



The Journal of Turkish Dental Research
Türk Diş Hekimliği Araştırma Dergisi

e-ISSN: 2822-4310, Cilt 3, Sayı 1, Ocak - Nisan 2024
Volume 3, Number 1, January, April 2024

Pediatric Hastada Dental Anksiyete ve Bilişsel Davranışçı Terapi Yöntemi

Pediatric Patient's Dental Anxiety and Cognitive Behavioral Therapy Methods

Pediatric Dental Anksiyete ve Psikoterapi

Çağla ŞİMŞEK¹, Mine KORUYUCU²

¹Doktora Öğrencisi İstanbul Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı
Süleymaniye, Vezneciler Cd. No:2, 34116 Fatih/İstanbul - Türkiye
caglasimmsek@gmail.com
ORCID: 00-0002-5770-6050

²Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı
Süleymaniye, Vezneciler Cd. No:2, 34116 Fatih/İstanbul - Türkiye
minekoruyucu@gmail.com
ORCID: 0000-0002-2077-5095

¹Yazar, araştırma ve metin oluşturma bölümlerinden sorumludur.

²Yazar, araştırma ve denetleme bölümlerinden sorumludur.

Derlemenin araştırma ve yazım aşamasında herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

Makale Bilgisi / Article Information
Makale Türü / Article Types: Derleme / Review
Geliş Tarihi / Received: 16-08-2023
Kabul Tarihi / Accepted: 03-04-2024

Yıl / Year: 2024 | Cilt – Volume: 3 | Sayı – Issue: 1 | Sayfa / Pages: 344-356

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Çağla ŞİMŞEK

<https://doi.org/10.58711/turkishjdentres.vi.1344229>

Pedriatrik Hastada Dental Anksiyete ve Bilişsel Davranışçı Terapi Yöntemi

Pediatric Patient's Dental Anxiety and Cognitive Behavioral Therapy Methods

ÖZET

Dental anksiyete; belirgin bir kaynağı olmayan, dental uyaran ve prosedürlere karşı aşırı korku ile kendini gösteren özel bir anksiyete türüdür. Anksiyete yaşayan çocuk ve gençler; muayene ve tedavi esnasında çeşitli davranış bozuklukları sergileyebilir; huzursuzluktan öfke nöbetlerine kadar farklı tepkiler gösterebilirler. Bazı durumlarda, tedavi sırasında yaşadıkları ciddi ağrılar uygun bakımla hafifletilebilecek dahi olsa tedaviyi reddetme eğiliminde olabilirler. Bugüne kadar yapılan araştırmalar, farmakolojik ve farmakolojik olmayan çeşitli davranış yönlendirme teknikleri aracılığıyla dental kaygının yönetilmesi amacıyla literatüre katkı sağlamıştır. Klinik çalışmaya uyum sağlayamayan hastalarda diş hekimleri, ileri seviye davranış yöntemleri olan sedasyon ve genel anestezi metotları ile çalışmaktadır. Bilişsel davranışçı terapi (BDT), gençler ve çocuklar arasında sıkça kullanılan bir terapi yaklaşımıdır ve psikopatolojilerin tedavi edilmesi ve önlenmesinde kanıtla dayalı bir yöntem olarak kabul edilmektedir. BDT, insan davranışlarını ve psikopatolojilerini temelde bilişsel ve davranışsal kuramlar çerçevesinde açıklamayı amaçlamaktadır. Bu yaklaşım, düşünceler, duygular ve davranışlar arasındaki karmaşık ilişkilere odaklanır. Özellikle çocuklar ve gençler arasında, uygun tekniklerle uygulandığında anksiyete bozuklukları, depresyon, yıkıcı davranış bozuklukları ve dışa dönük davranış sorunlarının etkili bir şekilde tedavi edilmesinde başarı sağlamaktadır. Bu derleme ile diş hekimlerinin anksiyete, dental anksiyete ve bilişsel davranışçı terapi kavramları ile tanıştırılması ve klinik uyum sağlayamayan hastalarda gerekli yönlendirmelerin teşviki hedeflenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk diş hekimliği; Bilişsel davranışçı terapi; Dental anksiyete; Psikoterapi

ABSTRACT

Dental anxiety is a distinct form of anxiety characterized by an excessive fear of dental stimuli and procedures without a clear source. Children and adolescents experiencing anxiety can exhibit various behavioral disturbances during examination and treatment; they may display different reactions ranging from restlessness to anger outbursts. In some cases, even if they could alleviate severe pain through appropriate care, they may tend to refuse the treatment. Research conducted so far has contributed to the literature on managing dental anxiety through pharmacological and non-pharmacological behavior guidance techniques. Dentists tend to work with advanced behavior methods such as sedation and general anesthesia in patients who cannot comply with clinical treatment. Cognitive-behavioral therapy (CBT) is a frequently utilized therapeutic approach among youths and children, acknowledged as an evidence-based method for the treatment and prevention of psychopathologies. CBT aims to explain human behaviors and psychopathologies primarily within the framework of cognitive and behavioral theories. This approach focuses on the intricate relationships between thoughts, emotions, and behaviors. Particularly among children and adolescents, when applied with appropriate techniques, CBT has proven successful in treating anxiety disorders, depression, disruptive behavior disorders, and externalizing behavioral issues. This compilation aims to acquaint dentists with the concepts of anxiety, dental anxiety, and cognitive-behavioral therapy and promote guidance for necessary interventions in patients who cannot achieve clinical compliance.

Keywords: Pediatric dentistry; Cognitive behavioral therapy; Dental anxiety; Psychotherapy

Giriş

Anksiyete, tehdit veya tehlike durumlarında duygusal, davranışsal ve bedensel alanlarda otomatik olarak ortaya çıkan karmaşık belirtilerin bir araya gelmesi olarak ifade edilmektedir. Genellikle nedeni açıklanamaz ve hastalar tarafından 'içten gelen, belirsiz, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış endişesi ile yaşanan bir duygu' olarak dile getirilmektedir.¹³ Anksiyetenin patolojik olup olmadığını belirlerken; bu durumun şiddeti, sürekliliği, kontrol edilebilirliği ve kişinin günlük işlevselliğini ne ölçüde etkilediği göz önünde bulundurulmalıdır. Birey, gerçekte olduğundan daha büyük veya daha zararlı bir şekilde tehdit ve tehlike algısı yaşıyorsa, ya da herhangi bir tehlike olmadığı halde kendini endişeli hissediyorsa, anksiyetenin normal sınırların dışında olduğu düşünülmelidir.¹³

Anksiyete bozuklukları, çocuk ve adölesan popülasyonlarında oldukça yaygın olan durumlardır.^{9,58} Dünya çapında gençlerin yaklaşık %6,5'i anksiyete bozukluklarından muzdariptir.²³ Anksiyete bozukluklarının istikrarlı doğası nedeniyle başlangıç yaşının belirlenmesi zordur. Retrospektif çalışmalara göre, hastalığın ortalama başlama yaşı 6 olarak saptanmıştır.^{7,14} Cinsiyet farklılıkları gelişim boyunca nadiren incelenmiştir, ancak kadın hastalarda başlangıç yaşı 5'in altına düşen ve yetişkinliğe kadar devam eden vakaların olduğu belirtilmektedir.⁵⁰

Pediatrik anksiyete bozuklukları, Amerikan Psikiyatri Derneği'nin 2013 yılında yenilediği ve halen güncel olan Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'na (DSM) göre, özgül fobi, ayrılık anksiyetesi, sosyal anksiyete bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk olmak üzere beş alt kategoride incelenmektedir.⁶⁴ Çocuk ve ergenler arasında hastalık, izole olarak görülmemektedir. Hastalığın komorbid yapısı, homotipik veya heterotipik olarak yetişkinlik döneminde de devam etme eğiliminde olmaktadır.¹⁶

COVID-19 pandemisinin etkisiyle yapılan araştırmalar, çocuklarda karantina sürecinde anksiyete bozukluğu ve depresyon tanı insidansının arttığını ortaya koymuştur.³¹ Çocukların kendileri ve aile bireylerinin enfekte olmasından korktukları, katı sosyal mesafe/karantina önlemlerini sevmedikleri, pandeminin ne zaman biteceğine dair belirsizlikler konusunda endişeli oldukları, kendilerini yalnız hissettikleri tespit edilmiştir.⁴³ Son üç

yıl içerisinde çocuklar arasında kaygı, depresyon, sinirlilik, duygudurum dalgalanmaları, dikkatsizlik ve uyku bozukluğunun oldukça artarak yaygınlaştığı ortaya konmuştur.^{19,43}

Halk sağlığı yetkilileri ve klinisyenlerin hem tipik olarak gelişen hem de davranışsal anomalileri olan çocuklarda psikopatolojilerin doğası, şiddeti ve kapsamı hakkında doğru bir tahmine sahip olmaları gerekmektedir. Anksiyete bozuklukları, ilerleyen yıllarda çeşitli fizyolojik ve mental sağlık problemlerine sebep olabilecek geçit bozukluklarıdır.⁴³ Bu nedenle, pediatrik hasta ile uzmanlaşan hekimlerin gerekli olduğu durumlarda hastayı, mental sağlık uzmanına konsülte edebilecek bilgiye sahip olmaları gerekmektedir.

Tedavi; farmakolojik, non-farmakolojik ve kombine yaklaşımlarla gerçekleştirilebilmektedir. Bilişsel davranışçı terapi; etkinliği, sınırlı yan etkileri ve aile tercihi nedeniyle çocuk hastalarda yaygın bir tedavi olarak kabul edilmektedir. Tedavi içeriği psikoeğitim, duygusal tanıma, bilişsel yeniden yapılandırma, gevşeme ve maruz kalma tekniklerinden oluşmaktadır. Çocukların, kaygılarını tanımlamaları ve kaygı uyandıran durumlarla yüzleşmeleri hedeflenmektedir.⁴⁷ Farmakolojik yaklaşımlar arasında seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), serotonin ve norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI), trisiklik antidepresanlar (TCA), adrenerjik reseptör agonistleri ve benzodiazepinler bulunmaktadır. Ancak bu ilaçların kullanımında yan etkiler göz önünde bulundurulmalıdır, özellikle akut ve ısrarcı kronik vakalarda tercih edilmelidir.⁵⁹

Dental Anksiyete

Dental anksiyete, belirli bir kaynağı olmayan her türlü dental uyarıcı ve prosedürlere karşı aşırı korku ile karakterize edilen, fizyolojik, bilişsel ve davranışsal bileşenleri içeren özel bir anksiyete formudur.³³ Dental korku, dental işlemler sırasında doğal bir emosyonel tepkidir ve literatürde anksiyete ve kaygı terimleri sıklıkla birbirinin yerine kullanılmaktadır.

Anksiyöz çocuk ve ergenler, muayene ve tedavi sırasında, huzursuzluktan tam öfke nöbetlerine farklı davranış bozuklukları gösterebilmekte; en uç durumlarda, uygun bakımla hafifletilebilecek ciddi ağrılar yaşadıklarında bile tedaviyi reddedebilmektedirler. DSM-5 sınıflamasına göre dental korku; özgül bir fobi olarak, kan-en-

jeksiyon-yaralanma (blood-injection-injury/BII) korkusu altında sınıflandırılmaktadır.³³ Dental korku ve diğer BII fobilerinin komorbiditesi olsa da bir arada olması beklendiği kadar yüksek değildir. Dental fobinin başlangıcı, görece daha geç yaşta ortaya çıkmakta ve farklı fizyolojik reaksiyonlar gözlenmektedir. Dental fobi, çoklu fobiler anksiyete bozukluklarını içeren daha genel bir klinik tablonun parçası olarak; tıbbi korkulardan ziyade kontrolü kaybetmeye odaklanan korkularla daha güçlü bir şekilde ilişkili olduğu öne sürülmektedir.⁶ Ek olarak hastalar, genellikle kan ve enjeksiyonlardan ziyade ses ve klinik ortam gibi dış uyaranlara ilişkin daha fazla endişe bildirmektedirler.

Diş hekimliği uygulamalarında çocuklar arasında görülen kaygı iki şekilde özetlenmektedir. İlki, bireysel kaygıdır ve bu tür kaygıya sahip çocuklar, komorbid endişe ve korkularını diş tedavilerine yansıtmaktadır. İkincisi ise annenin diş hekimliği uygulamalarına karşı duyduğu kaygıyı, çocuğa aktarması sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu durumun, küçük yaşta çocukların ilk diş muayenesi ve ilerleyen zamanlarda tedavi esnasındaki davranışlarını etkilediği gözlemlenmiştir.¹¹

Dental anksiyete prevalansının belirlenmesi için sınırlı epidemiyolojik çalışmaların ve genç hastalar üzerindeki verilerin eksikliği nedeniyle, toplum içindeki genç hastalardaki dental anksiyete yaygınlığı hakkında sınırlı bilgi bulunmaktadır. Türk popülasyonunda bu oranın yaklaşık olarak %21,3 ile %23,5 arasında değiştiği belirtilmiştir.²² Ülkemizde 3-6 yaş grubundaki çocukların yaklaşık %30'unun, 7-12 yaş grubundaki çocukların ise %14,5'inin diş hekimi kaygısı yaşadığı rapor edilmiştir.⁷⁰ Farklı popülasyonlarda çocuk ve gençlerdeki dental anksiyete yaygınlığı %5 ile %28 arasında değişmektedir.^{2,54}

Semptomlar

Duygu durum ve davranış bozukluğunun anlaşılmasındaki kilit nokta hastayı iyi gözlemlemek ve kurulan iletişimden geçmektedir. Dental anksiyetenin ilk semptomu, randevunun ertelenmesidir. Erteleme bir alışkanlık haline gelmekte ve çocuk çeşitli engeller mazeret etmektedir.⁴⁰

Klinikte karşılaşılan durumlar aşağıdaki tabloda yer almaktadır.^{26,51}

• Fizyolojik Belirtiler	• Duygusal Belirtiler	• Davranışsal Belirtiler	• Bilişsel Belirtiler
• Nabız artışı	• Endişe	• Kaçma	• Dikkat dağınıklığı
• Yüz kızarması	• Sinirlilik	• Ağlama	• Önemli şeyleri hatırlayamama
• Bayılma hissi	• Gerginlik	• Huzursuzluk	• Düşüncede duraksamalar
• Aritmi	• Çaresizlik	• Olduğu yerde donakalma	• Aşırı uyanıklık hali
• Derin ve hızlı solunum		• Davranışlarda inhibisyon	• Kendini aşırı gözlemeleme
• Nefes darlığı		• Koordinasyon bozukluğu	• Başa çıkamama korkusu
• Kas spazmı		• Prosedür esnasında sık tü-kürme, ağız çalkalama	• Fiziksel zarar görme/ölüm korkusu
• Bruksizm		• Hekimin kolunu tutarak çalışmasını durdurma	• Yineleyici korkulu düşünceler
• Artmış refleksler			• Gerçek dışılık hissi
• Tremor			
• Bulantı			
• Ağızda kuruma/sulanma			
• Yutma güçlüğü			
• Terleme			
• Soğuk, nemli eller			

• Kaşıntı			
• Göz bebeklerinde büyüme			
• Böbreklerin fazla çalışması nedeniyle tuvalet ihtiyacında artış			

Davranışsal ve fizyolojik belirtiler gözden geçirilirken, çeşitli sistemik tablolar da unutulmamalı ve ayırıcı tanı düşünülmelidir. Hastada kardiyovasküler, endokrinolojik, nörolojik, hematolojik, immünolojik ve ilaç/madde kullanımına bağlı olarak benzer tablolar ortaya çıkabilmektedir.²⁶

Etiyoloji

Mevcut araştırmalar, dental anksiyetenin gelişiminde bir dizi faktör öne sürmektedir. Bu faktörler bireysel, çevresel ve dental olmak üzere üç ana başlık altında toplanmaktadır.²⁷

• Bireysel Faktörler:

Yaş

Dental anksiyete ve davranış yönetimi problemleri, çocukların yaşlarına bağlı olarak farklılık gösteren belirleyici etmenlerden biridir. Çocukların yaşları ve davranışları arasındaki uyumsuzlukları göz önünde bulundurarak, diş hekimlerinin çocuk hastaların farklı yaşlardaki davranış özelliklerini anlamaları gerekmektedir. Bu bağlamda, 1 yaş döneminde çocukların motor becerilerinin geliştiği ve bağımsızlığa yatkın oldukları; 2 yaş döneminde ayrılık anksiyetesi görülebileceği ve ebeveyn desteğinin önemli olduğu; 3 yaş döneminde iletişim yeteneklerinin arttığı ve tedavide ebeveynlerin işbirliğinin gerektiği; 4 yaş döneminde sorgulayıcı ve hassas davranışlar sergilenebileceği; 5 yaş döneminde korkuların azaldığı ve çocukların övgü ihtiyacına dikkat edilmesi gerektiği; 6 yaş döneminde okula başlama ile sosyalleşme ve bağımsızlık becerilerinin arttığı ve ayrıntılı açıklamalarla güven tesis edilmesi gerektiği; 7-10 yaş aralığında bilgi toplama yeteneğinin geliştiği ve çocukların tedavi açıklamalarıyla başa çıkmada daha yetenekli oldukları; 10-12 yaş aralığında bireysel özgürlüğe eğilimin başladığı ve çocukların grup içinde işbirlikçi davranışlar sergilediği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu farklı yaş dönemlerinin çocukların dental anksiyete ve davranış yönetimi açısından nasıl etkilendiği, diş hekimlerinin çocuk

hastalarıyla daha etkili bir iletişim kurmaları ve uygun yaklaşımlar geliştirmeleri açısından önemlidir.^{28,62}

Cinsiyet

Dental kaygının oluşumunda etkili olan faktörlerden biri, çocuğun cinsiyeti olarak belirtilmektedir. Farklı topluluklarda gerçekleştirilen araştırmalar, kız çocuklarının anksiyete bozukluklarına daha yatkın olduğunu ortaya koymaktadır.¹⁸ Bu eğilim, kültürel normlara dayalı cinsiyet rolleri nedeniyle erkek hastaların korkularını daha az göstermeleriyle de ilişkilendirilebilmektedir.⁶⁸ Ancak, cinsiyet temelli kaygı düzeylerinin değerlendirilmesine yönelik daha kapsamlı araştırmaların gerekliliği de belirtilmiştir. Bazı çalışmalar ise dental anksiyetenin cinsiyete bağlı olmadığını öne sürmektedir.³²

Nöropsikiyatrik Tablolar

Dental anksiyetenin nörodiverjan kapsamındaki çocuklarda daha yaygın olduğu gözlemlenmiştir. Bu duruma, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), otizm spektrum bozukluğu (OSB), Tourette sendromu, disleksi gibi tablolar örnek olarak verilebilmektedir.⁶⁶

Mizaç, Kişilik ve Karakter Özellikleri

Mizaç, karakter ve kişilik kavramları sıklıkla karıştırılsa da temelde farklı kavramlardır.⁴ Genetik faktörler tarafından etkilenen mizaç, çocuğun doğuştan taşıdığı dünya algısı ve yaklaşımını şekillendiren özelliklerini ifade etmektedir. Karakter ise kişiye özgü davranışların, çevrenin ve eğitimin etkisi altında şekillenmesi ile oluşmaktadır. Genetik mizaç özellikleri ve sonradan kazanılan karakter özelliklerinin birleşimi kişiliği oluşturmaktadır.³ Dış etkenler tarafından tetiklenen mizaç; duygular, tutumlar ve davranışlar şeklinde kişiliğe yansımaktadır. Çocukların içe dönüklük, bağımlılık, utangaçlık gibi kişilik özellikleri, özellikle dental ortam gibi stresli durumlarla karşılaştıklarında verdikleri tepkileri etkileyebilmektedir. Anne-baba kişilik özellikleri ve ebeveyn-çocuk ilişkisi, çocuğun kişilik özelliklerini ve bu bağlamda dental anksiyetesini ciddi şekilde etkileyebilmektedir. Bu

sebeple, çocukların dental anksiyetesi değerlendirilirken aile dinamikleri ve kişilik özelliklerinin rolü göz ardı edilmemelidir.²⁵

• Çevresel Faktörler

Sosyoekonomik Durum

Araştırmalar, ailenin sosyoekonomik düzeyi ve kültürel yapısı ile çocukların klinikteki tutumları arasında olumlu bir ilişki olduğunu belirtmiştir.⁵⁷ Önçağ ve ark.⁴¹, 3-12 yaş arası ilk kez diş hekimi ziyaretine gelen çocuklarla yaptıkları çalışmada, ailenin eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durumunun, çocuklardaki dental anksiyete düzeyini etkilediğini göstermişlerdir. Bu sonuçlar, daha yüksek gelir düzeyine sahip ailelerin ağız ve diş sağlığına daha fazla önem vermesi ve bu bağlamda daha fazla zaman ve kaynak ayırabilmesi, ayrıca daha yüksek eğitim seviyesine sahip bireylerin stresli durumlarla başa çıkma becerilerinin daha gelişmiş olabileceği şeklinde yorumlanmaktadır.⁴¹

Ebeveyn Yaklaşımı

Ebeveyn yaklaşım tipleri ve ebeveyn-çocuk ilişkisinin niteliği; çocuğun davranış gelişimini, yeteneklerini ve farklı durumlardaki tepkilerini etkileyebilir. Anksiyete ve davranış bozukluklarının muhtemel mekanizmalarında aile davranışlarının etkisi önemlidir. Bu bağlamda, çocuğun ilk dental randevusu gibi yabancı bir duruma karşılaştığında sergileyeceği davranışlar, ailenin tutumunun büyük rol oynadığı bir konudur.²¹ Çocuğun kendi kişiliğine ve ailesinin tutumuna verdiği tepkiler, farklı aile tiplerinin içsel ve dışsal kaynaklı çeşitli sonuçlar doğurabileceği bir dinamik oluşturur.⁶⁷ Araştırmacılar, ebeveyn doğasını anlamaya yönelik çabalarıyla farklı ebeveyn özelliklerini açığa çıkarmışlardır. Bu konuda öne çıkan isimlerden biri olan Baumrind¹⁰, okul öncesi dönemdeki çocuklarla yaptığı çalışmada ebeveyn kontrolünü dört farklı model olarak tanımlamıştır: demokratik, otoriter, aşırı koruyucu ve izin verici ebeveyn tutumları.

Demokratik aileler, çocuğun bireysel kimliğini geliştirmesini ve düşüncelerini ifade etmesini teşvik ederken, olgun davranışlar sergilemelerini ve gerektiğinde kuralara uymalarını beklemektedir. Otoriter aileler ise çocuğun bağımsız bir birey olduğunu kabul etmemekle birlikte, baskıcı bir yaklaşımla kendi kurallarına uymalarını ve saygılı olmalarını talep etmektedir. Bu nedenle otoriter ailelerin çocukları, sosyal ortamlarda ve yeni durumlarla

karşılaştıklarında sıkça çekingen ve utangaç davranışlar sergileyebilmektedir.

Aşırı koruyucu aileler, çocuğun kendi başına yetemeyeceği inancını benimseyerek çocuğun otonom davranışlarına müdahalede bulunmaktadır. Bu aileler, çocuklarına dental sağlık deneyimlerini aktarabilir ve yaş grubuna bakmaksızın refakat etme eğiliminde olabilmektedir. İzin verici ailelerde ise çocuklar özgürce davranma eğilimindedir. Aileler, çocukların her davranışını olumlu karşılayarak, aşırı hoşgörülü yaklaşımlarıyla çocuklarına fazla özgürlük tanımaktadır. Dental ziyaretlerde yaşadıkları aşırı endişeyi çocuklara aktarabilmektedirler. Bu aile tipine sahip çocuklar, kural tanımaz olup aşırı tepkiler gösterebilmektedir.^{10,21}

• Dental Faktörler

Gözlemsel çalışmalar, geçmiş dental tedavi deneyimlerinin ileride çocuklarda kişisel bir fobi geliştirme potansiyeline sahip olduğunu göstermiştir. Bu deneyimlere yol açan faktörler, dental tedavilerin kendisi, artmış ağrı duyarlılığı ve olumsuz bilişsel işlevlerle ilişkilendirilmiştir.²⁰ Bir araştırmada, sıkıntılı geçen bir ilk diş hekimi ziyaretinin, ailesel dental kaygıdan sonra en yaygın ikinci dental kaygı faktörü olduğu belirtilmiştir.

Koruyucu tedaviler veya sınırlı anestezi altında gerçekleştirilen küçük müdahaleler, kısa süreli olmalarına rağmen çocuklar için fiziksel bir rahatsızlık oluşturma ihtimaline bağlı olarak psikolojik açıdan zorlayıcı deneyimler olarak algılanabilmektedir. Alwin ve ark.⁵, kooperasyon güçlüğü yaşayan çocukların %23'ünün ilk diş hekimi ziyaretini olumsuz değerlendirdiğini, kooperasyon güçlüğü yaşamayan çocuklarda ise bu oranın %10 olduğunu belirtmiştir.

Dental deneyimler çocuklara, sosyal öğrenme yoluyla da geçebilir. Korkulu anne-babalar, çocuklara kendi endişelerini anlatmanın yanı sıra iğne veya restoratif tedavi gerekirip gerekmeyeceği gibi konuları sorgulayarak veya kendi olumsuz deneyimlerinden örnekler vererek tetikleyici davranışlarda bulunabilirler. Araştırmalar, yüksek düzeyde anksiyete gösteren yetişkin bireylerin %47'sinin doğrudan koşullandırma deneyimleri yaşadığını ve diğer %26'sının ise hem doğrudan hem de dolaylı öğrenme deneyimlerinin bir karışımını deneyimlediğini ortaya koymaktadır.⁶⁵

Ağız - Diş Sağlığı İlişkisi ve Klinik Önem

Dental anksiyete, daha düşük diş ziyareti sıklığı ve daha yüksek diş çürüğü prevalansı ile ilişkili olması sebebiyle her şeyden önce bir ağız sağlığı sorunudur. Ayrıca, Amerikan Psikiyatri Derneği (APA) tanı ölçütlerine göre, fobik uyararla ilişkili kaçınma veya sıkıntı, bireyin normal rutini, mesleki veya okul işleyişi ve sosyal ilişkilerine de önemli ölçüde müdahale etmektedir. Yapılan çalışmalar dental anksiyete ile mücadele eden hastalarda, eksik ve problemlili diş sayısının, tedavi görmüş diş sayısına göre daha fazla olduğunu göstermektedir.³⁹

Günümüze uzanan çalışmalar, DMFS (Decayed Missing Filled Surface) skoru arttıkça, anksiyetenin de arttığını ortaya koymaktadır. Yahyaoğlu ve ark.⁶⁹ 6-12 yaş arası 810 çocuk üzerinde yaptıkları çalışmada kaygı ile diş çürümesi arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Locker ve ark.³⁸, dental anksiyetesi olan hastalar ile anksiyetesi olmayan hastaları karşılaştırdıkları çalışmalarında, anksiyete düzeyi yüksek olan bireylerin daha fazla diş eksikliğine sahip olduklarını ve enfeksiyonu ortadan kaldırmak için yaklaşık 5 kat daha acil tedavi ihtiyaçlarının olduğunu bildirmişlerdir.

İngiltere’de 5 yaşındaki 1745 çocuk ile gerçekleştirilen bir araştırmada, dental anksiyetesi olan çocukların diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla çürüğe sahip oldukları, düzenli olarak tedaviye gelmedikleri, yüksek kaygı seviyesine sahip ebeveynlere sahip oldukları ve geçmişte diş çekimi yaptırdıkları gözlemlenmiştir.⁸ Raadal ve ark.⁴⁴, 5 yaşında çok sayıda çürük dişi bulunan çocukların 10 yaşına geldiklerinde yüksek düzeyde dental anksiyeteye sahip olma olasılığının yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

Torriani ve ark.⁶⁰. Brezilya’da; DMFS skoru 2 olan çocukların, çürüğü olmayan gruptaki çocuklara göre daha yüksek dental anksiyeteye sahip olduklarını ve hiç diş hekimi kontrolüne gitmeyen çocuklarda diş hekimi korkusunun %70 daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. 5-12 yaş arası Fransız çocuklarla yapılan bir çalışmada, en az bir aktif çürüğü olan çocuklarda, çürük olmayanlara göre daha yüksek düzeyde dental anksiyete görüldüğü bildirilmiştir.⁵⁴

Ağız ve diş sağlığı açısından bakıldığında; ağrı, sosyal kaçınma ve yeme güçlüğü gibi bir dizi probleme sebep olan dental anksiyete ciddi bir tehdittir.⁵² Bu nedenle

özellikle çocuklarda teşhis ve tanının doğru yapılması yaşam kalitesinin artırılması açısından oldukça önemlidir. Yapılan araştırmalar bu durumun çözülmediği takdirde sonraki nesillere aktarılabileceğini göstermektedir.⁵²

Dental Anksiyete Belirleme Yöntemleri:

Diş hekimlerinin çocuklardaki dental anksiyeteyi erken aşamada değerlendirmesi önemlidir; çünkü bu sayede hastanın ihtiyaçları daha iyi belirlenmektedir. Ancak dental kaygı, bireyler arasında farklı semptomlarla kendini gösterdiği için subjektif bir deneyimdir ve ölçümü zorlayıcı olabilmektedir.¹⁵ Bu amaçla çeşitli değerlendirme yöntemleri mevcuttur, fakat pediatrik hastalara uygulanabilir olmaları önemlidir. Özellikle küçük çocuklarda, kendilerinin bilgi vermesine dayalı teknikler güvenilir sonuçlar sağlamada zorluklar yaratmaktadır. Sözel yöntemler, çocukların algılama ve zekâ düzeyine bağlı olarak sonuçları etkileyebilmektedir.¹⁵

Dental anksiyeteyi değerlendirmek için fizyolojik, psikometrik, projektif testler ve davranış gözlemleri gibi yöntemler kullanılmaktadır. Fizyolojik teknikler, tansiyon, nabız ve deri reaksiyonlarını ölçerek dolaylı bilgiler elde etmeyi amaçlamaktadır.³⁶ Davranış gözlemi ve puanlaması yöntemleri, davranışların gözlenip puanlandığı bir yaklaşımı temsil etmektedir. Psikometrik ölçümler, soru-cevap şeklindeki anketlerle kişinin kendini ifade etmesine dayanmaktadır.³⁷ Projektif teknikler ise, resimler aracılığıyla hikayelerin anlatılması veya korkunun kaynağı olabilecek nesnelerin resmedilmesi gibi yaklaşımları içermektedir.³⁴ Bugün en yaygın kullanılan dental anksiyete ölçüm yöntemleri arasında güvenilir ve geçerli kabul edilen skalalardan bazıları şunlardır:

- **Modifiye Frankl Davranış Skalası**
- **Modifiye Çocuk Dental Anksiyete Skalası (Corah**

Dental Anksiyete Skalası)

- **Venham’ın Resim Testi**
- **Gülen Yüz Skalası**

Çocuk Hastada Bilişsel (Kognitif) Davranışçı Terapi: Psikoterapi, duygusal ve davranışsal zorlukların çözümünü, ruhsal sağlığın geliştirilmesini ve sürdürülmesini amaçlayan yöntemlerin şemsiye terimi olarak ifade edilmektedir. Başka bir deyişle, kişinin uyumunu bozan davranışları düzeltmek, içgörü kazandırmak veya semptomları ortadan kaldırmak amacıyla normal ve anormal gelişim teorilerine dayanarak uygulanan, terapist ile has-

tanın sözlü iletişim ve dinamik ilişkisine dayalı, değişim odaklı psikiyatrik bir tedavi yöntemini ifade etmektedir. Klinik rehberler, çocukluk ve ergenlik döneminde duygudurum bozukluklarının tedavisinde öncelikle psikoterapinin kullanılmasını önermektedir.²⁴

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), beyin araştırmalarının ve nörobilimin hızlı gelişimi ile bu alandaki sayısız araştırmanın etkisiyle günümüzde psikoterapi sahasının önde gelen yaklaşımlarından biri haline gelmiştir. 20. yüzyılın ortalarından itibaren çocuklar ve ergenler, ayrı bir fenomen olarak ele alınıp incelenmeye başlanmıştır. Bilişsel Davranışçı Terapi, deneylere dayalı bir terapi olmasının yanı sıra çocuk ve ergenlerin gelişimsel farklılıklarına da duyarlıdır.⁴⁹ Çocuklarda BDT, yetişkinlerde olduğu gibi bireyin düşünce, duygu ve davranışlarının birbirini etkilediği ve davranışların uyuma yönelik olduğu temel varsayımlarına dayanmaktadır.³⁰ Ana hedef, bireyin davranışsal reaksiyonlarının yanı sıra eşlik eden bilişsel süreçlerin de anlaşılmasıdır.

Kognisyon, diğer adıyla biliş; zihnin düşünce, deneyim ve duyular yoluyla bilgiyi elde etme ve kavraması eylemidir.¹² Bu süreç, kişinin güncel düşünceleri, öz tanımlamaları, algılamaları, inançları, tutumları, anıları, amaçları, değer yargıları, beklentileri ve atıflarını içermektedir. Duyusal girdilerin yakalanması, dönüştürülmesi, önceden kaydedilmiş girdilerle karşılaştırılması, özümsemesi, depolanması ve kullanılması gibi zihinsel süreçler, özellikle önceki deneyimler tarafından rehberlik edilmektedir. Bilişsel yetiler, en temelinden en karmaşığa kadar her türlü görevi yerine getirmek için gereken temel beyin yeteneklerini içermektedir. Bilinç; dikkat ve konsantrasyon, algılama, karar verme, sorun çözme, bellek, zekâ, okuma ve yazma yeteneği ile soyutlama ve somut düşünme, görsel-uzamsal yetenek gibi temel bilişsel işlevleri kapsamaktadır.

Pratikte BDT'nin temelini oluşturan kavram, duygusal ve davranışsal tepkilerimizin bilişsel yetilerimiz tarafından şekillendirildiğidir. İnsanlar, olayın kendisinden ziyade zihinlerinde nasıl temsil edildiğine göre tepki verme eğilimindedir. Bu durum, bilişsel değişikliklerin davranış ve duygu kontrolünü veya değişimini etkileyebileceği anlamına gelir.

Çocuklarda davranışsal sorunlar, duygusal, biyolojik, sosyolojik ve çevresel faktörlerin karşılıklı etkileşiminin

bir sonucudur.⁶¹ Bu nedenle, bir yaşam olayıyla karşılaştıklarında bazı çocuklar hafif sıkıntılar yaşarken, diğerleri daha yoğun uyum sorunları sergileyebilmektedir. Klinisyenler, çocuğun psikopatoloji gelişimini etkileyen bilişsel, biyolojik ve çevresel faktörleri belirleyerek müdahalede bulunmaktadır. Bu görevi yerine getirirken çocuğun gelişim aşamalarındaki farklılıklar da göz önünde bulundurulmaktadır.⁶¹

Çocuklarda Bilişsel Davranışçı Terapi, davranışsal uyumsuzlukları ve yanıltıcı tutum ile inançların düzeltilmesine odaklanmaktadır.³⁰ Eğer bir çocuk, bir olaya karşı uygun duygusal veya davranışsal tepkiler veremiyorsa, bilişsel süreçte sorun çözme yeteneğinde sıkıntı yaşadığı düşünülmektedir.³⁰ Örneğin, depresif bir ergen sürekli olarak kendi yeteneklerini küçümseyip olumlu davranışları seçici olarak göz ardı ederken, gerçekçi olmayan bir mantıkla hareket edebilmektedir.⁴⁹ BDT, çocuk ve ergenlerin düşünme tarzlarını fark etmelerine yardımcı olarak gevşeme teknikleri, sorun çözme yetenekleri, bilişsel yeniden yapılandırma, modelleme gibi yöntemlerle yeni düşünme yollarını geliştirmelerine ve uygulamalarına katkı sağlamaktadır. Çocuğun yeni deneyimler yaşayarak ve yeni beceriler kazanarak olumsuz bilişlerin değiştirilmesi hedeflenmektedir.⁶¹

Psikoeğitim

Psikoeğitim, ailelere bilgi verme ve eğitim programına dahil etme amacıyla kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntemde, çocuğun gelişim evreleri, yaşadığı durumun potansiyel nedenleri ve diğer konular hakkında aileler bilgilendirilmektedir. Bilişsel yeniden yapılandırma aşamasında otomatik düşüncelerin fark edilmesi sağlanmaktadır. Sorun durumuna özgü olarak fiziksel ve bilişsel belirtilerin, duygusal tepkilerin ve davranışların anlamı açıklanmaktadır. Psikoeğitim özellikle ilk seansta farkındalık yaratma amacıyla önemli bir eğitim sürecidir.⁴²

Duyguları Tanımlamak

Çocuğun duygularını tanıma yeteneği, deneyimlerini normalize etmesine ve olumsuz düşünce döngülerine karşı koymasına yardımcı olmaktadır. Hikâye anlatımları, soyut ifadeleri somutlaştırmada önemli bir rol oynamaktadır. Yüz ifadelerini içeren kartlar, duygu eşleştirme oyunları, film veya hikâye karakterlerinin duygularını tanıma etkinlikleri gibi araçlar, danışanın kendi duygularını ifade etmeyi öğrenmesine katkı sağlamaktadır.⁴²

Bilişsel Yeniden Yapılandırma

Gerçekçiliğin test edildiği, kanıt ve alternatif açıklamaların sorgulandığı ve yeni düşüncelerin yerleştirildiği bir süreçtir. Örneğin, somatik uyarılar alırken “Kalbin ne diyor?” sorusu ile zihinsel uyarıların, bedensel dışavurumları hakkında bilgi toplanabilmektedir.⁴²

Gevşeme Eğitimi

Çocuğun bedensel semptomlarını aşamalı olarak fark etmesi ve bunları yönetebileceğini öğrenmesi hedeflenmektedir. Bu sayede çocuk, geliştirdiği beden farkındalığı ile kaygı durumlarında kas gerginliğinin algılayabilmektedir. Buna ek olarak, nefese odaklanma pratiği, sakin kalmalarını ve sağlıklı seçimler yapmalarını desteklemede önemli bir rol üstlenmektedir.⁴²

Yüzleştirme ve Modelleme

Dental anksiyetenin özgül bir fobi olarak kabul edilmesi bağlamında, pediatrik hastalarda dental kaygıyı yönetme sürecinde, sıkça kullanılan yüzleştirme ve modelleme tekniklerinden yararlanılmaktadır. Yüzleştirme, bireyin içsel inançları ve düşünceleri arasındaki çelişkiyi açığa çıkarmayı hedeflemektedir. Bu yöntem, çocuğun korkulan durum veya nesneyle kademeli bir şekilde yüzleştirilmesini içerir, böylelikle ardından gelen kaçınma davranışının engellenmesi sağlanabilir. Kaçınma davranışı, kaygının güçlenmesine ve devam etmesine yol açabilmektedir. Bu yöntem uygulanırken, çocuğun yanı sıra ailenin de terapi seanslarına katılması teşvik edilebilir. Aile bireylerine, bu yöntemin mantığı, temeli ve adımları hakkında bilgi verilerek eğitim sağlanmalıdır. Modelleme ise, yeni bir davranışı öğrenme veya mevcut bir davranışı değiştirme amacıyla kullanılmaktadır. Örneğin, köpek fobisi olan bir çocuk için terapi seansında terapistin köpekle gelip köpeğe sevecen bir şekilde yaklaşması ve çocuğa köpeğin zarar vermediğini modellemesi düşünülebilir. Modelleme durumları, çocuğun pasif izleyici olarak katılabileceği durumlar kadar aktif olarak dahil olabileceği durumları da içerebilmektedir.⁴²

Diş Hekimi Tutumu Nasıl Olmalıdır?

Diş tedavilerine duyulan korku ve endişelerin tetikleyici faktörlerinin bilinmesi, hekimlerin çocuk hastaların tedaviye yönelik anksiyetelerine karşı objektif ve empatik bir yol izlemesine olanak sağlamaktadır. Diş hekimleri, hastaların anksiyetelerini anlamak ve tedaviye uyum

sağlamalarını sağlamak amacıyla uygun iletişim ve tedavi seçeneklerini kullanmalıdırlar.

Çocuklar ilk defa karşılaştığı kişi ve ortamlardan genellikle korkmaktadır. Bu nedenle, ilk olarak güven duymaya ihtiyaç duymakta ve sonrasında yapılan işleme katılım sağlayabilmektedirler. Anksiyöz çocuklar, diş hekimi randevuları öncesinde birkaç gece boyunca uykusuz kalabilir, sindirim ve solunum sıkıntıları yaşayabilirler. Randevu için arandıklarında bile korku ve panik duyguları tetiklenebilmektedir. Hekimle konuşmanın, hastalar için oldukça cesaret verici olduğu göz önünde bulundurularak, çocuklar konuşmaya teşvik edilmeli, önceki yanlış anlamalar düzeltilmeli ve dental işlemler hakkında bilgilendirilmelidir. İşlemin nasıl gerçekleşeceğini anlatılmasıyla belirsizlik duygusu ortadan kaldırılarak, çocukların hazırlıklı olmaları sağlanır. İçtenlikle soruları yanıtlayarak hastalarla iletişimi devam ettirmek, çocukların önceden oluşturdukları yanlış düşünce ve korkuları gidermede yardımcı olmaktadır. Operasyon sonrası dönemde meydana gelebilecek durumların açıklanması ve öneriler sunulması, çocukların kendi vücutlarıyla ilgili kontrol sahibi olabileceklerini fark etmelerine yardımcı olarak stres seviyelerinin azalmasını sağlamaktadır.²⁹

Kalabalık ortamlar, anksiyöz hastalar için huzursuzluk seviyelerini artırdığından, randevuların sakin zamanlarda verilmesi önerilmektedir. İlk görüşmeler, hastalar kliniğe geldiklerinde diş tedavi ünitesinden uzak bir yerde gerçekleşmelidir. Restoratif prosedürlerden geçmesi gereken hastalar genellikle “4 S Kuralı” adı verilen yaklaşım kullanılarak yönlendirilmektedir. Bu yaklaşım, dental ortamda anksiyeteyi tetikleyen dört temel duyuşsal uyarıcının (görme, sesler, duyumlar ve kokular) ortadan kaldırılmasına dayanmaktadır.^{48,63} Hastaların tedavi aletleri, enjektörler veya kesici materyallerle karşılaşmaları da genellikle huzursuzluk ve paniğe neden olabilir. Atravmatik restoratif tedavi, air abrazyon tekniği, ultrasonik uçlar, enfekte dentinde kollajeni hedefleyen kemomekanik çürük giderme ve lazer kullanımı gibi daha modern yöntemlerin tercihi, tedavilerin daha rahat bir şekilde sürdürülmesine olanak tanımaktadır. Tıbbi ve dental anamnezin yanı sıra, dental anksiyete ile ilgili özel soruların da sorgulanması gerekmektedir. Hastaların diş hekimlerine karşı duydukları korkuların nedenleri detaylı şekilde anlaşılmalı, korkularının seviyesi ve geçmiş

deneyimleri ele alınmalıdır. Hasta beklentileri ve hekim tedavisine dair istekleri değerlendirilmeli, geçmişte yaşanmış olumsuz deneyimlerden ders çıkarılarak aynı hatalardan kaçınılmalıdır.^{48,63}

Duyusal olarak uyarlanmış bir muayenehane ortamı, kaygının azaltılması ve gevşemenin sağlanmasında etkili olabilmektedir.⁵⁶ Snoezelen çevre konsepti, hasta merkezli bir terapi yaklaşımıdır ve temel olarak birincil duyular olan görme, dokunma, hissetme ve koku alma duyularını harekete geçirmeyi amaçlamaktadır. Shapiro ve ark.⁵⁶, pediatrik hastalar için özel olarak tasarlanmış bir Snoezelen dental ortamı geliştirmişlerdir. Bu ortam, loş aydınlatma, yatıştırıcı müzik ve özel bir Velcro kelebek yeleği gibi unsurları içermektedir. Bu yelek, çocuğu sarıp derin bir basınç hissi sağlayarak sakinleştirici etki yaratmaktadır. Yapılan çalışmalarda, bu özel ortamın davranışsal ve psikofizyolojik belirtileri, geleneksel muayenehane ortamına kıyasla daha etkili bir şekilde azalttığı gözlemlenmiştir.¹⁷

Görüşmeler, dental kaygının daha geniş bir psikolojik bozukluğun bir parçası olabileceğini ortaya çıkarabilir. Hekimler, hastaları psikolojik durum, problemlerin derinliği veya genelliği açısından incelemeli ve gerektiğinde ilgili bölümden konsültasyon istemelidir. Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi, hastalara tıbbi tedavi ile psikiyatrik tedavi ve psikososyal bakımın eş zamanlı olarak sunulduğu bir yaklaşımdır. Bu şekilde hastalara kişiselleştirilmiş, bütüncül bir sağlık hizmeti sunulmaktadır. Bu da diş hekimlerinin, mental sağlık problemlerini daha iyi anlayabilecekleri bir ortamda çalışmalarına olanak tanır. Konsültasyon-Liyazon servisleri, davranışsal rahatlama teknikleri, hipnoz, bilişsel davranışçı terapi, biofeedback yöntemi ve farmakolojik tedavi seçenekleri sunmaktadır.⁵³

Hastalarla etkili iletişim kurarken, hedeflere yönlendirme amacıyla kullanılan dolaylı öneriler, olumlu imgeler ve zihinsel canlandırmalar son derece kritik bir rol oynamaktadır. Sakin bir tonla konuşma ve yüz ifadesiyle birlikte, hastaların anlaşıldığını hissettiren bir tutum sergilemek, olumsuz emirler yerine daha dolaylı ifadelerle iletişim kurmak, özellikle çocuklardaki çaresizlik ve belirsizlik kaynaklı korkuları azaltmada etkili bir rol oynamaktadır. Bu yaklaşım, hastaların hekimlere olan güvenini artırmada da önemli bir faktördür. Aynı za-

manda, değerlendirme sürecinde sorularla korku nedenlerinin belirlenmesi ve buna uygun tedavi yöntemlerinin seçilmesi gerekmektedir.³⁵ Olumlu bir diş hekimi-hasta ilişkisi, hastaların memnuniyetini artırmanın yanı sıra, düzenli diş hekimi ziyareti alışkanlığını teşvik edebilir, uyumu artırabilir ve evde diş fırçalama motivasyonunu olumlu yönde etkileyebilmektedir.⁴⁶

Örnek Çalışmalar:

Shahnavaz ve ark.⁵⁵, 2016 yılında yaptıkları çalışmada dental anksiyetesi olan çocuklarda bilişsel davranışçı terapinin etkinliğini araştırmışlardır. Randomize kontrollü deney olarak tasarlanan bu çalışmada hastaların dahil edilme kriterleri; özgül fobileri hariç komorbid bir anksiyete bozukluğu taşımamaları, gelişimsel bir bozuklukları olmaması ve herhangi bir psikoterapi almamış olmalarıdır. Dental tedavileri esnasında hem deney hem kontrol grubun da davranış yöntemleri kullanılmasının yanında, deney grubu on seans bilişsel davranışçı terapi almıştır. Bu oturumların ana bileşenleri davranış analizleri, psiko-eğitim, ebeveyn eğitimi, dental prosedür filmlerine maruz kalma, gevşeme teknikleri, prosedürel ağrı yönetimi bilgileri ve bilişsel yeniden yapılandırma. Psikolog seansları sırasında çeşitli diş tedavilerinden geçen bir çocuğu gösteren kısa filmler izletilmiştir. Çocuk ve ebeveynlere, evde pratik yapmak için sond, pamuk pelet, topikal anestezi, aspiratör ucu ve enjektör gibi malzemeler temin edildi. Değerlendirmeler tedaviden önce, tedavi başladıktan üç ay ve bir yıllık zaman aralıklarından sonra yapıldı. Elde edilen sonuçlar BDT alan çocukların, klasik tedavi gören çocuklara göre istatistiki olarak daha fazla gelişim gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bir yıl sonuna elde edilen verilere göre BDT gören hastaların %73'ü lokal anestezi ve aereyör ile çalışma prosedürlerini modelleyen davranıştan kaçınma testinde başarılı olurken, bu oran kontrol grubunda %13 olmuştur. Ayrıca, kontrol grubundaki %25'lik kesim ile karşılaştırıldığında BDT grubunun %91'i, bir yıllık takipte artık dental anksiyete için tanı kriterlerini karşılamamaktadır.

Rajeswari ve ark.⁴⁵, 2019 yılında yaptıkları çalışmada çocuklarda preoperatif anksiyetenin yönetiminde bilişsel davranışçı oyun terapisinin ve görsel-işitsel dikkat dağıtma tekniğinin etkinliğini ölçüp birbirleri ile karşılaştırmayı amaçlamışlardır. 6-10 yaşları arasındaki 45 çocuk eşit sayıda dağılacak şekilde randomize olarak üç gruba

ayrılmıştır. Çocukların dahil olma kriteri orta ve şiddetli seviyede kaygı durumudur. Deneyler başlamadan önce tüm hastaların kaygı seviyeleri Modifiye Frankl Davranış Skalası kullanılarak tespit edilmiştir. Birinci gruptaki çocuklarda BDT ile aktif dikkat dağınıklığı sağlanmıştır. Oyun bloklarıyla oynamalarına izin verilmiş ve resim çizmeleri istenmiştir. Terapinin modelleme aşamasında hastalara, profilaksi ve topikal florür tedavisi uygulanan koopere bir çocuk hastanın videosu izletilmiştir. İkinci gruptaki çocuklar görsel-işitsel araçlarla pasif oyalamaya tabi tutulmuştur. 10 dakikalık bir süre boyunca kendi seçtikleri bir çizgi filmi izlemelerine izin verilirken, üçüncü gruptaki çocuklara geleneksel anlat-göster-uygula davranış yönetim tekniği uygulanmıştır. Müdahalelerin etkinliğinin anlaşılması için, başlangıçta ve müdahale sonrasında bir nabız oksimetresi ile nesnel kaygı belirtileri ve Gülen Yüz Skalası ile öznel kaygı ölçülmüştür. Sonuçlar değerlendirildiğinde hem grup içi hem de gruplar arası karşılaştırmalarda her üç grupta da öznel ve nesnel kaygı puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma gözlemlenmiştir. Gruplar arası karşılaştırmada, BDT gören birinci gruptaki kaygı seviyesi belirgin olarak düşmüştür. Elde edilen sonuçlara göre, hastanın aktif rol aldığı dikkat dağıtma yöntemi, çocuk hasta için en uygun metottur.

Sonuç

Dental anksiyete, diş hekimliği tedavileri uygulanırken sıkça karşılaşılan bir engel olarak ortaya çıkmakta ve hem hastalar hem de hekimler için daha büyük sorunları beraberinde getirmektedir. Hekimlerin, bu engellerle başa çıkabilmek adına dental işlemlerle birlikte tedavilere engel teşkil eden davranış ve endişeleri yönetmeleri gerekmektedir. Bu bağlamda, hekimlerin dental anksiyetenin nedenlerini ve psikodinamiklerini anlamaları, iletişim yeteneklerini geliştirmeleri ve davranışsal yönetim tekniklerini gerekirse farmakolojik yöntemlerle birleştirmeleri önemlidir. Ayrıca, hastaların etkili bir tedavi alabilmesi için uygun bir ortamın oluşturulması da gerekmektedir. Özellikle pediatrik hastaların yönetiminde, mental sağlık uzmanlarıyla iş birliği yapmanın daha verimli sonuçlar doğurabileceği unutulmamalıdır.¹

Kaynaklar

1. Adasal R. Ruh Hastalıkları. Türkiye: Ankara Üniversitesi Matbaası, 1976, 309–312.
2. Akbay Oba A, Dülgergil CT, Sönmez IS. Prevalence of dental anxiety in 7- to 11-year-old children and its relationship to dental caries. *Med Princ Pract.* 2009;18(6):453-7. Epub 2009 Sep 30. PMID: 19797921.
3. Akiskal HS, Hirschfeld RM, Yerevanian BI. The relationship of personality to affective disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 1983 Jul;40(7):801-10. PMID: 6344834.
4. Akiskal HS, Mallya G. Criteria for the “soft” bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol Bull.* 1987;23(1):68-73. PMID: 3602332.
5. Alwin N, Murray JJ, Niven N. The effect of children’s dental anxiety on the behaviour of a dentist. *Int J Paediatr Dent.* 1994 Mar;4(1):19-24. PMID: 7748843.
6. Armfield JM, Heaton LJ. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Aust Dent J.* 2013 Dec;58(4):390-407; quiz 531. PMID: 24320894.
7. Asselmann E, Wittchen HU, Lieb R, Beesdo-Baum K. Sociodemographic, clinical, and functional long-term outcomes in adolescents and young adults with mental disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 2018 Jan;137(1):6-17. PMID: 28861892.
8. Avsar A, Mobaraki S. Pediatric Dentistry and Dental Anxiety. *Turkish J of Health Science and Life* 2020; 3(3): 19–25.
9. Badin E, Alvarez E, Chu BC. Cognitive Behavioral Therapy for Child and Adolescent Anxiety. *CBT in a Nutshell* 2020; 41–71.
10. Baumrind D. Patterns of parental authority and adolescent autonomy. *New Dir Child Adolesc Dev.* 2005 Summer;(108):61-9. PMID: 16121897.
11. Bayrak S, Tunc E. Ebeveyn Dental Kaygısı ve Sosyodemografik Faktörlerin Çocukların Dental Kaygısı Üzerine Etkisi. *Atatürk Univ. Dis Hek. Fak.* 2010; 20(3): 181–188.
12. Beck A, Weishaar M. Cognitive Therapy. *Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy.* Plenum Press; 1989.
13. Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatr Clin North Am.* 2009 Sep;32(3):483-524. PMID: 19716988.
14. Beesdo-Baum K, Knappe S. Developmental epidemiology of anxiety disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2012 Jul;21(3):457-78. PMID: 22800989.
15. Buchanan H, Niven N. Validation of a Facial Image Scale to assess child dental anxiety. *Int J Paediatr Dent.* 2002 Jan;12(1):47-52. PMID: 11853248.
16. Caspi A, Moffitt TE. All for One and One for All: Mental Disorders in One Dimension. *Am J Psychiatry.* 2018 Sep 1;175(9):831-844. PMID: 29621902; PMCID: PMC6120790.
17. Cermak SA, Stein Duker LI, Williams ME, Lane CJ, Dawson ME, Borreson AE, Polido JC. Feasibility of a sensory-adapted dental environment for children with autism. *Am J Occup Ther.* 2015 May-Jun;69(3):6903220020p1-10. PMID: 25871593; PMCID: PMC4453036.
18. Chapman HR, Kirby-Turner NC. Dental fear in children—a proposed model. *Br Dent J.* 1999 Oct 23;187(8):408-12. PMID: 10715999.
19. Colizzi M, Sironi E, Antonini F, Cicceri ML, Bovo C, Zocante L. Psychosocial and Behavioral Impact of COVID-19 in Autism Spectrum Disorder: An Online Parent Survey. *Brain Sci.* 2020 Jun 3;10(6):341. PMID: 32503172.
20. de Jongh A, Muris P, ter Horst G, Duyx MP. Acquisition and maintenance of dental anxiety: the role of conditioning experiences and cognitive factors. *Behav Res Ther.* 1995 Feb;33(2):205-10. PMID: 7887880.
21. Esmali Kooraneh A, Amirsardari L. Predicting Early Maladaptive Schemas Using Baumrind’s Parenting Styles. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2015 Jun;9(2):e952. PMID: 26288648.
22. Firat D, Tunc EP, Sar V. Dental anxiety among adults in Turkey. *J Contemp Dent Pract.* 2006 Jul 1;7(3):75-82. PMID: 16820810.
23. Friedberg RD. Pediatrician-friendly perspectives on cognitive behavioral therapy for anxious youth: Current status and clinical implications for the next normal. *World J Clin Pediatr.* 2021 Nov 9;10(6):112-123. PMID: 34868888.
24. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry.* 2000 Apr;157(4 Suppl):1-45. PMID: 10767867.
25. Hughes J, Kwok OM. Influence of Student-Teacher and Parent-Teacher Relationships on Lower Achieving Readers’ Engagement and Achievement in the Primary Grades. *J Educ Psychol.* 2007 Feb;99(1):39-51. PMID: 18084625.

26. Işık E, Taner Y. Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. Golden Print; 2006.
27. Jeddy N, Nithya S, Radhika T, Jeddy N. Dental anxiety and influencing factors: A cross-sectional questionnaire-based survey. *Indian J Dent Res.* 2018 Jan-Feb;29(1):10-15. PMID: 29442080.
28. Jeffrey D. McDonald and Avery's Dentistry for the Child and Adolescent. Elsevier: 11th ed; 2021.
29. Kaplan AS, Fishbein B. Integrating the dental phobic into the general dental practice. *Dent Clin North Am.* 1988 Oct;32(4):771-7. PMID: 2972571.
30. Kendall PC, Kane M. Cognitive-Behavioral Treatment of Anxious Children: Treatment Manual. Ardmore, PA: Workbook Publishing. Ardmore, PA: Workbook Publishing; 2006.
31. Kim H, Park KJ, Shin YW, Lee JS, Chung S, Lee T, Kim MJ, Jung J, Lee J, Yum MS, Lee BH, Koh KN, Ko TS, Lim E, Lee JS, Lee JY, Choi JY, Han HM, Shin WA, Lee NJ, Kim SH, Kim HW. Psychological Impact of Quarantine on Caregivers at a Children's Hospital for Contact with Case of COVID-19. *J Korean Med Sci.* 2020 Jul 20;35(28):e255. PMID: 32686372; PMCID: PMC7371455.
32. Kirbas ZO, Ozkan H. Determination of the state anxiety levels of 9-12 year-old children applying to oral and dental health center. *Journal of Dr. Behcet Uz Children's Hospital* 2014; 4(2): 128-134.
33. Klinberg G. Dental anxiety and behaviour management problems in paediatric dentistry--a review of background factors and diagnostics. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2008 Feb;9 Suppl 1:11-5. PMID: 18328243.
34. Klingberg G, Löfqvist LV, Hwang CP. Validity of the Children's Dental Fear Picture test (CDFP). *Eur J Oral Sci.* 1995 Feb;103(1):55-60. PMID: 7600251.
35. Kömerik N, Muğlalı M. Ağız Cerrahisinde Anksiyete Kontrolü: Hastaların Bilgilendirilmesi. *Atatürk Üniv. Dis. Hek. Fak.* 2005; 15(3): 25-33.
36. Kothari S, Gurunathan D. Factors influencing anxiety levels in children undergoing dental treatment in an undergraduate clinic. *J Family Med Prim Care.* 2019 Jun;8(6):2036-2041. PMID: 31334176.
37. Kroniņa L, Rasčevska M, Care R. Psychosocial factors correlated with children's dental anxiety. *Stomatologija.* 2017;19(3):84-90. PMID: 29339671.
38. Locker D, Liddell A, Dempster L, Shapiro D. Age of onset of dental anxiety. *J Dent Res.* 1999 Mar;78(3):790-6. PMID: 10096455.
39. Murad MH, Ingle NA, Assery MK. Evaluating factors associated with fear and anxiety to dental treatment-A systematic review. *J Family Med Prim Care.* 2020 Sep 30;9(9):4530-4535. PMID: 33209758.
40. Nikayin S, Rabiee A, Hashem MD, Huang M, Bienvenu OJ, Turnbull AE, Needham DM. Anxiety symptoms in survivors of critical illness: a systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry.* 2016 Nov-Dec; 43:23-29. PMID: 27796253.
41. Önçağ Ö. Ailenin Sosyoekonomik Durumu ve Eğitim Düzeyinin Çocuklarda Dental Kaygı Üzerine Etkisi 2005; 32(1), 45-54.
42. Özcan Ö, Çelik G. Bilişsel Davranışçı Terapi. *Türkiye Klinikleri J* 2017; 3(2): 115-120.
43. Panda PK, Gupta J, Chowdhury SR, Kumar R, Meena AK, Madaan P, Sharawat IK, Gulati S. Psychological and Behavioral Impact of Lockdown and Quarantine Measures for COVID-19 Pandemic on Children, Adolescents and Caregivers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Trop Pediatr.* 2021 Jan 29;67(1): 122. PMID: 33367907.
44. Raadal M, Strand GV, Amarante EC, Kvale G. Relationship between caries prevalence at 5 years of age and dental anxiety at 10. *Eur J Paediatr Dent.* 2002 Mar;3(1):22-6. PMID: 12871013.
45. Rajeswari SR, Chandrasekhar R, Vinay C, Uloopi KS, RojaRamya KS, Ramesh MV. Effectiveness of Cognitive Behavioral Play Therapy and Audiovisual Distraction for Management of Preoperative Anxiety in Children. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2019 Sep-Oct;12(5):419-422. PMID: 32440048.
46. 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 Jan-Apr;76(1):13-9. PMID: 19341574.
47. Rapee RM, Abbott MJ, Lynham HJ. Bibliotherapy for children with anxiety disorders using written materials for parents: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 2006 Jun;74(3):436-44. PMID: 16822101.
48. Reddy RS, Kotha R, Pavani K, Subbarayudu G, Rajesh N, Sruthi, R. Dental anxiety – neglect of dental care. *International Journal of Health* 2015; 3(1): 20.
49. Reinecke MA, Dattilio FM, Freeman A. Cognitive Therapy

- with Children and Adolescents: A Casebook for Clinical Practice. 2nd Edition. *Can Child Adolesc Psychiatr Rev.* 2005 Feb;14(1):32.
50. Roza SJ, Hofstra MB, van der Ende J, Verhulst FC. Stable prediction of mood and anxiety disorders based on behavioral and emotional problems in childhood: a 14-year follow-up during childhood, adolescence, and young adulthood. *Am J Psychiatry.* 2003 Dec;160(12):2116-21. PMID: 14638580.
51. Rozenman M, Piacentini J, O'Neill J, Bergman RL, Chang S, Peris TS. Improvement in anxiety and depression symptoms following cognitive behavior therapy for pediatric obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 2019 Jun; 276:115-123. PMID: 31075706.
52. Sadat Sajadi F, Pishbin L, Hadi Azhari S, Moosazadeh M. Impact of Oral and Dental Health on Children's and Parents' Quality of Life Based on Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) Index. *International Journal of Dental Sciences and Research* 2015; 3(2): 28–31.
53. Šarac Z, Zovko R, Ćurlin M, Filaković P. Dental Medicine and Psychiatry: The Need for Collaboration and Bridging the Professional Gap. *Psychiatr Danub.* 2020 Summer;32(2):151-158. PMID: 32796779.
54. Seligman LD, Hovey JD, Chacon K, Ollendick TH. Dental anxiety: An understudied problem in youth. *Clin Psychol Rev.* 2017 Jul; 55:25-40. PMID: 28478271.
55. Shahnavaz S, Hedman E, Grindefjord M, Reuterskiöld L, Dahllöf G. Cognitive Behavioral Therapy for Children with Dental Anxiety: A Randomized Controlled Trial. *JDR Clin Trans Res.* 2016 Oct;1(3):234-243. PMID: 29417092.
56. Shapiro M, Melmed RN, Sgan-Cohen HD, Eli I, Parush S. Behavioural and physiological effect of dental environment sensory adaptation on children's dental anxiety. *Eur J Oral Sci.* 2007 Dec;115(6):479-83. PMID: 18028056.
57. Stabholz A, Peretz B. Dental anxiety among patients prior to different dental treatments. *Int Dent J.* 1999 Apr;49(2):90-4. PMID: 10858738.
58. Strawn JR, Lu L, Peris TS, Levine A, Walkup JT. Research Review: Pediatric anxiety disorders - what have we learnt in the last 10 years? *J Child Psychol Psychiatry.* 2021 Feb;62(2):114-139. PMID: 32500537.
59. Strawn JR, Sakolsky DJ, Rynn MA. Psychopharmacologic treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2012 Jul;21(3):527-39. PMID: 22800992.
60. Torriani DD, Ferro RL, Bonow ML, Santos IS, Matijasevich A, Barros AJ, Demarco FF, Peres KG. Dental caries is associated with dental fear in childhood: findings from a birth cohort study. *Caries Res.* 2014;48(4):263-70. doi: 10.1159/000356306. PMID: 24503491.
61. Türkçapar H, Öner P. Çocuk ve Ergenlerde Bilişsel Davranışçı Terapi: Anksiyete Bozuklukları. *Kriz Dergisi* 2008; 16(1): 11–18.
62. Vehkalahti MM, Palotie U, Valaste M. Age-related variation in volume and content of restorative private dental care for adults in Finland in 2012-2017: A nationwide register-based observation. *J Dent.* 2021 Jan; 104:103537. PMID: 33232773.
63. Walsh. Anxiety prevention: Implementing the 4 S principle in conservative dentistry; 2007.
64. Wehry AM, Beesdo-Baum K, Hennelly MM, Connolly SD, Strawn JR. Assessment and treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Curr Psychiatry Rep.* 2015 Jul;17(7):52. PMID: 25980507.
65. Willumsen T, Agdal ML, Vika ME. Understanding Development and Persistence of Dental Anxiety; 2022; 167–177.
66. Wright GZ, Alpern GD. Variables influencing children's cooperative behavior at the first dental visit. *ASDC J Dent Child.* 1971 Mar-Apr;38(2):124-8. PMID: 4251281.
67. Wu L, Gao X. Children's dental fear and anxiety: exploring family related factors. *BMC Oral Health.* 2018 Jun 4;18(1):100. PMID: 29866080.
68. Yahyaoğlu Ö, Baygın Ö. Çocuk Diş Hekimliğinde Diş Hekimi Kaygı ve Korkusunun Değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*; 2017.
69. Yahyaoğlu Ö, Baygın Ö, Yahyaoğlu G, Tüzüner T. 6-12 Yaş Grubu Çocuklarda Diş Hekiminin Diş Görünüşünün Dental Durum ile İlişkinin Değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2018; 292–304.
70. Yetis C, Küçükeşmen Ç. Çocuk Hastalarda "Dental Kaygı ve Davranış İdaresi Problemlerinin" Görülme Sıklığı ve Etiyolojik Faktörleri. *Balıkesir Sağlık Bil Dergisi* 2013; 2(1): 62–68.