klepac RK., Alexander LD., Origins and characteristics of fear of dentistry. *J Am Dent Assoc* 1973; 86(4): 842-6.
24. Newton JT, Buck DJ. Anxiety and pain measures in dentistry: a guide to their quality and application. *J Am Dent Assoc.* 2000; 131: 1449-57.
25. Humphris GM, Freeman R, Campbell J, Tuutti H, D'Souza V. Further evidence for the reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale. *Int Dent J.* 2000 Dec;50(6):367-70.
26. Dailey YM, Humphris GM, Lennon MA. The use of dental anxiety questionnaires: a survey of a group of UK dental practitioners. *Br Dent J.* 2001 Apr 28; 190(8): 450-3.
27. ten Berge M, Hoogstraten J, Veerkamp JS, Prins PJ. The dental subscale of the children's fear survey schedule: a factor analytic study in the Netherlands. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26: 340-3.
28. Bailey PM, Talbot A, Taylor PP. A comparison of maternal anxiety levels with anxiety levels manifested in the child dental patient. *ASDC J Dent Child* 1973; 40: 277-84.
29. Holst A, Crossner CG. Direct ratings of acceptance of dental treatment in Swedish children. *Community Dent Oral Epidemiol* 1987; 15: 258-63.

30. ten Berge M, Veerkamp JS, Hoogstraten J, Prins PJ. Childhood dental fear in the Netherlands: prevalence and normative data. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30: 101-7.
31. Baykara A. Organik nedenlerle hastaneye yatan çocuklarda anksiyeteyi arttırıcı etkenler, Uzmanlık Tezi, E.Ü. Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D. 1976.
32. Neverlien PO. Assessment of a single-item dental anxiety question. *Acta Odontol Scand* 1990; 48: 365-9.
33. Gustafsson A, Broberg A, Bodin L, Berggren U, Arnrup K. Behaviour management problems: the role of child personal characteristics. *Int J Ped Dent*.t 2010; 20: 242-53.
34. Lee CY, Chang YY, Huang ST. The clinically related predictors of dental fear in Taiwanese children. *Int J Ped Dent*. 2008; 18: 415-22.
35. Diaz MC, Crego A, Armfield JM, Maroto MR. Assessing the relative efficacy of cognitive and non-cognitive factors as predictors of dental anxiety. *Eur J Oral Sci* 2012;120: 82-8.
36. Folayan MO, Idehen EE, Ufomata D. The effect of sociodemographic factors on dental anxiety in children seen in a suburban Nigerian hospital. *Int J Paediatr Dent* 2003; 13: 20-6.
37. Lee CY, Chang YY, Huang ST. Prevalence of dental anxiety among 5- to 8-year-old Taiwanese children. *J Public Health Dent* 2007; 67: 36-41.
38. Çubukçu ÇE, Ercan İ. Tıp fakültesi bünyesindeki ağız ve diş sağlığı birimine başvuran çocuklarda sosyodemografik faktörlerin dental anksiyete üzerine etkisi. *Güncel Pediatri* 2008; 6: 53-7.
39. Dogan MC, Seydaoglu G, Uguz S, Inanc BY. The effect of age, gender and socio-economic factors on perceived dental anxiety determined by a modified scale in children. *Oral Health Prev Dent* 2006; 4: 235-41.
40. Schuller AA, Willumsen T, Holst D. Are there differences in oral health and oral health behavior between individuals with high and low dental fear? *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31(2): 116-21.
41. Bayrak Ş, Tunç E, Eçilmez T, Tüloğlu N. Ebeveyn Dental Kaygısı ve Sosyodemografik Faktörlerin Çocukların Dental Kaygısı Üzerine Etkileri. *Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Derg.*, J Dent Fac Atatürk Uni Cilt:20, Sayı: 3, Yıl: 2010, Sayfa: 181-18.
42. Moore R, Birn H, Kirkegaard I, Brødsgaard I, Scheutz F. Prevalence and characteristics of dental anxiety in Danish adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21: 292-6.
43. Mishra G, Thakur S, Singhal P, Ghosh SN, Chauhan D, Jayam C. Assessment of child behavior in dental operator in relation to sociodemographic factors, general anxiety, body mass index and role of multi media distraction.
44. Önçağ Ö, Çoğulu D. Ailenin Sosyoekonomik Durumu ve Eğitim Düzeyinin Çocuklarda Dental Kaygı Üzerine Etkisi. *A.Ü. Diş Hek. Fak. Derg.* 32(1) 45-54, 2005.
45. Tuuti H. Socio-economic, psychological and historical background of dental fears of 7-10 year old in Pöytäniemi, Finland. *Proc Finn Dent Soc* 1984; 80: 87. In: Folayan MO, Idehen EE, Ufomata D. The effect of sociodemographic factors on dental anxiety in children seen in a suburban Nigerian hospital. *Int J Paediatr Dent* 2003; 13: 20-6.
46. Erten H, Akarslan ZZ, Bodrumlu E. Dental fear and anxiety levels of patients attending a dental clinic. *Quintessence Int* 2006; 37: 304-10.
47. Stabholz A, Peretz B. Dental anxiety among patients prior to different dental treatments. *Int Dent J* 1999; 49: 90-4.
48. Hakeberg M, Berggren U, Carlsson SG. Prevalence of dental anxiety in an adult population in a major urban area in Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol* 1992; 20: 97-101.
49. Kleinknecht RA, Thorndike RM, McGlynn FD, Harkavy J. Factor analysis of the dental fear survey with cross-validation. *J Am Dent Assoc* 1984; 108: 59-61.
50. Klingberg G. Dental fear and behavior management problems in children. A study of measurement, prevalence, concomitant factors, and clinical effects. PhD Thesis. Göteborg, Sweden: Göteborg University (1995).

Yazışma Adresi:

Selma EMİN OĞLOU
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti AD
Aydınlık Evler Mahallesi, Cemil Meriç Caddesi,
6780 Sokak. No:48, 35640, Çiğli, İzmir
Tel : +90 542 385 41 88
E Posta: selmaemin93@gmail.com