

ZİHİNSEL ENGELLİ ÇOCUKLARDA DAVRANIŞ YÖNETİMİ VE TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Behavior Management and Treatment Considerations For Children With Intellectual Disability

Arzu Pınar ERDEM¹, Elif YAMAN¹, Elif SEPET¹, Zeynep AYTEPE¹

Makale Gönderilme Tarihi: 08/12/2011

Makale Kabul Tarihi: 14/03/2012

ÖZ

Engelli bireylerin ağız-diş sağlığı; genel sağlıkları için alınan ilaçlar, uygulanan terapiler ya da karyojenik diyetler ile günlük ağız bakımının sağlanmasındaki güçlükler nedeniyle olumsuz etkilenmektedir. Bu makalede, zeka geriliği, Down sendromu, Otizm, Fragile X sendromu ve öğrenme güçlüğü olan çocuklarda genel/dental bozukluklar irdelenmiştir. Bu derlemede hasta grubuna yönelik davranış yönetimi ve periodontal, restoratif, endodontik, protetik açıdan tedavi yaklaşımları değerlendirilmiştir. Bilindiği gibi zihinsel engelli bireylerde ağız hastalıklarından korunmanın hayati önemi vardır. Bu nedenle koruyucu programlar erken başlatılmalı ve uzun bir süreye yayılmalıdır. İdeal olanı ağız hijyen uygulamalarının, günlük rehabilitasyon eğitimi ve güçlendirici terapi programları ile desteklenmesidir.

Anahtar kelimeler: *Zihinsel engellilik, davranış yönetimi, dental tedavi*

ABSTRACT

Oral-dental health of disabled individuals has been effected due to use of general health drugs, application of therapies or cariogenic diets and some difficulties in practice of daily mouth care. In this review, general/dental disabilities are examined on children with mental disability, Down syndrome, otism, Fragile X syndrome and learning disability. Behavior management and treatment considerations in terms of periodontology, restorative, endodontic, prosthodontics for these type of patients are examined. As it is known that protection of mentally disabled patients from oral diseases take an important place in his/her life. Therefore preventive programs have to be started as early as possible and lasted in a long period. The best way of this can be pointed out that the oral hygiene practices are supported by daily rehabilitation training and intensified therapy programs.

Keywords: *Intellectual disability, behavior management, dental treatment*

¹ İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti A.D.

Giriş

EKK (Engellileri Koruma Kanunu), engelliliği; insanın normal günlük yaşantısını sürdürmesine engel olacak fiziksel ya da zihinsel bozukluğa sahip olması olarak tanımlamaktadır (1). Zihinsel engellilik; zihinsel fonksiyonlarının normalin altında olması, öğrenme ve uyum sağlayıcı davranışlarda bozukluğun görülmesi, iletişim, öz bakım, günlük yaşam, sosyal ve akademik beceriler, kendini yönlendirme ve karar verme yeteneği gibi durumlarda sınırlılığa sahip olma durumu olarak tanımlanmaktadır. Yıllarca, entelektüel kapasitesi nedeniyle, okul eğitiminde yeterli derecede performans gösterme güçlüğü olan öğrenciler “zihinsel engelli” olarak tanımlanmıştır. Günümüzde ise; anlama, konuşma ya da yazı dilini kullanma gibi temel psikolojik süreçlerin bir ya da daha fazlasında bozukluk göstermesi durumu “öğrenme güçlüğü” olarak tanımlanmaktadır. Gelişim bozuklukları gelişim döneminde (prenatal/perinatal/postnatal-18 yaş) meydana gelen bozukluklardır (2,3,4).

Bu makalede, zeka geriliği, Down sendromu, Otizm, Fragile X sendromu ve öğrenme güçlüğü olan çocuk hastalarda genel/dental bozukluklar irdelenip davranış yönetimi ve tedavi yaklaşımları değerlendirilecektir.

1. Zihinsel engellilik

1.1. Gelişim Bozuklukları

1.1.1. Zeka geriliği

Ağız-diş bulguları; zayıf ağız hijyeni, maloklüzyon, mine defektleri, dişeti büyümeleri, dille itme alışkanlığı, brüksizm, ağız sıvılarının dışarıya akması, kendine zarar verme alışkanlığı, objeleri ağza götürme ve yemeye çalışma (4,5).

Zeka geriliği gösteren çocuklarla çalışır-

ken dikkat edilmesi gerekenler ise şu şekilde özetlenebilir:

1. Tedavi öncesinde hasta ve ailesine muayenehane gezdirilmeli ve çalışanlarla tanıştırılmalıdır. Hastanın sevdiği herhangi bir şeyi yanında getirebileceği söylenmelidir.

2. Basit cümleler kullanılarak yavaş konuşulmalı ve söylenenler sürekli tekrarlanmalıdır. Yumuşak ses tonu ve yumuşak dokunuşla iletişim kurularak hastanın rahatlama sağlanmalıdır. Hastanın diş hekimini anladığından emin olunmalı ve herhangi bir sorusu olup olmadığı sorulmalıdır.

3. Tedavi sırasında, her aşama öncesinde hastaya ne yapılacağı gösterilmeli ve anlatılmalıdır. Tedavi sırasında başarıyla tamamlanan her aşama sözlü olarak övülmelidir. Uyum zorluğu bile olsa engelli bireylerde elle ağız kapama tekniği kullanılmamalıdır.

4. Zeka geriliği olan kişiler iletişim kurmada güçlük çektikleri için diş hekimi onları dikkatle dinlemeli, hareketlerini ve ifade şekillerini dikkatle değerlendirmeli ve hastanın duygularını ifade etmesine izin vermelidir.

5. Hastanın yakını tedavi sırasında içeriye alınmalı ve tedavi süresince diş hekimini asiste etmesine izin verilmeli ve hastayla iletişim sağlamada yardımcı olmalıdır.

6. Randevular, diş hekiminin, yardımcısının ve hastanın yorgun olmayacağı günün erken saatlerine verilmeli ve kısa tutulmalıdır (2,3,6,7).

Zeka geriliği; bilişsel işlev derecelerine göre; hafif (IQ=55-70; % 85) orta (IQ=40-55; %10) şiddetli (IQ=25-40; %3-4) ve derin (IQ<25; %1-2) olarak 4 kategoriye ayrılır (8). Zeka derecelerine göre belirlenen davranış yönetimi:

1. Hafif ve orta derecede zeka geriliği gösteren hastayla ilişki kurma

- Dikkatinin dağılmasını mümkün olduğunca engellemek
- Kısa açıklamalar yapmak
- Basit bir dil kullanmak
- Bilgi vermek için daha fazla vakit ayırmak
- Ağız hijyeni eksikliğinin sonuçlarına dikkati çekmek
- Ağız hijyenin sağlanması için gereken uygulamaları öğretmek
- Hastayı hijyen girişimleri için cesaretlendirmek
- “Anlat-göster-yap” tekniğini kullanmak
- Beğenilen davranışını ödüllendirmek
- Sözlü olarak övmek (4).

2. Şiddetli ve derin zeka geriliği gösteren hastayla ilişki kurma:

- Daha kısa ve daha basit açıklamalar yapmak
- Anlatılanları sürekli tekrarlamak
- Ağız hijyeninin sağlanması için gerekli pratikleri artırmak
- Beğenilen davranışların ödüllendirilmesi tekniğini daha sık kullanmak (4).

Davranış yönetimi için; sevecen yaklaşmak, nazik davranmak, sabırlı olmak, sedasyon, genel anestezi ya da bu faktörlerin kombinasyonunu kullanmak gerekebilir (2,3,4,5,7).

1.1.2. Down Sendromu (Trisomi 21)

Tipik yüz görünümü: orta yüz hipoplazisi, çekik gözler ve basık burun.

Ağız-diş bulguları: düşük çürük oranı, periodontal hastalığa yatkınlık, kısa, konik kökler, dille itme, dilin dışarıda olması, makroglosi, fissürlü dil, malokluzyon (Class III), dar damak, sürme gecikmesi, open bite, angular şelitis, oligodonti, brüksizm, ağız sıvılarının dışarı akması, kendi kendine za-

rar verme alışkanlığı, erozyon ve atrizyon (2,3,4,9).

Klinik uygulamalarda dikkat edilmesi gerekenler:

- Down Sendromu; zeka geriliği, konjenital kalp anomalileri, epileptik nöbetler, immunolojik problemler, üst solunum yolu hastalıkları, lösemi, hepatit gibi çeşitli hastalıklarla birlikte görülebilir.
- Ağız kapama reflekslerinin artması görülebilir.
- Hastanın gerginliğinin kontrol altına alınmasında sedasyon etkili olabilir.
- Burun yolunun tıkalı olması nitroz oksit kullanımını engelleyebilir.
- Genel anesteziye gereksinim duyulabilir.
- Hastaların sıklıkla arkadaş canlısı tavır sergilemeleri, diş hekiminin sevecen bir şekilde yaklaşmasını ve tedavisini endişelenmesine neden olmayacak şekilde yönlendirmesini sağlamaktadır.
- Epileptik nöbetler kontrol altına alınamıyor ise hareketli protez yapımı kontrendikedir. Eğer ön dişlere birden fazla travma gelmiş ve tamir edilmişse sabit protez uygulamalarında porselen yerine akrilik vernerler tercih edilmelidir.
- Ağız hijyenine özen gösterilmelidir (kloroksidinli gargaralar önerilebilir) (2,3,4,10).

1.1.3. Otizm

Diş hekimi ve yardımcılarının, otistik hastalarla çalışırken karşılaştıkları en büyük sorun, hastaların iletişim kurma yeteneklerinin zayıflığı, kendilerine özgü sürekli tekrarlayan vücut hareketleri, hiperaktivite ve dikkat sürelerinin çok az olmasından kaynaklanmaktadır (2,5,11).

Klinik uygulamalarda dikkat edilmesi

gerekenler ve öneriler:

- Otistik çocukların, dental tedavi öncesinde muayenehaneyi birkaç kez ziyaret etmeleri ve ortama alışmaları gerektiği bildirilmektedir.

- Ailenin çocuğa cesaret vermesi için içeri alınmasının uygun olduğu ve hastaların sessiz, loş ve sade ortamlarda tedavi edilmesi gerektiği belirtilmektedir.

- Otistik hastaların, konsantrasyon süreleri çok kısa olduğu için randevular çok iyi ayarlanmalı, bekleme süreleri 10-15 dakikayı geçmemelidir.

- Hastalar değişikliklerden hoşlanmadığı için, randevuları mümkün olduğu kadar aynı gün ve saatlere verilmeli ve aynı personelle çalışma sağlanmalıdır.

- Tedavi sırasında müzikle çalışmanın faydalı olabileceği bildirilmektedir.

- Günlük yaşamlarındaki küçük bir değişikliğin “kendi kendilerine zarar vermelerine” neden olabileceği bildirilmektedir. Doktor bu davranışının olumlu sonuç veremeyeceğini ifade etmeli, dikkatini başka yöne çekmeli ve tedavi sonrası olumlu davranışını ödüllendirmelidir (2,3,11,12,13).

Otizm, çok geniş ifade şekilleri olan heterojen bir bozukluktur. Bu nedenle hastalardan biri için uygun olan tedavi şekli, bir diğeri için uygun olmayabilir. Farmakolojik olup olmamasına göre belirlenen davranış yönetimi:

1. Farmakolojik davranış yönetimi:

- Çeşitli sedasyon ajanları/kombinasyonlarının kullanımı önerilmektedir.

- Hastaların yaklaşık % 30’unda hiçbir ajanın etkili olmadığı, tedavilerin en son seçenek olarak genel anestezi altında yapılması gerektiği bildirilmektedir (2,6,11).

2. Nonfarmakolojik davranış yönetimi:

- Herhangi bir tedavi prosedürüne

başlamadan önce; hastanın özellikleri, davranışları, iletişim yöntemleri ve daha önce uygulanmış olan metotlar hakkında bilgi alınmalıdır.

- “Görsel pedagoji” ile hastaya ne yapması gerektiği, bir sonraki işlemin ne olduğu anlatılabilir (diş fırçası; diş fırçalama zamanını ifade eder). Kliniğe gelmeden çalışılmış olan resimlerin ve hekimin aileyle beraber tespit ettiği ortak ifade şekillerinin otistik çocuklarla çalışmayı kolaylaştırdığı bildirilmektedir.

- Tedavi prosedürünün her aşamasında, pozitif yönlendirme için sözlü olarak övgüde bulunmak ve seans sonunda ise ödül vermenin etkili olduğu bildirilmektedir.

- Tedavi sırasında yapması gerekenleri söylerken net, kısa ve basit cümleler kullanılmalıdır.

- Elle ağız kapama yönteminin otistik çocuklar için uygun bir yöntem olmadığı belirtilmektedir.

- Otistik hastalar üzerinde sakinleştirici etkisi olabileceği düşünülen kısıtlayıcı, hastanın ailesinden ya da bakıcısından yazılı izin alındıktan sonra kullanılmalıdır (2,5,6,10,11,12,13).

1.1.4. Fragile X Sendromu

Zeka geriliği ve otizmin ortak kalıtsal formu olarak tanımlanmaktadır. Fragile X Sendromu’nun, Down Sendromu ya da serebral palsiyle birlikte de gözlenebileceği ve olguların %30-50’sinde X’e bağlı zeka geriliği gözlemlendiği bildirilmektedir (2,14,15). Gelişim geriliği, hiperaktivite ve çıkıntılı kulak, uzun yüz, çıkıntılı çene, derin kubbeli damak, yassı burun, esnek eklemler, yassı ayaklar, kalp sesi, avuç içindeki sık çizgilenmeler Fragile X Sendromu’nun belirtileridir. Tokat atma, el ısırma, kendi kendine zarar verme gibi davranış bozuklukları ya

da iletişim bozukluğunun sık gözlemlendiği de bildirilmektedir (2,15). Gelişim geriliği, anlama gücü ve hiperaktivite derecesinin dental tedavi sırasında değerlendirilmesi gerektiği bildirilmektedir. Hafif vakaların kısa randevularla ve kısıtlayıcı ve/veya sedasyonla tedavi edilebileceği; ağır vakaların ise genel anestezi altında tedavi edilmesinin uygun olduğu belirtilmektedir (2).

2. Anlama Engelli

2.1. Öğrenme gücü olan çocuklar

Öğrenme gücü nedenlerinin henüz netlik kazanmadığı; minimal beyin yaralanmaları ya da santral sinir sistemi hasarı gibi fizyolojik faktörlerden kaynaklanabileceği ve dikkat eksikliği, hiperaktivite gibi kabul edilebilir engel yaratan durumların neden olabileceği bildirilmektedir. Ayrıca genetik faktörlerin de etkili olabileceği düşünülmektedir (2,5).

Ağız-diş bulguları

Diş çürüğü görülme sıklığının yüksek olma nedeni karyojenik diyet sınırlamasının yeterli ölçüde yapılamamasına ve ağız hijyeninin sağlanamamasına bağlanmaktadır. Bu nedenle, periodontal sağlığın zayıf olduğu, ciddi öğrenme gücü olan çocukların %20'sinde gingival hiperplazi gözlemlendiği belirtilmektedir. Bu çocuklarda, brüksizm, kendi kendine zarar verme alışkanlıklarının da gözlemlendiği bildirilmektedir (5,10).

Klinik uygulamalarda dikkat edilmesi gerekenler:

- Diş hekimi hastanın tercih ettiği iletişim şeklini ailesinden öğrenmelidir.
- Uygun dil kullanılmalıdır. Konuşmalar yavaş ve net olmalıdır.
- İletişim kurmada resim, sembol ya

da işaret kullanmanın yararlı olabileceği belirtilmektedir.

- Hastayla tercih ettiği ismi kullanarak, direkt olarak konuşulmalı ve göz kontağı sağlanmalıdır.
- Hastanın cevap vermesi için yeterli süre verilmeli, aceleci davranılmamalıdır.
- Anlat, göster, yap tekniği kullanılmalıdır.
- Işığa, kokuya, seslere ve kötü tatlara duyarlı oldukları için dikkatli davranılmalıdır (5,10).

Öğrenme gücü olan çoğu çocuğun diş tedavisini kabul ettiği ve diş hekiminin beklenmedik iletişim problemleriyle karşılaşmadığı bildirilmekte; eğer çocuk tedaviye direnç gösteriyorsa sedasyon tekniklerinin başarıyla uygulanabileceği belirtilmektedir (2,5,10).

3. Ağız Diş Sağlığının Sağlanması:

3.1. Teşhis ve tedavi planı

Hastanın teşhis için yeterli bilgi veremediği durumlarda aileden birinin yardımına ihtiyaç duyulabilir.

Tedavi planlaması yapılırken değerlendirilmesi gerekenler: Hastanın mental durumu, hastanın anlama ve iletişim kurabilme kapasitesi, izin belgesi alınabilme olasılığı, psikolojik ihtiyaçlar, fiziksel engel durumu, davranış kontrolü, tıbbi durumu, potansiyel ilaç etkileşimleri, antibiyotik profilaksisi, hastanın içinde bulunduğu koşullar ve ekonomik durum.

Tedavi Modifikasyonları: Periodontal

İlaç kullanımına bağlı olarak gelişen dişeti büyümeleri için eğer dokular oklüzyonu ve ağız hijyenini engelliyorsa gingivektomi düşünülebilir. Elektrocerrahi veya lazerle tedavi seçenekleri kullanılabilir (4).

Tedavi Modifikasyonları: Restoratif

Restoratif prosedürler genellikle kısıtlı modifikasyonlar göstermektedir; hasta rubber dam kullanımına izin vermiyorsa veya çalışma esnasında iletişim kurulamıyorsa diş hekimliği uygulamaları başarısızlıkla sonuçlanabilmektedir. Bu durumlarda sedasyon veya genel anestezi uygulanabilir. Cam iyonomer restorasyonların florid salınımı özelliklerinden dolayı yüksek çürük riskindeki hastalarda kullanımı uygundur. Hasta sabit protez yapım aşamalarına yeterli sabrı gösteremeyecek durumda veya yeterli ekonomik gücü yoksa aşırı şekilde harap olmuş dişlerde paslanmaz çelik kuronların kullanımı doğru olacaktır (3,4).

Tedavi Modifikasyonları: Endodontik

Birey hareketli protezi tolere edemediği takdirde aşırı şekilde harap olmuş dişlerden oklüzal stop olarak yarar sağlanabilir. Eğer diş restore edilebilir ve hasta da tolere edebilirse mümkünse tek seansta endodontik tedavi tercih edilmelidir. Çalışma uzunluğu radyografi ile saptanamadığı durumlarda apeks locator'dan faydalanılabilir (4).

Tedavi Modifikasyonları: Protetik

Hasta tolere edebiliyorsa ve ağız hijyeni hasta veya bakıcı tarafından güzel bir şekilde sağlanabiliyorsa sabit protezlerin kullanımı idealdir. Akrilik içerikli köprüler diş hazırlığında süreyi kısaltacağından tercih edilebilir. Nöbet geçiren hastalarda ön dişlerde sabit protez kullanımı kontrendikedir. Nöbet esnasında travmaya bağlı olarak ön dişler kırılabilir. Hastalar hareketli protezi çıkarabilmeli, temizleyebilmeli ve tekrar takabilmelidir. Nöbet geçiren hasta grubu kontrol altında değilse hareketli protezler

de kontrendikedir. İmmediat hareketli bölümlü protezler ekonomik yetersizlikler söz konusu olduğunda düşünülebilir. Zihinsel engelli hastalar sabit protezleri daha kolay kabullenmektedirler (4).

3.2. Koruma

Fiziksel ve zihinsel engelli bireylerde ağız hastalıklarından korunmanın hayati önemi vardır. Koruyucu programlar erken başlatılmalı ve uzun bir süreye yayılmalıdır. İdeal olanı ağız hijyen uygulamalarının günlük rehabilitasyon eğitimi ve güçlendirici terapi programları ile desteklenmesidir. Hastalar mümkün olduğunca kendi ağız hijyenleri ile kendileri ilgilenmelidir. Hastanın ağız hijyen girişimleri eğitimindeki ilk aşama, hastanın birebir katılımının sağlanması ve bu konuda cesaretlendirilmesidir. Bu durum hastanın kendine olan güveninin artmasını da sağlayacaktır. Hastabakıcı, ağız hijyeninin hasta tarafından sağlanamadığı durumlarda devreye girmelidir. Hastabakıcı aynı zamanda ağız hijyen uygulamaları sırasında hastanın nasıl bir pozisyon alması gerektiği konusunda da bilgilendirilmelidir. Hastanın uygun pozisyona gelebilmesi için yastık, sandalye gibi eşyalardan yararlanılabilir (2,3,16). Diş fırçalarının modifiye edilmesi, floridli diş macunların ve jellerin kullanımı, bazı bireyler için zor görünmekle birlikte günlük diş ipi kullanımı, fissür örtücü uygulamaları ve yerel florid uygulamaları önerilmektedir. Kooperasyonu artmış olan hastalarda dişeti ve periodontal rahatsızlıkları engellemek için klorheksidinli ağız gargaraları (Bu ürünler normalde ağızda çalkalanır ve tükürülür ancak yutma riski taşıyan hastalarda uygulama diş fırçası veya pamuk çubuk yardımıyla yapılır) da önerilmektedir. Ağız kuruluğu sık görülen bir sorundur. Çürük riskini azalttığından yapay tükürük tatlandırıcılı sert şe-

kerlerin veya şekerli sakızların kullanımı önerilmekte ve diş çürüklerinden uzun süreli korunma için diyetin düzenlenmesi gerekmektedir. Hastanın ihtiyaç ve becerisine göre kontrol muayeneleri düzenlenmelidir (16,17).

Engelli çocuklar için kontrol sıklıkları (5)

1. Günlük ağız hijyen uygulamalarını 6 ayda bir kontrol yapabilen hafif engelli çocuklar
2. Günlük ağız hijyen uygulamalarında zorluk çeken orta derecede engelli bireyler 3 ayda bir kontrol
3. Konjenital kalp hastalığı, hemofili gibi önemli hastalıkları olan ve ağız diş sağlığının yakından takip edilmesi gerekenler 3 ayda bir kontrol
4. Günlük ağız hijyen uygulamalarının çok 1 ayda bir kontrol zor gerçekleştirildiği ve tedavilerinin sitotoksik ilaçlarla yapılabildiği çocuklar

Şiddetli diş rahatsızlığı görülen hastalar 2-3 haftada bir veya gerekirse daha sık kontrole çağırılmalıdır (2,4,5,10).

Sonuç

Bugün Türkiye’de yaklaşık 8.5 milyon engelli birey bulunmaktadır. Bireylerin ağız diş sağlığı; genel sağlıkları için kullanmak zorunda oldukları ilaçlar, uygulanan terapiler ya da karyojenik diyetleri ve günlük ağız bakımının sağlanmasındaki zorluklar nedeniyle olumsuz etkilenmektedir. Ailelerin çoğu, çocuklarının diş gelişimi konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları için ağız hijyenini önemsememektedirler.

Özel ihtiyaçları olan kişilerin sayısındaki artışın değerlendirilmesi ve aynı zamanda

toplumun fiziksel ve psikolojik engelleri ortadan kaldırması ve sağlık girişimlerini harekete geçirmeyi hedeflemesindeki amaç, toplumsal sağlık girişimlerinden yararlanmalarını sağlamaktır. Üniversite ve bazı sağlık kuruluşlarındaki kliniklerin sınırlı kapasitesi, pratisyen diş hekimlerinin de engelli hastalara hizmet verebilecek duruma gelmesini gerektirmektedir. Sonuç olarak, engelli hastalara gerekli hizmetin sunulabilmesi için engeller ortadan kaldırılmalı, bu girişimler eğitim programları ve finansal yönden desteklenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Merry AJ, Edwards DM. Disability Part1: The Disability Discrimination Act (1995)- implications for dentists. *British Dental Journal*, 2002; 193(4): 199-201.
2. Dean J.A., Avery D.R. Mc Donald R.E. Mc Donald and Avery’s dentistry for the child and adolescent. St. Louis: Mosby Elsevier, 9th ed., 2011, p. 469-75.
3. Kenneth CT, Clemens AF, Eric BB. Developmental disabilities: considerations in dental management. In: Ray ES, Thomas KB, Kenneth CT, Stephan HYW. *Pediatric dentistry*. London: Mosby, 1982, p. 833-54.
4. University of Florida College of Dentistry. Oral health care for persons with disabilities. (Çevrimiçi) <http://www.dental.ufl.edu/faculty/pburtner/disabilities/english/titlepag.htm>, Erişim Tarihi: 17 Şubat 2009.
5. Matsson L, Backman B, Nielsen NA. Dental care for disabled child and adolescent. In: Koch G, Poulsen S. *Pediatric Dentistry- a clinical approach*. Copenhagen: Munksgaard, 2001: 445-62.
6. Law CS, Blain S. Approaching the pediatric dental patient. A review of nonpharmacologic behaviour management strategies. *J Calif Dent Assoc*, 2003; 31(9): 703-13.

7. Lawton L. Providing dental care for special patients. Tips for the general dentist. *JADA*, 2002; 133(12): 1666-70.
8. Cos T, Nezu A, et al. Diagnostic challenges: Investigation of behavioral profiles and psychiatric classification. *NAIDD Bull*, 2006; 9: 94-99.
9. López-Pérez R, Borges-Yáñez SA, Jiménez-García G, Maupomé G. Oral hygiene, gingivitis, and periodontitis in persons with Down syndrome. *Spec Care Dentist*, 2002 Nov-Dec; 22(6): 214-20.
10. British Society For Disability And Oral Health. Clinical Guidelines & Integrated Care Pathways For The Oral Health Care Of People With Learning Disabilities. (Çevrimiçi) http://www.rcseng.ac.uk/fds/publications-clinical-guidelines/clinical_guidelines/documents/icppld.pdf, Erişim Tarihi: 2001.
11. Klein U, Nowak AJ. Autistic disorder: a review for the pediatric dentist. *American Academy of Pediatric Dentistry*, 1998; 20(5): 312-17.
12. Charles JM. Dental care in children with developmental disabilities: attention deficit disorder, intellectual disabilities, and autism. *J Dent Child (Chic)*, 2010 May-Aug; 77(2): 84-91.
13. Dougall A., Fiske J. Access to special care dentistry, part 2. *British Dental Journal*, 2008; 205: 11-21.
14. Kulkarni GV, Levine N. Fragile X (Martin-Bell) Syndrome. *Spec Care Dentist* 1994; 14(1): 21-25.
15. Lovell RW, Reis L. Dual diagnoses. Psychiatric disorders in developmental disabilities. *Pediatric Clinics of North America*, 1993; 40(3): 579-92.
16. Dougall A., Fiske J. Access to special care dentistry, part 4. *British Dental Journal* 2008; 205: 119-30.
17. Guideline on Management of Dental Patients With Special Health Care Needs. *American Academy of Pediatric Dentistry*, 2008; 33(6): 142-5.

Yazışma Adresi:**Arzu Pınar Erdem**İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
pedodonti A.D.

34093 Çapa- İstanbul

Tel: 414 2020/ 30400

e-posta: aperdem@gmail.com