



Çocuk Diş Hekimliğinde Davranış Yönlendirme Teknikleri: Bir Güncelleme

Behavior Guidance Techniques in Pediatric Dentistry: An Update

Erva GÜNGÖR^a Nevra KARAMÜFTÜOĞLU^b

^aİstanbul Sancaktepe Ağzı ve Diş Sağlığı Merkezi, İstanbul, Türkiye

^bSağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Diş Hekimliği Fakültesi, Çocuk Diş Hekimliği ABD, Ankara, Türkiye

Özet

Dental kaygı, korku ve fobi çocuk diş hekimliğinde sık karşılaşılan psikolojik durumlardır ve tedaviye uyum güclüğü ile olumsuz ağız-diş sağlığı sonuçlarına yol açabilir. Bu durumların gelişiminde çocukların geçmiş deneyimleri, ebeveyn tutumları ve çevresel faktörler önemli rol oynamaktadır. Çocuk diş hekimliğinde bu sorunları yönetmek amacıyla çeşitli davranış yönlendirme teknikleri geliştirilmiştir. Bu teknikler; iletişimsel yaklaşımlar, pekiştirme yöntemleri, dikkat dağıtma ve duyarsızlaştırma gibi farklı stratejileri içermekte ve literatürde etkinlikleriyle desteklenmektedir. Ancak yöntemlerin avantajları, sınırlılıkları ve ebeveyn kabulü farklılık gösterebilmektedir.

Bu derlemenin amacı, çocuk diş hekimliğinde kullanılan güncel davranış yönlendirme tekniklerini özetlemek, etkinliklerini ve sınırlılıklarını tartışmak ve klinik uygulamalara yönelik pratik öneriler sunmaktır. Sonuç olarak, bireyselleştirilmiş teknik seçimi ve ebeveyn katılımının dikkate alınması, tedavi başarısı ve çocuklarda olumlu dental tutumların geliştirilmesi açısından kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk diş hekimliği, Davranış yönlendirmesi, Dental kaygı, Dental korku, Dental fobi

Summary

Dental anxiety, fear, and phobia are common psychological conditions encountered in pediatric dentistry, often leading to treatment compliance difficulties and adverse oral health outcomes. The development of these conditions is influenced by children's previous experiences, parental attitudes, and environmental factors. To address these challenges, various behavior management techniques have been developed in pediatric dentistry. These techniques include communicative approaches, reinforcement methods, distraction, and desensitization strategies, with their effectiveness supported by the literature. However, the advantages, limitations, and parental acceptance of these methods may vary.

The aim of this review is to summarize current behavior management techniques in pediatric dentistry, discuss their effectiveness and limitations, and provide practical recommendations for clinical applications. In conclusion, individualized technique selection and consideration of parental involvement are critical for treatment success and for fostering positive dental attitudes in children.

Keywords: Pediatric dentistry, Behavior management, Dental anxiety, Dental fear, Dental phobia

Giriş

1970’li Dental kaygı, korku ve fobi, çocuk diş hekimliğinde en sık karşılaşılan psikolojik durumlar arasında yer almakta olup, tedaviye uyum güçlükleri ve olumsuz ağız-diş sağlığı sonuçlarına neden olabilmektedir (Klingberg ve Broberg, 2007). Bu kavramlar, şiddet düzeyleri açısından farklılık göstermektedir: dental kaygı daha hafif düzeyde endişeyi ifade ederken, dental korku belirli uyaranlara karşı gelişen yoğun tepkileri; dental fobi ise irrasyonel ve günlük yaşamı etkileyebilecek düzeyde aşırı kaçınma davranışlarını tanımlamaktadır. Kavramların bu şekilde sınıflandırılması, literatürde farklı tanımlamalar arasındaki karışıklığı önlemek için önemlidir.

Bu durumların gelişiminde çocuğun geçmiş dental deneyimleri, ebeveynin kaygı düzeyi ve tutumları ile klinik ortamın özellikleri gibi çevresel faktörler rol oynamaktadır. Özellikle ebeveynin dental tedaviye ilişkin tutumunun, çocukların kaygı düzeyini ve tedaviye katılım motivasyonunu doğrudan etkilediği bildirilmektedir (Pinkham, 1991).

Çocuk diş hekimliğinde bu sorunların yönetimi için geliştirilen davranış yönlendirme teknikleri, çocukların tedaviye uyumunu artırmayı ve uzun vadede olumlu dental tutum kazandırmayı amaçlamaktadır. Bu teknikler, iletişimsel yaklaşımlar (ör. “anlat-göster-uygula”), pekiştirme yöntemleri (sosyal ve somut pekiştirme), dikkat dağıtma, modelleme ve sistematik duyarsızlaştırma gibi farklı stratejileri içermektedir. Literatürde bu yöntemlerin etkinliği desteklenmekle birlikte, her tekniğin avantajları ve sınırlılıkları bulunmaktadır (AAPD, 2024).

Örneğin, “anlat-göster-uygula” tekniği özellikle küçük yaş gruplarında etkili bulunurken, dikkat dağıtma yöntemleri kaygı düzeyi yüksek çocuklarda sınırlı başarı gösterebilmektedir. Ayrıca, bazı tekniklerin ebeveynler tarafından daha kolay kabul edildiği, bazılarının ise kültürel veya bireysel farklılıklar nedeniyle sınırlı uygulanabilirliğe sahip olduğu rapor edilmektedir (Hosey, 2002; Appukuttan, 2016).

Bu bağlamda, mevcut derlemenin amacı; çocuk diş hekimliğinde kullanılan güncel davranış yönlendirme tekniklerini özetlemek, etkinliklerini ve sınırlılıklarını tartışmak ve klinik uygulamalara yönelik pratik öneriler sunmaktır. Sonuç olarak, bireyselleştirilmiş teknik seçimi, çocuğun özelliklerinin dikkate alınması ve ebeveyn katılımının sağlanması, tedavi başarısı ve çocuklarda olumlu dental tutumların geliştirilmesi açısından kritik öneme sahiptir.

Davranış Yönlendirme Teknikleri

Davranış yönlendirme teknikleri, temel ve ileri teknikler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (AAPD, 2024).

1. Temel Davranış Yönlendirme Teknikleri

Diş hekimleri, her hastanın iletişim kurma konusunda aynı derecede istekli olmayabileceğini göz önünde bulundurmalıdır (Lepper ve ark., 1995). Uyum sağlamakta güçlük çeken hastalarla yapılan araştırmalar, diş hekiminin ses tonunu dikkatlice ayarlamasının, empati göstermesinin, ikna becerilerini kullanmasının ve hastaya kontrol hissi sağlamasının iş birliği üzerinde olumlu etkiler yarattığını göstermektedir (Sarnat ve ark., 2001).

Araştırmalar; uyum sağlamakta zorlanan çocukların yalnızca küçük bir kısmında dental korkunun bulunduğunu, ayrıca dental korku yaşayan çocukların tümünün tedavi sırasında davranışsal problemler sergilemediğini belirtmektedir. Bu nedenle, diş hekiminin tedavi planlaması yaparken çocuğun iş birliği potansiyelini değerlendirmesi ve bu süreci uygun davranış yönlendirme teknikleriyle desteklemesi gereklidir (Baier ve ark., 2004).

İletişim ve İletişimsel Rehberlik

İletişimsel yönetim ve uygun komut kullanımı hem iş birliği yapan hem de yapmayan hasta gruplarında yaygın olarak uygulanmaktadır. Bir muayenenin başlangıcında çocuğa soru yöneltmek ve aktif/yansıtıcı dinleme yapmak güven ilişkisini güçlendirmektedir (Karamüftüoğlu, 2024). Çocuğun tedavi sürecine aktif bir katılımcı olarak dahil edilmesi, hekimin ise açıklayıcı ve yönlendirici ifadelerle süreci yönetmesi önerilmektedir (Makansi ve ark., 2018).

İletişimsel rehberlik; ön ziyaret görselleştirmesi, doğrudan gözlem, anlat-göster-uygula, sor-anlat-sor, ses kontrolü, sözsüz iletişim, olumlu pekiştirme, dikkat dağıtma, hafızanın yeniden yapılandırılması, duyarsızlaştırma, ebeveynin varlığı/yokluğu, gelişmiş kontrol yöntemleri, hayvan destekli terapi, resim-değişim iletişim sistemi, bilişsel-davranışçı terapi ve gerektiğinde azot oksit/oksijen inhalasyonu gibi yöntemleri içermektedir (AAPD, 2024).

Hekim, bu teknikleri seçerken çocuğun bilişsel ve psikolojik gelişimini, ayrıca olası iletişim bozukluklarını (örneğin iştih kaybı) göz önünde bulundurmalıdır.

1.1. Olumlu Ön Ziyaret Görselleştirmesi

Bu teknikte çocuk ve ebeveynler, dental muayene öncesinde klinik süreci tanıtan görselleri inceleyerek ön bilgi edinir. Bu yaklaşım, çocukların beklentilerini düzenler ve tedaviye başlamadan önce kaygıyı azaltır (Fox ve Newton, 2006).

1.2. Doğrudan Gözlem

Hastaların video veya canlı gözlem yoluyla başka bir çocuğun tedavi sürecini izlemesine dayanır. Bu yöntem, çocuğun dental ortama aşinalığını artırarak güvenli bir öğrenme deneyimi sağlar (Fox ve Newton, 2006).

1.3. Anlat-Göster-Uygula

Çocuk diş hekimliğinde en sık kullanılan yöntemlerden biridir. Çocuğa işlem sözel olarak açıklanır, görsel ve işitsel materyallerle tanıtılır ve son aşamada işlem uygulanır (Hosey, 2002; AAPD, 2024). Bu tekniğin hasta yakınları tarafından sıklıkla kabul gördüğü belirtilmiştir (Machen, 1984). Ancak, dikkat dağıtma gibi diğer tekniklerle birlikte kullanıldığında daha etkili sonuçlar elde edilmektedir (Holst ve Crossner, 1984).

1.4. Sor-Anlat-Sor

Bu yöntem, hastanın tedaviye dair duygularını sorgulamayı, aşamaları korkutucu olmayan bir dille açıklamayı ve ardından hastanın anlayışını tekrar değerlendirmeyi içerir. Amerikan Pediatrik Diş Hekimliği Akademisi tarafından davranış yönlendirme rehberine dahil edilmiştir (Coşkun ve Ulusu, 2019; AAPD, 2024).

1.5. Ses Kontrolü

Hekimin ses tonunu, yüksekliğini veya temposunu değiştirerek çocuğun dikkatini toplamasına dayanır. Etkin bir yöntem olmasına karşın, ebeveynler tarafından her zaman kabul görmeyebilir; bu nedenle uygulanmadan önce açıklama yapılması önerilir (Roberts ve ark., 2010). İşitme veya görme engelli çocuklarda, alternatif yöntemlerle modifiye edilmesi gereklidir (Mohan ve ark., 2016).

1.6. Sözsüz İletişim

Duruş, mimik ve uygun temasla desteklenen sözsüz iletişim, diğer yöntemlerin etkinliğini artırır ve tüm çocuklarda uygulanabilir (AAPD, 2024).

1.7. Pozitif Pekiştirme

Çocuğun olumlu davranışlarının sosyal veya somut ödüllerle desteklenmesini içerir. Tedaviye uyumu artırmada yaygın kullanılan ve literatürde etkinliği kanıtlanmış bir yöntemdir (Hosey, 2002; AAPD, 2022).

1.8. Dikkat Dağıtma

Stresli işlemler sırasında çocuğun dikkatini farklı yöne çekmeyi amaçlar. Müzik, hikâye, sanal gerçeklik gibi araçlarla uygulandığında kaygıyı azaltır (Prado ve ark., 2019; Şengüler ve Topaloğlu, 2021).

1.9. Hafızanın Yeniden Şekillendirilmesi

Olumsuz deneyimlerin olumlu hatıralarla yer değiştirmesini hedefler. İlk dental deneyim sonrası uygulanarak çocukta daha pozitif bir hatırlama sağlanabilir (Kamath, 2013; AAPD, 2024).

1.10. Duyarsızlaştırma

Çocuğun korku uyandıran dental uyaranlara aşamalı olarak maruz bırakılması ile kaygının azaltılmasını amaçlar. Basitten karmaşığa ilerleyen adımların kullanımı önerilir (Roberts ve ark., 2010).

1.11. Kontrolü Artırma

Çocuğa tedavi sırasında durumu kontrol edebileceğini hissettiren yöntemdir. “El kaldırma sinyali” gibi işaretler ile uygulandığında kaygıyı ve algılanan ağrıyı azalttığı rapor edilmiştir (Levi ve ark., 2022; Roberts ve ark., 2010).

1.12. Ebeveyn Mevcudiyeti

Ebeveynin tedavi sırasında hazır bulunması, kaygıyı azaltabilir veya bazı durumlarda süreci zorlaştırabilir. Karar, hastanın bireysel ihtiyaçları dikkate alınarak verilmelidir (Feigal, 2001; Pinkham, 1991; AAPD, 2024).

2. Dental Kaygısı veya Özel Sağlık Bakımı İhtiyaçları Olan Hastalar İçin Ek Hususlar

2.1. Duyusal Uyumlu Diş Ortamları (Sensory-Adapted Dental Environments, SADE)

SADE yaklaşımı, dental ortamın duysal hassasiyetleri olan çocuklar için yeniden düzenlenmesini içerir. Işıkların kısılması, tavan projeksiyonları, sakinleştirici müzik ve derin basınç sağlayan örtüler gibi

uyarlamalar çocuğun kaygısını azaltarak daha işlevsel bir tedavi deneyimi sağlar (Cermak ve ark., 2015). Bu teknik özellikle otizm spektrum bozukluğu ve duyuşsal işleme zorlukları olan çocuklarda uygulanabilir (Bodison, 2018).

2.2. Hayvan Destekli Terapi (Animal-Assisted Therapy, AAT)

Eğitilmiş hayvanların kullanıldığı bu yöntem, dental tedavi sırasında çocukların kaygısını ve algılanan ağrıyı azaltmayı hedefler. Hayvanla etkileşim, iletişim engellerini azaltabilir, güven duygusu oluşturabilir ve tedaviye uyumu kolaylaştırabilir (Cruz-Fierro ve ark., 2019). Bununla birlikte, alerji, immün yetmezlik veya astım gibi tıbbi durumlarda uygulanması kontrendikedir. Bu nedenle her uygulama öncesinde çocuğun tıbbi öyküsü dikkatle değerlendirilmelidir (AAPD, 2024).

2.3. Resim Değişim İletişim Sistemi (Picture-Exchange Communication System, PECS)

PECS, sözlü iletişim becerileri sınırlı çocuklarda sembolik görseller aracılığıyla ihtiyaç ve duyguların ifade edilmesini sağlayan bir yöntemdir (Ganz ve ark., 2012). Özellikle otizm spektrum bozukluğu olan çocuklarda yaygın olarak kullanılır. Her bir resim kartı belirli bir nesne, kişi veya kavramla doğrudan ilişkili olduğundan iletişimin netliği artar (Flippin ve ark., 2010).

2.4. Zihin-Beden Terapileri

Zihin-beden temelli yaklaşımlar; nefes egzersizleri, biyolojik geri bildirim ve hipnoz gibi teknikleri içerir. Bu yöntemler, anksiyeteyi azaltarak çocuğun tedaviye daha uyumlu hale gelmesine yardımcı olur (McClintock ve ark., 2019; Tieri ve ark., 2023). Hipnoz, çocuğun dikkati belirli düşünceler veya imgeler üzerine odaklanarak bilinç ve duygular üzerinde etki yaratmasını sağlar (Anthonappa, 2017). Derin nefes alma gibi gevşeme teknikleri de, ağrı ve kaygının azaltılmasında destekleyici yöntemlerdir (Bahrololoomi ve ark., 2022).

3. İleri Davranış Yönlendirme Teknikleri

3.1. El Ağız Üstüne Tekniği (Hand-over-Mouth, HOM)

El ağız üstüne tekniği, hekimin çocuğun ağzını kısa süreli kapatarak dikkati toplamasına ve davranışı kontrol etmesine dayalıdır. Ancak bu yöntemin çocuk üzerinde yaratabileceği olumsuz psikolojik etkiler ve ebeveynler tarafından düşük kabul görmesi nedeniyle, Amerikan Pediatrik Diş Hekimliği Akademisi'nin güncel rehberlerinden çıkarılmıştır (AAPD, 2024; Klingberg ve ark., 2006). Günümüzde etik ve klinik açıdan önerilmeyen bir teknik olarak değerlendirilmektedir.

3.2. Koruyucu Sabitleme (Protective Stabilization)

Koruyucu sabitleme, dental tedavi sırasında çocuğun hareketlerini kısıtlayarak hastanın, hekimin ve yardımcı personelin güvenliğini sağlamayı amaçlar. Bu yöntem; fiziksel destek, mekanik araçlar (ör. sabitleyici cihazlar, ağız açacağı) veya her ikisinin kombinasyonu ile uygulanabilir. Ancak, yanlış veya uygunsuz uygulamaları fiziksel ya da psikolojik zararlara yol açabileceğinden yalnızca gerekli durumlarda, en az kısıtlayıcı yöntem seçilerek ve ebeveyn onayı alınarak kullanılmalıdır (AAPD, 2024; Nunn ve ark., 2008).

Koruyucu sabitleme özellikle acil tedavi gereken, iletişim kurulamayan veya aşırı kooperasyon sorunu yaşayan çocuklarda uygulanabilir. Bununla birlikte, sürenin kısa tutulması, çocuğun güvenliğinin ön planda olması ve asla cezalandırma amacıyla kullanılmaması temel etik koşullardır (Roberts ve ark., 2010).

Araştırmalar, ebeveynlerin koruyucu sabitleme ve el ağız üzerine tekniğini, davranış yönlendirme yöntemleri arasında en az kabul gören yaklaşımlar olarak değerlendirdiğini bildirmektedir (Alammouri, 2006).

Sonuç ve Öneriler

Çocuk diş hekimliğinde davranış yönlendirme teknikleri, çocukluk çağındaki hastaların dental tedaviye uyumunu artırarak hem çocuğun hem de diş hekiminin sürecini kolaylaştıran temel bir yaklaşımdır (AAPD, 2024). Uygun teknik seçimi; çocuğun yaşına, bilişsel gelişim düzeyine, kişilik özelliklerine ve geçmiş dental deneyimlerine bağlı olarak değişmektedir. Anlat-göster-uygula, olumlu pekiştirme ve dikkat dağıtma gibi yöntemler genellikle yeterli olurken, aşırı kaygılı veya özel gereksinimleri olan çocuklarda bilinçli sedasyon ya da genel anestezi gibi ileri teknikler gündeme gelebilir (Roberts ve ark., 2010).

Etkili bir davranış yönlendirme stratejisinin yalnızca mevcut tedavinin başarısını değil, aynı zamanda çocuğun gelecekte diş hekimine yönelik olumlu tutum geliştirmesini de desteklediği bildirilmektedir (Klingberg ve Broberg, 2007). Bu nedenle diş hekiminin çocuk psikolojisi, iletişim becerileri ve davranış yönetimi konusunda donanımlı olması kritik önem taşır.

Ayrıca ebeveynlerin sürece aktif olarak dahil edilmesi, çocuğun güven duygusunu artırarak tedaviye uyumunu kolaylaştırmaktadır (Sarnat ve ark., 2001). Çocuk odaklı bir yaklaşım benimseyen diş hekimleri, yalnızca anlık tedavi sağlamakla kalmaz, aynı zamanda ebeveynlerin ve çocukların ağız-diş sağlığı konusunda bilinçlenmesine ve düzenli diş hekimi ziyaretlerinin sürdürülmesine de katkıda bulunurlar.

Sonuç olarak, çocuk diş hekimliğinde güncel davranış yönlendirme tekniklerinin bilinmesi, bireyselleştirilmiş şekilde uygulanması ve ebeveyn iş birliğinin sağlanması, hem kısa vadede başarılı tedavi sonuçları elde etmek hem de uzun vadede olumlu dental tutumlar geliştirmek açısından vazgeçilmezdir (AAPD, 2024).

References

1. Alammouri M. The attitude of parents toward behavior management techniques in pediatric dentistry. *J Clin Pediatr Dent.* 2006;30(4):310-3.
2. AAPD (American Academy of Pediatric Dentistry). Behavior guidance for the pediatric dental patient. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry.* Chicago: AAPD; 2024. p. 358-78.
3. Anthonappa RP, Ashley PF, Bonetti DL, Lombardo G, Riley P. Non-pharmacological interventions for managing dental anxiety in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(6):CD012676.
4. Appukuttan DP. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. *Clin Cosmet Investig Dent.* 2016;8:35-50.
5. Bahrololoomi Z, Sadeghiyeh T, Rezaei M, Maghsoudi N. The effect of breathing exercise using bubble blower on anxiety and pain during inferior alveolar nerve block in children: a crossover randomized clinical trial. *Pain Res Manag.* 2022;7817267.
6. Baier K, Milgrom P, Russell S, Mancl L, Yoshida T. Children's fear and behavior in private pediatric dentistry practices. *Pediatr Dent.* 2004;26(4):316-21.
7. Bodison SC, Parham LD. Specific sensory techniques and sensory environmental modifications for children and youth with sensory integration difficulties: a systematic review. *Am J Occup Ther.* 2018;72(1):7201190040p1-7201190040p11.
8. Cermak SA, Stein Duker LI, Williams ME, Lane CJ, Dawson ME, Borreson AE, et al. Feasibility of a sensory-adapted dental environment for children with autism. *Am J Occup Ther.* 2015;69(3):6903220020p1-6903220020p10.
9. Coşkun A, Ulusu T. Çocuk diş hekimliğinde davranış yönlendirme teknikleri ve Ask-Tell-Ask yöntemi. *Atatürk Üni Diş Hek Fakültesi Derg.* 2019;29(3):512-8.
10. Cruz-Fierro N, Vanegas-Farfano M, González-Ramírez MT. Dog-assisted therapy and dental anxiety: a pilot study. *Animals (Basel).* 2019;9(8):512.
11. Feigal RJ. Guiding and managing the child dental patient: a fresh look at old pedagogy. *J Dent Educ.* 2001;65(12):1369-77.
12. Flippin M, Reszka S, Watson LR. Effectiveness of the Picture Exchange Communication System (PECS) on communication and speech for children with autism spectrum disorders: a meta-analysis. *Am J Speech Lang Pathol.* 2010;19(2):178-95.
13. Fox C, Newton JT. A controlled trial of the impact of exposure to positive images of dentistry on anticipatory dental fear in children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2006;34(6):455-9.
14. Ganz JB, Davis JL, Lund EM, Goodwyn FD, Simpson RL. Meta-analysis of PECS with individuals with ASD. *Res Dev Disabil.* 2012;33(2):406-18.
15. Hosey MT. Managing anxious children: the use of conscious sedation in paediatric dentistry. *Int J Paediatr Dent.* 2002;12(5):359-72.
16. Holst A, Crossner CG. Management of dental behaviour problems: a 5-year follow-up. *Swed Dent J.* 1984;8(5):243-9.
17. Kamath PS. A novel distraction technique for pain management during local anesthesia administration in pediatric patients. *J Clin Pediatr Dent.* 2013;38(1):45-7.
18. Karamüftüoğlu N. Hekimliğinde iletişim ve beden dili. In: Ahmet İ, editor. *Sosyal Bilimlerde Güncel Çalışmalar – 6.* Çiftçi H. ed. İstanbul: İkdısad Yayın Evi; 2024. p. 251–273.
19. Klingberg G, Broberg AG. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review. *Int J Paediatr Dent.* 2007;17(6):391-406.
20. Klingberg G, Freeman R, ten Berge M, Veerkamp J. EAPD Guidelines on behaviour management in paediatric dentistry. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2006;7(1):1-26.
21. Lepper HS, Martin LR, DiMatteo MR. A model of nonverbal exchange in physician-patient expectations for patient involvement. *J Nonverbal Behav.* 1995;19(3):207-22.
22. Levi M, Bossù M, Luzzi V, Semprini F, Salaris A, Ottaviani C, et al. Breathing out dental fear: a feasibility crossover study on diaphragmatic breathing in children. *Int J Paediatr Dent.* 2022;32(6):801-11.

23. Machen JB. Parental acceptance of pediatric dentistry behavior management techniques. *Pediatr Dent*. 1984;6(4):193-8.
24. Makansi N, Carnevale FA, Macdonald ME. The conceptualization of childhood in North American pediatric dentistry texts: a discursive case study analysis. *Int J Paediatr Dent*. 2018;28(2):189-97.
25. McClintock AS, McCarrick SM, Garland EL, Zeidan F, Zgierska AE. Brief mindfulness-based interventions for acute and chronic pain: a systematic review. *J Altern Complement Med*. 2019;25(3):265-78.
26. Mohan R, Raju R, Gubbihal R, Kousalya PS. Comprehensive dental care for the visually impaired: a review. *Int J Oral Health Med*. 2016;3(4):97-101.
27. Nunn J, Foster M, Master S, Greening S. British Society of Paediatric Dentistry: a policy document on consent and the use of physical intervention in the dental care of children. *Int J Paediatr Dent*. 2008;18(1):39-46.
28. Pinkham JR. Increased parental participation during the child's dental experience. *ASDC J Dent Child*. 1991;58(6):458-63.
29. Prado IM, Carcavalli L, Abreu LG, Serra-Negra JM, Paiva SM, Martins CC. Use of distraction techniques for the management of anxiety and fear in paediatric dental practice: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Paediatr Dent*. 2019;29(5):650-68.
30. Roberts JF, Curzon MEJ, Koch G, Martens LC. Review: behaviour management techniques in paediatric dentistry. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2010;11(4):166-74.
31. Sarnat H, Arad P, Hanauer D, Shohami E. Communication strategies used during pediatric dental treatment: a pilot study. *Pediatr Dent*. 2001;23(4):337-42.
32. Sengüler B, Topaloğlu Ak A. Behaviour management in pediatric dentistry. *İzmir Diş Hekimleri Odası Bilimsel Derg*. 2021;1(1):25-30.
33. Tieri M, Cosi A, Lombardi L, De Icco V, D'Ercole S, Ferdeghini R, et al. Nitrous oxide and hypnotherapy in paediatric dentistry. *Eur J Paediatr Dent*. 2023;24(3):229-37.