

165235

T.C  
İstanbul Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı  
Danışman: Prof. Dr. Gülçin Bernek SAYDAM

“KENTLİ ERİŞKİNLERDE AĞIZ DIŞ SAĞLIĞI ALGISI  
VE SAĞLIK DAVRANIŞININ İNCELENMESİ”

**KADRIYE BAHTİŞEN PEKER**

Diş hekimi

Diş Hekimliği Doktoru

(Dr. med. dent.)

Ünvanını Kazanmak için

İ. Ü. Diş Hekimliği Fakültesi'nde sunulan

**DOKTORA TEZİ**

İstanbul – 2005

# İÇİNDEKİLER

## 1. ÖN BÖLÜM

1.1.	Teşekkür .....	V
1.2.	Kısaltmaların Listesi .....	VII
1.3.	Tablo ve Grafiklerin Listesi .....	VIII
1.4.	Şekillerin Listesi .....	XII

## 2. ANA BÖLÜM

2.1.	Giriş .....	1
2.1.1.	Araştırma Konusunun Tanımı ve Amacı .....	2
2.1.2.	Konuyla İlgili Genel Bilgiler .....	4
2.1.2.1.	Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi .....	4
	Sağlığın Tanımı .....	4
	Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Kavramı .....	5
	Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Yaklaşımlar ve Temel İlkeler .....	6
	Sağlığı Geliştirici Programların Planlanması .....	7
	Sağlığı Geliştirici Programların Değerlendirilmesi .....	7
	Ağız Sağlığı ve Genel Sağlık İlişkisi .....	8
	Ağız Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesi .....	9
	Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesinde İlk Adım: Sağlık Eğitimi .....	10
2.1.2.2.	Sağlık Davranışı .....	14
	Sağlık Davranışı Tanımı .....	14
	Ağız Sağlığı Davranışı Tanımı .....	15
	Ağız Sağlığı Davranış ve Tutumlarının Gelişimi .....	16
	Psikolojik Sağlık Davranışı Yaklaşımları .....	17
2.1.2.3.	Davranışı Etkileyen Psikolojik ve Sosyolojik Etkenler .....	18
	Bireysel Gereksinim, Güdü ve İçgüdü .....	19
	Algı .....	20
	Tutum, İnanç, Niyet Öğeleri ve Davranış İlişkisi .....	21

2.1.2.4. Sağlık Davranışı Model ve Teorileri .....	25
Sosyal Öğrenme Teorisi .....	25
Nedenli Eylem Teorisi .....	26
Planlı Davranış Teorisi .....	27
Sağlık İnanç Modeli .....	29
Korunma – Motivasyon Teorisi .....	30
Sağlığı Geliştirme Modeli .....	32
Transteoritik Model .....	33
Bilişsel Uyumsuzluk Modeli .....	34
Yeniliğin Yayılma Modeli .....	34
Sağlık Eylem Modeli .....	35
Sosyal Davranış Teorisi .....	35
Problem Davranış Teorisi.....	35
Precede Modeli .....	35
Mantıklılık Duyusu Modeli .....	36
Pozitif Sağlık Modeli .....	36
Ağız Sağlığı Davranış Modellerinin Sınıflandırılması.....	38
2.1.2.5. Sağlık Kontrol Algısı .....	38
Kontrol Algısı ve Sağlık.....	38
Kontrol Algısı Tanımı .....	39
Kontrol Odağı Kavramının Gelişimi .....	41
Sağlık Kontrol Odağı Kavramının Gelişimi.....	42
MHLC'nin Ağız Sağlığı Alanında Kullanılması .....	47
2.2. Gereç ve Yöntem .....	51
2.2.1. Gereç .....	52
Araştırmanın Şekli .....	52
Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	53
Araştırma Evreni ve Örneklemi .....	53
2.2.1.1. Araştırmada Kullanılan Formlar .....	59
Birinci Aşamada Kullanılan Formlar .....	59
İkinci Aşamada Kullanılan Formlar .....	60
Üçüncü Aşamada Kullanılan Formlar .....	60
Dördüncü Aşamada Kullanılan Formlar .....	61
Beşinci Aşamada Kullanılan Formlar .....	62
2.2.2. Yöntem .....	62
2.2.2.1 Tez Çalışma Planı.....	62
2.2.2.2. Veri Değerlendirmesi ve Veri Girişi .....	63

Birinci Aşama Verilerinin İstatistiksel Değerlendirilmesi .....	63
İkinci Aşama Verilerinin İstatistiksel Değerlendirilmesi .....	63
Üçüncü Aşama Verilerinin İstatistiksel Değerlendirilmesi .....	64
Dördüncü Aşama Verilerinin İstatistiksel Değerlendirilmesi .....	64
Beşinci Aşama Verilerinin İstatistiksel Değerlendirilmesi .....	65
<b>2.3. Bulgular</b> .....	<b>72</b>
2.3.1. Birinci Aşama Bulguları .....	73
2.3.1.1. Açık Uçlu Soruların Analizi .....	74
2.3.1.2. Yapılandırılmış Soruların Analizi .....	79
2.3.2. İkinci Aşama Bulguları .....	81
2.3.2.1. ÇBASKO Ölçeği Sorularının Madde Analizi .....	82
2.3.2.2. Listelerin Değerlendirilmesi .....	83
2.3.3. Üçüncü Aşama Bulguları .....	85
2.3.3.1. ÇBASKO Ölçeği Güvenirlik Çalışması .....	86
2.3.3.2. ÇBASKO Ölçeği Geçerlik Çalışması .....	88
2.3.3.3. Listelerin Değerlendirmesi .....	90
2.3.4. Dördüncü Aşama Bulguları .....	91
2.3.4.1. KBF Değerlendirmesi .....	92
2.3.4.2. ÇBASKO Ölçeği Güvenirlik Çalışması .....	94
2.3.4.3. ÇBASKO Ölçeği Geçerlik Çalışması .....	96
2.3.4.4. Demografik Değişkenlere Göre Yapılan Analizler .....	111
2.3.4.5. Listelerin Değerlendirilmesi .....	118
2.3.5. Beşinci Aşama Bulguları .....	121
2.3.5.1. KBF ve ADBF Değerlendirilmesi .....	123
2.3.5.2. ÇBASKO Ölçeği Güvenirlik Çalışması .....	131
2.3.5.3. ÇBASKO Ölçeği Geçerlik Çalışması .....	132
2.3.5.4. Demografik ve Sosyo-Ekonomik Değişkenlere Göre Yapılan Analizler .....	140
2.3.5.5. Listelerin Değerlendirilmesi .....	149
2.3.5.6. ÇBASKO Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi .....	153
<b>2.4. Tartışma</b> .....	<b>154</b>
<b>2.5. Sonuç</b> .....	<b>207</b>
2.5.1. Sonuçlar .....	208
2.5.2. Öneriler .....	211

### 3. SON BÖLÜM

3.1. Özet	.....	215
3.2. İngilizce özet	.....	218
3.3. Kaynaklar	.....	221
3.4. Ekler	.....	242
3.5. Özgeçmiş	.....	268



## 1.1. TEŞEKKÜR

Fakülte son sınıftayken aldığımız Toplum Ağız Diş Sağlığı Dersi ve katıldığımız pratik programlarında diş hekimliğinde koruyucu hekimliğin ne kadar önemli olduğunu anladıktan sonra mesleğime bakış açımda beni bu alanda doktora yapmaya yönelten yeni bir dönem başladı. Doktora başladığım ilk günden beri benim akademik yaşam eğrimin her aşamasında bir annenin çocuğuna gösterdiği şefkat ve özen dahilinde bana destek veren, insanın öğrenemeyeceği ve isteyince aşamayacağı sağlık dışında herhangi bir engelin olmadığını gösteren, her zaman iyinin de iyisinin yapılabileceğini aşıl原因, aslında bildiğimi sandığım okuma ve yazmayı bana yeniden öğreten, bilginin ancak hayata yön verebiliyorsa muktedir olduğunu yoksa bir veri çöplüğü olduğunu izah eden, hayatta önceliklerin olduğunu bu önceliklerin nasıl sıralanacağını bana gösteren, ilk öğrencisi olduğum günden beri hayatımın her aşamasında gerek bir hoca olarak gerekse bir anne olarak ışığını benden hiç esirgemeyen, benim şu anki yaşam duruşumda kendisini büyük bir içtenlikle ve özenle dikkate aldığım tez danışmanım Prof. Dr. Gülçin Bemek Saydam'a, yeni bilgileri kendisiyle beraber arama şerefini bana veren ve her yeni bilgiyi benimle paylaşan, kendisine danıştığım her konuda bilgisiyle beni aydınlatan Prof. Dr. İnci Oktay'a, çalışma düzenini, titizliğini ve yaptığı her işe olan saygısını örnek aldığım bilgi ve yaşam birikimiyle beni aydınlatan pratik uygulamalarındaki incelikleri kendisinden öğrendiğim Prof. Dr. Ferda Doğan'a, çalışmamın her aşamasında benden bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen psikometrik bir çalışmanın nasıl yapılması gerektiğini kendisinden öğrendiğim A. Ü. Dil Tarih Coğrafya Fakültesi Psikoloji Bilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Nesrin Şahin'e, Tez İzleme Komitesi'nde bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren İ. Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Yakut Irmak'a ve İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Biyoistatistik Bilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Mustafa Şenocak'a, doktora sürecince beraber çalıştığımız birbirimize destek olduğumuz arkadaşlığın ve doktora yapmanın ne demek olduğunu beraber öğrendiğimiz sevgili arkadaşlarım Nilüfer Bora, Remzi Ülgen, Aslı Aktı, Hediye Sözer, Erdem Özkan, Serap Marangoz'a, çalışmalarım esnasında tarafsız gözlemleriyle bana yardımcı olan ve başım her sıkıştığında yanımda olan beni kızdırmayı seven ama bunu başaramayan sevgili büyüğüm Muzaffer Gülsoy'a, Fakülte yazı işlerinde bana yardımcı olan ve umutsuzluğa düştüğümde benden şefkatini esirgemeyen Şaziye Akay'a, orijinal formların tercümesinde bana yardımcı olan İ. Ü. Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü'nden Araş. Gör. Göklem Tekdemir'e, çalışma formlarının hazırlanmasında benden yardımlarını esirgemeyen Ebru Zukali'ye, başım her sıkıştığında ilk önce kendisine ulaştığım yardım istediğim yardım meleğim Mehmet Ali Öner'e, baskı hazırlıkları aşamasında bana yardımcı olan İbrahim Timur'a, çalışmamın son aşamasında tanıdığım ve bu aşamayı beraber yürüttüğümüz kendisinden saha çalışması ve çalışma planlanması konusunda çok şey öğrendiğim Mayak Worldwide Research Araştırma Şirketi sahibi Taner Gönç'e ve kendisiyle çalıştığım sürece istatistik bilgisi ile bana yardımcı olan sosyolog Necati Özdemir'e, çalışmamın başından beri istatistik bilgisinden yararlandığım istatistik çalışmalarında bana yardımcı olan sayesinde SPSS'i öğrendiğim ve istatistikle ilgili bir problem

yaşadığımda ne kadar yoğun olsa da bana zaman ayıran İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Biyoistatistik Bilim Dalı'ndan Araş. Gör. Necdet Süt'e, baskı aşamalarında yardımcı olan Çali Grafiğe, çalışmamı yürüttüğüm Bersay İletişim ve Danışmanlık Şirketi sahibi Ali Saydam'a, Tekofaks A.Ş yönetim kurulu üyesi Haluk Bermek'e ve anket çalışmasına katılarak benden görüşlerini esirgemeyen çalışanlarına, Çapa Atatürk İlköğretim Okulu ve Ali Suavi İlköğretim Okulu'nun değerli öğretmen ve çalışanlarına, çalışmamın son aşamasında görev alan anketör arkadaşlara, çalışma kapsamında anketleri özenle doldurarak görüşlerinden yararlandığım örneklemimizin tümünü oluşturan kişilere, büyük bir sabırla bana destek olan sevgili eşim Enis Peker'e, canım annem ve babama sonsuz teşekkürü borç biliyorum.



## 1.2. KISALTMALARIN LİSTESİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
SES	: Sosyo – ekonomik statü
ICS- II	: DSÖ tarafından yürütülen 2. Uluslararası Ortaklaşa Çalışma
HBM	: Sağlık İnanç Modeli
SLT	: Sosyal Öğrenme Teorisi
HLOC	: Sağlık Kontrol Odağı
TRA	: Nedenli Eylem Teorisi
TPB	: Planlı Davranış Teorisi
MHLC	: Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı
IHLC	: İçsel Sağlık Kontrol Odağı
PHLC	: Önemli Diğer Kişiler Sağlık Kontrol Odağı
CHLC	: Şans Sağlık Kontrol Odağı
PMT	: Korunma - Motivasyon Teorisi
HPM	: Sağlığı Geliştirme Modeli
LOC	: Rotter'in Kontrol Odağı
IE – Scale	: Rotter'in İç – Dış Kontrol Odağı Ölçeği
HLC	: Sağlık Kontrol Odağı
MLOC	: Çok Boyutlu Kontrol Odağı
GLHC	: Tanrı Sağlık Kontrol Odağı
DCBS	: Ağız Sağlığıyla Başa Çıkma İnançları Skalası
ÇBASKO	: Çok Boyutlu Ağız Dış Sağlığı Kontrol Odağı Ölçeği
ADSD	: Ağız Dış Sağlığı Davranış Skalası
YDL	: Yaşamdaki Değerler Listesi
SİÖBL	: Sağlık İhtiyaçları Öncelik Belirleme Listesi
SBÖBL	: Sağlık Bilgisi Öncelik Belirleme Listesi
KBF	: Kişisel Bildirim Formu
ADBF	: Ağız Dış Sağlığı Bildirim Formu
VERİ S.E.S.İ	: Veri Sosyo Ekonomik Statü İndeksi



### 1.3. TABLO ve GRAFİKLERİN LİSTESİ

Tablo 1. Örneklemin bölgelere göre dağılımı.....	54
Tablo 2. Örneklemin ilçelere göre dağılımı .....	54
Tablo 3a. Kota değişkenlerine göre örneklemin dağılımı .....	55
Tablo 3b. Kota değişkenlerine göre örneklemin dağılımı .....	56
Tablo 3c. Kota değişkenlerine göre örneklemin dağılımı .....	57
Tablo 4. Toplumsal tabakalara göre görüşülenlerin dağılımı.....	59
Tablo 5. Sağlık düzeyi tanımlarının dağılımı .....	74
Tablo 6. Sağlık düzeyi göstergelerinin dağılımı.....	74
Tablo 7. Sağlıklı yaşam biçimi tanımlarının dağılımı .....	75
Tablo 8. Sağlıklı yaşam biçimini sağlayan faktörlerin dağılımı.....	75
Tablo 9. Ağız bakımını sağlayan faktörlerin dağılımı .....	76
Tablo 10. Ağız bakımı göstergelerinin dağılımı.....	76
Tablo 11. Kişisel bakım alışkanlıklarının dağılımı.....	77
Tablo 12. İyileştirilmesine ihtiyaç duyulan sağlık alanlarının dağılımı .....	77
Tablo 13. Kişisel bakım alışkanlığı tanımlarının dağılımı .....	78
Tablo 14. Sağlık denetimi odaklarının dağılımı .....	78
Tablo 15. Sağlıklı yaşam biçimini sağlayan faktörlerin dağılımı .....	79
Tablo 16. Ağız sağlığını koruma yöntemlerinin dağılımı .....	79
Tablo 17. Sağlık ihtiyaçları öncelik konularının dağılımı .....	80
Tablo 18. Ağız bakımının yer aldığı sağlık konularının dağılımı .....	80
Tablo 19. ÇBASKO Ölçeği madde - top. korelasyon katsayıları, tanımlayıcı ölçüleri .....	82
Tablo 20. YDL maddelerinin dağılımı .....	83
Tablo 21. SİÖBL maddelerinin dağılımı.....	84
Tablo 22. SİÖBL maddeleri içinde ağız diş sağlığının değerlendirmesi .....	84
Tablo 23. ÇBASKO Ölçeği madde - toplam puan korelasyon katsayıları ve tanımlayıcı ölçüleri .....	86
Tablo 24. ÇBASKO Ölçeği ve altölçeklerinin güvenirlik katsayıları ve tanımlayıcı ölçüleri .....	87
Tablo 25. ÇBASKO Ölçeğinin faktör analizi .....	88
Tablo 26. Altölçekler arasındaki ilişkiler .....	89
Tablo 27. YDL maddelerinin dağılımı .....	90
Tablo 28. SBÖBL maddelerinin dağılımı .....	90
Tablo 29. Örneklemin demografik ve sosyo-ekonomik değişkenlere göre dağılımı.....	92
Tablo 30. Hastalık şikayeti ve sağlık güvencesi dağılımı .....	93
Tablo 31. ÇBASKO Ölçeği madde - toplam puan korelasyon katsayıları ve tanımlayıcı ölçüleri .....	94
Tablo 32. ÇBASKO Ölçeği ve altölçeklerinin güvenirlik katsayıları.....	95

Tablo 33. ÇBASKO Ölçeği ve altölçeklerinin test-tekrar test güvenirliliği .....	96
Tablo 34. ÇBASKO Ölçeğinin faktör analizi .....	97
Tablo 35. ÇBASKO Ölçeğinin altölçeklerinin Pearson Korelasyon Katsayıları .....	99
Tablo 36. Klinik indekslerinin dağılım değerleri .....	100
Tablo 37. Altölçekler ile klinik indeksler arasındaki korelasyonlar .....	100
Tablo 38. Düzenli diş hekimine giden (+) ve gitmeyenlerde (-) klinik indeks ve altölçek puanlarının karşılaştırılması .....	101
Tablo 39. Son bir yıl içinde diş ağrısı çeken (+) ve çekmeyenlerde (-) klinik indeks ve altölçek değerlendirmesi .....	102
Tablo 40. Diş ağrısı dışında diş ve dişetleriyle ilgili problemi olan (+) ve olmayanlarda (-) klinik indeksler ve alt ölçeklerin değerlendirilmesi .....	103
Tablo 41. Diş fırçalama ve diş ipi kullanma sıklığı arasındaki ilişkiler .....	104
Tablo 42. Diş ipi kullanan (+) ve kullanmayanlarda (-) klinik indeks ve altölçeklerin değerlendirilmesi .....	104
Tablo 43. DMFT açısından altölçek ekstrem grupların karşılaştırılması .....	105
Tablo 44. GI açısından ölçek alt ölçeklerindeki ekstrem grupların karşılaştırılması .....	106
Tablo 45. PI açısından ölçek alt ölçeklerindeki ekstrem grupların karşılaştırılması .....	107
Tablo 46. BBİ açısından ölçek alt ölçeklerindeki ekstrem grupların karşılaştırılması .....	108
Tablo 47. DT açısından ölçek alt ölçeklerindeki ekstrem grupların karşılaştırılması .....	109
Tablo 48. FT açısından ölçek alt ölçeklerindeki ekstrem grupların karşılaştırılması .....	110
Tablo 49. Klinik indeksler ve alt ölçeklerin cinsiyet açısından değerlendirilmesi .....	111
Tablo 50. Klinik muayene indekslerinin yaş gruplarına göre karşılaştırılması .....	112
Tablo 51. Altölçeklerin yaş gruplarına göre değerlendirilmesi .....	113
Tablo 52. Klinik indeksler ve eğitim düzeylerinin karşılaştırılması .....	115
Tablo 53. Altölçekler ve eğitim düzeylerinin karşılaştırılması .....	116
Tablo 54. YDL maddelerinin değerlendirmesi .....	118
Tablo 55. SBÖBL maddelerinin değerlendirmesi .....	118
Tablo 56. Klinik indeksler ve altölçek puanları karşılaştırılması .....	119
Tablo 57. Görüşülen kişilerin sosyo-demografik özellikleri .....	123
Tablo 58. SES değişkenlerine göre ağız-diş hastalığı şikayetleri dağılımı .....	127
Tablo 59. Ağız sağlığı davranışlarına göre ağız-diş hastalığı şikayetlerinin dağılımı .....	127

Tablo 60. Yaş gruplarına göre ağızdaki dişlerin durumunun dağılımı .....	128
Tablo 61. SES'e göre ağızdaki dişlerin durumunun dağılımı .....	129
Tablo 62. Diş fırçalama alışkanlığına göre ağızdaki dişlerin durumunun dağılımı .....	129
Tablo 63. Yaş gruplarına göre son 1 yılda diş ağrısı çekme durumunun dağılımı .....	130
Tablo 64. SES' e göre son 1 yılda diş ağrısı çekme durumunun dağılımı ....	130
Tablo 65. Diş fırçalama alışkanlığına göre son 1 yılda diş ağrısı çekme durumunun dağılımı .....	130
Tablo 66. ÇBASKO Ölçeği madde - toplam puan korelasyon katsayıları ve tanımlayıcı ölçüleri .....	131
Tablo 67. ÇBASKO ölçek ve altölçeklerin güvenirlik katsayıları .....	132
Tablo 68. ÇBASKO Ölçeğinin faktör analizi .....	133
Tablo 69. Altölçekler arasındaki ilişkiler .....	134
Tablo 70. Altölçek ekstrem gruplarının karşılaştırılması .....	134
Tablo 71. Altölçekler ve ADSD skalasının skorlarının karşılaştırılması.....	135
Tablo 72. Altölçekler diş fırçalama sıklığı ilişkisi .....	136
Tablo 73. Altölçek ekstrem grupları ile diş hekimine kontrole gitme durumu ilişkisi .....	138
Tablo 74. Diş fırçalama sıklığı ve altölçek ekstrem grup karşılaştırması.....	139
Tablo 75. Altölçekler ve cinsiyet ilişkisi.....	140
Tablo 76. Altölçeklerin yaş gruplarıyla ilişkisi .....	141
Tablo 77. Altölçekler ve eğitim grupları arasındaki ilişkiler .....	142
Tablo 78. Altölçekler-SES ilişkisi.....	144
Tablo 79. Altölçekler-medeni durum ilişkisi .....	145
Tablo 80. Altölçekler-kentte yaşam süresi ilişkisi .....	147
Tablo 81. ADSD skalası skorları ve cinsiyet ilişkisi .....	148
Tablo 82. ADSD skalası skorları ve eğitim düzeyi ilişkisi .....	148
Tablo 83. ADSD skalası skorları ve yaş grupları ilişkisi .....	148
Tablo 84. ADSD skalası skorları ve SES düzeyi ilişkisi .....	148
Tablo 85. YDL maddelerinin değerlendirmesi .....	149
Tablo 86. SBÖBL maddelerinin değerlendirmesi .....	149
Tablo 87. Her açıdan sağlıklı olmayı 1. sırada ve 3. sırada değerlendirenler ile altölçeklerin ilişkisi .....	150
Tablo 88. Altölçek ekstrem gruplarında, YDL maddelerinin değerlendirilmesi .....	151
Tablo 89. Altölçek ekstrem gruplarında, SBÖBL maddelerinin değerlendirilmesi .....	152
Tablo 90. Altölçek puanlarının dağılımı .....	153
Tablo 91. Altölçek puanlarının dağılımı .....	153
Tablo 92. İçsel ve dışsal kontrol altölçeklerinden alınan puanların karşılaştırılması.....	153

Grafik 1. Toplumsal tabakalara göre görüülenlerin dağılımı .....	59
Grafik 2. Sağlık güvenceleri durumunun dağılımı.....	124
Grafik 3. Sağlık güvencesi kurumlarının dağılımı.....	124
Grafik 4. Hastalık Şikayetlerinin dağılımı .....	125
Grafik 5. Büyük kentte yaşam süresi dağılımı.....	125
Grafik 6. Ağız ve diş rahatsızlığı Şikayeti durumunun dağılımı .....	126
Grafik 7. Ağız sağlığı Şikayetlerinin dağılımı .....	127
Grafik 8. Ağızda var olan dişlerin kişisel bildirim verilerinin dağılımı .....	128
Grafik 9. Son 1 yıl içerisinde diş ağrısı çekme durumunun dağılımı .....	130



## 1.4. ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil 1. Young'un ağız diş sağlığı eğitimi modeli (25) .....	13
Şekil 2. ICS-II 'de kullanılan ağız sağlığı taslak modeli (28, 29) .....	15
Şekil 3. Sağlık davranışı ve karar verme aşamasını kapsayan sũreç ve faktœrlerin ilişkisi (22) .....	18
Şekil 4. Bandura'nın SLT'den uyarladığı beklentiyle sonuç arasındaki fark (18) .....	25
Şekil 5. Ajzen ve Fishbein'in TRA'sının ağız diş sağlığına uyarlanmış Şekli (100).....	27
Şekil 6. Ajzen'in TPB'sinin ağız diş sağlığına uyarlanmış Şekli (100) .....	28
Şekil 7. Rosenstock'un HBM'nin ağız sağlığı davranışlarına uyarlanmış Şekli (100).....	30
Şekil 8. PMT'nin ağız sağlığı davranışlarına uyarlanmış Şekli (100).....	32
Şekil 9. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli (126) .....	33

A decorative horizontal band with a repeating pattern of diagonal stripes in a light red color, creating a stylized 'X' or 'K' shape.

## **2.1. GİRİŞ**

## 2.1.1. ARAŞTIRMA KONUSUNUN TANIMI

21. yüzyılda sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmını, kalp-damar sistemi hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, kanserler, diyabet ve diş çürüklerinden oluşan bir grup kronik ve bulaşıcı olmayan hastalığın toplumlardaki yaygınlık ve şiddetini azaltmaya yönelik çalışmalar oluşturacaktır. Bunlara yönelik hedef ve stratejiler “21. yüzyılda 21 sağlık hedefi”nin içinde 8. sırada yer almaktadır (70). Kronik, dejeneratif karakterli bu beş hastalığın ortak bazı etyolojik faktörlere sahip olmalarının yanında bir diğer ortak noktaları da insanların yaşama biçimi ile ilişkili olarak büyük ölçüde önlenemeleridir. Gerek bu durum, gerekse bir denge durumu olan sağlığın yalnızca negatif boyutuna, yani hastalık oluştuktan sonraki tedavi hizmetlerine yapılan yatırımların kimi zaman ekonomik olarak sürdürülemez noktaya gelmesi “Sağlığın geliştirilmesi” kavramını son on yıllarda başlıca uğraşlarından birisini diş çürüklerinin önlenmesi ve tedavisinin oluşturduğu diş hekimliği dahil sağlık hizmetinin hemen her alanında odak noktası haline getirmiştir (1, 25, 111, 138, 147).

Sağlığın geliştirilmesi, birey ve toplumda hastalığı oluşturan risk faktörlerinin ortadan kaldırılmasına ve henüz hastalanmamış sağlam yapıların, öncelikli olarak var olan sağlıklı konumunun korunması ve bu konumun daha da iyileştirilmesi amacıyla yönelik uygulamaları kapsar ve bu uygulamaların başında da sağlık eğitimi programları yer alır.

Sağlık eğitimi, bireylerin, etyolojileri aydınlatılmış olan hastalıkları oluşturan risk faktörlerinden kaçınmaya yönelik sağlık davranışlarını seçmelerini ve yaşam biçimi haline getirmelerini hedeflemek üzere kişilerde gönüllü davranış kabullerini oluşturmak amacıyla yapılan tüm eğitim ve öğretim olanaklarının kullanılmasıdır. Başlangıçta sağlık eğitimi programlarında eğitim yapılan konuya ilişkin doğru bilgi vermenin insanlarda davranış değişikliğine yol açabileceği düşünülmüş ancak kişilerde bilgi aktarımıyla sağlanan bilişsel değişikliği takiben istenen davranışların oluşmasının, bireyler tarafından içselleştirilerek yaşama biçimi haline gelmesinin bireye ait davranışsal, fiziksel ve psikolojik faktörler ile içinde yaşadığı toplumdan kaynaklanan sosyal, çevresel ve ekonomik faktörlerin sağlık hizmet sektörüyle olan etkileşimlerinin de dahil olduğu pek çok faktör tarafından etkilendiği anlaşılmış ve davranış değişikliği sağlayacak, etkin sağlık eğitimlerinin hazırlanabilmesi amacıyla sağlık bilimcileriyle davranış bilimcilerin ortak çalışma alanları oluşmuştur. Bu çalışmalar, sağlık eğitiminin amacına ulaşabilmesi için öncelikle, sağlıkçılar tarafından yapılan normatif sağlık değerlendirmeleri kadar, bireylerin ve grupların kendi yaşama biçimi, değer sistemi içinde kültürle yoğrulmuş olan sağlık algılarının, sağlıklarını korumada etkin olan faktörlerin ve bilgilenmek istedikleri sağlık konularındaki önceliklerinin saptanması gerektiğini ortaya koymuştur. Bu faktörlerden bir tanesi olan sağlık algısı insanların kendi yaşama biçimleri ve değer sis-

temi içinde şekillenmekte ve bu kavramın çeşitli boyutlarının kantitatif değerlerle ifade edilmesi yani ölçümlenmesi, sağlığın iyileştirilmesi çalışmaları ve bunun ilk adımı olan sağlık eğitimi programları için çok önemli bulunmaktadır. Sağlık algısı, sağlık personeli tarafından yapılan sağlık durumu değerlendirmesinden farklı bir kavramdır. Bireyin o anki sağlık durumunu nasıl değerlendirdiği üzerinde odaklanır. Aynı şekilde sağlığı geliştirici uygulamaların ilk adımı olan sağlık eğitimi öncesinde, aynı şekilde, birey ve toplumun sağlıklı olma ve sağlıklarını korumalarında etkili faktörlerden bir diğeri olan ve içsel kontrol, dışsal kontrol ve şans olmak üzere üç odakta toplanan sağlık kontrol odaklarının bilinmesi de önemlidir çünkü sağlıklı olmaya yönelik davranışlar, birey tarafından bu faktörlere bağlı olarak tercih edilmekte, gerçekleştirilmekte veya arzu edilse bile yapılamamaktadır (25, 140).

Ülkemizde büyük bir ihtiyaç olarak gündemde olan ağız sağlığı eğitim programlarının diş hekimliği hizmet sektörünün henüz bir parçası haline gelmese de çeşitli düzeylerde, üniversiteler, meslek kuruluşları ve kimi zaman kampanyalar şeklinde sanayi tarafından yapıldığını görmekteyiz. Bu aşamada da ağız sağlığına yönelik sağlık eğitimi programlarının amacına ulaşması için ağız bakım davranışlarının benimsenmesini ve uygulanmasını etkileyen bireysel davranışsal ve bilişsel faktörleri inceleyen araştırmalar giderek önem kazanmakta ve sağlık eğitiminde seçilecek yöntemin belirlenmesi, ana mesajın oluşturulması gibi konulara yön verecek sonuçlarıyla bu araştırmalar, sağlık eğitimi programlarının verimlilik ve etkinliklerinin artırılmasına katkıda bulunmaktadır.

## ARAŞTIRMA KONUSUNUN AMACI

Tüm sağlıklı olmaya yönelik davranışlarda olduğu gibi ağız sağlığının korunması ve iyileştirilmesine yönelik davranışların yapılmasında ve uygulamaların kabul edilmesinde de kimi zaman diş hekimi tarafından yapılan ağız sağlığı değerlendirmesinden farklı olarak bireysel değer, inanç ve gereksinimleri yansıtan ağız sağlığı algısının ve bireyin ağız sağlığı kontrol odağının bilinmesi önemlidir. Bundan dolayı ağız sağlığının geliştirilmesinin ilk adımı olan sağlık eğitimi çalışmalarında eğitim verilen birey ve grupların sağlık eğitiminde önerilen davranışı öğrenmesi ve içselleştirmesinde etkili olan bireysel faktörler kapsamında bir kişilik karakteri olarak değerlendirilen sağlık kontrol odaklarının ortaya çıkarılması ve bunun sağlık eğitiminin planlanmasında dikkate alınması sağlık eğitiminin eğitimsel ve motivasyonel sürecinin verimliliğini artıracak önemli bir noktadır.

Bu amaçla, ağız sağlığının çok boyutlu yapısını da dikkate alan ve ağız diş sağlığı kontrol odaklarını belirlemeye yönelik bir ölçek ve bu ölçeği değerlendirmemize yarayacak ağız sağlığı davranışlarını değerlendiren bir skala, bireyin sağlığına verdiği öne-



mi saptayabilmek için yaşamdaki değerler listesi ve ağız sağlığı eğitimine yönelik ihtiyaç önceliğini belirleyebilmek için de sağlık bilgisi öncelik belirleme listesi oluşturarak kentli erişkinlerde bilişsel düzeyde ağız sağlığı davranışlarının göstergelerini ortaya çıkarmak üzere bu çalışmayı planladık. Araştırma sonuçlarının sağlık eğitimi mesajlarının seçilmesine, uygulanacak sağlık eğitimi modellerinin değerlendirilmesine katkıda bulunmasını amaçlamaktayız.

## 2.1.2. GENEL BİLGİLER

### 2.1.2.1. SAĞLIĞIN KORUNMASI VE GELİŞTİRİLMESİ

#### Sağlığın Tanımı

Günümüzde sağlık denildiğinde fiziksel sağlık ve ruh sağlığı dışında bireysel ve toplumsal iyilik hali ile genel sağlık algısı gibi birbiriyle ilişkili kavramlar anlaşılmaktadır. Genel sağlık algısı bireyin sağlığını nasıl algıladığı ve sağlığını kimin veya neyin kontrol ettiği üzerine odaklanan bir kavramdır. DSÖ tarafından 1974 yılında sağlık, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil fiziksel, ruhsal ve sosyal tam iyilik hali olarak tanımlanmıştır (147, 165). Dubos sağlığı kişilerin çevreye adaptasyonunu sağlayan bir kondisyon; Aubrey ise sağlığı yapısal bir bütünlük olarak tanımlamaktadır (50, 126). Parson sağlığı bireylerin sosyalleşmesinde değerlendirilen roller ve görevlerin etkin bir performansı olarak bildirirken, Levine sağlığı yapısal, kişisel ve sosyal bütünlük varlığında giren ve çıkan enerji arasındaki denge durumu olarak tanımlamaktadır (50). Neuman sağlığı fizyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel alanlardaki denge ve uyum olarak, Dunn iyilik hali olarak ve Hoyman ise dinamik bir süreç olarak tanımlamaktadır (50, 126). Marks sağlık konumunu merkezinde yaş, cinsiyet ve genetik özellikleri kapsayan, yaşam biçimi, sosyal etkileşim, çalışma koşulları, kültür ve çevresel faktörler tarafından kuşatılan çok boyutlu bir dinamik olarak tanımlamıştır. Witmer ve Sweeney ise sağlığı bireyin tinsellik, kendini yönetme, çalışma, sevgi ve arkadaşlık gibi beş yaşam görevini yerine getirebilme gücü olarak ifade etmişlerdir. Kendi kendini yönetme bireye değerlilik ve kontrol duygusu vermektedir. Witmer'e göre sağlık, hastalık öncesi korumayı da kapsayan iyilik hali yaklaşımı (öznel mutluluk) olarak tanımlanmaktadır. Günlük yaşamın bir parçası ve yaşam kalitesi kavramının boyutu olan sağlık, kişiye yönetim yeteneği, seçim özgürlüğü ve kendi çevresini değiştirme yeterliliği vermektedir (192).

Sağlık / iyilik, hastalık kavramlarındaki farklılaşmalarla yaşam biçimi ve yaşam kalitesi kavramları önem kazanmaktadır. İyilik hali; yaşam kalitesini iyileştirmeyi ve bireyin sahip olduğu yetenek ve güçlerin geliştirilmesini hedefleyen sübjektif mutluluk düzeyi veya ruh yapısını, yaşam kalitesi ise bireysel seçim yapma fırsatına ve yaşam

memnuniyetine sahip olmasını ifade eden kavramlardır (16, 62, 191).

Sağlık alanında yapılan kültürel çalışmalarda sağlık kavramının; kuvvetli olmak, formda olmak ve hastalığın olmaması şeklinde tanımlandığı ve sağlığın farklı boyutlarını içerdiği kanıtlanmıştır (32, 126). Sağlık, kültür ve diğer sosyal olayların ürünüdür. Kişilerin kendi kültürlerinden kaynaklanan farklı sağlık tanımları ile koruyucu ve sağlığı geliştirici davranış algılamaları vardır. Kendilerini güçlü ve sağlıklı hisseden bireyler hastalıkları atlatma ve sağlıklarını sürdürme ve geliştirme konusunda daha duyarlı olup sağlıklı davranış kazanımlarına daha yatkındırlar. Kültürel çalışmalarda, sağlığın güç boyutuna odaklanan tanımı, fiziksel olarak formda olma tanımından daha ön plandadır (104, 126, 188).

Sağlığa biyo - psiko - sosyal bütünlük açısından bakıldığında, sağlık üzerinde sosyal destek ve SES'in de etkileri olduğu görülmektedir. Sosyal destek bir kişinin yaşamı boyunca algıladığı fiziksel ve duygusal yardımı ifade etmektedir. Sosyal desteğin etkisi grup yapısına, sürecine, amaçlarına, aktivitelerine ve bireyin grupla olan ilişkisine bağlıdır. Birincil sosyal destek grubu ailedir. İkincil sosyal destek grupları arkadaş ve akran gruplarıdır. Üçüncül sosyal destek grupları ise dini organizasyonlar, dernekler, gönüllü hizmet veren gruplar ve karşılıklı yardım yapılan gruplar olarak özetlenmektedir. Sosyal destek sağlığın geliştirilmesine, stresli yaşam olaylarını azaltarak sağlığın korunmasına ve rahatsızlıkların önlenmesine yardımcı olmaktadır. Yapılan çalışmalarda sosyal destek ile kişisel bakım arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Örgütsel katılımlar sağlıkla ilişkili bulunmazken çalışma arkadaşlarıyla sosyalizasyon sıklığı ve dini toplantılara katılım sağlıkla pozitif ilişki göstermektedir. SES ve sağlık arasındaki ilişki her iki cinstede benzerdir. Aile ortamı ve yaşam koşulları, sağlıklı alışkanlıkların kazanılmasında, sağlıklı yaşam biçiminin sağlanmasında ve sürdürülmesinde önemli bir etkiye sahiptir (104, 126, 130, 175, 179).

Teknolojik değişimler, göç, çalışma durumu, norm ve değerlerdeki değişimler ile sosyal ilişkilerin sağlık üzerindeki etkileri dikkate alınarak sağlığın psiko-sosyal belirleyeni ile davranışsal belirleyeni üzerine odaklanan sağlık yaklaşımında; bireylerin sağlığına zarar veren davranışlarının değiştirilmesine ve sağlığın belirleyeni üzerindeki bireysel kontrol mekanizmaları geliştirilerek sağlıklarını tehdit eden çevresel faktörlerin giderilmesine çalışılmaktadır (78).

### **Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Kavramı**

Sağlığı geliştirme, pozitif sağlığın temini için bireylerin sağlık belirleyeni üye-

rindeki kontrol yeteneğini artırma ve kendi sağlıklarını yükseltme sürecidir. Bireysel yeteneklerin ve kapasitenin artırılmasıyla sosyal, çevresel ve ekonomik faktörlerin etkisi minimuma indirgenmekte ve bu faktörlerin birey ve toplumların sağlık düzeyleri üzerindeki olumsuz etkisi azaltılabilmektedir. Yaşam için bir kaynak olan sağlığın geliştirilmesi ile bireysel, sosyal ve ekonomik açıdan üretken bir yaşam sağlanmaktadır (1, 25, 46, 72, 111, 125, 126, 147).

Tannahill 1985 yılında, sağlığın geliştirilmesi yaklaşımını birbiriyle kesişim gösteren sağlık eğitimi, sağlığın korunması ve önleme alanlarından oluşan bir modelle özetlemiştir (147, 165).

Sağlığın geliştirilmesinde önleme ve sağlığın korunması süreçleri birbirini tamamlayarak ve destekleyerek etkinlik kazanmaktadır. Önleme hastalık, rahatsızlık, yaralanma, engellilik gibi beklenmeyen durumların oluşma risklerinin azaltılmasını, sağlığın korunması ise pozitif sağlığı arttıracak yaşam biçimi ve sağlıklı çevre koşulları altında bir davranışı yapmama veya sakınmayı ifade etmektedir. Sağlığın korunması pozitif sağlığın arttırılmasını ve negatif sağlığı önlenmesini amaçlamaktadır (126).

### **Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Yaklaşım ve Temel İlkeler**

Sağlığın geliştirilmesi sürecinde sosyal - çevresel yaklaşım, koruyucu tıp ve davranışsal yaklaşım - yaşam biçimi başlıkları altında özetlenen 3 yaklaşım benimsenmektedir. Sosyal - çevresel yaklaşımda sağlık, bireysel kontrol ve sağlık sistemi dışındaki faktörler tarafından belirlenmektedir. Bu yaklaşım çerçevesinde gerçekleştirilen sağlığı geliştirme eylemleri sağlığı destekleyen çevreler oluşturmak, toplum katılımının sağlanması, toplum politikalarının desteklenmesi olarak özetlenmektedir. Sağlığın geliştirilmesi çalışmalarında farklı toplumsal sektörlerin işbirliği içinde olması, sağlık risklerini saptamak ve ortadan kaldırmak için aktivitelerin düzenlenmesi, organizasyonel değişimin ve toplumsal gelişimin sağlanması gerekmektedir. Sağlığı geliştirme çalışmalarının temel amacı herkes için sağlığı arttırmak, sağlıktaki adaletsizliği önlemek ve bireylerin sağlık düzeylerini yükseltecek fırsatları yaratmaktır. Sağlığı geliştirme stratejileri DSÖ tarafından 1986 yılında Ottawa Bildirgesi ile sağlığı geliştiren ortamlar oluşturmak, sağlıklı kamu politikaları oluşturmak, toplum katılımını güçlendirmek, bireysel becerileri geliştirmek ve var olan sağlık hizmetlerini yeniden gözden geçirmek; 1997 yılında Jakarta Deklarasyonu ile sağlık için sosyal sorumluluğu arttırmak, sağlığın gelişimi için yatırımları arttırmak, sektörler arası işbirliğini genişletmek, toplum kapasitesini arttırmak ve bireyleri güçlendirmek, altyapıyı sağlamlaştırmak şeklinde tanımlanmıştır. Özetle sağlıklı çevrelerin oluşturulması, sosyal bağların ve desteğin güçlendirilmesi, sağlıklı davranışların geliştirilmesi ve bireylerin başa çıkma kapasitelerinin yükseltilmesi, sağlık

bilgisinin sağlık eğitimi çalışmalarıyla yaygınlaştırılması ve geliştirilmesi sağlığı geliştirici çalışmaların amaçları arasındadır (50, 91, 104, 108, 111, 126, 147, 165, 191).

Sağlığın geliştirilmesinde benimsenen diğer yaklaşım, sağlığın herhangi bir hastalık ve rahatsızlığının olmaması şeklinde tanımlandığı birincil, ikincil ve üçüncül koruma basamaklarını içeren koruyucu tıp yaklaşımıdır. Bu geleneksel yaklaşım sağlığı tehdit eden fizyolojik ve biyolojik risk faktörlerine, hastalığın önlenmesine ve tedavi edilmesine odaklanmaktadır (50, 126).

Sağlığın geliştirilmesinde son yıllarda daha fazla benimsenen davranışsal yaklaşım - yaşam biçimi, bireysel ve toplumsal sağlığı tehdit eden davranışsal risk faktörlerine odaklanmakta, sağlığın geliştirilmesinde bireysel ve toplumsal düzeyde sağlık eğitimine, kişisel yardım ve bakım uygulamaları ile sağlıklı yaşam biçimini destekleyen toplumsal politikaların önemine dikkat çekmektedir (1, 31, 47, 111, 126, 140, 147).

### **Sağlığı Geliştirici Programların Planlanması**

Sağlığı geliştirme programlarının planlanmasında konu odaklı ve çalışma alanı odaklı olmak üzere başlıca 2 yaklaşım benimsenmektedir. Konu odaklı yaklaşımda ulusal politika kapsamında önemli sağlık davranışları (sigara, alkol tüketimi, beslenme ve egzersiz vb.) ile toplumsal ve bireysel açıdan risk gösteren hastalık konuları (kalp ve damar hastalıkları, ağız sağlığı, kanser vb.) saptanmaktadır. Çalışma alanı odaklı yaklaşımda ise önceliği olan konularda genel toplum, okul, sağlık servisleri, çalışma ortamı bazında sağlığı geliştirici çalışmalar planlanmaktadır (17, 165). Sağlığı geliştirme sürecinin organizasyonel yapısının ve sağlık stratejilerinin oluşturulmasında, toplum katılımının sağlanması, sağlıkta adaletsizliğin giderilmesinde ve sağlık için farklı disiplinler çalışmalarının sağlanması birbiriyle etkileşim halinde olan bireysel ve toplumsal düzeydeki değer ve inanç sistemi, temel ihtiyaçlar, ulusal sağlık politikaları, sağlık olanakları ve iletişim unsurları ön plana çıkmaktadır (1).

### **Sağlığı Geliştirici Programların Değerlendirilmesi**

Sağlığı geliştirici programların yöntem, etki ve çıktı değerlendirmelerinin yapılması gerekmektedir. Yöntem değerlendirmesi ile kullanılan yöntemin tekrar uygulanabilirliği ve daha sonraki aşamalarda geliştirilmesi gereken yönleri saptanmaktadır. Etki değerlendirmesi ile programın etkinliği, kullanılan metodun değerlendirilmesi ve kullanılan kaynağın sınanması sağlanmaktadır. ıktı değerlendirmesinde ise sağlık profili ve sağlık indeksleri kullanılarak programın amacına ulaşıp ulaşmadığı kontrol edilmektedir

(165). Sağlığı geliştirici eylemlerin ana amacı, birey ve topluma kendi sağlıklarını kontrol etme yeteneği kazandırmak olduğu için programın değerlendirilmesinde; kişisel, sosyal ve çevresel faktörlerin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini gidermede etkin olan sağlık kontrol algısı ile sağlığın belirleyenlerindeki ve sağlık statüsündeki değişimler dikkate alınmalıdır (11,16). Sağlığı geliştirme programlarının ve sağlık eğitiminin yöntem, etki ve çıktı değerlendirilmesi için davranış değişimini yansıtan ölçütlere ihtiyaç vardır. Hastalığın değerlendirilmesinde kullanılan mortalite, morbidite gibi ölçütlerin yerine sağlığın ölçümlemesinde bireysel düzey ve toplumsal düzeyde sağlık hikayelerini, sağlık potansiyellerini ve sağlık dengesini gösteren sağlığın çok boyutluluğunu dikkate alan ölçütler ile kontrol ve başa çıkma yeteneğini değerlendiren ölçütler kullanılmaktadır. Genel sağlık alanındaki değerlendirmelerde Kaliteye Göre Düzenlenmiş Yaşam Yılları Ölçeği (Quality of Adjusted Life Years, QALY), Nottingham Sağlık Profili (The Nottingham Health Profile), Genel Sağlık İndeksi (The General Health Questionnaire, GHQ), Kaliteye Göre Düzenlenmiş Sağlıklı Diş Yılları (Quality Adjusted Tooth Year), Ağız Sağlığına Bağlı Yaşam Kalitesi (Oral Health Related Quality of Life, OHQoL), Diş Sağlığı İndeksi (Dental Health Index), Ağız Sağlığı Etkilenme Profili (Oral Health Impact Profile, OHIP), Fonksiyon Gören Dolgulu ve Sağlıklı Dişler (Filled and Sound Functioning Teeth), Ağız Sağlığıyla Başa Çıkma İnançları Skalası (Dental Coping Beliefs Scala, DCBS) gibi ölçütler dikkate alınmaktadır (16, 21, 61, 62, 89, 100, 101, 106, 108, 110, 111, 150, 165, 183, 184, 191).

### **Ağız Sağlığı ve Genel Sağlık İlişkisi**

Ağız diş hastalıklarının etyolojisine bakıldığında çürük yapıcı tarzda beslenme, yeterli fluor alınmaması, kötü ağız hijyeni, sigara- alkol kullanma ve kazalar gibi yaşam biçiminden, davranıştan kaynaklanan önlenemez faktörler gözlenmektedir. Horowitz'e göre ağız diş hastalıklarının etyolojisinde önemli olan kötü ağız hijyeni birçok kronik hastalığın da etyolojik faktörüdür. DSÖ kötü ağız hijyeninin bulaşıcı olmayan kronik hastalıklara neden olduğuna ve diş çürükleri ve periodontal hastalıkların bu hastalıklarla benzer risk faktörlerine sahip olduğuna dikkat çekmektedir. Günümüzde diş çürükleri ve dişeti hastalıkları davranışsal ve bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar olarak sınıflandırılmaktadır. Diş çürükleri, periodontal hastalıklar, ağız mukozası hastalıkları, ağız kanserleri, temporomandibuler eklem, travma ve tükürük bezi hastalıkları gibi ağız sağlığı problemleri fiziksel, sosyal, psikolojik ve fonksiyonel yetersizliklere neden olarak bireylerin yaşam kalitelerini azaltmaktadır. Bu nedenle, genel sağlığın temininde kronik hastalıkların önlenmesinde ve şiddetinin azaltılmasında ağız sağlığını geliştirme çalışmaları önem kazanmaktadır (111, 140, 147 ).

Dolan yaptığı çalışmada, ağız sağlığının bireylerin fiziksel, sosyal ve ruhsal sağlık statüleriyle alakalı olduğunu ve ağız sağlığının genel sağlığın ayrı bir boyutunu oluş-

turduğunu göstermiştir. Ağız sağlığı ile genel sağlık algısı ve ruhsal sağlık arasında pozitif bir korelasyon, fiziksel sağlık ile arasında negatif korelasyon bulmuştur. Ağız fonksiyonlarındaki bozukluklar ve sağlıklı dişler, ağrı ve rahatsızlık gibi şikayetlerin yanında bireylerin yaşamsal kapasitelerini, sosyal yaşamlarını ve psikolojik durumlarını olumsuz yönde etkileyerek yaşam kalitelerini de azaltmaktadır (16, 43, 111, 150).

### **Ağız Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesi**

Sağlığı geliştirme, pozitif sağlığın temini için bireylerin sağlık belirleyicileri üzerindeki kontrol yeteneğini artırma ve kendi sağlıklarını yükseltme sürecidir. Sağlıklı yaşam biçiminin ve tüm bireyler için sağlık seçeneklerinin artırılmasını amaçlayan pozitif sağlık yaklaşımı kapsamında ağız sağlığının davranışsal, psiko - sosyal, sosyo - ekonomik, sosyo - kültürel, çevresel ve biyomedikal faktörleri ile sağlık sistemi boyutu dikkate alınmalıdır (25, 46, 72, 111, 125, 147). Ağız sağlığını geliştirici programlarında, diş çürükleri ve dişeti hastalıklarının önlenir, davranışsal ve bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar kapsamında değerlendirilmesiyle ağız sağlığının davranışsal boyutu önem kazanmaktadır (186).

Diş hekimliği hizmetinde diş çürükleri, periodontal hastalıklar, ağız mukozası hastalıkları, ağız kanserleri, temporomandibuler eklem, travma ve tükürük bezi hastalıkları olarak özetlenen rahatsızlıklarla ilgili tedaviye yönelik uygulamalar, koruyucu uygulamalardan daha fazladır. Horowitz'e göre, ağız sağlığı hizmeti verenlerin temel amacı kişisel davranışları geliştirerek ağız diş hastalıklarının önlenmesini sağlamak olmalıdır. Ekonomik koşullar ve sosyal yapı sağlıkta önemli bir belirleyen olarak ortaya çıkmakta tedavi ihtiyacında farklılıklar ve sağlıkta adaletsizlik yaratmaktadır. Levine'e göre restorasyon çalışmalarının yanında daha fazla tabii dişini ağızında tutmayı hedefleyen bireylere 1. basamak sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermektten sorumlu olan diş hekimi, bu görev anlayışı ile ağız sağlığındaki adaletsizliği azaltacak kapasiteye sahip bir hekim olarak önem kazanmaktadır (25,100).

Toplumun ağız diş sağlığının geliştirilmesi için hedeflerin saptanması ve gerçekleştirilmesi aşamasında ağız sağlığının çok boyutlu yapısından ötürü özel bir modelin benimsenmesi zor olduğu için bireylerin ağız diş sağlığı davranışlarını geliştirmeyi hedefleyen sağlık eğitimi çalışmalarının bazı özellikleri olmak zorundadır. Çok boyutlu ağız sağlığı, ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesini fonksiyonel olarak, psikolojik yünden, ağrı ve rahatsızlık duygularıyla ve sosyal açıdan etkilemektedir. Ağız sağlığına bağlı fiziksel, sosyal ve psikolojik fonksiyonların devam ettirilmesinde, ağız sağlığı düzeyinin artırılmasında, hastalık ve rahatsızlığın önlenmesinde bireylerin ağız sağlığı ve genel sağlık algıları ön plana çıkmaktadır. Klinikçilerin sağlık algılarından ve sağlık düze-

yi değerlendirmelerinden farklı olan hastanın sağlık algısı ve sağlık düzeyi değerlendirmesi uygulanacak sağlık eğitiminin, tedavinin ve rehabilitasyonun başarisını olumlu veya olumsuz etkileyebilmektedir. Topluma yönelik sağlığı geliştirme çalışmalarında bireyin kendi değer sistemi içinde şekillenen sağlık algısının, gereksinmelerinin ve önceliklerinin bilinmesi gerekmektedir (111, 147).

Ağız hastalıklarının sosyal kaynaklı olduğuna ve etkin ağız sağlığı politikaları ile kontrol altında tutulabileceğine dikkat çekilmektedir. Ağız sağlığının geliştirilmesinde eşitlik, güçlendirme ( yetki verme ) ve destekleme unsurları önemlidir. Sheiham tarafından ağız sağlığının geliştirilmesi için, şeker tüketimini azaltmaya yönelik beslenme ve sağlık politikaları, beden ve ağız hijyenini geliştirmeye yönelik toplumsal yaklaşım, sigara tüketimini durdurma politikaları, kazaların azaltılmasına yönelik politikalar, suların fluorlanma politikası ve koruyucu ağız bakımından yararlanma imkanının artırılması başlıklı 6 alan tanımlanmıştır (147).

Ülkemizde de ağız sağlığını geliştirici programlar kapsamında tedavi ağırlıklı diş hekimliği hizmetlerinin birinci basamak ağız sağlığı hizmetlerine entegrasyonu gerekmektedir. Diş ürükleri ve dişeti hastalıkları açısından risk altında olan ilkokul öğrencilerine yönelik ağız sağlığını geliştirici programların planlanması ve uygulanması gerekmektedir (111, 140, 141).

### **Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesinde İlk Adım: Sağlık Eğitimi**

Sağlık eğitimi, bireylerin ve toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesi için bilgi, tutum ve davranışların birlikte belirlendiği etkileşimlerin bütünüdür (100, 165). Sağlık eğitimi ile bireylerin, sağlıklı davranışlar kazanmaları ve sağlık düzeylerinin ve sağlıklarını belirleyen faktörler üzerindeki kontrol kapasiteleri arttırarak sağlığa bağlı yaşam kalitelerinin artırılması amaçlanmaktadır. Sağlık eğitimi; hasta eğitimi, kişisel bakım, farklı sosyal yapı eğitimleri ve sağlığı geliştirme eğitimleri olarak sınıflanmaktadır (17 ,25, 72, 140, 163).

Sağlık eğitimi yaklaşımları geleneksel ve modern yaklaşım başlıkları altında özetlenmektedir. Geleneksel sağlık eğitimi yaklaşımı korunmaya ve hastalığın önlenmesine yönelik bir yaklaşımdır. Bozulan sağlığın bedensel yönünü ön planda tutarak sağlığın negatif bileşeni üzerine yoğunlaşmaktadır. Sağlığın politik ve sosyal belirleyicilerini dikkate almaksızın bireyin sağlıkla ilgili davranışları seçmede özgür olduğu fikrine odaklanmaktadır. Bireyin hastalıklardan ve sonuçlarından korunmasına yönelik bilgi, tutum ve davranış değişikliğini oluşturmayı hedeflemektedir. Çağdaş sağlık eğitimi yakla-

şımı ise sağlığın hem pozitif hem de negatif boyutu ile sağlığın geliştirilmesi prensibini benimsemektedir. Bu kapsamda Draper ve ark. tarafından sağlık eğitimi, beden ve beden bakımı konusundaki sağlık eğitimi, sağlık hizmetlerinden maksimum yararlanmayı sağlayacak sağlık eğitimi ve sağlığı her düzeyde etkileyen politik, sosyal, çevresel süreçler konusundaki eğitim başlıkları altında 3 grupta toplanmaktadır. Sağlık eğitimindeki temel odaklar dikkate alındığında hastalık odaklı, risk etmeni odaklı ve sağlık odaklı sağlık eğitimi sınıflaması ortaya çıkmaktadır. Sağlık eğitiminde kullanılan temel teoriler Yale modeli, grup dinamiği modeli, sosyal öğrenme modeli, nedenli eylem ve planlı davranış teorisi, atıf teorisi, bilişsel uyumsuzluk teorisi, yeniliğin yayılma modeli ve sosyal pazarlama modeli olarak özetlenmektedir (25, 132, 163, 165).

Sağlık eğitiminin öğrenme sürecinde, öğrenme psikolojisinde önemli olan zayıflatma ve kazandırma yöntemleri kullanılmaktadır. Zayıflatma yeni tutumun oluşması için kazanılmış davranışın ortadan kaldırılmasını, kazandırma ise yeni tutumun sağlıklı yaşam biçimine ve yaşam kalitesine katkılarının bireye aktarılmasını ve sağlığı geliştirici davranışın benimsenmesini hedeflenmektedir (17).

Sağlık eğitiminde amaçlanan davranış değişiminin bilimsel olarak saptanması ve bu yöndeki tutum değişikliğinin istatistiksel yöntemlerle ifade edilmesi gerekmektedir (DSÖ, 1988). Öğrenmenin başarılı olabilmesi için eğitim malzemelerinin hazırlanması, güdüleme ve pekiştirme aşamalarında ise eğitim verilecek grubun sosyo - demografik, sosyo - ekonomik, sosyo - psikolojik ve davranışsal değişkenlerinin dikkate alınması gerekmektedir. Öğrenme başarısı değerlendirilirken bireysel faktörler, eğitimin saydamlığı ve eğitimle ilgili geri bildirim sonuçları da dikkate alınmalıdır (17, 25, 163).

Sağlık eğitiminin güvenilirliği açısından; hedef grupların saptanması, eğitimin ölçümlenebilmesi, önleyebilirliği, kurumsal ve sosyal destek faktörlerinin kaynak kullanımıyla ilgili tanımlanması ve değişebilirliği ölçüt alınmaktadır. Sağlık eğitiminin etkinliğinin artırılmasında kaynak kadar yasal uygulamalar gibi bazı düzenlemeler ve kontrol mekanizmalarının da katkısı sağlanmalıdır (17, 163 ).

Davranış değişimini sağlayan maliyet - etkinliği ve duyarlılığı kanıtlanmış sağlık eğitimi uygulamaları ile bireylerin sağlığının artırılması ve toplumda saptanan risk gruplarına ulaşmak hedeflenmektedir. Sağlığı geliştirmeye yönelik bu uygulamalar sayesinde geleneksel hekim - hasta ilişkisi bilgilenme ve pozitif sağlık davranışı kazanımı yönünde değişim göstermektedir. Bireylerin sağlık eğitimi vasıtasıyla bilgilenme ve bu bilgiyi değerlendirme kapasiteleri, davranışı gerçekleştirmek için karar verme kapasiteleri de artmaktadır. Sağlıklı davranışların günlük yaşam aktiviteleriyle alakalı olduğu ve



kültürel olarak kökleştiği dikkate alınmalıdır. Bireyler davranışlarını değiştirmeye yönelik doğrudan eylemlerin yerine bilgilenemeyi tercih etmektedirler (104).

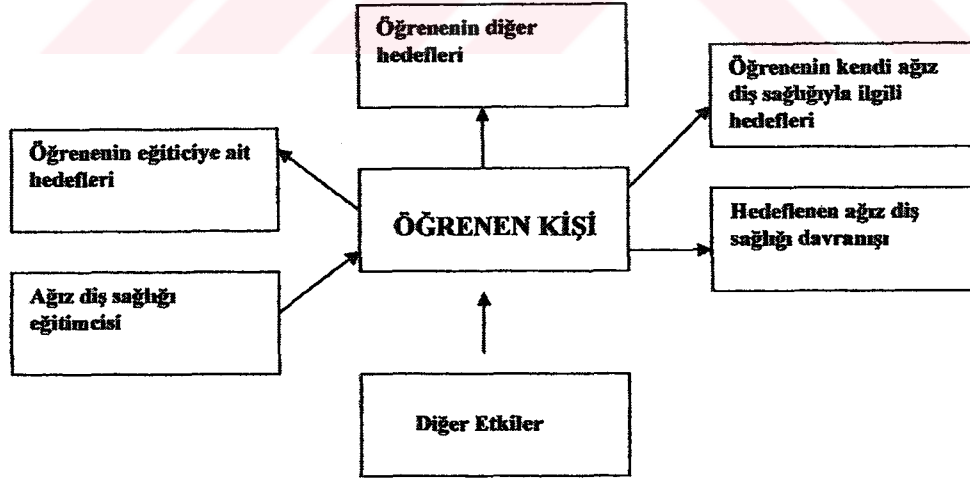
Ağız dış sağlığı eğitiminde bilişsel model, davranışçı yaklaşım, kişisel bakımı motive edici model, topluma yönelik ağız dış sağlığı modeli kullanılmaktadır. Bilişsel model için bilgi esastır. Sağlığın çevre ve sosyo - ekonomik belirleyenleri göz ardı edilerek bilgi pasif bir yaklaşımla verildiğinde becerileri güçlendirmeye yönelik bir eylem gerçekleşmemektedir. Sağlığın çevre ve sosyo - ekonomik belirleyenleri dikkate alınarak bilgi aktif bir yaklaşımla verildiğinde becerilerin güçlendirilmesi mümkün olmaktadır. Davranışçı yaklaşımda davranış değişimi oluştursa öğrenmenin gerçekleştiği kabul edilmektedir. Kişisel bakımı motive edici modeli geliştiren Horowitz bireyi motive etmek için bireysel değerler, farkındalık ve bireysel seçimin önemine dikkat çekmekte ve bunun davranışa götüren yol olduğunu ileri sürmektedir (25). Topluma yönelik ağız dış sağlığı modeline göre; davranışlar bir risk faktörü olarak değerlendirilmekte ve sağlık davranışının seçiminde kişiyi destekleyen pozitif bir çevrenin önemi vurgulanmaktadır.

Sağlık eğitiminde temel alınan psikolojik teori ve modeller, davranışın bilişsel ve duygusal süreçlerini açıklamaya yönelik olup, sağlığın sosyal belirleyenlerini açıklamakta yetersiz kalmaktadır. Sağlık ve sosyal ortam arasındaki ilişkinin anlaşılmasını sağlayacak yeni teorik yaklaşımlara ihtiyaç vardır. Sağlık davranışı açısından sosyal, çevresel, ekonomik ve politik değişkenlerin dikkate alınmaması etkin olmayan ve yararsız sağlık eğitimi çalışmalarına neden olmaktadır. Ağız sağlığının geliştirilmesine yönelik çalışmalarda temel alınan sosyal teorik yaklaşımlar yaşam biçimi analizi, salutogenetik model ve sosyal kapital olarak sınıflandırılmaktadır. Yaşam biçimi analizi, bireylerin sağlık statüsünü, onların geçmiş sosyal pozisyonlarının bir göstergesi olarak kabul eder. Salutogenetik model, yaşamdaki stres kaynaklarının toplumun sağlık statüsü üzerindeki etkisini dikkate almaktadır. Sosyal kapital ise, sosyal organizasyonların toplumun sağlık statüsü üzerindeki etkisini değerlendirmektedir. Ağız sağlığı eğitiminin başarılı olması da ancak sağlığın sosyal belirleyenlerinin de dikkate alındığı ağız sağlığını etkin bir şekilde geliştirmeyi amaçlayan ve eşitsizliği engelleyemeye yönelik sağlıklı toplum politikaları ile sağlanabilecektir ( 181).

Ağız dış sağlığı eğitimi ile birey ağız dış hastalıkları ve bunların genel sağlıklarıyla olan ilişkisi yönünde bilgilendirilmekte ve ağız sağlığının temini için gerekli sağlık davranışlarının kazandırılmasına ve geliştirilmesine çalışılmaktadır. Ağız sağlığı eğitim programları bireysel sağlıklı davranış değişimini amaçlamaktadır. Sağlık eğitimi programlarının başarılı olması için bireylerin sağlık algısı, tutumları gibi davranışın psikososyal belirleyenleri de sağlıkçılar tarafından dikkate alınmalıdır (25, 58, 140).

Diş hekimliği alanındaki ilk sağlık eğitimi uygulamaları medikal yaklaşım benimsenerek bireysel düzeyde gerçekleştirilmiştir. Bu yaklaşımın benimsendiği sağlık eğitimi çalışmalarında bireye ağız sağlığı yönündeki bilgilerinin yetersizliği hissettirilerek suçlu olduğu ana mesajı verilmekte ama bireysel ihtiyaçlar göz ardı edilmekteydi. Sağlık eğitimiyle kalıcı ağız sağlığı davranışları elde edebilmek için normatif ihtiyaçlardan çok bireyin algıladığı, hissettiği ihtiyaçların saptanması gerekmektedir. Klinik olarak saptanan ağız sağlığı ihtiyaçları ile bireysel ihtiyaçlar arasındaki fark, verilecek sağlık eğitiminin başarısını olumsuz etkilemektedir (43, 73, 89, 113, 134, 170, 182, 188) .

Muayenehane ortamında verilen ağız diş sağlığı eğitiminde genelde medikal yaklaşım benimsenmekte ve ağız sağlığı problemleri ile nasıl başa çıkacakları konusunda bilgi verilirken bu konudaki bilgisinin sınırlılığına dikkat çekilmekte ve bireyin ihtiyaçları göz ardı edilmektedir. Topluma yönelik sağlık eğitimi çalışmalarının da ise ağız sağlığını bozan davranışların değiştirilmesi ve iyileştirilmesi amaçlanmakta, davranışlar ağız diş hastalıkları için bir risk faktörü olarak görülmektedir. Diş fırçalama, diş ipi kullanma, beslenme ve fluor kullanımı olarak sınıflanan ağız diş sağlığı davranışlarının her bir boyutuyla ilgili ayrı sağlık eğitimi çalışmaları planlanmalıdır. Sağlık eğitimi bir tek konuyu içerecek tarzda katılımcı tarafından net bir şekilde algılanacak mesajla birlikte verilmelidir. Rosenstock ve Kegeles verilecek mesajların; bireyin ağız diş hastalığına maruz kaldığını hissetmesi, ağız diş hastalıklarının önemini algılaması, ağız diş hastalıklarını önleyebileceğini öğrenmesi ve ağız diş sağlığının önemini anlaması olarak özetlemektedir (25).



Şekil 1. Young'un ağız diş sağlığı eğitimi modeli (25).

Young'a göre, eğitimi alan kişinin eğitimden beklentileri, ağız sağlığıyla ilgili hedefleri sağlık eğitimi ile kazandırılması düşünülen sağlık davranışının kabul edilmesinde veya red edilmesinde önemlidir (Şekil 1). Ağız diş sağlığı eğitiminde kullanılan sağlık davranışı model ve teorilerinin ana odağı çerçevesinde biçimlenen mesajın bireysel

ihtiyaçlar ve bireysel ağız sağlığı algısı ile tutarlı olmasına dikkat edilmelidir. Aksi halde sağlık eğitimi ile bireyde yalnızca bilişsel düzeyde değişim sağlanmakta, amaçlanan duygusal ve davranışsal değişim sağlanamamaktadır. Bunun içinde toplumun ve bireyin ağız sağlığı algısının ve ihtiyaçlarının anlaşılması gerekmektedir. Sağlık eğitiminde kullanılan mesajın etkinliği ve aktarılması bireylerin ikna olma aşamasında önem taşımaktadır. Sağlık kaynaklarının verimli kullanımı açısından sağlık eğitimi çalışmaları öncelikli gruplardan başlayarak tüm topluma yapılmalıdır (104).

## 2.1.2.2. SAĞLIK DAVRANIŞI

### Sağlık Davranışı Tanımı

Sağlık davranışı çok boyutlu bir süreç olup karşılıklı etkileşim halinde olan bir çok değişken tarafından etkilenmektedir (32, 46, 72,108). Sağlık davranışları kendi içinde sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlar ile sağlığa zarar veren davranışlar olarak sınıflandırılmaktadır (41,126). Kasl ve Cobb koruyucu sağlık davranışını, bir kişinin sağlıklı yaşam sürmesinde sorumluluk üstlenen bir aktivite olarak tanımlamaktadır (50, 71). Rosenstock tarafından sağlık davranışı, bir kişinin sağlığını koruması ve devam ettirmesini sağlayan bir mekanizma olarak tanımlanmaktadır (46, 71). Green tarafından sağlık davranışı gönüllü, önleyici karakterde kişisel bir eylem olarak tanımlanmaktadır. Green bu tanımına göre bilgi, tutum, inanç ve değerleri dikkate almamakta, eylem olasılığına dikkat çekmektedir. Steele ve McBroom tarafından sağlık davranışı, hastalığın etkilerini önlemek, bireysel sağlığı sürdürmek ve geliştirmek için sağlık servislerinin kullanımı gibi önleyici bir davranış olarak bildirilmektedir. Belloc ve Breslow tarafından yaşam süresinin artmasını sağlayan sağlık davranışları, düzenli üç öğün yemek yeme, her sabah kahvaltı yapma, egzersiz, günde 7 – 8 saatlik uyku, kilo kontrolü, sigara içmeme ve alkol tüketimini sınırlama ve durdurma olarak özetlenmektedir (46, 71). Gochman tarafından sağlık davranışı inanç, duygu, değer, algı gibi bilişsel bireysel nitelikleri, duygusal durum ve özellikler gibi kişilik karakterlerini içeren sağlığın geliştirilmesi, iyileştirilmesi ve sürdürülmesini sağlayan bir eylem olarak tanımlamaktadır. Egger, Spark ve Lawson sağlık davranışını bireysel ortamdaki uyaranlar tarafından etkilenen bir süreç olarak, Steptoe ve ark. ise hastalıkların önlenmesi, sağlığın sürdürülmesi, korunması ve geliştirilmesi için bireysel olarak gerçekleştirilen eylemler olarak tanımlamaktadır (46, 71, 72).

Ellen koruyucu sağlık davranışının anlaşılması konulu doktora tezinde, bireysel sağlık tanımlamasının sağlık davranışının anlamlı bir göstergesi olmadığını saptamıştır. Sağlığı geliştirici davranışları daha sık ve tutarlı olarak gerçekleştiren bireyler, spesifik bir sağlık davranışının sağlıkları ve yaşam süreleriyle kuvvetli bir ilişkisi olduğuna inanmakta ve daha az fiziksel çaba gerektiren sağlık davranışlarını tercih etmektedirler. Sağlığı ge-

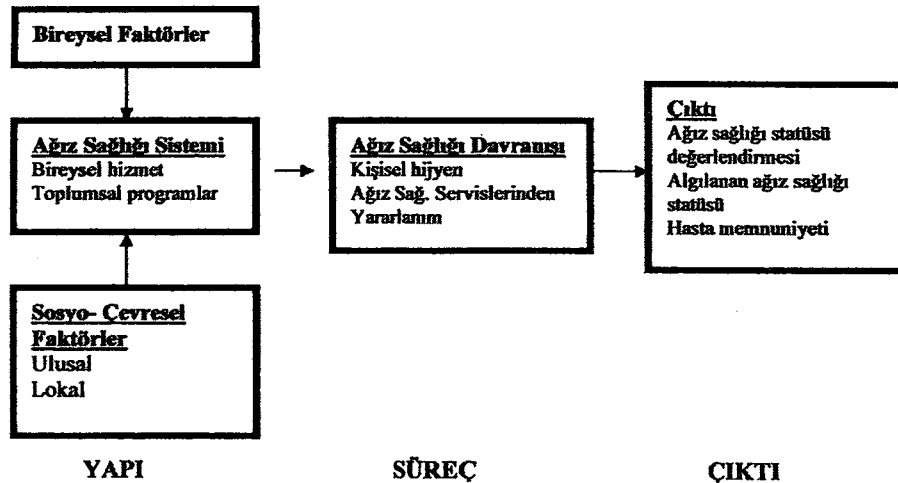
liştirici davranışlar üzerinde; hane halkı büyüklüğü, meslek, sağlık değeri, algılanan sağlık düzeyi değişkenlerinin anlamlı düzeyde etkili olduğuna dikkat çekmektedir (46).

### Ağız Sağlığı Davranışı Tanımı

Rise ve Holund tarafından ağız sağlığı davranışları, diş fırçalama, diş ipi kullanma ve şeker tüketimiyle ilgili beslenme davranışları olarak sınıflanmaktadır. Bugün ağız sağlığı davranışları diş fırçalama, arayüz temizliği (diş ipi kullanma), beslenme, fluor kullanımı ve diş hekimi kontrolüne gitme başlıkları altında değerlendirilmektedir (7,14, 75, 82, 100,147, 155). Barutta ve ark. tarafından kişisel ağız hijyeni uygulamaları, şeker tüketimi miktarı ve sıklığı, diş fırçalama sıklığı, ağız bakımı için bilgilenme, floridli diş macunu kullanımı, protez bakımı, sigara kullanımı olarak özetlenmektedir (29).

Rossum, düzenli diş hekimine giden ve gitmeyen bireyler ile ağızda kendi doğal dişlerini koruyan ve protez kullanan bireyler arasında ağız diş sağlığı davranışları ve tutumları açısından anlamlı farklılıklar olduğunu göstermiştir. Doğal dişlere sahip bireylerin daha sık diş doktoruna gittiğini, geçmişte daha az problem yaşadığını, daha yüksek eğitim düzeyine sahip genç yaş grubu olduğunu, ağız bakımları için daha fazla para harcadığını, ağız problemleri hakkında daha fazla bilgilendiğini ve dişlerini uzun süre koruma arzusunda olduklarını saptamıştır (137).

Barutta ve ark. DSÖ tarafından yürütülen 2.Uluslararası Ortaklaşa Çalışma (The WHO Second International Collaborative Study, ICS- II) kapsamında ağız sağlığının davranışsal ve sosyal alanının ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi ve ağız sağlığı hizmetleri kapsamında değerlendirilebilmesi için Sağlık İnanç Modelinden (Health Belief Model, HBM) modifiye edilmiş yapı, süreç ve çıktı aşamalarından oluşan taslak modeli (Şekil 2) kullanmışlardır (28, 29).



Şekil. 2. ICS-II 'de kullanılan ağız sağlığı taslak modeli (28, 29).

Toplumun farklı gruplarında ağız sağlığı davranışlarının saptanması, gelecek ağız sağlığı stratejilerinin planlanmasında önemlidir. Ağız diş hastalıklarının önlenmesinde ve kontrol altına alınmasında bireysel ağız diş sağlığı davranışları dikkate alınmalıdır. Kötü ağız sağlığının demografik, sosyal, ekonomik, davranışsal ve kişisel karakterlerinin belirlenmesi; sağlık eğitimi programlarının planlanmasında, hedef grupların saptanmasında ve eğitim için gerekli kanalların seçiminde yardımcı olmaktadır. Son 15 yıl zarfında gelişmiş ülkelerde ağız hijyeni uygulamaları ve florid kullanımı artarken arayüz temizliğinin azaldığı görülmektedir. Ağız sağlığı davranışlarındaki bu eğilimin; kişisel gelirin azalması gibi maddi, arayüz temizliğinin etkinliğine inanmama gibi tutumsal ve inançsal faktörler ile medya aracılığıyla ve klinik ortamlarda yapılan sağlık eğitimi aktivitelerindeki azalmaya bağlı olduğu düşünülmektedir. Ağız sağlığının artırılmasında klinik ortamda yapılan eğitimlerin, Diş Hekimleri Odaları ve Sağlık Bakanlığı gibi resmi kurumlar tarafından yapılan toplumsal bazlı eğitimlerden daha az etkin olduğu ileri sürülmektedir (151).

### **Ağız Sağlığı Davranış ve Tutumlarının Gelişimi**

Bireylerin ağız sağlığı kariyeri, bireyin yaşamı boyunca sergilediği ağız sağlığı davranış ve tutumlarının gelişimi olarak veya ağız sağlığı algısının zaman ve yaşla değişimi olarak ifade edilmektedir. Bireyin ağız sağlığı kariyeri, birincil sosyalizasyonda, aile içinde başlamakta, birey model olarak anne ve babasını seçmekte, onların davranış ve tutumlarını taklit etmekte, vücut bakımı ve ağız sağlıklarının nasıl sağlanacağını ebeveynlerinden öğrenmektedir (3, 88, 129). İkincil sosyalizasyonda; var olan ağız sağlığı tutum ve davranışları, okul ortamında öğretmen ve arkadaşlar tarafından şekillendirilmektedir. Bu dönemde birey evdeki insanlardan daha az etkilenmektedir. Okulda verilen ağız sağlığı eğitimi ağız sağlığı tutum ve davranışlarının kazanılmasında ve değiştirilmesinde daha etkilidir. Üçüncül sosyalizasyonda psiko - sosyal faktörler ve sosyal normlar bireylerin ağız sağlığı davranış ve tutumları üzerinde bir baskı yaratarak etkili olmaktadır (58).

Yaşanan kültürel, politik ve sosyal değişimler; toplumun ağız sağlığı inanç, tutum ve davranışlarını etkilemektedir. Erişkinlerin ağız sağlığı tutumları dişlerin bakımı, genel ağız sağlığı tutumları ve diş hekimine yönelik tutumları olarak 3 noktada özetlenmektedir. Borutta ve ark. tarafından yapılan çalışma sonuçlarına göre; erişkinler genel sağlıklarını ağız sağlıklarına göre daha iyi düzeyde algılamaktadır. Yüksek eğitim düzeyindeki bireyler daha fazla diş fırçalamakta ve floridli ürün kullanmaktadır. Kadınlar erkeklerden daha fazla diş fırçalamaktadır, kişisel ağız bakımı açısından olumlu tutumu olanlar, floridli ürünleri daha fazla tercih etmekte ama diş hekimine daha az gitmektedir. Sağlıklı ağıza sahip bireyler ağız sağlıklarını, kötü sağlık düzeyine sahip olanlara göre daha iyi olarak değerlendirmektedir. Ağız sağlığı iyi olan bireyler, daha iyi eğitim ve mesleki statüye sahip olup erişkinlerin yarısından fazlası uygun ağız sağlığı davranışla-

rı ve diş hekiminden memnuniyet bildirmektedir. % 75'inden fazlası ağız sağlığından kaynaklanan ve sosyal yaşamlarını etkileyen olumsuzluklara maruz kalmadığını bildirmekte, ama ağız sağlıklarını genel sağlıklarından daha ktu olarak algılamaktadırlar (28, 29, 177).

### **Sağlık Davranışına Yönelik Psikolojik Yaklaşımlar**

Sağlık davranışları, sosyal psikolojideki psikolojik yükleme kuramları ve davranışçı yaklaşım çerçevesinde incelendiğinde olaylar arasındaki neden-sonuç ilişkisinin algılanmasına dayanan güçlü kontrol güdüsünün varlığına dikkat çekilmektedir. Bireyin kendisini ve çevresini kontrol edebileceği yönündeki kontrol algısı gündelik yaşamda ve gündelik yaşamın beklenmedik olaylarından biri olan hastalık durumlarında da etkin olmaktadır.

Heider'in Sağduyu Psikolojisi yaklaşımında, nesne algısı ve kişi algısı nedensellik çerçevesinde gerçekleşmektedir. İnsanlar, başka insanları kendileri gibi niyetleri, gereksinimleri, duyguları ve düşünceleri olan ve bunlar doğrultusunda eylemde bulunan varlıklar olarak algılamakta ve algıladıkları nesne ve kişileri yordama ve kontrol etme çabasına girmektedirler. Nedensellik konusunda bireyler çevresel nedenlere (sosyal normlar, yasalar, fiziksel, sosyal ve çevresel ortam vb.) ve kendilerine ait nedenlere (niyet, güdü, tutum, yetenek, çaba vb.) yükleme yapmaktadırlar. Çevresel ve bireysel nedenler muktendir olma ve çaba gösterme olarak özetlenen iki koşula gereksinmesi olan niyetli davranışları ortaya çıkarmaktadır. Nedensel yüklemenin içsel faktörlere yapılmasıyla bireylere davranış sorumluluğu yüklenmektedir. Birey sonucun gerçekleşmesine aktif katılımda bulunduğunda, sonuçlar hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunda, sonuçla ilgili olumlu niyet sergilediğinde ve eylemde kendi iradesi aktif bir rol oynadığında davranış sorumluluğu artmaktadır (83, 112,165).

Davranış ve niyet arasında bağ kurulmasında Jones ve Davis'in Uyuşan Vardamalar Kuramına göre, uyuşma önemli bir kavramdır. Kişi davranış nedeni konusunda birçok faktörün ekili olduğuna inanıyorsa, davranış ve niyet arasındaki uyuşma azalır ve niyetin yordanması azalır (84, 112).

Kelley'in Kp Kuramına göre; davranış zamanla kendisiyle birlikte değişim gösteren etkene veya davranış ortaya çıktığında var olan olası nedenler gözden geçirildikten sonra davranışa neden olma olasılığı en yüksek etmene yükleme yapmaktadır (84, 112).

Weiner ve ark.'larının başarı ve başarısızlık durumlarında yapılan yüklemeleri

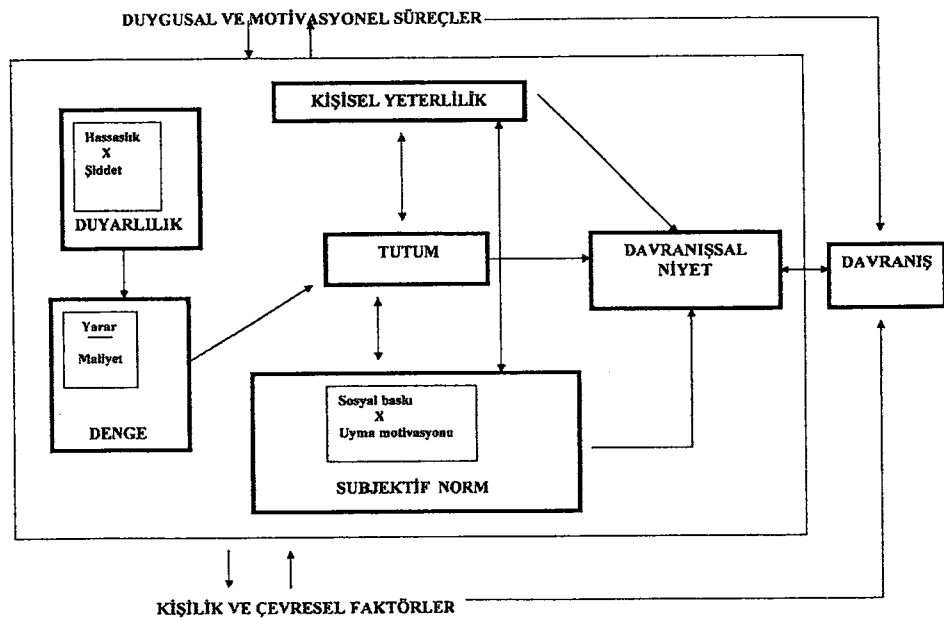
açıklamak için geliştirdikleri Weiner Modeli'nde kişi ilk aşamada; başarı veya başarısızlığın içsel veya dışsal kaynağı konusunda karar vermekte, ikinci aşamada ise nedenin stabilliğini değerlendirmektedir (84, 112).

Bem'in Benlik Algısı Kuramına göre; birey kendi tutum, duygu, güdü gibi içsel durumlarını kendisinin davranışları ve içinde bulunduğu ortamı dikkate alarak yorumlamaktadır (84,112).

Davranışçılık yaklaşımı ise uyaran-etki fonksiyonlarının bilinmesi halinde insanların davranışlarının kontrol edilebileceğine, istenilir davranışların bu şekilde elde edilebilir olduğuna dikkat çekmektedir (83).

### 2.1.2.3 DAVRANIŞI ETKİLEYEN PSİKOLOJİK VE SOSYOLOJİK ETKENLER

Bireysel farklılıkların ana kaynağı olan kişilik karakterleri, davranışların gelişimini ve benimsenmesini etkileyen ve kolaylaştıran faktörlerdir. Şekil 3'de görüldüğü gibi bilişsel, duygusal ve motivasyonel süreçte; davranışı neyin başlattığı, neyin kontrolü altında olduğu ve nasıl devam ettirildiği ve değiştirildiği durumsal ve genel faktörler aracılığıyla tesbit edilebilmektedir. Kişilik ve sağlık arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmalarda kullanılan 5 Faktör Modeli'nde (FFM); sağlıklı davranışların oluşmasında etkili olan rekabet, kişisel yeterlilik, iyimserlik, içsel kontrol odağı ve eylemle başa çıkma tarzı, enerji verici - motivasyonel özellikler olarak değerlendirilmektedir (22).



Şekil 3: Sağlık davranışı ve karar verme aşamasını kapsayan süreç ve faktörlerin ilişkisi (22).

Sosyal sınıf, yaş, cinsiyet ve eğitim gibi sosyo-ekonomik değişkenlerin sağlık davranışı üzerinde güçlü bir etkisi vardır. Sosyal ve ekonomik faktörler sağlıklı davranışların uygulanmasını sağlayan veya engelleyen ortamlara zemin hazırlayarak, bireysel sağlık inançları ise davranışın benimsenmesi aşamasında karar verme sürecini etkileyerek, demografik değişkenler ise sağlık davranışının tahmin edilmesinde, davranışsal niyetin saptanmasına yardımcı olarak etkin olmaktadır. Davranış kişilerarası, kişisel, kurumsal ve organizasyonel faktörlerden, ulusal ve toplumsal sağlık politikalarından da etkilenmektedir (12, 32, 72, 78, 106, 147). İnsan davranışlarını evrensel kültür, kültür, alt kültür, sosyal sınıf, referans gruplar ve aile de etkilemektedir ( 17, 76).

Sağlıklı yaşam biçimindeki sosyo-ekonomik farklılıklar sağlıkla ilgili tutumların farklılığıyla alakalı olup yaşam olanaklarındaki değişkenlik, maddi sıkıntı ve hastalığa maruz kalma gibi faktörlerin etkisiyle oluşmaktadır. Yüksek kadercilik, düşük kişisel kontrol, sosyo - ekonomik düzeyi düşük gruplarda daha fazladır. Düşük sosyo - ekonomik grupta sağlık bilinci, yaşam beklentisi ve gelecek hakkında düşünme daha az, sağlıkta şansa inanç daha fazladır. Yapılan çalışmalarda bu tutumsal faktörlerin, sağlıksız davranış alternatifleriyle ilişkili olduğu yaş, cinsiyet ve bireysel sağlık değerlendirmesinden bağımsız olduğu saptanmıştır (180).

Sağlık problemlerinin gelişiminde etkili olan psiko - sosyal faktörler, sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışların benimsenmesinde, uygulanmasında ve sağlık için riskli davranışların değiştirilmesi üzerinde etkilidir. İnsanların yaşam kalitelerini ve iyilik halini arttıracak davranışlar yerine sağlığı için risk taşıyan davranışları devam ettirmelerinde etkin olan mekanizmalar; davranış gelişiminde etkili olan kişilik karakterleri ile davranışın başlaması, benimsenmesi ve devam ettirilmesinde etkili olan durumsal faktörlerle birlikte psikolojik süreç olarak sınıflanmaktadır. Yapılan çalışmalarda düşmanlık, anksiyete, düşüncesizlik, nevroitiklik gibi kişilik karakterlerinin sağlık riski taşıyan davranışlarla pozitif yönde ilişki gösterdiği; iyimserlik, sağlık kontrol odağı, kişisel yeterlilik inancı, iyimserlik ve bilinçliliğin ise sağlıklı davranışlar ile pozitif yönde ilişki gösterdiği ileri sürülmektedir (22).

**Bireysel gereksinim, güdü ve içgüdü:** Bireysel gereksinimler ve güdüler, öğrenme süreci, kişilik, algılama, tutum ve inançlar davranışları biçimlendiren unsurlardır (163). Doğal yaşam çabalarının temelini oluşturan ve nörofizyolojik temellere dayanan gereksinme, içgüdü, güdü gibi kavramların davranış bağlamında anlaşılması gerekmektedir. Gereksinme iç kaynaklı bir istemde bulunma eylemi veya bir nesneye ulaşma isteği olarak tanımlanmaktadır. Maslow'a göre insanların gereksinimleri fizyolojik ihtiyaçların karşılanması, güvenlik, ait olma ve sevgi, saygı ile başarı olarak sınıflandırılmaktadır (74, 83). İçgüdü bilgi, eğitim ve düşünmeye dayanmayan kendiliğinden ortaya



çıkan amaca odaklanan davranış etkinliği olarak tanımlanmaktadır. Güdü, bireyi organizmanın gereksinimi olan bir Şey yapmak için iten varsayımsal bir g olarak ifade edilmektedir. Güdüler insanı harekete geçiren gler olup biyolojik, psikolojik ve sosyolojik faktörler tarafından etkilenmektedir (76). Güdüler, içgüdü kaynaklarından aldıkları gle gereksinimi duyulan amaca ulaşma yönünde davranışı harekete geçirmektedirler (86).

**Algı:** Algı duyu organları vasıtasıyla edinilen, nesnelere ve olaylara ait izlenimlerdir. Zihinde oluşan algılama sürecinin gerçekleşmesi için duyu organlarından gelen etkilerin beyne ulaşması gerekmektedir. Algı süreci; alıcı süreç, simgesel süreç ve duyuusal süreç olmak üzere 3 bölümden oluşmaktadır. Algı süreçlerinden bazıları kişide doŐuŐtan ve yapısal olarak vardır. İlk yaşlardan itibaren kişilerin yaŐamları ve karşılaştıkları olaylar algı sisteminin ve türünün biçimlenmesinde etkili olmaktadır. Algıda hem yapısal hem de kazanılmış faktörler rol oynamaktadır. Algıyı etkileyen faktörler kişilik ve sosyal etkenler olarak sınıflanmaktadır. İnsanların kişilik yapısı, beklentileri ve motivasyon (güdüleme) algı niteliğini etkilemektedir. Bireyin kişilik yapısına göre algı tipi bireysel bir özelliği sergilemektedir (86). Algılama sürecinde beyne gelen uyarımlar gruplar halinde örgütlenmekte ve aynı anda anlam kazanmaktadır. Kişilerin kendilerine özgü algı tipi vardır. Bireyler karşılaştıkları Őeyleri bütünüyle algılıyorlarsa tmcel tip, ayrıntılarına girerek çözümleyerek algılıyorlarsa analizci tip olarak sınıflandırılmaktadır. İnsanın yaşamını sürdürdüğü sosyal evre ve grupların normları da onun algı sistemi ve tipi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Gestalt teorisine göre; uyarıcıların düzeni (benzerlik, yakınlık, süreklilik, bütünleme kanunu) ve geçmiş yaŐantılar – ilgiler algılamayı etkileyen iki temel faktördür. Algılamada tasarım aşamasında nesnelere ve geçmiş yaŐantıların zihinde kalan izleri yeni algılamaları etkilemektedir. Bireyin geçmiş yaŐantılarından kaynaklanan ilgileri de bireysel algılamayı etkilemektedir (83). Bireyin eyleme geçebilmesi için bir alternatifin varlığını bilmesi ve onu algılaması gerekmektedir. Kültürel simgelerin de önemli olduğu algılama sürecinde; her kültürün kendine ait bir değer sisteminin olduğu ve bireyin nalgılamalarının da bu sistemin bir ürünü olduğu dikkate alınmalıdır (76).

Sağlık alanında yapılan araştırmalarda, bireylerin sağlıklı olmayı sağlayacak davranışları ve uygulamaları benimsemesinde, sağlığına verdiği değer ile sağlık algılarının önemine dikkat çekilmekte, bu unsurların davranışın tahmin edilmesinde ve uygulamalara riayet etmede önemli bir faktör olduğu vurgulanmaktadır. Sağlık algısının kontrol bileŐeni olan sağlık kontrol algısı bireylerin sağlıklarını kontrol eden gleri ve bu glere olan inançlarının derecelerini tanımlayan kavramdır. Sağlık kontrol algısını ölçmeye yönelik ölçeklerin kullanıldığı çalışmalarda bireysel sağlık algısı ve sağlık değeri ölçütlerinin de beraber kullanılması önerilmektedir. Yapılan alıŐmalar sağlık kontrol algısını ölçen ölçütlerin ancak bireyler sağlıklarına değer verdiği takdirde sağlık davranış-

şının göstergesi olarak değerlendirilebileceğini ileri sürmektedir (12, 13).

Bireyin o anki sağlık durumunu değerlendirmesi olarak ifade edilen sağlık algısı da bireysel faktörlerden, beklentilerden, değerlerden, kültürel - sosyal faktörlerden ve geçmiş deneyimlerden etkilenmektedir. Sağlık algısının değerlendirildiği çalışmalarda bireyin sağlık değerinin de saptanması gerekmektedir. Çalışmaların bazılarında algılanan sağlık, bireyin o anki sağlık durumunu değerlendirmeye yönelik 3 maddelik iyi, orta veya kötü olarak 3'lü skorla değerlendirilen Algılanan Sağlık Skalası ( Perceived Health Scale, PHS) ile ölçülmüştür. Skaladan yüksek puan alanların sağlık algısının daha iyi olduğu kabul edilmektedir (180). Bazı çalışmalarda, bireysel sağlık değerlendirmesi (Self -Rated Health, SRH), bireylere genelde sağlığını nasıl değerlendirirsiniz? sorusu ile 5 yanıt seçeneği ( çok iyi, iyi, orta, kötü, çok kötü ) ile değerlendirilmektedir . Sağlığın değeri, ilk önce Rokeach tarafından 18 maddelik bireyin değer haritası ölçeği ile belirlenmiştir. Wallston, Maides & Wallston, Rokeach'ın ölçeğinin 9 maddesini alarak ve sağlık maddesini ekleyerek 10 maddelik bir değer listesi geliştirmişlerdir. Bireyler bu maddelerden en önemli olana 1, en az önemli olana 10 numara verecek şekilde değerleri kendileri için önem sırasına göre değerlendirmektedirler (46, 50). Sağlık değerinin saptanması için diğer bir ölçüt ise Lau ve arkadaşları tarafından geliştirilen 4 maddelik ve 5'li likert yanıt skalalı Sağlık Değeri Skalası ( Health Values Scale, HV )'dır (14, 27). Bireysel ağız sağlığı algısı bazı çalışmalarda, bireylerin o anki ağız sağlığı durumlarını nasıl değerlendikleri (mükemmel, çok iyi, iyi, vasat veya kötü) ile ilgili tek bir soru ile ölçülmüştür (63). Vered ve Cohen yaptıkları çalışmada, ağız sağlığı algısını, dişlerinizin durumuyla ilgili görüşünüz nedir? ve dişetlerinizin durumuyla ilgili görüşünüz nedir? sorularını kullanarak 4 yanıt seçeneği (çok iyi, iyi, iyi değil ve kötü) ile değerlendirmişlerdir (176). Cruz ve ark. tarafından algılanan ağız sağlığı, dişlerinizin ve ağızınızın ne kadar sağlıklı olduğunu söyleyebilirsiniz? sorusu ile hiçbir şikayetim yok, çok sağlıklı, iyi ama bazı problemlerim var, ağrım ve rahatsızlığım var, tedaviye ihtiyacım olduğunu hissediyorum, yanıt seçenekleri ile ölçülmüştür (37).

**Tutum, İnanç, Niyet Öğeleri ve Davranış İlişkisi:** Tutum, bireyin kendisine ya da çevresindeki herhangi bir toplumsal konu, obje ya da olaya karşı deneyim, motivasyon ve bilgilerine dayanarak örgütlediği bilişsel, duygusal ve davranışsal bir tepki eğilimidir. Tutum bireyin çevresine uyum sağlaması ve davranışlarını yönlendirmesi açısından bir güce sahiptir (17,128). Araştırmalar bireysel tutum ve davranış arasındaki ilişkinin yönü (Festinger'in Bilişsel Çelişki Kuramı) ve bireysel tutumların değiştirilmesinde ikna edici etkileşim yöntemleri üzerine odaklanmaktadır. Tutumların, yönetim (kontrol), güç, izolasyon, kavrama (idrak), ayırt etme ve ekstremlik olmak üzere 6 boyutu vardır. Ajzen ve Fishbein ise davranış ve tutumların boyutlarını eylem, hedef, durum ve zaman olmak üzere özetlemiştir. Tutumlar bu boyutları haricinde duygusal, bilişsel ve davranışsal öğeleri içermektedir.

Bireyin değerler sistemi ile etkileşimde olan duygusal öge; çevreyle ilgili verilerin sınıflandırılması ve olumlu veya olumsuz amaçlarla ilişkilendirilmesi sürecidir. Tutumun bir ifadesi olan değerler, ahlaki değerler, zaaf değerleri, sosyal değerler ve bireysel değerler olarak sınıflanmaktadır. Bireysel değerler ise kişisel karar verme yeteneği, kişisel yönetim, sorumluluk duygusu, kişisel gelişim başlıkları altında değerlendirilmektedir. Bireysel bilgilerin gruplandırıldığı bilişsel öge; varlığı bilinmeyen bir konuyla ilgili tutumun oluşmayacağını ve tutum konusuyla bilgilerin gerçeklerle ilgi derecesi oranında kalıcı veya geçici olabileceğini açıklamaktadır. Tutum konusuna karşı davranış eğilimini yansıtan davranışsal öge; tutum konusunun hoşça giden veya gitmeyen bir durumla ilişkilendirilmesi sonucu ortaya çıkan duygusal davranış ile doğru davranışın ne olduğu konusundaki inançlara dayanan kuralsal (normative) davranış ayırımına dikkat çekmektedir. Davranışın temelinde negatif veya pozitif ile ilişki kurma veya kurmama olarak iki boyut söz konusudur. Tutumların kaynakları, ilişkilendirme, tutum konusu ile doğrudan deneyim ve başkalarından öğrenme olarak özetlenmektedir. Tutumlar bilişsel, araçsal, değer ifade edici ve ego koruyucu olarak işlev görmektedirler. Tutumun boyutlarını tutumun konusu, yönü, değişim aralığı, yoğunluğu, iki yönlü çekimi, belirginliği, merkeziliği, bilişsel karmaşıklığı, bilinçliliği, esnekliği oluşturmaktadır. Bireysel grup bağları tutumların oluşmasında önemli bir etkidir. Bireysel tutumların bazılarının kaynağı üyesi olduğu gruptur. Tutumun bilişsel, duygusal ve davranışsal öğelerinin hangi koşullar altında değiştiğini ve birbirlerini nasıl etkilediğini açıklamaya yönelik çalışmalar öğrenme kuramları, işlevsel kuramlar, bilişsel tutarsızlık kuramları ve algısal yaklaşımlar başlıkları altında özetlenmektedir. Öğrenme kuramları tutumun araçsal, ego savunucu, değer ifade edici, bilgi işlevini göz önüne alarak tutum değişiminde klasik koşullandırma ve motivasyonel koşullandırma ilkelerine odaklanmaktadır. Toplumsal etkiler nedeniyle tutum değişikliğinde kabullenme, özdeşleşme ve benimsemeden oluşan 3 süreç söz konusudur. Bilişsel tutarlılık kuramları, insanların tutum ve inançları arasında tutarlılık olmasını isteyecekleri ve tutarsızlıklardan kaçınacakları varsayımına dayanmaktadır. Zorunlu tutum değişikliğinin sağlanmasında yasa veya koşulların değiştirilmesi ile bireyin kendisiyle zıt tutumlara sahip insan rolünü canlandırmaları olmak üzere iki yöntem söz konusudur. Bilişsel çelişki kuramına göre; bireyler kendi iç dünyalarındaki tutarsızlıklardan arınmak için bilişsellikleri, duyguları ve davranışları arasında tutarlılık sağlamaya çalışmakta tutumun duygusal ve bilişsel ögesinin davranışsal ögesinden etkilendiğini ve birey değişik bir davranış sergilediğinde tutumun da değiştiği varsayımını ileri sürmektedir. Tutum değişimi sürecini tutum konusunun algılanmasındaki değişim olarak değerlendiren algılama yaklaşımında kabul ve red alanı ile tarafsızlık alanından oluşan toplumsal yargı ve içsel ve dışsal atıf unsurlarından oluşan atıf kuramları ön plana çıkmaktadır. Tutum değişiminde bireysel düzeyde bireyin yeteneği, niyeti ve gösterdiği çaba önemlidir. İnanç, bireyin kendi dünyasındaki algı ve bilişleri tek boyuta indirgeyerek olayların bütününe irdelemeksizin olduğu gibi kabul etmesidir. Tutumun bilişsel ögesi olarak kabul edilen inançlar her tutumda var olmasına rağmen her tutum bir inanç oluşturmamaktadır (76, 83, 86,128).

Davranışa karar vermede birbirini takip eden 3 süreç vardır. Bunlar bilişsel süreç ( beklentiler ve durumun algılanması ), sosyal süreç ( sosyal baskı faktörleri, sosyal destek ağı ), motivasyon ( güdüler ve sonuç değeri ) ve etkilenme süreci ( daha önceki süreçlerin duygusal sonuçları ) olarak sınıflanmaktadır (22, 72).

Sağlık davranışı modellerinin ana varsayımı, sağlık açısından riskli davranışların önlenmesi ve değiştirilmesini sağlayacak olan bireysel risk algısıdır. Bu modellerde davranışın oluşturacağı sağlık riski duyarlılığını ve şiddetini daha fazla algılayan bireylerin davranışlarını değiştirmek için daha fazla istekli ve niyetli olduğu ileri sürülmektedir. Bazı bireyler olumsuz sağlık sonuçlarına maruz kalsalar bile davranışların neden olduğu sağlık risklerini daha az tahmin etmektedirler, bundan dolayı duyarlılıkla ilgili faktörlerin davranışsal niyet ve davranışın düşük düzeyde tahmin edicisi olduğu kabul edilmektedir. Davranış ve niyet arasındaki fark; niyetin gerçeği yansıtmamasından, davranışla ilgili beklentiler ve bilgilenmenin neden olduğu engelleyici faktörlerden, karar verme aşamasındaki psikolojik süreçten kaynaklanmaktadır (22,57).

Sağlığı koruyucu davranışı uygulamaya karar verme, hayata geçirme ve sürdürme bireysel düzenleyici stratejilere (yetenek, kişisel güven, sağlık kontrol algısı, kişisel yeterlilik, davranışsal niyet vb.) bağlıdır. Davranışsal niyet Gollwitzer ve Brandstatter tarafından niyetle tutarlı davranışın başlamasını kolaylaştırıcı ve gerçekleştirici kişisel düzenleyici mekanizma olarak tanımlanmaktadır. Davranışsal niyet, bireyler spesifik davranış ve durumsal bağlam arasındaki olasılığı değerlendirdikten sonra ikisi arasında güçlü bir ilişkinin varlığına inanırlarsa gerçekleşmektedir. Davranışın devam ettirilmesinde destekleyici stratejilere ihtiyaç vardır. Bu stratejiler, davranışsal niyetin motivasyonel sürecinin korunması, davranış amacı dışındaki olası etkilenmelerden korunma, davranış ve niyet ile hedeflenen ve gerçek davranış arasında tutarlılığı elde edebilmek için gerekli olan uyumu ortaya çıkarma olarak sınıflanmaktadır (22, 158).

Sheeran ve Orbell'e göre, davranışsal niyet özel bir durumda davranışta bulunmak için var olan bireysel motivasyonu, bunu gerçekleştirmedeki isteğin derecesini ve bunun için sarfetmeye hazır olduğu zaman ve çabanın miktarını belirlemektedir. Tutumlar, bireylerin kendi davranış performansları hakkındaki genel değerlendirmeleridir. Algılanan davranışsal kontrol, davranış performansı için kişilerin kendi yeteneklerine değer biçmesidir. Algılanan davranışsal kontrol direkt davranışı etkilemektedir. Kontrol algısı ise davranış performansı üzerindeki bireysel kontrolün göstergesidir. Yapılan prospektif çalışmalarda niyet ve algılanan davranışsal kontrolün davranış varyansının % 40'ını açıkladığı kanıtlanmıştır. Kontrol algısı ve algılanan davranışsal kontrol, davranışın tahmin edilmesinde yeterli bir ölçüt olarak kabul edilmemektedir (145). Ouellette ve Wood'a göre geçmiş davranışlar, tutum ve subjektif normlarla birlikte davranışsal niyetin

oluşmasına, niyet ise davranışın gerçekleşmesine katkıda bulunmaktadır. Geçmiş davranışın sıklığı alışkanlığın gücünü yansıtmakta ve gelecek davranışın performansını direkt etkilemektedir. Günlük yaşamdaki davranışlar hem iradesel hem de otomatikleşmiş davranışlardır. Alışkanlık haline gelen davranışlar çevresel uyaranlara bir yanıt olarak ortaya çıkmaktadır. Niyetler subjektif normları, algılanan davranışsal kontrolü ve davranışla ilgili tutumları yansıtmaktadır. Tutumlar ise davranışla alakalı olup, davranışsal niyeti etkilemektedir (114).

Davranış değişimi için verilen bilgilerin anlaşılması, davranışın arzu edilir sonuçlarının olması, arkadaş ve aile desteğinin olması, bireyin değişimin olabileceğine ve engellerin aşılabileceğine inanması, uygulanabilir ve yerinde değişim stratejilerinin kullanılması gerekmektedir. Tutum dinamiğinin incelenmesiyle davranışlarda yönlendirici güç olan tutumun, işleyiş biçimi ve davranışların ön kestirimleri tespit edilerek davranışların ve tutumların denetim altına alınması kolaylaşacaktır (72).

Tutum ve davranış arasında koşullu bir ilişkinin olması ölçülmesi zor bazı davranışların ölçülmesine ve değerlendirilmesine yardımcı olmaktadır. Tutumların anlaşılması, ona bağlı davranışların anlaşılmasını da sağlamaktadır. Tutum ve davranış ilişkisinin değerlendirilmesini; çevresel etkenler, tutum dışı etkenler ve ölçüm hataları sınırlamaktadır. Davranışta kişisel, çevresel etkenlerin karşılıklı ve karmaşık ilişkisi söz konusu olduğundan zıt tutumlara sahip insanlar aynı yönde eylem gösterebilmektedir. Bundan dolayı tutum, davranışın tahmin edilmesini sağlayabilir ama davranış için mutlak bir gösterge değildir. Tutumlar davranış açısından aracı unsurlardır. Davranış; alışkanlık, norm, tutum ve bunların pekiştirme etkenlerinin fonksiyonudur (76, 83, 86). Tutumlar bireysel-durumsal faktörlerden etkilendiği ve farklı boyut ve süreçlerde şekillendiği için tutumun direkt ölçülmesi mümkün değildir. Henerson, Morris ve Fitz-Gibbon tutumlar hakkında bilgi toplayabilmek için dört yaklaşım önermişlerdir.

- **Kişisel bildirim:** Grup üyelerinin direkt kendi tutumları hakkındaki ifadelerini içermektedir.

- **Diğer kişilerin bildirimleri:** Diğer kişilerin grubun üyelerinin tutumları hakkındaki bildirimlerini ifade etmektedir.

- **Sosyometrik yordam:** Grup üyelerinin bir başkasına göre kendi tutumları hakkındaki bildirimlerini ifade etmektedir.

- **Derecelendirme:** Var olan tutuma yönelik bilgi sağlamayı ifade etmektedir.

Araştırmacılar, insanların ifade ettikleri ve yaptıkları arasında gözlenen farklılıklar nedeniyle kişisel bildirim yönteminin geçerliğini arttırmak için diğer yöntemlerle beraber kullanılmasını önermektedir. Diğer kişilerin gözlemleri kişisel bildirimle göre daha güvenilir bulunmaktadır. Bu iki yöntemin dışında en sık kullanılan yöntem dereceli tutum ölçekleridir. Bir kişinin tutumunun yoğunluğu ve yönü ölçekten alınan dereceler ile ifade edilir. 1932 yılında Likert tarafından geliştirilen Likert ölçekleme modeli, tutum ifadelerini ( olumsuz – olumlu) iki ekstrem uçta sonlanan bir seri dahilinde değerlendirir. Genelde, kesinlikle katılmıyorum ile kesinlikle katılıyorum arasında 5 yanıt

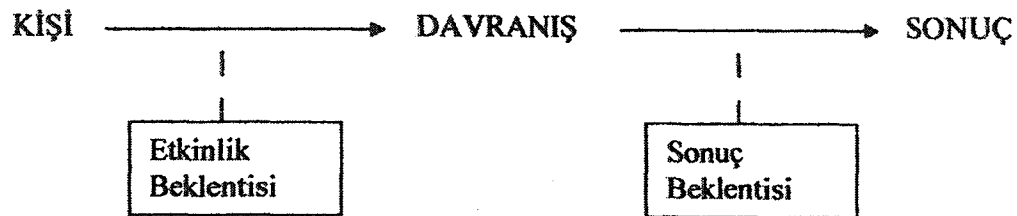
skalası içermektedir. Tutumun ölçülmesinde Likert'in 'dereceleme toplamlarıyla ölçekleme tekniği'nin dışında, Thurstone'un 'eşit görünümlü aralıklar' tekniği, Gutmann'ın 'yığışımli ölçekleme' tekniği ve Osgood ve ark. tarafından geliştirilen tek kutuplu ölçüm yapan 'anlamsal farklılık' tekniği de kullanılmaktadır (120,165,166).

#### 2.1.2.4. SAĞLIK DAVRANIŞI MODEL VE TEORİLERİ

Sağlık davranışı ve sağlığı geliştirme konulu literatürlerde genelde model, teori ve paradigma kavramları birbiri yerine kullanılmaktadır. Bandura'ya göre teoriler ilgi fenomenini yürüten mekanizmayı ve belirleyenleri ifade etmektedir. Teoriler spesifik bir davranışı kavramsal olarak değerlendikleri için modellere göre daha kapsamlı davranışları içermektedirler ve disiplinler bakış açısına sahiptirler. Earp ve Ennett'e göre kavramsal modeller birden fazla teori tarafından şekillenmekte ve mikro düzey ile makro düzey arasında kavramsallaşmaktadır (25, 152).

#### Sosyal Öğrenme Teorisi (Social Learning Theory-SLT)

Rotter'in SLT'ne göre, spesifik bir davranış olasılığı kişinin beklentileriyle ilgili sonuçların anlaşılması ve yorumlanması tarafından belirlenmektedir. Kişisel kimlik, destek (güçlendirme), geri bildirim ve mükafat (karşılık) bu teorinin ana elementleridir. SLT, Bandura tarafından Sosyal Bilişsel Teori olarak ele alınmış ve davranışın bir kişiyi model alma, canlandırma, izleme ve beceri eğitimi vasıtasıyla ve gözlemle öğrenildiği ileri sürülmüştür. Bandura'ya göre davranış beklentiler (çevresel faktörler hakkındaki beklentiler, sonuç beklentileri, yeterlilik beklentileri) ve güdüler (özel bir nesne ve konu hakkındaki bireysel değer) tarafından belirlenmektedir. Değişen yaşam biçiminin etkilerini algılayan bireyler, şimdiki yaşam biçiminin tehlikeli olduklarına inanırlarsa yaşam biçimini değiştirmek için eyleme yönelirler. Özel bir davranışın tehlikeyi azaltacağına ve bu yeni davranışın benimsenmesi için kişisel yeteneklerinin olduğunu algılayan bireyler eyleme daha duyarlı olurlar. Sonuç beklentileri ve yeterlilik beklentileri arasındaki fark davranış değişimi açısından önemli bir unsurdur (18, 25, 27, 45, 81, 91, 152, 157).



Şekil 4. Bandura'nın SLT'den uyarladığı beklentiyle sonuç arasındaki fark (18)

Kişisel yeterlilik (Self Efficacy) beklentisi 4 ana bilgi kaynağından (beceri performansı, diğer insanların deneyimleri, sözsöz ikna ve psikolojik durum) kaynaklanmaktadır. Kişisel yeterlilik, sağlığı geliştirme programlarında ve araştırmalarında yaygın olarak kullanılmaktadır (19, 27, 54, 133, 143). SLT Norveç'te sigarayı bırakma ve okul ağız sağlığı eğitim programları gibi birçok çalışmada kullanılmıştır. Søgaard ve Holst ağız sağlığı bilgisi, tutumu, davranışı ve dişeti sağlığı üzerinde SLT'yi kullanarak yaptıkları çalışmalarda kısa süreli pozitif etkiler saptamışlardır (152).

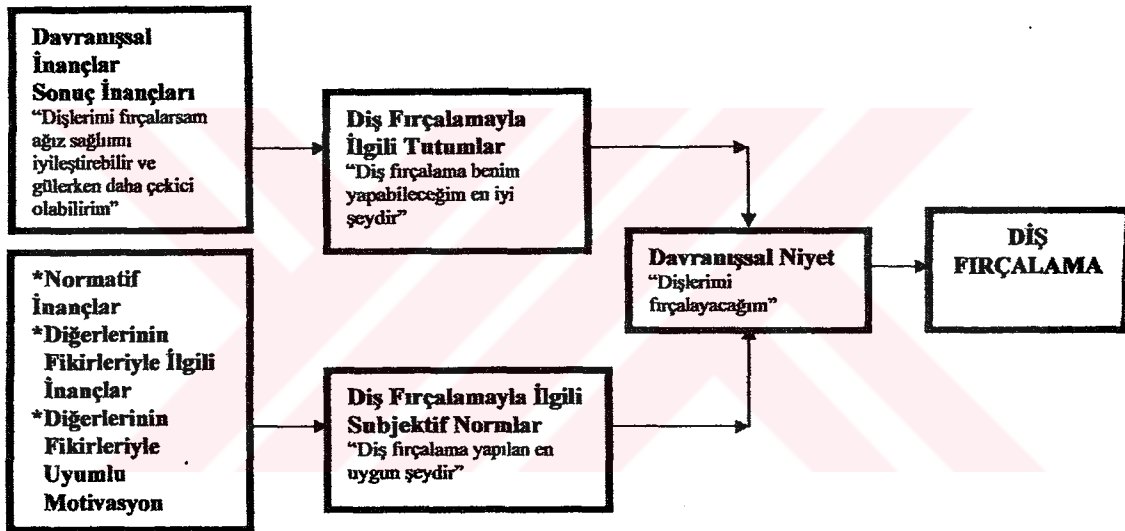
Sağlık Kontrol Odağı (Health Locus of Control, HLOC) Rotter'in Sosyal Öğrenme Teorisinden kaynaklanan bireyin sağlığının kendi davranışları ve dışsal faktörler tarafından etkilendiği yönündeki inançlarının boyutunu ölçmeyi amaçlayan bir kavramdır. Wallston ve ark. tarafından sağlık kontrol odağı inancı 'içsel kontrol', 'önemli diğer kişilere bağlı dışsal kontrol' ve 'şans' alt ölçeklerinden oluşan çokboyutlu bir skala ile ölçülmüştür. Sağlık kontrol odağı ile ona benzer bir kavram olan kişisel yeterlilik kavramı arasında farklılıklar söz konusudur. Kişisel yeterlilik, özel bir durumda bireylerin kişisel yetenekleriyle ilgili inançları üzerine odaklanmaktadır. HLOC ise bir kişinin sağlığını kimin veya neyin kontrol ettiği inancı üzerine odaklanmaktadır. Kontrol odağı kişisel etkinlik kavramına göre daha fazla sonuç beklentisi ile alakalıdır (71, 85, 129, 133, 157). Hølund iki kavramın etkinliğini araştırdığı çalışmasında, kişisel etkinliğin sağlık davranışıyla kontrol odağına göre daha fazla ilgili olduğu ileri sürmektedir (152).

### **Nedenli Eylem Teorisi (The Theory of Reasoned Action-TRA)**

Ajzen ve Fishbein tarafından geliştirilen ve tutum - davranış ilişkisini açıklamaya odaklanan bir model olup davranışsal niyetin göstergesi olarak iradeli davranışları hedef almaktadır. Bir kişinin bir konuyla ilgili tutumlarının onun bu konuya vereceği tepkileri etkileyebileceği varsayımını kanıtlamaya çalışmaktadır. Davranışsal niyetler davranışın gerçekleştirilmesiyle ilgili tutumların ve subjektif normların bir fonksiyonudur (25, 45, 46, 68, 91, 114, 128, 145, 152, 157, 167, 168). Tutumlar ise davranışın sonuçları hakkındaki inançların bir fonksiyonudur. Subjektif normlar bireyler için önemli olan diğer kişilerin önerilen davranış için ne yapması gerektiği konusundaki algıladıkları düşüncelerinin ve beklentilerinin bir fonksiyonudur.

Bu teori, diş hekimliğinde Bateman tarafından diş fırçalama davranışı, Hoogstraaten tarafından ağız bakımı hizmet talebi konularında incelenmiştir. Orijinal model davranışsal niyete odaklanan basit nedensel yapısından ötürü eleştirilmekte daha kompleks bir modele ihtiyaç olduğuna dikkat çekilmektedir. Liska tarafından orijinal modele, değişkenler arasında nedensel bağlantı öğeleri eklenmiştir. Ajzen orijinal modele Bandura'nın kişisel yeterlilik kavramına benzer bir kavram olan algılanan davranışsal kontrol kavramını eklemiştir. Tutum - davranış ilişkisini açıklamaya odaklanan modele göre;

sağlıklı olmayı sağlayacak alternatiflerin benimsenmesinde; bireysel niyet ve sağlıklı davranışların uygulanmasındaki bağlılık önemli değişkenler olarak kabul edilmekte ve tutumlar inançlardan daha ön planda tutulmaktadır. İsteyerek yapılan iradeli davranışların bir kişinin davranışı gerçekleştirme niyeti vasıtasıyla tahmin edilebileceği varsayılmaktadır. DiMatteo'ya göre olumlu veya olumsuz inançlardan kaynaklanan tutumlar bireysel duygular ve görüşler arasındaki tutarlılığı açıklamaktadır. Davranışsal niyetin oluşmasında eyleme yönelik bireysel tutumlar ve subjektif normlar önem taşımaktadır. Tutumlar davranış sonuçlarıyla ilgili inançların, subjektif normlar ise bireyin çevresindeki önemli bireylerin beklentilerinin bir fonksiyonu olarak ortaya çıkmaktadır. Teori diş hekimliği alanında şeker tüketimi, diş fırçalama davranışı, diş hekimliği hizmet talebinin değerlendirildiği çalışmalarda kullanılmıştır (147,152). Tedesco ve ark., kişisel yeterlilikle modelin kombine kullanımının ağız sağlığı davranışının tahmin edilmesinde daha faydalı olacağını ileri sürmektedirler.



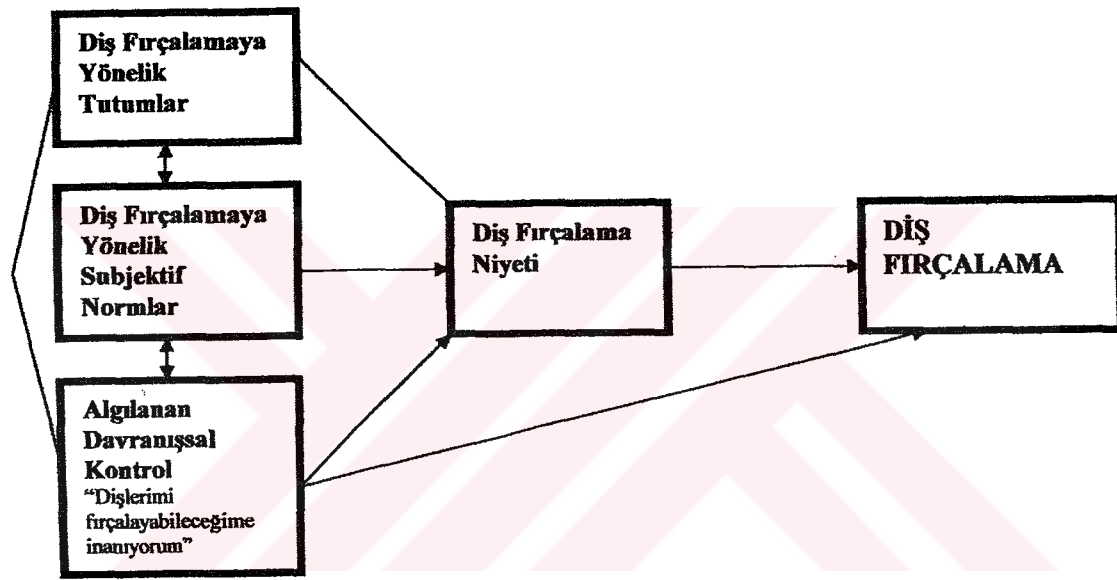
Şekil 5. Ajzen ve Fishbein'in TRA'sının ağız diş sağlığına uyarlanmış şekli (100).

### Planlı Davranış Teorisi (The Theory of Planned Behaviour-TPB)

TPB, davranışın gerçekleşmesinde niyeti davranışın tahmin edilmesinde ana unsur olarak kabul eden, algılanan davranışsal kontrol kavramını içeren ve davranışsal niyetin birçok inancın etkileşiminin sonucu olarak ortaya çıktığını vurgulayan bir teoridir (13, 17, 25, 45, 51, 71, 91, 100, 128, 129, 145, 146, 152, 163). Davranışın tahmin edilmesinde iki farklı kontrol algısı kavramını içeren TPB ve Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı'nın (Multidimensional Health Locus of Control, MHLC) mukayese edildiği bir çalışmada, davranışın tahmin edilmesinde TPB'nin özel durumların, MHLC'nin ise yapısal özelliklerin etkisini değerlendirdiği saptanmıştır (13). Ajzen, davranışsal niyetin, tutum, subjektif norm ve algılanan davranışsal kontrol olmak üzere 3 bağımsız belirleyeni olduğunu bildirmektedir. Tutumlar davranışın olumlu veya olumsuz olarak genel



değerlendirilmesidir. Subjektif normlar özel bir davranışın gerçekleşmesinde diğer önemli kişiler tarafından yapılan algılanan sosyal baskıyı ifade etmektedir. Birçok meta analiz çalışmasında TPB'nin sağlık davranışının önemli bir göstergesi olduğu kanıtlanmıştır. Godin ve Kok, TPB'nin sağlıkla ilgili davranışsal niyet varyansının % 41 'ini, sağlık davranışı varyansının ise % 34'ünü açıkladığını bildirmektedirler (13). Davranışın değişiminde ve modifiye edilmesinde bireysel motivasyon önemli bir belirleyendir. Ajzen ve Madden'e göre bu teorinin içerdiği önemli değişkenler davranışla ilgili olumlu veya olumsuz tutumlar, subjektif normlar (sosyal baskı, motivasyon vb.) ve algılanan davranışsal kontrol (kişisel etkinlik, olası engeller vb.) olarak sınıflanmaktadır (71). Algılanan davranışsal kontrol, Bandura'nın kişisel yeterlilik kavramına uyum gösteren bir değişkendir.



Şekil 6. Ajzen'in TPB'sinin ağız diş sağlığına uyarlanmış şekli (100).

Beale ve Manstead, İngiltere'de 5 - 7 aylık bebekleri olan annelerin çocuklarının şeker tüketimi sıklığını kısıtlama yetenekleri konusunda TPB 'nin etkinliğini araştırmışlar ve TPB'yi Nedenli Eylem Teorisinden daha etkin bulmuşlardır. Astrøm ve Rise tarafından Norveç'te yapılan TPB ve Nedenli Eylem Teorisi'nin kullanıldığı çalışmada, ağız sağlığı eğitiminde kullanılan ikna edici mesajların oluşturulmasında bu modellerden yararlanılmıştır. Bu çalışmaların sonucunda, sağlık eğitimi öncesinde hedef kitlenin inanç sisteminin anlaşılmasının eğitimin verimliliğini ve kalitesini arttıracığı kanıtlanmıştır (147). Povey ve ark., sağlıklı bireylerin düşük yağ içeren ve günlük sebze ve meyve tüketimi konusundaki niyetlerini araştırdıkları çalışmada TPB'nin niyetin, kişisel etkinliğin ise davranışın göstergesi olduğunu ortaya koymuşlardır. Schifter ve Ajzen, kilo kaybının algılanan davranışsal kontrolle alakalı olduğunu; Rutter, kadınların göğüs kanseri taramalarına katılıp katılmamalarında TPB'nin iyi bir gösterge olduğunu; Brubaker ve Wickersham ise kişisel genital sistem muayenesinde davranışla ilgili tutumların, subjektif normların ve davranışsal kontrolün davranışın gerçekleştirilme niyetiyle alakalı oldu-

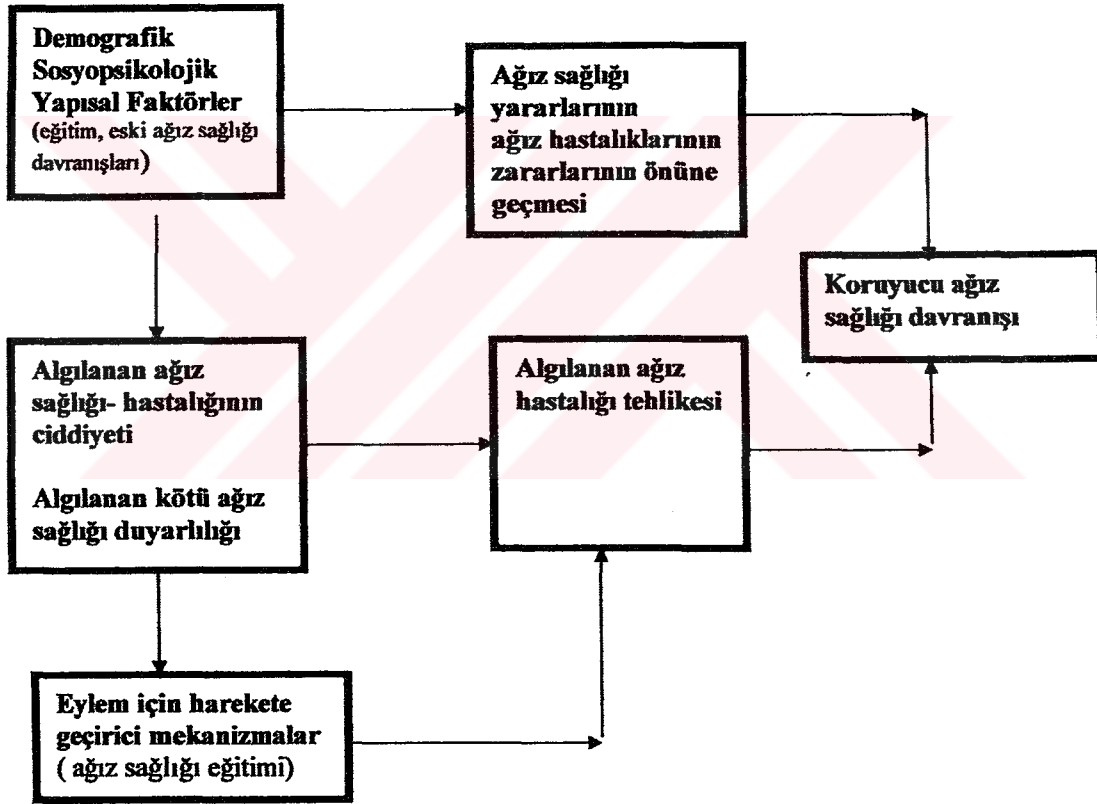
ğunu ortaya koymuşlardır (71).

### **Sağlık İnanç Modeli (Health Belief Model-HBM)**

Rosenstock tarafından geliştirilen HBM, insan davranışının anlaşılmasında kullanılan karar verici teorilerden biridir. 1988 yılında Rosenstock tarafından kişisel yeterlilik kavramının da eklendiği model, sağlık davranışıyla ilgili kişisel inançların organizasyonunu ve insan davranışının temelini teşkil eden nedensel süreçlerin anlaşılmasını sağlamaktadır. DiMatteo'ya göre inançlar, kişisel deneyimler ve başkalarından öğrenme yoluyla kazanılmakta ve bireylerin duygu ve eylemlerini etkilemektedir. Modele göre, bir kişinin bir davranışı göstermesi birçok faktörün etkisi altındadır. Sağlık davranışının benimsenmesinde bireysel algılamayı ve indirekt olarak sağlık davranışını etkileyen demografik, sosyo - psikolojik ve yapısal değişkenlerle birlikte; algılanan duyarlılığı, şiddeti, yararı, engelleri, sağlık motivasyonunu sağlayan eylem için harekete geçirici mekanizmaları ve kişisel yeterliliği dikkate almaktadır. Model, tehlike algısı (algılanan duyarlılık ve şiddet) ve davranışsal değerlendirme (algılanan yarar ve engeller) üzerine odaklanmaktadır. Bireysel eylemlerin başlamasında, hastalık duyarlılığının ve hastalık potansiyel şiddetinin algılanmasının önemli olduğunu kabul etmektedir. Bireyler sağlık problemlerine karşı duyarlı olduklarını ve bunun olası ciddi sonuçlarının boyutlarını hissedersen; koruyucu eylemlerin hastalık duyarlılığını ve şiddetini azaltmada yararlı olacağına inanırlarsa; koruyucu eylemlerin yararlarının bu eylemlere yönelik engellerden daha fazla önemli olduğuna inanırlarsa eylem için harekete geçerler. Algılanan şiddet, sağlık probleminin gelişmesiyle karşı karşıya kalabilecek sorunların kişisel değerlendirmesidir. Algılanan yarar, hastalık tehlikesini azaltacak stratejilerin etkinliğine olan inancı; algılanan engeller ise tavsiye edilen sağlık eylemlerinden kaynaklanan fiziksel, psikolojik ve finansal talepleri içeren potansiyel negatif sonuçları ifade etmektedir. Eylem için harekete geçirici mekanizmalar; bireyleri eylem için motive eden sağlık durumundan kaynaklanan fiziksel semptomlar gibi bedensel unsurlar olabildiği gibi toplumsal kitle iletişimi gibi çevresel unsurlar da olabilmektedir. Kişiler ağız problemlerinin kendileri için ciddiyetini algıarlarsa, bu sağlık problemlerinin ortaya çıkmasını ve gelişmesini engelleyecek eylemlere karşı daha fazla duyarlı olurlar. Algılanan duyarlılık, kişilerin özel bir sağlık problemi açısından risk altında olduklarını algılamalarıdır. Kendilerini herhangi bir hastalığa karşı duyarlı hisseden kişiler koruyucu eylemleri daha fazla kabullenirler. Sağlık eğitimi programları vasıtasıyla potansiyel sağlık problemleri konusunda bilinçlendirilen bireylerin koruyucu eylemleri kabullenme olasılığı sağlık eğitimi programına katılmayanlara nazaran daha fazladır (17, 25, 35, 45, 46, 50, 71, 72, 91, 100, 126, 129, 152,163).

Ağız sağlığının sağlayacağı faydaların ve hastalık tehlikesinin daha fazla algılanması kişilerin uygun sağlık eylemleriyle ilgilenme olasılığını arttırmaktadır. Prezarvatif

kullanımı, kişisel meme muayenesi, sigarayı bırakma, sağlık hizmeti kullanımı, tıbbi uygulamalara riayet etme gibi genel sağlık alanlarında kullanılan modelin ağız sağlığı davranışlarıyla ilgili tüm faktörleri tam anlamıyla açıklayamadığı ileri sürülmüş olsa da diş hekimliğinde özellikle tedaviye ve diş hekimi tavsiyelerine riayet etme alanında kullanılmıştır. Kegeles ve ark. tarafından çocukların diş hekimine gitmeyle ilgili ağız sağlığı davranışlarının, Weisenberg ve ark. tarafından koruyucu sağlık programlarına katılımın, Kegeles ve Lund tarafından evde ağız gargaralarının kullanımına riayet etmenin araştırıldığı çalışmalarda bu modelin kullanılabilirliği ispatlanamamıştır. Kegeles ve Lund'a göre sağlık inançları çocuklarda koruyucu ağız sağlığı davranışlarının açıklanmasında ve tahmin edilmesinde yalnız başına belirleyici bir gösterge olarak kabul edilmemektedir. Kuhner ve Raetzke ise periodontal hastalığı olanların ağız hijyeni eğitimi-ne riayet etme sürecinde motivasyon, algılanan şiddet ve yararın önemli bir gösterge olduğunu ileri sürmektedir (147).

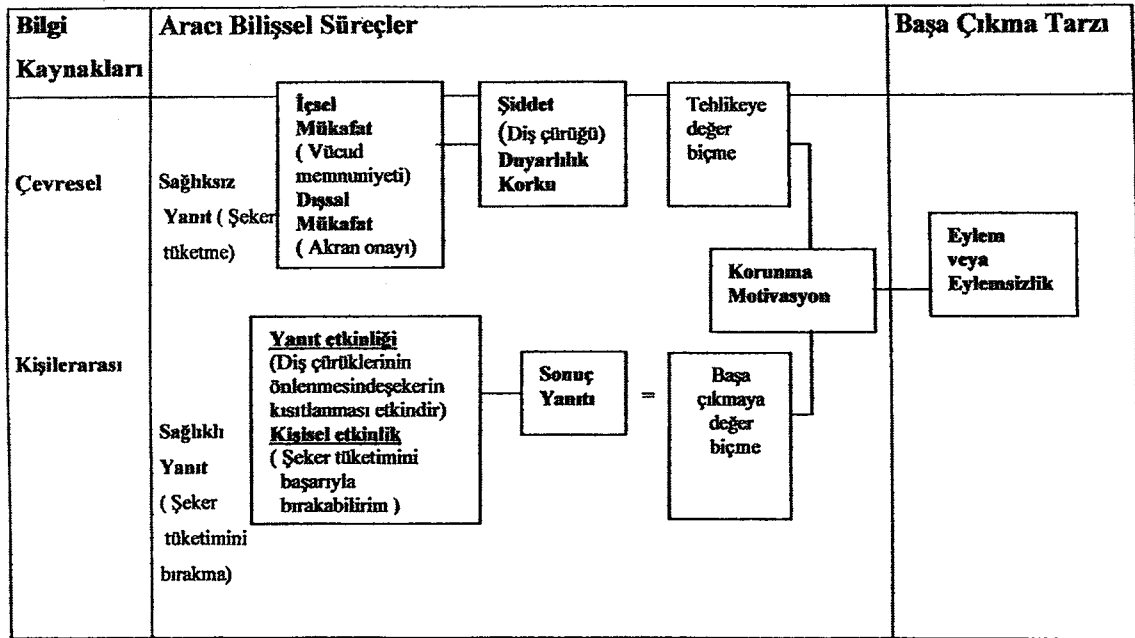


Şekil 7. Rosenstock'un HBM'nin ağız sağlığı davranışlarına uyarlanmış şekli (100).

### Korunma-Motivasyon Teorisi (Protection-Motivation Theory-PMT)

PMT koruyucu sağlık davranışının anlaşılmasına yardımcı olan değer-beklenti teorilerinden biridir. Rogers tarafından geliştirilen korkunun kavramsal olarak anlaşılmasını amaçlayan orijinal PMT teorisi, 1983 yılında geliştiricisi tarafından sağlığı tehdit eden davranışları da kapsayacak şekilde yenilenmiştir (25,71,100,147,152).

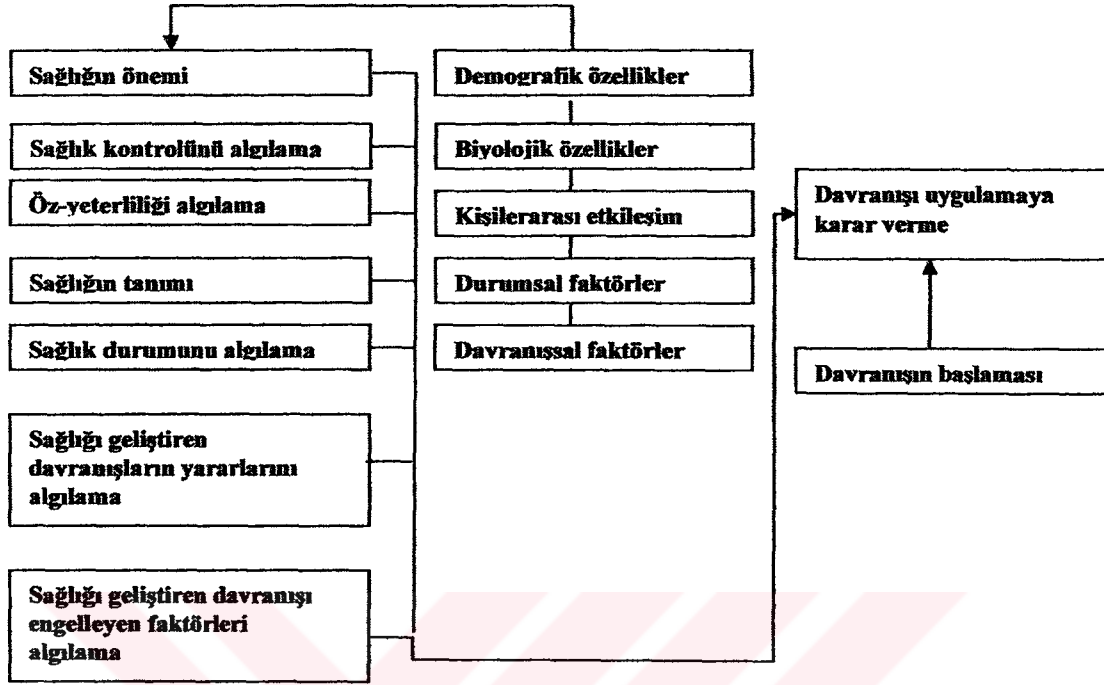
Birey sağlık tehlikesiyle ilgili mesajı kabul ederse iki bilişsel süreç işlemeye başlar ( tehlikenin değerlendirilmesi - başa çıkma etkinliğinin değerlendirilmesi ). Tehlikenin değerlendirilmesi sürecinde sağlığa zarar veren eylem olasılığını arttıran ve azaltan faktörler değerlendirilir. Sağlığa zarar verici eylemlerin oluşma olasılığını arttıran değişkenler içsel ödül (vücudundan memnun olma vb.) ve dışsal ödül (sosyal onay vb.) olarak sınıflanmaktadır. Sağlığa zarar verici eylemlerin azalmasını sağlayan faktörler ise algılanan tehlike duyarlılığı, değerlendirilen tehlike şiddeti ve korku olarak sınıflanmaktadır. Başa çıkma etkinliğinin değerlendirilmesi süreci koruyucu eyleme başlama ve devam ettirmede kişisel kabiliyetin değerlendirilmesiyle ilgili etkinlik hakkında karar verme aşamasını içerir. Bir kişinin kendisini koruma niyeti; tehlike arz eden olayların şiddetini algılamasına, bu olayların oluşma olasılığının algılanmasına, tavsiye edilen koruyucu sağlık davranışının etkinliğine ve algılanan kişisel etkinliğe bağlıdır. Bu teoride de kişisel yeterlilik kavramı önem kazanmaktadır. Bandura'ya göre kişisel yeterliği olan bireyler arzu edilen sonuca ulaşmak için gerekli olan davranışı uygulayabilecekleri kapasiteye sahip olduklarına inanırlar. Motivasyon, bazı sağlığı koruyucu eylemlere bireysel katılımı ifade etmektedir. Bilişsel süreci başlatacak olan bilgi kaynakları çevresel ( sağlık eğitimi, sözlü ikna etme, gözlemlerle öğrenme vb.) ve kişisel ( önceki deneyimler ve kişisel etkinlik vb.) olarak sınıflandırılmaktadır. Bilgi kaynakları da tehlike ve başa çıkma etkinliğinin değerlendirildiği süreçleri harekete geçirmektedir. Bilişsel süreç hem sağlıklı hem de sağlıksız bireysel eylemlerden ve bu eylemlerin oluşma olasılığını azaltan ve arttıran bazı değişkenlerden oluşmaktadır. Rippotoe ve Rogers, kadınlarda göğüs kanseriyle ilgili eğitimin PMT komponentleri üzerindeki etkisini ve bunların kişisel göğüs muayenesi uygulamalarındaki niyetle olan bağlantısını araştırmışlardır. Araştırma sonucunda kişisel göğüs muayenesinin etkililiğine inanma, şiddeti değerlendirme ve kişisel etkinlik bu koruyucu eyleme yönelik niyetin en iyi göstergeleri olarak bulunmuştur. Beck ve Lund, diş hekimliği öğrencilerinde yaptıkları çalışmada diş çürükleri hakkında verilen ikna edici eğitimin korkuyu arttırdığını bunun sonucunda diş çürükleri şiddetinin değerlendirilmesinin ve bu konudaki kişisel yeterliliğin davranışsal niyetlerle daha fazla alakalı olduğunu bulmuşlardır. PMT teorisi koruyucu sağlık davranışının açıklanmasında sosyal ve çevresel faktörleri dikkate almadığı için eleştirilmektedir. Schwarzer, HBM gibi PMT'nin de tutumların nasıl değişeceğini ele almadığını ileri sürmektedir (71).



Şekil 8. PMT'nin ağız sağlığı davranışlarına uyarlanmış şekli (100).

### Sağlığı Geliştirme Modeli (Health Promotion Model-HPM)

Bandura'nın Sosyal Öğrenme Teorisi'nden kaynaklanan ve Pender tarafından 1987 yılında geliştirilen ve yapısal olarak HBM'ye benzeyen model, sağlığı geliştirici davranışlarla ilgilenme olasılığını saptamak için sağlığı geliştirici davranışlarla ilgili araştırmalara rehberlik etmekte ve bu süreçte bilişsel süreçlerin önemini açıklamaktadır. Model; bilişsel - algısal faktörleri (sağlık önemi algısı, sağlıkta kontrol algısı), sağlığı geliştirici davranış eğilimini etkileyen demografik, biyolojik, kişilerarası, durumsal ve davranışsal faktörleri ve eylem için harekete geçirici içsel ve dışsal mekanizmaları içermektedir (4, 5, 46, 50, 91, 126,152).

**Bilişsel Algılama Faktörleri****Değiştirilebilir Faktörler****Sağlığı Geliştiren Davranışlara Katılım**

Şekil 9. Pender'in Sağlık Geliştirme Modeli (126).

Bireyin sağlığına verdiği önem direkt olarak davranışını etkiler. Bireyin kendi sağlık davranışını nasıl algıladığının ve kontrol ettiğinin bilinmesi yeni davranışların kazanımında önemlidir. Bireyin sağlık tanımı ve o anki sağlığını değerlendirmeye yönelik algısı sağlık davranışlarının benimsenmesine, gerçekleşmesine veya red edilmesine sebep olur. Birey o davranışı gerçekleştirmek için kendi yeteneklerinin farkında ise davranışa daha kolay adapte olur. Sağlık davranışının kendisine kazandıracığı artıları algılayan bireyler davranışı gerçekleştirmek için daha fazla çaba harcar ve istek duyar. Davranışın gerçekleşmesini engelleyen faktörleri değerlendirebilen bireyler, bu faktörleri elimine etmek için daha fazla uğraş verir. Yaş, cinsiyet gibi demografik özellikler, biyolojik özellikler, sosyal destek ve etkileşim, durumsal faktörler ve davranışsal faktörler etkileri değiştirilebilen faktörler olup bilişsel algılama faktörlerini direkt veya dolaylı olarak etkilemektedirler.

### Transteoritik Model

Bu model Prochaska ve DiClemente tarafından 1982 yılında birbirini takip eden ön düşünme, düşünme, hazırlık, eylem, eylemi sürdürme olarak adlandırılan beş etaplı davranış değişimi modeli olarak önerilmiştir. Model davranış değişimi sürecinde inançların, zamanın, faydaların ve bedellerin dinamik yapısını vurgulamaktadır. Ön düşünme

aşamasında bireyler genelde ağız sağlığı probleminin farkında değillerdir ve davranış değişimi konusunda herhangi birşey düşünmezler. Düşünme aşamasında, bireyler problemin farkında olup davranış değişimi konusunda ciddi olarak düşünmekte ama bu yönde harekete geçmek için herhangi bir hazırlık göstermemektedirler. Hazırlık aşamasında bireyler küçük değişimler yapmakta, eylem aşamasında ise yeni davranışlarla aktif olarak ilgilenmektedirler. Eylemi sürdürme aşamasında bireyler değişimi devam ettirme, şimdiki yaşam biçimlerine bu değişimi entegre etme ve eski davranışlarına dönmeme konusunda çaba sarfetmektedirler. Hedeflenen davranışı değerlendiren bireyler sağlıklı yaşam biçimi konusunda sağlık çalışanları tarafından daha kolay motive edilmekte ve problemleri davranışlar hakkındaki bilinçleri arttırılmaktadır (45, 71, 72, 91, 100, 147, 152,163).

### **Bilişsel Uyumsuzluk Modeli**

Festinger ve Arønsen, bireylerin benzer bir konuyla ilgili kendi ve diğer insanların tutumları arasında farklılık söz konusu olduğunda bunu ortadan kaldırma ve azaltma yönünde rahatsız edici bir gerilimin ortaya çıktığını ileri sürmektedir. Bu farklılık tamamen bireysel bilişsel sistemden kaynaklanmaktadır. Bilişsel elementler birbiriyle tutarlı ise bireyler arasında uyum sağlanır; tutarsız ise birinin önerdiği bilgi diğerine ters gelir ve tutarsızlık oluşur. Yaşanan tutarsızlığın boyutu üç değişkenin (bilişsel elementlerden her birinin önemi, tutarlılık / tutarsızlık oranı, bilişsel elementler tarafından temsil edilen aktiviteelerin eşitliği) bir fonksiyonu olarak ortaya çıkar. Bu teoriye göre, tutumu değiştirmek için yeni tutumun oluşabilmesine imkan verilmelidir. Bireyin davranışları önceki tutumları ile tutarsızlık gösterdiği takdirde bu tutarsızlığı azaltmak için harekete geçeceği dikkate alınmalıdır (25, 71,152).

### **Yeniliğin Yayılma Modeli**

Bu teoride, Roger ve Shoemaker tarafından sağlık davranışının açıklanmasında iletişim sürecinin önemine dikkat çekilmiş ve bireylerin farkındalık, ilgi, yargılama, karar verme ve benimseme aşamalarındaki farklı ilerleme düzeyleri açıklanmaya çalışılmıştır. Bireyler iletişim sürecinde yenilikçiler, ilk benimseyiciler, ilk çoğunluk, geç benimseyiciler ve ağır hareket edenler olarak tanımlanmaktadır. Modelde açıklayıcı değişken olarak zaman boyutu kullanılmakta ve hedef grupta davranışa yönelik mesajdan bağımsız olarak zamana bağlı değişim üzerinde durulmaktadır. Model, Green ve McAlister tarafından sağlıklı davranışlar ve sağlıklı yaşam biçiminin incelendiği çalışmalarda, Coombs ve ark. tarafından okul çocuklarında florolu ağız gargarası programlarının uygulanması alanında kullanılmıştır (25,152).

## **Sağlık Eylem Modeli**

Tones'e göre, Sağlık Eylem Modeli sağlık kararlarının alınmasında etkili olan bilgi, inanç, değer, tutum, dürtü ve normatif baskı gibi faktörlerin karşılıklı etkileşiminin önemini vurgulayan bir modeldir. Birbirinden farklı tek zamanlı sağlık seçimleriyle alakalı olan model, rutin dış hekimi kontrolüne gitme veya toplum sağlık birimlerine bir konu hakkında şikayet yazmak gibi spesifik eylemlerin gerçekleşmesine neden olan faktörleri tanımlamaktadır. Seçimlerde inanç sistemi, motivasyon sistemi ve normatif sistem etkili olmaktadır. Bu model, HBM'nin ana elementlerini içeren Ajzen ve Fishbein'in Nedenli Eylem Teorisini vurgulayan ve Baric'in Sosyal Müdahale Modeli kapsamındaki sosyolojik bakış açısını da dikkate alan bir yaklaşıma sahiptir (25, 71, 152,163).

## **Sosyal Davranış Teorisi**

Triandis tarafından 1980 yılında geliştirilen bu model, Ajzen ve Fishbein gibi niyeti, davranışın en önemli göstergesi olarak kabul etmektedir. Davranışsal niyetler bilişsel (eylemin sonuçlarıyla ilgili inançlar ve bu sonuçların değerlendirilmesi), duygusal ve sosyal elementlere, kişisel normatif inançlara bağlıdır. Normatif inançlar bireyin üyesi olduğu gruba uygun davranışları gerçekleştirmesini, rol inançları ise sosyal yapı kapsamında üstlendikleri spesifik konuma uygun davranışları gerçekleştirmelerini sağlamaktadır. Triandis davranış olasılığında bireysel fizyolojik faaliyetlerin ve kolaylaştırıcı koşulların önemini vurgulamaktadır (25,152).

## **Problem Davranış Teorisi**

1977 yılında Jessor tarafından geliştirilen teori, sağlık açısından riskli ve problemli davranışların gerçekleşme eğilimini kişilik sistemi, algılanan çevresel sistem ve davranış sisteminden kaynaklanan sosyal psikolojik ilişkilere dayanarak açıklamaktadır. Gençlerde davranış değişkenliğinin açıklanmasında ve tahmininde kişisel, çevresel ve davranışsal eğilimin kombinasyonu olan psikolojik eğilim ön plana çıkmaktadır. Araştırmacılar gençlerde alkol tüketimi, emniyet kemeri kullanma, okul çocuklarının ağız sağlığı davranışlarında etkili olan etyolojik faktörlerin saptanmasına yönelik çalışmalarında teorisinin yapısını doğrulamışlardır (25, 152).

## **Precede Modeli**

Green ve ark. tarafından geliştirilen model sağlık davranışı teorisinden çok sağlık eğitiminin tanısında, planlanmasında ve değerlendirilmesinde kullanılmaktadır.



1. **Predisposing:** Yatkınlık
2. **Reinforcing:** Destekleme
3. **Enabling:** Yetkinleştirme
4. **Causes:** Etkenler
5. **Educational:** Eğitimsel
6. **Diagnosis:** Tanı
7. **Evaluation:** Değerlendirme

Sağlık davranışının açıklanmasında modelin eğitimsel tanı yapısını oluşturan yatkınlık, destekleme ve yetkinleştirme faktörleri sağlık davranışının en önemli belirleyenleri olarak kabul edilmektedir. Davranışın öncesinde var olan davranış için motivasyon ve rasyonellik sağlayan yatkınlık faktörleri bilgi, tutumlar, değerler ve algılama gibi kişilik özellikleri ile sosyoekonomik statü, yaş ve cinsiyet gibi demografik değişkenler olarak sınıflanmaktadır. Davranışın gerçekleşmesine imkan veren ve davranışı kolaylaştıran yetkinleştirme faktörleri kaynaklar, beceriler, ulaşılabilirlik ve başvuru olarak sınıflanmaktadır. Destekleyici faktörler ise davranış gerçekleştikten sonra devreye giren özendirme, ceza ve ödül mekanizmalarıyla davranışın sürdürülmesinde veya bırakılmasında diğer kişilerin (aile, arkadaş, sağlık personeli vb.) sağlık davranışı ve tutumlarını da dikkate almaktadır (25,152).

### **Mantıklılık Duyusu Teorisi**

Davranışsal sağlık konusunda katkıları olan sağlık sorunlarıyla başa çıkmada ve bu sorunların anlaşılmasında kullanılan 1979 yılında Antonovsky tarafından geliştirilen teorik yaklaşımlardan biridir. 29 sorulu skala ile ölçülebilen mantıklılık duyusu, kavrama kabiliyeti, yürütme kabiliyeti ve anlamlandırma başlıkları altında özetlenen üç yapıyı içermektedir. Kavrama kabiliyeti bireylerin bilişsel kararları alma aşamasında karşılarına çıkan uyaranları algılama düzeyi, yürütme kabiliyeti bireylerin uyaranlar sonucunda ortaya çıkan taleplerle karşılaştıklarında var olan kaynakları algılama düzeyi, anlamlılık ise kavramaya karşılık gelen duygusallık düzeyini ifade etmektedir. Mantıklılık duyusu yüksek olan ve yaşamlarını anlamlı bulan bireyler sağlığa zarar verici eylemlerden ve tehlikelerden kaçınırlar, sağlığı geliştirici davranışlarla daha fazla ilgilenirler (25,152).

### **Pozitif Sağlık Modeli**

Biyomedikal Modele göre, daha etkin bir şekilde sağlığın kavramsallaştırılması ve ölçülmesini sağlayan, olumlu sağlık davranışının gerçekleşmesinde davranışsal sistemleri (biyo - kimyasal, psikolojik, algısal, bilişsel ve kişilerarası) dikkate alan ve 1989 yılında Seeman tarafından geliştirilen bir modeldir (152).

Bu model ve teorilerin dışında sağlık davranışını ve sağlık eğitimini açıklamak için Yale Modeli, Grup Dinamik Modeli, Sosyal Pazarlama Modeli, Koruyucu Davranış Yararlanım Modeli, Kişisel Bakım Yetersizlik Teorisi, Kişisel Düzenleme Teorisi, Sosyal Yetenek Teorisi ve Atıf Teorisi olarak adlandırılan bazı model ve teoriler de kullanılmaktadır (25, 71,152). Birçok araştırmacı birbirinden farklı model ve teorileri birleştirerek sağlık davranışını açıklamaya yönelik kapsamlı sistem modellerini (meta-modeller) geliştirmeye çalışmışlardır. Cummings ve ark., psiko - sosyal bakış açısına sahip modellerdeki sağlık eylemlerini belirleyen değişkenleri analiz ederek bunları sağlık bakımı imkanı, sağlık bakımına yönelik tutumlar, hastalık semptom ve tehlikesinin algılanması, sosyal ağ karakterleri, hastalık hakkında bilgilenme, demografik faktörler olmak üzere 6 grupta özetlemişlerdir. Bu faktörler sağlığı geliştirici davranıştan çok sağlık bakımı arayıcı davranışlarla ilgilidir. Kersell ve Milsum ise sosyal, psikolojik ve fiziksel faktörleri, sosyal yapıyı, kültürel faktörleri, durumsal faktörleri içeren sistem modeli geliştirmişlerdir. Hayes ve Ross ile Ben - Sira sağlığı koruyucu davranışlarının gerçekleştirilmesinde, teorik ve uygulamalı olarak bu davranışlarla ilgili çaba ve davranış tipi açısından farklılığı vurgulamaktadırlar. Levy sağlık davranışının açıklanmasında davranış, fonksiyon, kişi ve çevre unsurlarından oluşan Karşılıklı Etkileşim Dinamik Modelini önermektedir. Kars'ın Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre sağlık davranışı içsel ve dışsal değişkenlerin (davranışsal niyet, sosyal destek, eyleme yönelme imkanı, kişisel özerklik, eylem durumu) doğrudan ve karşılıklı etkileşimlerinin bir fonksiyonu olarak tanımlanmaktadır. Hølund ve Faresjö ağız sağlığı alanında, ağız sağlığı davranışlarının anlaşılabilmesi için kapsamlı modeller geliştirmişlerdir. Ergenlerin şeker kullanımı davranışının test edilmesinde kullanılan Hølund Modeli SLT, bilgi işleme modeli, grup dinamik ve rol oynama yaklaşımının kombinasyonudur. Faresjö Modeli ise fiziksel durum (fluorid) ve sosyal yapı (ağız servislerinin organizasyonu) gibi genel elementleri ve maddi durum (ekonomi, eğitim), sosyal ve politik koşullar (ağız sağlığı servislerinin kullanımı), bilişsel (bilgi, tutumlar) ve fiziksel durum (yaş, cinsiyet vb.) gibi bireysel elementleri içeren bireysel ağız sağlığı eylemleriyle ilgisi olan faktörleri içermektedir. Aarø ve Nylenna, Sağlık Davranışı Makro Modelini geliştirmişlerdir. Bilişselliği, inançları ve tutumları sağlık eğitimini ve sağlık davranışını etkileyen blok elementleri (fikirler, sosyal normlar, davranışsal normlar) birlikte değerlendirmişlerdir. Calnan'a göre; davranışla ilgili spesifik inançlar ve tutumlar özel koruyucu sağlık davranışının benimsenmesi kararıyla alakalıdır ve her koruyucu sağlık davranışı bu özel sürecin sonucu olarak oluşmaktadır. Sağlık davranışları kişisel ve çevresel faktörlerden etkilenmekte olup dinamik sistemin göstergesi olarak dikkate alınmalıdır. Bireysel sağlık davranışı ve sağlık düzeyindeki farklılıkta toplumun ekonomik ve politik yapısı da önemli bir göstergedir ve sağlık davranışındaki değişim sürecinde tüm bu faktörler makro düzey olarak ifade edilmektedir. Sağlık davranışı modelleri yaklaşım tarzları açısından birbirinden farklıdır. Yapılarını oluşturan değişkenlerin koruyucu sağlık davranışı açısından etkinliği deneysel olarak tam kanıtlanamamıştır bundan dolayı spesifik koruyucu sağlık davranışlarının incelenmesinde modellerden bazılarının kombinasyonu gerekmektedir. Sağlık davranışlarının uygulanmasında ve devam ettirilmesinde kişisel is-

tekliliğin önemine odaklanan bazı sağlık modelleri, sağlıksız davranışlara eğilimi arttıracak sosyo - ekonomik, çevresel, kültürel, politik faktörleri içermedikleri için eleştirilmektedir. Gadgil ve Søgaard bireyin içinde bulunduğu içsel ve dışsal bağlamda süreklilik gösteren bilgi, tutum ve davranış değişimi sürecindeki doğrusal etkileşimi açıklayan farklı modellerin sentezi konusunda çalışmışlardır. Bu kapsamda yer alan Yeniliğin Yayılma Modeli farklı zamanlarda ve farklı gruplarda farklı davranış değişimi modellerinin olumlu veya olumsuz sonuçlarının anlaşılmasında önem taşımaktadır. Araştırmacılar var olan sağlık davranışı modellerinin yetersizliğine sağlık davranışını açıklayan multidisipliner yeni teorik bakış açısına sahip modeller konusundaki ihtiyaca dikkat çekmektedirler (152).

### **Ağız Sağlığı Davranış Modellerinin Sınıflandırılması**

Kirkegaard, Borgnakke ve Peterson tarafından ağız sağlığı davranışlarının açıklanmasında katkısı olan modeller gözden geçirilmiş ve ekonomik modeller, sosyal-psikolojik modeller ve karşılıklı etkileşim modelleri olmak üzere bu modeller 3 başlık altında toplanmıştır. Bu alanda kullanılan ekonomik modeller hizmet maliyetinin ve gelirin sağlık servislerinin kullanım talebi üzerindeki etkisini açıklamaya çalışmaktadır. Sosyal-psikolojik modeller sağlık davranışının gerçekleşmesinde motivasyonun, tutumların, ihtiyaç değerlendirmesinin ve hastalık algısının önemli olduğunu ve tutumların sağlık davranışlarının oluşmasında öncelikli bir gereksinim olduğunu vurgulamaktadırlar. Karşılıklı etkileşim modelleri ise bireylerin tutumlarında, genel davranışlarında ve sağlıkla ilgili davranışlarında üyesi oldukları sosyal sistemin önemini vurgulamaktadır (152).

### **2.1.2. 5. SAĞLIK KONTROL ALGISI**

#### **Kontrol algısı ve sağlık**

Kontrol algısı bireylerin kendilerinden ve çevrelerinden kaynaklanan olumlu veya olumsuz durumlardan sorumlu tuttukları nedenlerin kaynağını açıklayan kontrol davranışlarının gücünü belirleyen bir kişilik karakteridir. Bireylerin kontrol algılarına göre bu karakter içsel (kendisi) veya dışsal (önemli diğer kişiler, şans) olabilmektedir. SLT'den kaynaklanan kontrol algısı, ilk defa Rotter'in kontrol odağı (Locus of Control, LOC) kavramı ile daha sonraki yıllarda Bandura'nın kişisel yeterlilik (Self-efficacy) kavramı ile açıklanmıştır. Sağlık kontrol algısı kişisel yeterlilik başlığı altında SLT'de, algılanan davranışsal kontrol olarak TPB'de, sağlık kontrolünü algılama olarak Sağlığı Geliştirme Modeli'nde davranış performansını etkileyen bireye ait kişilik özelliği olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık alanında kontrol algısı kronik ve fiziksel hastalıklar, stres, kalp ve damar hastalıkları, bağışıklık sistemi ve psikolojik bozukluklar kapsamında araştırılmıştır. Sağlık kontrol algısında durumsal değişkenler ve bireysel değişkenler önemlidir.

Bireyin kontrol ihtiyacı, kontrol isteği ve kontrol beklentilerinin farklılığının açıklanmasında kontrol odağı kavramı yardımcı olmaktadır (164). Saphiro ve ark. bilişsel bir değişken olarak işlev gören kontrol algısı ve sağlık arasında doğrusal bir ilişkiden çok karmaşık bir ilişkinin varlığına dikkat çekmektedir (87).

Thombson ve Scapan genel kontrol algısının duygusal iyilik hali, davranış değişikliği, performans artırma ve sağlık durumu üzerinde olumlu etkilerinin olduğunu bildirmektedir. Folkman, stres ve ağırlı durumlarla başa çıkma süreçlerinde kontrolün başa çıkma kapasitesini direkt etkileyebileceğini ileri sürmektedir. Operasyon ve kronik hastalıklar gibi bireysel kontrol inancını tehdit eden stres durumlarının önemine dikkat çekilmekte, bireylerin bu durumla başa çıkma kapasitelerinin ve olayı kontrol edebilecekleri yönündeki kontrol duygularının geliştirilmesine önem verilmesi önerilmektedir (87).

Fiziksel, kronik hastalığı olanlar ile bağışıklık sistemi hastalığı olanlarda yapılan çalışmalarda kontrol algısının hastalığın gidişatı, tedaviye riayet etme ve tedavi sonucu üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu kanıtlanmıştır. Kalp damar hastalarında yapılan çalışmalarda kontrol algısının azalmasının hastalık için yatkınlık yaratacağı, hastalığın kontrol edilemeyen bir stres kaynağı olarak görülmesine neden olacağı bildirilmektedir. Depressif hastalarda yapılan çalışmalarda bireylerin saptadıkları hedefleri kontrol edilemez olarak algılamasında ve hedeflere ulaşamamasında kendinden çok dışsal güçlere ve şansa atıf yaptığı gözlenmektedir. Kilo kontrolü, beslenme ve egzersiz konusunda yapılan çalışmalarda içsel kontrollü bireylerin programlara daha fazla riayet ettiği, daha fazla sorumluluk hissettiği ve programlara katılımlarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Psikolojik problemleri olan bireylerden içsel kontrollü olanların kişisel bakım programlarından daha fazla yararlanmakta olduğu, sağlıkçıların tavsiyelerine daha fazla riayet ettiği, kişisel bakım için daha fazla sorumluluk hissettiği, daha olumlu tutumlara sahip olduğu, kendi davranışlarıyla sağlıklarını daha fazla geliştirebileceklerine inandığı saptanmıştır (103). Diabetik hastalarda yapılan çalışmalarda içsel kontrollü olanların tedaviye daha fazla riayet ettiği, daha az sıklıkta kan şekeri kontrolü yaptıkları, daha iyi metabolik kontrol gösterdiği gözlenmiştir (81, 82).

### **Kontrol Algısı Tanımı**

Araştırmacılar bireylerin kontrol duygusunu nasıl kazandıkları ve devam ettirdikleri konusunda yoğunlaşmışlardır. Skinner'e göre kontrol kavramı etkili olma, üstün gelme ihtiyacı ve yeterli olma ihtiyacı olarak adlandırılmaktadır. Bandura'ya göre kişisel yeterlilik olarak ifade edilen kontrol algısı bireylerin çevresindeki olayları tahmin etmesi ve yorumlayabilmesi neticesinde meydana gelişlerini engelleyebilme ve değiştirmeye

yönelik güven duygusudur. Thompson ise kontrol algısını bir olaydaki olumsuzluğun bireyin göstereceği bir tepki ile değiştirebilme inancı olarak tanımlamaktadır. Saphiro'ya göre kontrol algısı bir eylem olmayıp diğer algılama biçimlerinden biridir. Kontrol kavramı sürece, sonuca ve özneye bağlı tanımlar olarak ifade edilmektedir. Rothbaum ve ark. kontrol kavramını durumu değiştirmeye yönelik birincil kontrol ve duruma yönelik tepkileri değiştirmeye yönelik ikincil kontrol olarak tanımlamaktadır. Kontrol kavramı, Thompson tarafından tehdit edici bir olayın özelliklerini engellemeye veya değiştirmeye yönelik davranışsal kontrol, tehdit edici olayın algılanan yoğunluğunu bilişsel stratejilerle azaltmaya yönelik bilişsel kontrol, eyleme yönelik seçim yapmaya yönelik karara bağlı kontrol ve bilgi yoluyla olumsuz olayların kontrol edilebileceği inancına yönelik bilgiye dayalı kontrol olarak sınıflandırılmaktadır. Glass ve Carver kontrolü izlerlik algısı olarak tanımlamaktadır. Kişiler davranışları ile ortaya çıkan sonuç arasında bir izlerlik algılarına sonucun kontrol edilebileceğine inanırlar. Burger'e göre kontrol algısı, olayları belirgin bir şekilde değiştirebilme yetkinliğinin algılanması olarak tanımlanmaktadır. Kontrol duygusuna yönelik De Charm'ın Kişisel Nedensellik Kuramına göre; kontrol eksikliği veya yoksunluğu bireylerin çevreleri üzerinde egemen ve yeterli olmalarını olumsuz etkilemektedir. Brehm'in Tepkisellik Kuramına göre; bireyler kontrol edilemez olaylarla karşılaştığında olumsuz duygulanımlar yaşamaktadırlar. Seligman'ın Öğrenilmiş Çaresizlik Kuramına göre; gelecekteki olaylara yönelik kontrol kaybı söz konusu olduğunda olumsuz duygulanımlar yaşanmaktadır. Bireylerin kendilerinden ve çevrelerinden kaynaklanan olumlu veya olumsuz durumlardan sorumlu tutukları nedenlerin kaynağını açıklayan kontrol odağı bireylerin kontrol algılarına göre içsel veya dışsal olarak sınıflanmaktadır. İçsel kontrol odaklı bireyler öğrenmeye dayalı kontrol yöntemlerini (davranışsal ve bilişsel kontrol) seçmektedirler. Kontrol algısının iyilik hali, davranış değişikliği, performans artışı ve sağlık durumu üzerinde olumlu etkileri bulunmaktadır. Bireylerin kendi davranışları üzerindeki kontrol algıları onların duygusal iyilik hali ve sonuca ulaşma inancını teşvik etmektedir. Bandura'nın kişisel yeterlilik olgusuna dayanan davranış değişikliği aşamasında, kişisel yeterliği yüksek bireylerin değişik davranış tipleri üzerindeki kontrol algısı daha yüksek bulunmuştur. Bireysel sağlık, zihinsel ve motor performans üzerinde kişisel kontrolün önemli etkileri bulunmaktadır (23, 54, 87,103).

Deci insan davranışlarını açıklamak üzere geliştirdiği motivasyon teorisinde, motivasyonu, kişisel kararlılık ve yetki için bir gereklilik olarak tanımlamıştır. SLT'deki kişisel yeterlilik beklentisi ve Rotter'in kontrol odağı kavramı da motivasyon ile alakalı kavramlardır. Deci'nin nedensellik odağı, Rotter'in kontrol odağı kavramından farklı olup davranışı neyin düzenlediği ve başlattığı üzerine odaklanmakta ve gerçek motivasyona sahip davranışların içten gelen duygu ve düşüncelerin denetiminde olduğunu savunmaktadır (35,157).

Bireyler olayın kontrolleri altında olduğunu algıladıklarında, davranışsal duyarlılık değerlendirmesi azalmaktadır. Davranışların taşıdığı risklerin kendi davranışları üzerindeki kontrol ve kişisel güven algılarını tehdit etmediğine inanmaktadırlar (22).

Aile kişisel yeterlilik ve kontrol inançlarının ilk geliştiği birim olup okul ve akran grubu gibi diğer birimlerle ve toplumsal sistemle etkileşim halindedir. Davranışlar kişisel yeterlilik ve sonuç beklentisiyle alakalı olarak gelişir. Ebeveynlerin kişisel yeterlilik, yönetim değerleri ve inançları çocuğun yetiştirilmesi ve gelişimi aşamasında etkili olmaktadır. Çocuklar ebeveynlerinin psikolojik tesiri altındadır. Fazla otoriter, koruyucu aileler ile az sorumluluk hisseden, ihmalciler ailelerin çocukları daha fazla dışsal kontrol odaklıdır. Ebeveynleri ayrılmış, babasını erken yaşta kaybeden çocuklarda dışsal kontrol daha fazladır. İlk çocuk ve tek çocuklarda ise içsel kontrol daha fazladır. Kültürel ve altkültürel yapıdan sosyal ve psikolojik olarak etkilenen aile yapısı (çocuk sayısı, aile büyüklüğü ve bütünlüğü) çocukların kontrol inançlarının gelişimini etkilemektedir (34,122,131,142).

**Kontrol Odağı Kavramının Gelişimi:** LOC 1954 yılında Rotter tarafından ortaya atılmıştır (13, 25, 39, 46). Sosyal eylem üzerine yapılan araştırmalarda kontrol odağı; Rotter'in İç – Dış Kontrol Odağı Ölçeği ( Internal – External, IE - Scale ) ile değerlendirilmiştir. Rotter'in kontrol odağı kavramı Bandura'nın kişisel yeterlilik kavramına benzeyen ve nedensellik teorisini temel alan bir yapıdır. Kişisel yeterlilik ve kontrol odağı kişisel kontrolü temel alan 2 ana modeldir. Rotter kişisel kontrol algısı üzerine odaklanan, yapısında içsel ve dışsal kontrol odağını içeren ve genel inançları kapsayan bir model geliştirmiştir. Model daha sonraları sağlık inançlarına adapte edilerek sağlık kontrol odağı olarak adlandırılmıştır (189 ).

Rotter'e göre içsel kontrol odaklı bireyler, olayların kendi eylemlerinin sonucu olduğuna ve kendi kontrolleri altında olduğuna inanmaktadırlar. Dışsal kontrol odaklı bireyler ise olayların kendi kontrolleri dışında cereyan ettiğine inanmaktadırlar. 1970'li yıllarda LOC ile yapılan çalışmalarda, içsel odaklı bireylerin çevrelerini kontrol etme çabalarının, eylemleri için sorumluluk alma duygularının, öğrenme ve bilgilenme arayışlarının daha fazla olduğu ve daha özerk kararlar aldıkları saptanmıştır. LOC ölçeği tek boyutlu olduğu için kontrol algısını açıklama varyansı da düşüktür. Levenson tarafından dışsal kontrol odağı, şans ve önemli diğer kişilerin etkisinde olan dışsal kontrol olarak 2 ayrı odak kapsamında değerlendirilmiştir. Wallston ve Wallston tarafından 1974 yılında içsel, önemli diğer kişiler ve şans odaklarından oluşan Çok Boyutlu Kontrol Odağı ( Multidimensional Locus of Control, MLOC) Ölçeği geliştirilmiştir (34,46).

Nedensellik ve kontrol inancı, davranış üzerinde etkili ve önemli bir faktördür.

Rotter'in SLT'nde içsel beklentilere sahip bireylerin kendi davranışları ve sonraki olaylar arasındaki olasılığı algılama yeteneklerinden, dışsal beklentilere sahip bireylerin olaylarda ve sonuçlarında ise kendi kişisel kontrolü dışındaki dışsal faktörlerin önemini algılama kapasitelerinden bahsedilmektedir. Rotter'in teorisi destek ve bilişsel teorisinin entegrasyonu olup davranış beklenti ve özel bir durumla alakalı destek değerinin fonksiyonu olarak açıklamaktadır. İlk IE ölçütü Phares ve James tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçüt Rotter, Liverant, Seeman ve Crowne tarafından yeni maddelerin ilave edilmesiyle 29 maddelik IE skalası haline dönüştürülmüştür. Seeman ve Evans tüberküloz hastalarında yaptıkları çalışmada içsel kontrollü olanların dışsal kontrollü olanlara nazaran kendi fiziksel durumları hakkında daha fazla bilgili olduğunu, sağlık personeline daha fazla soru sorduğunu ve sağlık personelinden aldıkları bilgilerden daha az memnun olduğunu ve daha fazla sağlık sorumluluğuna sahip olduğunu göstermişlerdir. Rotter ve Gore Rotter'in IE ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmada içsel kontrollü öğrencilerin dışsal kontrollü olanlara nazaran anlamlı düzeyde aktivite sorumluluğuna sahip olduğunu bulmuşlardır. LOC ölçeği ile yapılan çalışmalarda içsel kontrol odaklı bireylerin koruyucu davranışları daha fazla gerçekleştirdiği, dışsal kontrol odaklı olanların ise sağlık çalışanları ile daha iyi işbirliği sağladığı gösterilmiştir. IE ölçeği ve Rotter'in SLT'si Lau, Rotter ve ark., Strickland ve Wallston ve Wallston tarafından fiziksel sağlık alanında - Hale, Haley ve Strickland, Nissenbaum, Nugent, Phares ve Tennen tarafından depresyon gibi ruhsal sağlık alanında kullanılmıştır. IE beklentiler ve kontrol inancı basit inançlar olmayıp kişilik faktörleri, diğer dışsal faktörlerin kontrolü ve niyet - sonuç ilişkisi ile etkileşim halindedir. Cromwell, Butterfield, Brayfield ve Cury kalp krizi geçiren içsel kontrollü hastaların dışsal kontrollü olanlara nazaran kişisel tedaviye daha fazla riayet ettiğini saptamışlardır. İyimserlik, umut, kontrol gibi pozitif inançlar fiziksel iyilik hali ile alakalıdır. Kontrol inançları ana psiko-sosyal fonksiyonlarla karşılıklı etkileşim halindedir. Rotters'in teorisine göre; davranış üzerinde büyük bir etkiye sahip olan içsel ve dışsal kontrol beklentilerinden içsel kontrol beklentisi sağlıklı başa çıkma yanıtlarının oluşmasına aracılık etmektedir. Bilişsel düzeyde etkin ve verimli sağlıklı başa çıkma stratejileri olarak kişisel gözlem, kişisel kontrol, kişisel yeterlilik mekanizmaları kabul edilmektedir (23, 79, 87, 107, 136, 154, 156).

**Sağlık Kontrol Odağı Kavramının Gelişimi:** Sağlık kontrol algısını ölçmeye yönelik olarak Wallston ve Wallston tarafından 1976 yılında içsel ve dışsal odaklı olarak oluşan Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği ( Health Locus of Control, HLOC ) geliştirilmiştir. HLOC sağlık ve hastalıkta kontrol algısının değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (24). HLOC ölçeği ile bireysel sağlık değerlendirmesinin ( Self – Rated Health) beraber kullanılması gerekmektedir (12, 13, 50, 107). Çünkü HLOC sağlıklılarına değer veren insanlar için doğru sonuçlar vermektedir. Sağlık kontrol odağı ölçeğinin odaklandığı temel, kendi sağlıkları üzerinde kontrol inancı olanların sağlıklı olma yönündeki davranışları daha fazla gerçekleştirdiği, sağlıkları üzerinde daha az kontrol hissedenlerin ise kendilerine tavsiye edilen sağlık aktivitelerine daha az uydukları gerçeğidir (32,35).

Sağlığın çok boyutlu bir süreç olmasından dolayı Wallston, Wallston ve De Vellis tarafından 1978'de içsel, önemli diğer kişiler ve şans odaklarından oluşan Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı Ölçeği (Multidimensional Health Locus of Control, MHLC) geliştirilmiştir. Orijinal MHLC, içsel sağlık kontrol odağı (Internal Health Locus of Control, IHLC), önemli diğer kişiler sağlık kontrol odağı (Powerful Others Health Locus of Control, PHLC), şans sağlık kontrol odağı (Chance Health Locus of Control, CHLC) olarak 3 altölçekten oluşmaktadır. Genel sağlık statüsüyle ilgili Form A ve Form B ile spesifik bir hastalıkla ilgili kontrol algısının değerlendirildiği Form C olmak üzere 3 orijinal versiyonu vardır. A ve B formlarında her altölçek 6 madde içermekte ve toplam 18 maddeden oluşmaktadır. Tamamen katılmıyorum ile tamamen katılıyorum arasında sıralanan 6'lı likert yanıt skalası kullanılmaktadır. Ölçekte tüm maddeler olumludur. Ölçeğin toplam puanı yoktur. Birbirinden bağımsız değerleri ölçen 3 altölçeği vardır. Bazı çalışmalarda Form A ve Form B'den oluşan 36 maddelik karma form kullanılmaktadır. IHLC altölçeği, hastalık ve sağlıktan kendi davranışlarını sorumlu tutan bireylerin bu yöndeki inançlarının derecesini değerlendirir. CHLC altölçeği, hastalık ve sağlığın şans, kader veya kontrol edilemeyen faktörlerin bir fonksiyonu olduğu yönündeki inançların derecesini değerlendirir. PHLC sağlığın ve hastalığın doktor, sağlık personeli, arkadaş, aile gibi bireyin etrafında değer verdiği, önemseydiği bireyler tarafından saptandığı yönündeki bireysel inançları değerlendirir. MHLC ölçeği sağlığı geliştirici davranışın belirlenmesinde, bireylerin sağlık değerlerinin ve o andaki sağlık düzeylerini dikkate alarak sağlıkları üzerindeki kontrol gücünü nasıl algıladıklarının ölçülmesinde kullanılmaktadır (46,55,173).

1970'li yıllardan beri ölçeğin psikometrik yapısı ve kullanılabilirliği incelenmiş ve bu özelliği kronik hastalıklar alanında birçok çalışmada kanıtlanmıştır. Kuzey Amerika'da yapılan çalışmaların dışında, Brezilya ve İtalya'da erişkenlerde yapılan çalışmalarda MHLC ölçeğinin 3 altölçekli yapısıyla tutarlı sonuçlar alınmıştır. O'Looney ve Barrett, kolej öğrencilerinde MHLC'nin psikometrik yapısını değerlendirdikleri çalışmada, kadınlar için 3 altölçekli, erkekler için 2 altölçekli bir yapıyı önermişlerdir. Coelho tarafından sigara kullananlarda, Winefield, Cooper ve ark. tarafından tıp ve diş hekimliği öğrencilerinde ve hastahane çalışanlarında yapılan çalışmalarda PHLC ve CHLC altölçekleri arasındaki ayrımı doğrulayıcı sonuçlar elde edilememiş ve 2 altölçekten oluşan ( IHLC, PHLC ) psikometrik yapı önerilmiştir (33). Şans altölçeğinden yüksek puan alan bireyler sağlığı koruyucu davranışlarla daha az, sağlığa zarar verici davranışlarla daha fazla meşgul olmaktadır. Talbot ve ark. hasta ve hasta olmayan gruplarda MHLC'nin 3 ve 2 altölçekli yapısını incelemişler ve 3 altölçekli yapının hasta bireylerde daha geçerli ve güvenilir sonuçlar verdiğini saptamışlardır (164). Nemeck, Ludenia ve Donham yaptıkları çalışmalarda koruyucu sağlık davranışı ile CHLC ve PHLC arasında negatif korelasyon, Norman ve Bennett ise koruyucu sağlık davranışı ile IHLC arasında pozitif korelasyon bulmuşlardır. Steptoe ve ark., PHLC ile sağlığı geliştirici eylemler arasında pozitif korelasyon saptamışlardır (14). Marshall ve ark., Wallston ve ark.



tarafından geliştirilen MHLC ile Lau ve Ware tarafından geliştirilen MHLC'ün yapı geçerliğini karşılaştırdıkları çalışmada Wallston ve ark. tarafından önerilen MHLC'nin yapı geçerliğini doğrulamışlar ve önemli diğer kişiler altölçeğinin sağlık profesyonelleri dışındaki diğer bireyleri daha fazla içerecek tarzda geliştirilmesi gerektiğini ileri sürmüşlerdir (98).

MHLC ölçeğinin 6'lı yanıt formatının kullanılmasında karşılaşılan bazı zorluklar nedeniyle Lewis ve ark. HLOC ölçeğinde 4'li yanıt formatını, Grady ve ark. ise 2'li yanıt formatını kullanmışlardır. McCallum ve ark., MHLC ölçeğinin 6'lı ve 2'li likert yanıt formatını ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği açısından değerlendirdikleri çalışmada, 2'li yanıt formatının yüksek altölçekler arası korelasyona rağmen düşük içsel tutarlılık gösterdiğini, eğitim düzeyi, motivasyon ve bilişsel kapasitesi düşük bireylerde daha faydalı olacağını, her iki yanıt formatında da altölçeklerin yüksek korelasyon gösterdiğini, bireylerin kontrol odaklarına göre gruplandırılmasında her iki yanıt formatının da benzer olduğunu saptamışlardır (99).

MHLC ölçeğinin Alman kültürüne adaptasyonu aşamasında içsel tutarlılığı arttırmak için PHLC ve CHLC altölçeklerinden birer soru çıkarılmıştır. MHLC ölçeği ile hastalığa bağlı kontrol inancı arasında düşük düzeyde saptanan korelasyon, MHLC konseptinin hastalık kontrol inancından bağımsız olduğunu göstermektedir. Kriter geçerliğini sağlamak için yaşamdan memnuniyet skalası kullanılmış ve IHLC ile kişinin kendi yeteneklerinden memnuniyeti arasında, PHLC ile ailesel yaşam durumundan memnuniyet arasında pozitif korelasyon, CHLC ile sağlıktan memnuniyet arasında negatif korelasyon saptanmıştır. MHLC ile Hastalık Kontrol Odağı (EKO) arasındaki ilişkiler şöyle özetlenmektedir. IHLC ile özel yaşam durumu arasında pozitif, PHLC ile doktor arasında negatif, CHLC ile şans arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (105).

Wallston ve Wallston klinik uygulamalarda sağlıkla ilgili davranışları tahmin edebilmek ve doğrulayabilmek için bireyleri MHLC altölçeğinin her birinden yüksek ve düşük puan almalarına göre 8 küme ayırmışlardır.

1. Küme: Yüksek IHLC, düşük CHLC ve PHLC (içsel kontrol odaklılar)
2. Küme: Yüksek PHLC, düşük IHLC ve CHLC (önemli diğer kişiler kontrol odaklılar)
3. Küme: Yüksek CHLC, düşük IHLC ve PHLC (şans kontrol odaklılar)
4. Küme: Yüksek CHLC ve PHLC, düşük IHLC (dışsal kontrol odaklılar)
5. Küme: Yüksek IHLC ve PHLC, düşük CHLC (kontrole inananlar)
6. Küme: Yüksek IHLC, PHLC, CHLC (her 3 odağa da inanlar)
7. Küme: Düşük IHLC, PHLC, CHLC (her 3 odağa da inanmayanlar)
8. Küme: Yüksek IHLC ve CHLC, düşük PHLC

Wallston 8. tip bireylerin klinik olarak tespit edilebileceğini ama teorik olarak kabul edilmelerinin anlamsız olduğunu ifade etmektedir. Rock ve arkadaşları ise 6'lı küme varlığını ileri sürmüşlerdir (136). Raja ve ark. tarafından annelerin, çocuklarının sağlığı ve gelişimi ile MHLC inançları ve psikolojik sağlıklarının incelendiği çalışmada, Rock ve ark.'nın önerdiği 6 kümeli yapıyı saptayamamışlar bunun yerine 5 kümeli bir yapı önermişlerdir. İçsel kontrol ve şans odağının birbirinden bağımsız olduğunu, içsel ve önemli diğer kişiler kontrol odağı arasında pozitif korelasyon, şans ve önemli diğer kişiler kontrol odağı arasında da pozitif korelasyon olduğunu bildirmişlerdir. MHLC kümeleri ile algılanan sağlık arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (131). Bazı araştırmacılar kontrol odağı boyutlarının tutarsızlığını ve çelişkili olduğunu ileri sürmekte bunu da ölçeğin farklı konseptleri değerlendirmesiyle açıklamaktadırlar. Rotter'in SLT'sinin içerdiği kontrol odağını açıklayan ana teorilerden bazıları ve Weiner'in Atıf Analizi, kontrol odağı yapısının yanlış yorumlanmasına ve çelişiklere neden olmaktadır. MHLC ve HLC'deki sağlık kontrol odağı kavramı, Rotter'in kontrol odağı kavramından farklıdır. Rotter'e göre davranış, beklentilerin müşterek bir fonksiyonu olup özel bir desteğe rehberlik etmektedir (13, 14, 46, 71, 87, 99, 103, 131, 136, 178).

Bireylerin MHLC inançları onların sağlık statüleriyle güçlü bir ilişki göstermektedir. Wallston ile Hawkins ve ark., içsel kontrol odaklı bireylerin daha iyi sağlık statüsüne sahip olduklarını, McLean ve Pietroni ise içsel kontrol odağının bireyler tarafından koruyucu sağlık bakımı uygulamalarının benimsenip benimsenmeyeceğinin etkin bir göstergesi olduğunu ileri sürmektedirler (103).

Armitage ve ark., sağlıkla ilgili davranışsal niyetlerin göstergesi olarak TPB'nin, MHLC'den daha üstün olduğunu, sağlıkla ilgili davranışsal niyet ve davranıştaki varyansın önemli bir bölümünü açıkladığını göstermişlerdir. TPB'nin davranışsal niyet ve davranış üzerinde kişilik, demografik değişkenler ve MHLC'nin etkisini tamamen açıklamadığı, bundan dolayı da TPB yapısına kişilik ve normatif yapıyla ilgili değişkenlerin ( rol inancı, kişisel şema, sosyal kimlik, kişisel kimlik vb. ) eklenmesini önermekte ve davranışsal niyet ve davranışın açıklanmasında sosyal bilişsel modellere ihtiyaç olduğuna dikkat çekmektedirler. Bu çalışmada içsel kontrol odağı ile şans arasında anlamlı negatif korelasyon, şans ve önemli diğer kişiler kontrol odağı arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Sağlık değeri ile yalnızca, önemli diğer kişiler kontrol odağı arasında pozitif korelasyon saptanmıştır, bu da sağlıklarına değer veren insanların sağlık personelinin öğütlerine daha fazla sadık kaldıklarının göstergesidir ( 13 ).

Sağlık ve hastalık kontrolünde Tanrı'nın rolü olduğu inancı özellikle kronik hastalığı olan bireylerde psikolojik bağlamda önemli olup değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu amaçla Welton ve ark. tarafından 1996 yılında orijinal MHLC ölçeğine 6 maddelik

Tanrı Sağlık Kontrol Odağı ( God Locus of Control, GLHC ) altölçeği eklenmiştir. Kronik ve akut hastalığı olan hastalarda bu yapının değerlendirilebilmesi için, Wallston ve ark. tarafından 1999 yılında MHLC ölçeğinin C Formuna yeni bir altölçek eklenerek sağlık kontrolü üzerinde dini inançların ve Tanrı inancının değerlendirildiği yeni bir ölçek geliştirilmiş ve romatizmalı, romatoid artritli ve sistemik sklerozlu hastalarda uygulanmıştır. GHLC altölçeğinin romatoid artritli hastalarda önemli diğer kişiler ve şans altölçeği ile pozitif korelasyon gösterirken içsel kontrol ve doktor altölçeğinden bağımsız olduğu görülmüştür (178).

Pachter ve ark. ebeveynlerin çocuklarının sağlığıyla ilgili LOC'unu ölçmek için toplam 20 soru ve içsel, dışsal (şans), dışsal (diğerleri), dışsal (sağlık personeli) ve anlık olmak üzere 5 altölçekten oluşan bir ölçek geliştirmişlerdir (122).

Norman ve Bennet, MHLC ve sağlık davranışı arasında orta düzeyde bir ilişki saptamışlar, MHLC ile yapılan birçok çalışmada sağlık değerinin dikkate alınmadığına dikkat çekmişlerdir (107). Wallston, MHLC'nin kendi sağlıklarına önemli düzeyde değer veren bireylerin sağlık davranışlarının göstergesi olabileceğini ileri sürmekte ve MHLC ve sağlık değeri ölçütlerinin beraber kullanılmasını önermektedirler (12). Kristiansen ve Eiser, alkol kullanımı, egzersiz ve diş fırçalamayla ilgili davranışsal niyet üzerinde MHLC'nin % 9'dan daha az varyans açıklayıcılığına sahip olduğunu, TPB'nin tutum ve subjektif norm yapılarının ise % 16 - 34 varyans açıklayıcılığına sahip olduğunu kanıtlamışlardır (13).

Sağlıkla ilgili kontrol inancı ruhsal ve fiziksel sağlık alanında birçok çalışmada kullanılmış ve fiziksel rahatsızlığı olan bireylerde, kişisel kontrol inancının daha olumlu psikolojik ve fiziksel adaptasyon sağladığı gözlenmiştir (192).

Psikolojik problemleri olan ve içsel kontrol altölçeğinden yüksek puan alan bireylerin kişisel bakım programlarından daha fazla yararlanmakta olduğu, sağlık tavsiyelerine daha fazla riayet ettiği, kişisel bakım için daha fazla sorumluluk hissettiği, daha olumlu tutumlara sahip olduğu, kendi eylemleriyle sağlıklarını daha fazla geliştirebileceklerine inandığı saptanmıştır. Dışsal kontrol odaklı bireyler ise kişisel bakım programından daha az yarar sağlamaktadırlar (103).

Pennings ve Van der Eerden, diabetik hastalarda sağlık kontrol odağı ile yapıları çalışmalarda, içsel kontrollü hastaların tedaviye daha fazla riayet ettiğini, Peyrot ve Rubin, daha az sıklıkta kan şekeri kontrolü yaptıklarını saptamıştır. Lernmark ve ark, dışsal kontrollü diabetik genç erkeklerin daha sık hastaneye yattıklarını, Reynaert ve ark

ise içsel kontrollü diabetik hastaların daha iyi metabolik kontrol gösterdiğini, diabetiklerin şans faktörünü zayıf bir kontrol kaynağı olarak görmesine rağmen içsel ve dışsal kontrol unsurlarının ikisinin de hastalık kontrolü ve kişisel bakım sorumluluğunda önemli olduğunu göstermişlerdir ( 82).

Meksikalı – Amerikalı annelerin çocuklarının sağlıklı beslenme alışkanlıklarıyla ilgili kontrol algılarının araştırıldığı çalışmada, dışsal sağlık kontrol odaklı annelerin çocuklarına sağlıklı beslenme alışkanlıklarını daha az öğretebildikleri saptanmıştır. İçsel kontrollü ebeveynlerin çocuklarının eğitimi ve yetiştirilmesiyle daha alakalı olduğu bildirilmektedir ( 34 ).

Sağlık kontrol algısı; sigara kullanma, alkol tüketimi ve egzersiz gibi sağlıkla ilgili davranışlar ve sosyal değişkenlerin arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çalışmada içsel sağlık kontrol odağı ile şans arasında anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmazken, içsel - dışsal ve dışsal - şans arasında anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur. Şans ve içsel kontrol odağı ile davranışlar arasında istatistiki olarak zayıf, dışsal kontrol ile davranışlar arasında orta düzeyde ilişki saptanmıştır. Farklı sosyo - ekonomik gruplar arasında kontrol inancı ve davranış arasında korelasyonlarda da dikkate değer bir varyans saptanmıştır (32).

Ellen, sağlığı geliştirici davranışları daha fazla gerçekleştiren bireylerin eğitim düzeyinin ve kişisel sağlık algılarının ve içsel sağlık kontrol odağı altölçeğinden aldıkları puanların, daha az gerçekleştiren bireylerden anlamlı düzeyde fazla, şans altölçeğinden aldıkları puanların ise anlamlı düzeyde az olduğunu saptamıştır. İçsel sağlık kontrol odağından yüksek puan alan bireyler sağlıklarının kendi sorumluluklarında olduğuna inanmaktadır. Sağlığı fiziksel, ruhsal, sosyal tam iyilik hali olarak tanımlayan bireyler yüksek eğitim düzeyine sahip 35 – 44 yaş grubuna ait içsel sağlık kontrol odaklı bireylerdir (46).

**MHLC'nin Ağız Sağlığı Alanında Kullanılması:** İlk çalışmalarda LOC kişisel bildirimli sorularla ölçülmekte ve içsellik ve dışsallık bireylere sorularak sağlanmaktaydı. Diş hekimliği alanında LOC, hastaların tedaviye riayet etmelerinin değerlendirilmesinde kullanılmıştır. Bailey ve ark. düzenli diş fırçalama ve diş hekimine gitme sıklığı konusunda bireysel değerlendirmeleri dikkate aldıklarında, bunlara yüksek düzeyde riayet eden bireylerin diğerlerine nazaran daha fazla içsel kontrollü olduklarını saptamışlardır. Kişisel bildirimle saptanan kontrol odağına güven bazı yanlışlara sebep olmaktadır. Bu tarzda yapılan çalışmalarda LOC inancı ile diş hekimliğinde kullanılan klinik indeksler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Kişisel bildirimli LOC diş hekimli-

ği alanında oldukça düşük yararlanım sağlamaktaydı. El - Mangoury orijinal Rotter skalasına diş hekimliğine ait sorular eklemiş ve bu şekliyle LOC'un ortodontik tedaviye riayet etmenin değerlendirilmesinde kullanılabilir bir gösterge olduğunu kanıtlamıştır. Duke ve Cohen tarafından Nowicki - Strickland Kontrol Odağı (orijinal skala ergenlerde kullanılmak amacı ile tasarlanmıştır) skalasının sorularına 10 tane diş hekimliği alanında soru eklenmiş ve işbirliği yapmayan, randevularına ve eğitime riayet etmeyen hastaların, işbirliği yapan ve eğitime riayet eden hastalardan anlamlı düzeyde daha fazla dışsal kontrol odaklı olduğu saptanmıştır. LOC ve ağız sağlığı davranışları ilişkisinin değerlendirildiği çalışmalarda, LOC yapısına diş hekimliği ile ilgili soruların eklenmesi gerekmektedir. LOC'ün, diş hekimliğinde hekim - hasta işbirliğinin değerlendirildiği çalışmalarda kullanılması mümkün olmasına rağmen, ağız sağlığı davranışlarının değerlendirildiği çalışmalarda kullanılmaması önerilmektedir. LOC'da ağız sağlığı davranışlarının çok boyutlu yapısının açıklanmasını sağlayacak bir yapı yoktur. Duke ve Cohen'in sorularının kullanıldığı bir çalışmada, 2'li yanıt skalası kullanılmış ve hastaların ağız sağlığı değerlendirmesi kontrol odağı skorlarını bilmeyen diş hekimleri tarafından yapılmıştır. LOC ile cinsiyet ve diş hekimine gitme nedeni arasında ilişki bulunamamıştır. İyi ağız sağlığı düzeyine sahip bireylerde, orta ve kötü ağız sağlığı düzeyindekilere göre daha fazla içsel kontrol saptanmıştır (14, 59, 82, 189, 190). Cherney koruyucu bakım ve kişilik tartışmasında, koruyucu programların hastaların hepsini genel olarak değerlendirdiğini, bazı bireylerin özel eğitimsel ve motivasyonel ihtiyaçları olduğuna dikkat edilmediğini belirtmektedir. Yüksek SES'deki bireyler düşük SES'dekilere göre daha fazla içsel kontrol odaklı, orta SES grubundakilerin ise daha fazla dışsal kontrol (diş hek) odaklı olduğu saptanmıştır. LOC, bireysel koruyucu programların tasarlanmasında kullanılabilir (79).

Mangeldorf ve Bruschi, Rotter'in kontrol odağı ölçeğini kullanarak ağız sağlığı bakım ihtiyacını saptamaya yönelik çalışmalarında, dışsal kontrol odaklı bireylerin daha fazla ağız bakımı ihtiyacı duyduğunu bildirirken, Weiss ve Diserens yaptıkları çalışmada sağlık davranışının çok boyutlu olduğunu ve içsel kontrol odağı ile diş hekimine gitme sıklığı arasında anlamlı pozitif korelasyon olduğunu bulmuşlardır. Wallston ve Wallston sağlık kontrol inançları ile diş fırçalama ve diş ipi kullanma sıklığı, şeker tüketimi arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır. Carahan da kolej çocuklarında yaptığı çalışmada, diş fırçalama ve diş ipi kullanımı ile MHLC ölçeğinin altölçekleri arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır. Ludenia ve Donham tarafından ayaktan ağız sağlığı hizmeti alan hastalarda sağlık kontrol odağı altölçeklerinin korelasyonel ilişkilerinin incelendiği çalışmada, özel diş hekimi muayenehanesini ve resmi sağlık kuruluşlarını tercih eden hastalar arasında önemli diğer kişiler kontrol odağı açısından anlamlı fark olduğu, yaşlı hastaların önemli diğer kişiler kontrol odağı altölçeğinden gençlere nazaran daha fazla puan aldıkları görülmüş ve ağız hijyeni durumu ile önemli diğer kişiler kontrol odağı altölçeği arasında anlamlı negatif korelasyon, periodontal hastalık ve ağız hijyeni durumu arasında içsel ve dışsal kontrol odağı arasında ise anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır (79, 82, 97).

Kent ve ark. genel sağlık ve diş hekimliği alanında koruyucu programlara verilen bireysel yanıtların ve davranışların üzerinde MHLC'nin uygulanabilirliğini araştırmışlardır (79). Galgut ve ark. yaptıkları bir çalışmada, MHLC ve koruyucu periodontal programda bireysel performans arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Program süresince içsel ve önemli diğer kişiler dışsal odaklı bireylerde klinik indeksler açısından olumlu yönde anlamlı değişim saptanırken, şans kontrol odaklı olanlarda anlamlı bir değişim saptanmamıştır. İçsel ve önemli diğer kişiler dışsal odaklı bireyler şans kontrol odaklı olanlara göre daha fazla programa riayet etmişlerdir. şans kontrol odaklı bireylerin, koruyucu uygulamaların davranışı etkileyebileceği yönündeki inancı daha azdır. Önemli diğer kişiler dışsal odaklı bireyler sağlık personelinin öğütlerine daha fazla önem vermektedir. İçsel odaklı bireyler ise koruyucu uygulamaları daha kolay benimsemektedirler ( 59 )

Jacobs ve Stewart tarafından geliştirilen Ağız Sağlığıyla Başa ıkma İnançları Skalası (Dental Coping Beliefs Scale, DCBS) ağız sağlığını etkileyen değişik inançları değerlendirmektedir. İçsel kontrol, dışsal kontrol, kişisel yeterlilik ve ağız sağlığı inançları olmak üzere 4 altölçekten ve 44 maddeden oluşan DCBS'nin 15 maddelik dışsal kontrol altölçeğinin 10 maddesi ile plak indeksi arasında anlamlı düzeyde korelasyon bulunmuştur. Dışsal kontrol inancı arttıkça, plak indeksi skoru da artmaktadır. Ödman ve ark., Nowicki -Strickland Kontrol Odağı Ölçeği ile plak indeksi arasında negatif korelasyon saptarken Galgut ve ark. plak indeksi ile MHLC arasında korelasyon bulunamışlar, Ludenia ve Donham ise ağız sağlığı durumu, MHLC ve periodontal hastalık derecesi arasında anlamlı korelasyon saptamışlardır. Galgut ve ark., ağız hijyeni eğitimi sonrası plak düzeyi ve plak skoru değişim düzeyi ile MHLC'nin PHLC altölçeği arasında pozitif yönde, IHLC ve CHLC arasında negatif yönde bir korelasyon bulmuşlardır (59, 97, 189).

Wolfe ve ark. tarafından DCBS'nin ağız hijyeni müdahalelerini (dikkat, eğitim ve bilişsel davranışsal müdahale) takiben oluşan bilişsel değişimlerin ölçülmesinde kullanıldığı araştırmada, bilişsel davranışsal müdahalenin uygulandığı bireylerde müdahale öncesi ve sonrasında diş fırçalama ve diş ipi kullanarak diş hastalıklarından korunma ve kontrol inancı açısından skalanın her bir altölçeği ile anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Her 3 müdahale yönteminde de müdahale sonrası içsel kontrol inancı artmakta, dışsal kontrol inancı azalmaktadır ( 190 ).

Türk ve Alman ebeveynlerin ağız sağlığının korunmasına yönelik tutumlarının incelendiği çalışmada DCBS, HLOC ve kişisel yeterlilik ölçütleri kullanılmıştır. Türk ebeveynler Alman ebeveynlere göre daha düşük içsel kontrol, daha yüksek dışsal kontrol odaklı olup daha fazla yanlış ağız sağlığı inançları göstermekte ve yalnızca ağrı oldu-

ğunda diş doktoruna gitmektedirler (154 ).

Ağız sağlığı alanında, Knecht tarafından diabetik hastaların ağız sağlığı davranışlarının psiko - sosyal karakterlerinin değerlendirildiği çalışmada Wolfe ve ark. tarafından 1991 yılında geliştirilen DCBS'den uyarlanmış, 8 maddelik Ağız Sağlığı Kontrol Odağı (Dental Locus of Control) ölçeği kullanılmış ve bu ölçekten yüksek puan alan hastaların daha sık diş hekimine gittikleri, daha düşük plak indeksine, kök yüzey çürüğüne ve daha az çürük diş sayısına sahip oldukları saptanmıştır. Kent ve ark., iyi ağız sağlığı ve içsel kontrol arasında, Wolfe ve ark., dışsal kontrol ve yüksek plak indeksi arasında, Borkowska ve ark., şans ile artan periodontal cep derinliği arasında ilişki saptamışlardır. Regis ve ark. ile Macgregor ve ark. ise kontrol odağının diş fırçalama davranışıyla ilgili gibi görünmesine rağmen bununla ilgili güvenilir sonuçların mevcut olmadığını ileri sürmektedirler. West ve ark., kontrol inancı ile diş hekimi randevularına uyma arasında herhangi bir ilişki bulamamışlardır. Scruggs ve ark., ağız hijyeni uygulamaları ile şans kontrol inancı arasında anlamlı bir korelasyon bulmazken, Wolfe ve ark., ağız hijyeni uygulamaları ile dışsal ve içsel kontrol inancı arasında anlamlı korelasyon bulmuşlardır ( 27, 79, 82, 189, 190 ).

Astrøm ve Blay, okul çocuklarında MHLC'nin 3 altölçekli psikometrik yapısını, ağız hijyeni davranışlarını, ağız sağlığı bilgisini ve sağlık değeri arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri çalışmalarında, IHLC ve PHLC / CHLC oluşan EHLC olarak adlandırılan 2 altölçekli yapıyı önermişler ve ağız sağlığı bilgisi ile EHLC arasında anlamlı negatif korelasyon, ağız sağlığı bilgisi ile IHLC arasında - ağız hijyeni davranışları ile EHLC arasında - sağlık değeri ile IHLC arasında anlamlı pozitif korelasyon saptamışlardır ( 14 ).

Çok boyutlu sağlık kontrol odağının kullanıldığı bazı çalışmalarda sağlık kontrol inancının sağlıkla ilgili davranışlar üzerinde az etkili olduğu, sağlıklılık durumundan çok hastalık durumuyla ilişki kurulmasına yol açtığı ve hastalıkla ilgili davranış değişiminin daha iyi bir göstergesi olduğu ileri sürülmektedir. Bundan dolayı da MHLC ölçeğinin yerine daha hassas ve duyarlı bir ölçeğin gereksinimine dikkat çekilmektedir ( 32). HLOC ölçeği ile yapılan çalışmalarda ortaya çıkan çelişkili sonuçlar, ölçeğin yanlış kullanımından kaynaklanmaktadır. Allison'a göre genel ölçütlerden çok duruma özel ölçütlerin kullanılması ile bu durum giderilebilmektedir. Sağlığı geliştirici davranışların saptanmasında MHLC ve bireysel sağlık değerinin beraber kullanıldığı sosyo - ekonomik değişkenleri de dikkate alan çalışmalara ihtiyaç vardır (46). Wallston HLOC ölçeğinin, koruyucu davranışın uygulanmasında bireysel kapasiteyi gösteren ve algılanan sağlık olarak adlandırılan yapının yalnızca bir bölümü olduğunu bildirmektedir (82).

## **2.2 GEREÇ VE YÖNTEM**



## 2.2.1. GEREÇ

### ■ Araştırmanın şekli

Kentli erişkinlerde ağız diş sağlığı algısının ve sağlık davranışının değerlendirebileceği Çok Boyutlu Ağız Diş Sağlığı Kontrol Odağı Ölçeği (ÇBASKO) ve Ağız Diş Sağlığı Davranış Skalasının (ADSD) geliştirilmesi amacıyla planlanan çalışmamız anket yönteminin kullanıldığı psikometrik ve tanımlayıcı bir araştırmadır. Çalışma 5 aşamada gerçekleştirilmiştir.

Birinci aşamada, ölçek sorularının hazırlanmasına rehber olmak amacıyla kentli erişkinlerin sağlık bilinci ve sağlığını geliştirme yetkinliği, sağlık ihtiyaçlarındaki öncelikleri, ağız diş sağlığının belirleyici faktörleri, sağlıklı yaşama biçimini oluşturan faktörler ve kontrol odağı hakkında bilgi sahibi olmak için 107 kişilik bir örnekleme anket yöntemi kullanılarak tanımlayıcı bir ön çalışma gerçekleştirilmiştir.

İkinci aşamada, birinci aşama sonunda elde edilen veriler doğrultusunda orijinal MHLC ölçeğinin A ve B formlarının Türk diline çevirisi araştırmacı, danışman, Dr. Nilüfer Bora ve İ. Ü. Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bilim Dalı Araş. Gör. Göklem Tekdemir'den oluşan çeviri denetleme grubu tarafından gerçekleştirildikten sonra 68 kişilik bir grupta, 30 maddeden oluşan ÇBASKO Ölçeği, 10 maddeden oluşan Yaşamdaki Değerler Listesi (YDL) ve Sağlık İhtiyaçları Öncelik Belirleme Listesinin (SİÖBL) anlaşılabilirliği ile ölçek maddelerinin madde analizleri gerçekleştirilmiştir.

Üçüncü aşamada, 10 maddeden oluşan YDL ve Sağlık Bilgisi Öncelik Belirleme Listesi (SBÖBL) ile ÇBASKO Ölçeğinin anlaşılabilirliği ve madde analizleri sonucunda nihai şekli verilen 26 maddelik ÇBASKO ölçeğinin 79 kişilik bir örnekleme geçerlik ve güvenirlik çalışması gerçekleştirilmiştir.

Dördüncü aşamada, YDL, SBÖBL, ÇBASKO Ölçeği, Kişisel Bildirim Formu (KBF) ve Ağız Diş Sağlığı Bildirim Formu (ADBF) tez yürütücüsü tarafından gerçekleştirilen ağız muayenesi ile birlikte uygulanmış ve ölçeğin 165 kişilik bir örnekleme geçerlik ve güvenirlik çalışması gerçekleştirilmiştir. Bu aşama esnasında İ. Ü. Rektörlüğü Bilimsel Araştırma Projeleri Yürütücü Sekreterliğine başvurulmuş ve T-217/06032003 sayılı, 12 ay süreli "Kentli Erişkinlerde Ağız Diş Sağlığı Algısı ve Sağlık Davranışının İncelenmesi" başlıklı proje olarak Bilimsel Araştırma Komisyonu'nun 03.03.2003 tarih ve 08/2003 sayılı toplantısında görüşülerek Etik Kurul onayı alınması şartı ile 6.000.000.000 TL ile desteklenmesi uygun bulunmuş ve İ. Ü. Rektörlüğünce de 06.03.2003 tarihinde onaylanmıştır. İ. Ü. Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu'nun Behçet Kütüphanesi'nde gerçekleştirdiği 14.05.2003 tarihli ve 05 no'lu toplantısında etik yönden bir sakınca taşımadığına ve uygulamaya konulabileceğine karar verilmiştir. 6 Kasım

2003 tarihinde yapılan ihalede projenin saha çalışmasının Mayak Worldwide Research Araştırma Şirketi tarafından yürütülmesine karar verilmiştir.

Beşinci aşamada, YDL, SBÖBL, ÇBASKO Ölçeği, KBF ve ADBF'yi kapsayan anket formu 1000 kişilik örnekleme tez yürütücüsü denetiminde Mayak Worldwide Research Araştırma Şirketinin anketörleri vasıtasıyla uygulanmış ve ölçeğin 1000 kişilik bir örnekleme geçerlik ve güvenilirlik çalışması gerçekleştirilmiştir.

#### ▪ Araştırmanın yapıldığı yer ve zaman

Araştırmanın beş aşaması da İstanbul Anakent İl sınırları içinde Mart 2002 – Ocak 2004 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

#### ▪ Araştırma evreni ve örnekleme

Araştırmanın ilk dört aşamasında araştırma örnekleme, küçük ve orta ölçekte iki şirket çalışanları ve iki ilköğretim okulunda görev yapan öğretmen ve çalışanlarından oluşturulmuştur.

Araştırmanın beşinci aşamasında, araştırma evreni İstanbul Anakent sınırları içerisinde yaşayan yetişkinler olarak tanımlanmış ve araştırma hedef kitlesi, İstanbul Anakent sınırları içerisinde yaşayan 18 ve üzeri yaş kadın ve erkekler olarak belirlenmiştir. 20 Kasım – 5 Aralık 2003 tarihleri arasında İstanbul Anakent sınırları içerisinde yaşayan 18 ve üzeri yaştaki 1000 kişiden anket formu ( ek 5 ) aracılığı ile veri toplanmıştır. Görüşülecek kişilerin seçimi; ilçe, cinsiyet, yaş ve eğitim değişkenlerinden oluşturulan kota örnekleme tekniğine göre yapılmıştır. 1000 kişilik örnekleme büyüklüğü %95 güven aralığında, ( $p=0,5$  ;  $q=0,5$  değerleri alınmıştır) artı/eksi yüzde 3,1 hata payıyla çözümlenmeye olanak veren bir büyüklüktedir.

Görüşülecek kişilerin ilçelere göre dağılımının belirlenmesinde DİE 2000 Nüfus Sayımı verileri kullanılmış ve bu belirleme iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Birinci aşamada milletvekili seçimlerinde de kullanılan ve İstanbul'u 3'e ayıran "seçim bölgeleri" değişkeni dikkate alınmış ve ancak araştırma evreni İstanbul Anakent Sınırları'nı kapsadığı için Büyükçekmece, Çatalca, Sultanbeyli, Şile, Silivri ilçeleri kapsam dışı tutulmuştur. Anadolu, Haliç altı ve üstü olmak üzere 3 bölge saptanmıştır ( Tablo 1). Görüşülecek 1000 kişinin bölgelere göre ve ilçelere göre dağılımı hesaplanmıştır ( Tablo 2). Kota değişkenleri olarak "ilçe" değişkeni dışında; cinsiyet, yaş ve öğrenim düzeyi değişkenleri kullanılmıştır. Kota değişkenlerinin evrendeki payı ise DİE 2000 Genel Nüfus sayımı verileri baz alınarak hesaplanmıştır. DİE 2000 Genel Nüfus Sayımı verilerine göre; cinsiyet, yaş, öğrenim düzeyi değişkenlerinin her bir bölge içindeki dağılımı

dikkate alınarak örneklem dağılımı elde edilmiştir ( Tablo 3 ).

**Tablo 1. Örneklem bölgelere göre dağılımı**

	ARAŞTIRMA EVRENİ		ÖRNEKLEM	
	DİE, 2000 18+ Yaş Nüfus	%	n	%
1. Bölge (Anadolu)	2.067.200	34,43	344	34,40
2. Bölge (Haliç altı)	1.982.293	33,02	330	33,00
3. Bölge (Haliç üstü)	1.954.431	32,55	326	32,60
<b>ANAKENT TOPLAMI</b>	<b>6.003.924</b>	<b>100,00</b>	<b>1.000</b>	<b>100,00</b>

**Tablo 2. Örneklem ilçelere göre dağılımı**

<b>1.BÖLGE (ANADOLU YAKASI)</b>	<b>2.053.736</b>	<b>100,00</b>		<b>344</b>	<b>100,00</b>
. Kadıköy	506.112	24,64		85	24,71
. Üsküdar	348.574	16,97		58	16,86
. Ümraniye	283.360	13,80		47	13,66
. Maltepe	253.943	12,36		43	12,50
. Pendik	244.918	11,93		41	11,92
. Kartal	229.495	11,17		38	11,05
. Beykoz	116.570	5,68		20	5,81
. Tuzla	70.764	3,45		12	3,49
. Adalar (*)	-	-		-	-
<b>2.BÖLGE (HALIÇ ALTI)</b>	<b>1.982.293</b>	<b>100,00</b>		<b>330</b>	<b>100,00</b>
. Gaziosmanpaşa	413.074	20,84		69	20,91
. Fatih	294.542	14,86		49	14,85
. Kağıthane	228.814	11,54		38	11,52
. Şişli	204.179	10,30		34	10,30
. Bayrampaşa	168.200	8,49		28	8,48
. Beyoğlu	161.130	8,13		27	8,18
. Eyüp	159.042	8,02		26	7,88
. Sarıyer	155.547	7,85		26	7,88
. Beşiktaş	154.304	7,78		26	7,88
. Eminönü (**)	43.461	2,19		7	2,12
<b>3.BÖLGE (HALIÇ ÜSTÜ)</b>	<b>1.954.431</b>	<b>100,00</b>		<b>326</b>	<b>100,00</b>
. Küçükçekmece	383.283	19,61		64	19,63
. Bağcılar	342.215	17,51		57	17,48
. Bahçelievler	322.240	16,49		54	16,56
. Esenler	235.681	12,06		39	11,96
. Güngören	184.898	9,46		31	9,51
. Zeytinburnu	166.491	8,52		28	8,59
. Bakırköy	164.832	8,43		27	8,28
. Avcılar	154.791	7,92		26	7,98

(\*) 1.Bölge toplamı içerisinde Adalar ilçesinin ağırlığı son derece düşük olduğu için kapsam dışı tutulmuştur.

(\*\*) İşyerlerinin ağırlıkta olduğu Eminönü ilçesinin 7 anketlik uygulaması, sahanın durumuna göre Eyüp ve Fatih ilçelerine kaydırılmıştır.

Tablo 3a. Kota değişkenlerine göre örneklemin dağılımı

I.BÖLGE (ANADOLU YAKASI)											
		18+ YAŞ DİE, 2000 NÜFUS					18+ YAŞ DİE, 2000 NÜFUS (%)				
		İlkokul ve daha az	Orta okul	Lise	Yüksek okul	TOPLAM	İlkokul ve daha az	Orta okul	Lise	Yüksek okul	TOPLAM
ERKEK	18-24 yaş	65.662	31.492	97.186	19.946	214.286	3,18	1,52	4,70	0,97	10,37
	25-34 yaş	115.292	40.535	70.591	55.877	282.295	5,58	1,96	3,42	2,70	13,66
	35-44 yaş	105.969	30.182	48.311	38.650	223.112	5,13	1,46	2,34	1,87	10,80
	45-54 yaş	77.991	16.093	22.391	31.083	147.558	3,77	0,78	1,08	1,50	7,14
	55+ yaş	85.072	12.810	21.377	27.086	146.345	4,12	0,62	1,03	1,31	7,08
	<b>TOPLAM</b>	<b>449.986</b>	<b>131.112</b>	<b>259.856</b>	<b>172.642</b>	<b>1.013.596</b>	<b>21,77</b>	<b>6,34</b>	<b>12,57</b>	<b>8,35</b>	<b>49,04</b>
KADIN	18-24 yaş	85.688	20.284	88.216	22.947	217.135	4,15	0,98	4,27	1,11	10,51
	25-34 yaş	146.430	25.119	60.074	49.789	281.412	7,09	1,22	2,91	2,41	13,62
	35-44 yaş	135.653	17.993	42.354	26.724	222.724	6,56	0,87	2,05	1,29	10,78
	45-54 yaş	98.645	11.595	22.851	15.292	148.383	4,77	0,56	1,11	0,74	7,18
	55+ yaş	132.929	16.362	24.364	9.843	183.498	6,43	0,79	1,18	0,48	8,88
	<b>TOPLAM</b>	<b>599.345</b>	<b>91.353</b>	<b>237.859</b>	<b>124.595</b>	<b>1.053.152</b>	<b>29,00</b>	<b>4,42</b>	<b>11,51</b>	<b>6,03</b>	<b>50,96</b>
<b>GENEL TOPLAM</b>		<b>1.049.331</b>	<b>222.465</b>	<b>497.715</b>	<b>297.237</b>	<b>2.066.748</b>	<b>50,77</b>	<b>10,76</b>	<b>24,08</b>	<b>14,38</b>	<b>100,00</b>
<b>ÖRNEKLEM (n)</b>											
		İlkokul ve daha az	Orta okul	Lise	Yüksek okul	TOPLAM	İlkokul ve daha az	Orta okul	Lise	Yüksek okul	TOPLAM
ERKEK	18-24 yaş	11	5	16	3	35	3,20	1,45	4,65	0,87	10,17
	25-34 yaş	19	7	12	9	47	5,52	2,03	3,49	2,62	13,66
	35-44 yaş	18	5	8	6	37	5,23	1,45	2,33	1,74	10,76
	45-54 yaş	13	3	4	5	25	3,78	0,87	1,16	1,45	7,27
	55+ yaş	14	2	4	5	25	4,07	0,58	1,16	1,45	7,27
	<b>TOPLAM</b>	<b>75</b>	<b>22</b>	<b>44</b>	<b>28</b>	<b>169</b>	<b>21,80</b>	<b>6,40</b>	<b>12,79</b>	<b>8,14</b>	<b>49,13</b>
KADIN	18-24 yaş	14	3	15	4	36	4,07	0,87	4,36	1,16	10,47
	25-34 yaş	24	4	10	8	46	6,98	1,16	2,91	2,33	13,37
	35-44 yaş	23	3	7	4	37	6,69	0,87	2,03	1,16	10,76
	45-54 yaş	16	2	4	3	25	4,65	0,58	1,16	0,87	7,27
	55+ yaş	22	3	4	2	31	6,40	0,87	1,16	0,58	9,01
	<b>TOPLAM</b>	<b>99</b>	<b>15</b>	<b>40</b>	<b>21</b>	<b>175</b>	<b>28,78</b>	<b>4,36</b>	<b>11,63</b>	<b>6,10</b>	<b>50,87</b>
<b>GENEL TOPLAM</b>		<b>174</b>	<b>37</b>	<b>84</b>	<b>49</b>	<b>344</b>	<b>50,58</b>	<b>10,76</b>	<b>24,42</b>	<b>14,24</b>	<b>100,00</b>

Tablo 3b. Kota değişkenlerine göre örneklemin dağılımı

2.BÖLGE (HALIÇ ALTI)											
18+ YAŞ DİE, 2000 NÜFUS						18+ YAŞ DİE, 2000 NÜFUS (%)					
		İlkokul ve daha az	Orta okul	Lise	Yüksekokul	TOPLAM	İlkokul ve daha az	Orta okul	Lise	Yüksekokul	TOPLAM
	25-34 yaş	144.174	42.539	65.745	42.082	294.540	7,27	2,15	3,32	2,12	14,86
	35-44 yaş	121.149	29.199	39.471	24.524	214.343	6,11	1,47	1,99	1,24	10,81
	45-54 yaş	89.156	14.503	15.488	17.514	136.661	4,50	0,73	0,78	0,88	6,90
	55+ yaş	94.496	11.315	12.981	14.925	133.717	4,77	0,57	0,65	0,75	6,75
	<b>TOPLAM</b>	<b>536.811</b>	<b>129.148</b>	<b>222.055</b>	<b>114.945</b>	<b>1.002.959</b>	<b>27,09</b>	<b>6,52</b>	<b>11,20</b>	<b>5,80</b>	<b>50,61</b>
KADIN	18-24 yaş	99.055	20.031	77.822	17.844	214.752	5,00	1,01	3,93	0,90	10,84
	25-34 yaş	157.602	24.762	48.078	34.874	265.316	7,95	1,25	2,43	1,76	13,39
	35-44 yaş	140.454	15.892	27.668	16.614	200.628	7,09	0,80	1,40	0,84	10,12
	45-54 yaş	101.160	9.035	12.747	9.395	132.337	5,10	0,46	0,64	0,47	6,68
	55+ yaş	133.999	11.177	14.256	6.491	165.923	6,76	0,56	0,72	0,33	8,37
	<b>TOPLAM</b>	<b>632.270</b>	<b>80.897</b>	<b>180.571</b>	<b>85.218</b>	<b>978.956</b>	<b>31,90</b>	<b>4,08</b>	<b>9,11</b>	<b>4,30</b>	<b>49,39</b>
<b>GENEL TOPLAM</b>		<b>1.169.081</b>	<b>210.045</b>	<b>402.626</b>	<b>200.163</b>	<b>1.981.915</b>	<b>58,99</b>	<b>10,60</b>	<b>20,31</b>	<b>10,10</b>	<b>100,00</b>
ÖRNEKLEM (n)						ÖRNEKLEM (%)					
		İlkokul ve daha az	Orta okul	Lise	Yüksekokul	TOPLAM	İlkokul ve daha az	Orta okul	Lise	Yüksekokul	TOPLAM
	25-34 yaş	24	6	11	7	48	7,27	1,82	3,33	2,12	14,55
	35-44 yaş	20	5	7	4	36	6,06	1,52	2,12	1,21	10,91
	45-54 yaş	15	2	3	3	23	4,55	0,61	0,91	0,91	6,97
	55+ yaş	16	2	2	2	22	4,85	0,61	0,61	0,61	6,67
	<b>TOPLAM</b>	<b>90</b>	<b>20</b>	<b>38</b>	<b>19</b>	<b>167</b>	<b>27,27</b>	<b>6,06</b>	<b>11,52</b>	<b>5,76</b>	<b>50,61</b>
KADIN	18-24 yaş	16	3	13	3	35	4,85	0,91	3,94	0,91	10,61
	25-34 yaş	26	4	8	6	44	7,88	1,21	2,42	1,82	13,33
	35-44 yaş	23	3	5	3	34	6,97	0,91	1,52	0,91	10,30
	45-54 yaş	17	2	2	2	23	5,15	0,61	0,61	0,61	6,97
	55+ yaş	22	2	2	1	27	6,67	0,61	0,61	0,30	8,18
	<b>TOPLAM</b>	<b>104</b>	<b>14</b>	<b>30</b>	<b>15</b>	<b>163</b>	<b>31,52</b>	<b>4,24</b>	<b>9,09</b>	<b>4,55</b>	<b>49,39</b>
<b>GENEL TOPLAM</b>		<b>194</b>	<b>34</b>	<b>68</b>	<b>34</b>	<b>330</b>	<b>58,79</b>	<b>10,30</b>	<b>20,61</b>	<b>10,30</b>	<b>100,00</b>

Tablo 3c. Kota değişkenlerine göre örneklemin dağılımı

3.BÖLGE (HALİÇ ÜSTÜ)											
18+ YAŞ DİE, 2000 NÜFUS							18+ YAŞ DİE, 2000 NÜFUS (%)				
		İlkokul ve daha az	Orta okul	Lise	Yüksekokul	TOPLAM	İlkokul ve daha az	Orta okul	Lise	Yüksekokul	TOPLAM
ERKEK	18-24 yaş	91.911	33.237	77.176	14.297	216.621	4,70	1,70	3,95	0,73	11,09
	25-34 yaş	155.065	45.564	67.426	35.022	303.077	7,94	2,33	3,45	1,79	15,51
	35-44 yaş	123.106	29.546	43.465	21.555	217.672	6,30	1,51	2,22	1,10	11,14
	45-54 yaş	84.840	14.969	16.752	15.570	132.131	4,34	0,77	0,86	0,80	6,76
	55+ yaş	79.087	9.819	10.343	8.967	108.216	4,05	0,50	0,53	0,46	5,54
	TOPLAM	534.009	133.135	215.162	95.411	977.717	27,33	6,81	11,01	4,88	50,04
KADIN	18-24 yaş	121.449	21.946	71.213	15.512	230.120	6,22	1,12	3,64	0,79	11,78
	25-34 yaş	177.868	27.012	50.883	26.985	282.748	9,10	1,38	2,60	1,38	14,47
	35-44 yaş	148.040	16.913	29.428	12.155	206.536	7,58	0,87	1,51	0,62	10,57
	45-54 yaş	101.225	9.750	10.615	6.359	127.949	5,18	0,50	0,54	0,33	6,55
	55+ yaş	112.250	7.077	6.815	2.763	128.905	5,74	0,36	0,35	0,14	6,60
	TOPLAM	660.832	82.698	168.954	63.774	976.258	33,82	4,23	8,65	3,26	49,96
GENEL TOPLAM		1.194.841	215.833	384.116	159.185	1.953.975	61,15	11,05	19,66	8,15	100,00
ÖRNEKLEM (n)							ÖRNEKLEM (%)				
		İlkokul ve daha az	Orta okul	Lise	Yüksekokul	TOPLAM	İlkokul ve daha az	Orta okul	Lise	Yüksekokul	TOPLAM
ERKEK	18-24 yaş	15	6	13	2	36	4,60	1,84	3,99	0,61	11,04
	25-34 yaş	26	8	11	5	50	7,98	2,45	3,37	1,53	15,34
	35-44 yaş	21	5	7	4	37	6,44	1,53	2,15	1,23	11,35
	45-54 yaş	14	2	3	3	22	4,29	0,61	0,92	0,92	6,75
	55+ yaş	13	2	2	1	18	3,99	0,61	0,61	0,31	5,52
	TOPLAM	89	23	36	15	163	27,30	7,06	11,04	4,60	50,00
KADIN	18-24 yaş	20	4	12	3	39	6,13	1,23	3,68	0,92	11,96
	25-34 yaş	29	4	8	5	46	8,90	1,23	2,45	1,53	14,11
	35-44 yaş	25	3	5	2	35	7,67	0,92	1,53	0,61	10,74
	45-54 yaş	17	2	2	1	22	5,21	0,61	0,61	0,31	6,75
	55+ yaş	19	1	1	0	21	5,83	0,31	0,31	0,00	6,44
	TOPLAM	110	14	28	11	163	33,74	4,29	8,59	3,37	50,00
GENEL TOPLAM		199	37	64	26	326	61,04	11,35	19,63	7,98	100,00

Kota değişkenlerinin dağılımında, her ilçenin kendi içindeki dağılımı bulunduğu bölgenin dağılımına benzer bir yapıda oluşturulmuştur. Mahalle dağılımı da dikkate alınarak hemen hemen her 10 anketlik uygulamada bir mahalle değiştirilmişt ve ilçenin belirli bir noktasında oluşabilecek yığılmalar engellenmiştir. Bu uygulamalarla kota örneklem tekniğinin sakıncaları minimize edilmeye çalışılmıştır.

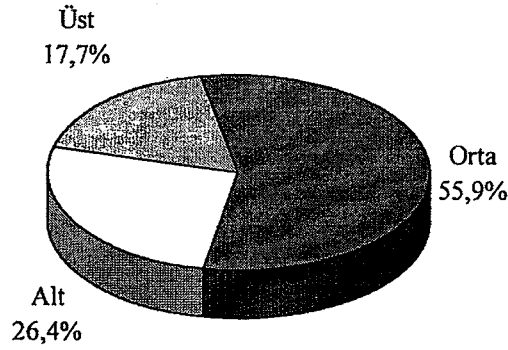
Araştırmanın sosyo - ekonomik statü indeksinin oluşturulmasında ek 6'da görülen Veri Araştırma A.Ş. tarafından geliştirilen toplumsal tabakalanma indeksi (VERİ S.E.S.İ, Veri Sosyo Ekonomik Statü İndeksi ) kullanılmıştır ( Grafik 1). Hane bireylerinin çalışma biçim ve konumları, ortalama öğrenim düzeyleri, hanenin yaşadığı kentsel mekân ve hanede kullanılan yaşamı kolaylaştırıcı araçlardan hareketle geliştirilen toplumsal tabakalaşma modeli (VERİ S.E.S.İ.), üst (A ve B), orta (C1 ve C2) ve alt (D ve E) sosyo - ekonomik tabakaların (sınıfların) tanımlanmasının temelini oluşturmaktadır. Bu model çerçevesinde sosyo - ekonomik tabakalar belirlenirken kişi hane geliri bir değişken olarak kullanılmamaktadır. Sosyo - Ekonomik Statü İndeksi'nin oluşturulmasında dört temel değişken kullanılmıştır:

1. Aile reisi ve üyelerinin çalışma biçim ve konumu,
2. Aile reisi ve üyelerinin öğrenim düzeyi,
3. Ev sahipliği ve yaşanan mekanın toplumsal değeri,
4. Sahip olunan eşya ve araçlar.

Araştırma kapsamına giren hanelerin ve tek tek bireylerinin konumlarından hareketle VERİ Sosyo - Ekonomik Statü İndeksi'ne göre oluşturulan sosyo - ekonomik tabakalar (sınıflar) kentsel Türkiye hanelerini temel olarak üç ana, altı alt kesime ayrılmaktadır ( Tablo 4 ). Bir hanenin dört ayrı değişkenden tek tek alabileceği puan 1-5 arasında değişmekte ve dört değişkenden alabileceği toplam puan ise 4 ile 20 arasında dağılım göstermektedir. Bu yapıya göre VERİ Sosyo - Ekonomik Statü İndeks değerleri aşığıda sergilenmiştir.

	<b>Sınıf</b>	<b>Toplam puan</b>
En üst sosyo-ekonomik tabaka	A	18-20 arasında
Üst sosyo-ekonomik tabaka	B	15-17 arasında
Orta-üst sosyo-ekonomik tabaka	C1	12-14 arasında
Orta alt sosyo-ekonomik tabaka	C2	10-11 arasında
Alt sosyo-ekonomik tabaka	D	7-9 arasında
En alt sosyo-ekonomik tabaka	E	4-6 arasında

**Grafik 1 Toplumsal tabakalara göre görüşülenlerin dağılımı.**



**Tablo 4-Toplumsal tabakalara göre görüşülenlerin dağılımı.**

	VERİ SGT 2000 (*)	VERİ SGT 2002 (*)	Bu Araştırma (Ekim 2003) İstanbul
En üst sosyo ekonomik tabaka (A)	1,8	1,5	2,7
Üst sosyo ekonomik tabaka (B)	8,3	6,7	15,0
Orta sosyo ekonomik tabaka (C1)	20,8	17,7	31,9
Orta alt sosyo ekonomik tabaka (C2)	24,2	20,1	24,0
Alt sosyo ekonomik tabaka (D)	37,3	40,0	23,2
En alt sosyo ekonomik tabaka (E)	7,6	14,0	3,2
<b>GENEL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

(\*) Veri Araştırma A.Ş. VERİ SGT (Statü Gelir Tüketim Araştırmaları, Kentsel Türkiye -20 bin ve üzeri nüfuslu yerleşim yeri- verileri)

### 2.2.1.1 ARAŞTIRMADA KULLANILAN FORMLAR

#### ▪ Birinci Aşamada Kullanılan Formlar

Kentli erişkinlerin sağlık bilinci ve sağlığını geliştirme yetkinliği, sağlık ihtiyaçlarındaki öncelikleri, ağız diş sağlığının belirleyici faktörleri, sağlıklı yaşama biçimini oluşturan faktörleri ve kontrol odağı hakkında bilgi sahibi olmak için danışman ve araş-



tırmacı tarafından 20 açık uçlu ve 4 yapılandırılmış sorudan oluşan 24 soruluk anket formu ( ek 1) hazırlanmıştır. Bireylerden anlamadıkları soruları işaretlemeleri ve sorularla ilgili düşüncelerini formun alt kısmında bildirmeleri istenmiştir. Anket formları araştırmacı tarafından sorularla ilgili ayrıntılı bir açıklama yapıldıktan sonra bireylere müdahale edilmeden uygulanmıştır.

### ▪ İkinci Aşamada Kullanılan Formlar

Birinci aşama sonunda elde edilen veriler doğrultusunda araştırmacı, danışman ve A.Ü. Dil Tarih Coğrafya Fakültesi Psikolojisi Bölümü öğretim üyesi Prof Dr. Nesrin Şahin'den oluşan denetleyici grup tarafından Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağının (MHLC) A ve B formları dikkate alınarak hazırlanan 30 maddeden oluşan ÇBASKO Ölçeği, 10 maddeden oluşan YDL ve SİÖBL'le birlikte ağız diş bakımının hangi sağlık konusu içinde değerlendirildiğini belirleyen soruyu içeren anket formu ( ek 2 ) kullanılmıştır. ÇBASKO ölçeği maddeleri 5'li likert formunda (kesinlikle aynı fikirde değilim, aynı fikirde değilim, karar veremiyorum, aynı fikirdeyim, tamamen aynı fikirdeyim) , YDL ( sağlık, rahat bir yaşam, başarı duygusu, içsel uyum, mutluluk, özgürlük, öz saygı, heyecan dolu bir yaşam, keyif, saygınlık) ve SİÖBL ( akıl ve ruh sağlığı, bedensel sağlık, sağlık hizmetlerinden yararlanım, beslenme, bulaşıcı olan ve olmayan hastalıklardan korunma, kişisel öz bakımı detaylarıyla öğrenme, kazalardan korunma, sağlıkta hasta hakları, sigara-alkol ve madde kullanımı, cinsel sağlık ) ise bireylerin önem sırasına göre 10 maddeyi sıralayabilecekleri tarzda hazırlanmıştır.

### ▪ Üçüncü Aşamada Kullanılan Formlar

İkinci aşamada Orijinal MHLC Ölçeğine bağlı olarak hazırlanan ÇBASKO ölçeği maddelerinin madde analizi sonucunda toplam puan korelasyon katsayıları istatistiki olarak anlamlı olmayan 11 maddenin çıkartılmasına karar verilmiştir. Ölçek maddelerinden madde toplam puan korelasyonları yüksek ve istatistiki olarak anlamlı sorular olduğu gibi alınmıştır. Birinci aşamada değerlendirilen açık uçlu ve yapılandırılmış sorular dikkate alınarak denetleyici grup tarafından hazırlanan 7 yeni madde ve bir önceki aşamada saptanan 19 maddeden oluşan 26 maddelik 4'li likert yanıt skalalı ( kesinlikle katılmıyorum, biraz katılıyorum, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum ) yeni bir ölçek için anket formu ( ek 3) hazırlanmıştır. İkinci aşamada kullanılan YDL ( her açıdan sağlıklı olma, herhangi bir hastalığın olmaması, ekonomik açıdan rahat / refah içinde yaşam, her açıdan sağlıklı bir çevrede yaşama, içsel uyum, mutluluk, özgürlük, başarı duygusu, heyecan dolu canlı / aktif yaşam, saygınlık ) ve SİÖBL 'nin maddelerinde bazı değişiklikler yapılmış ve SİÖBL 'nin adı SBÖBL ( akıl ve ruh sağlığı, sağlıklı - yeterli / dengeli - kilo kontrolü ile ilgili beslenme, bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunma, kişisel öz bakımı detaylarıyla öğrenme, çevre sağlığı, bedensel sağlık - spor - egzersiz, ağız diş

sağlığı, kazalardan korunma, sigara - alkol ve madde kullanımı zararları, cinsel sağlık ) olarak değiştirilmesine karar verilmiştir. Form bireylerin önem sırasına göre 10 maddeyi sıralayabilecekleri tarzda hazırlanmıştır. YDL'ndeki keyif, öz saygı, rahat bir yaşam maddeleri çıkartılarak her açıdan sağlıklı olma, herhangi bir hastalığın olmaması, her açıdan sağlıklı bir çevrede yaşam maddeleri ilave edilmiştir. SİÖBL'ndeki sağlıkta hasta hakları ve sağlık hizmetlerinden yararlanım maddeleri çıkartılarak SBÖBL'nde yerine çevre sağlığı, ağız diş sağlığı maddeleri ilave edilmiştir.

#### ■ Dördüncü Aşamada Kullanılan Formlar

Cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, eğitim durumu, aylık hane halkı geliri, kente yaşam süresi, hastalık şikayetleri ve sağlık güvencesi verilerini elde etmek için KBF, ağız sağlığı durumları ve uyguladıkları sağlık davranışlarını tespit edebilmek için yapılandırılmış 15 soruluk ADBF, yeni geliştirilen 26 maddelik 4'li likert yanıt skalası ( kesinlikle katılmıyorum, biraz katılıyorum, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum ) ÇBASKO ölçeği ile YDL ve SBÖBL'nden oluşan anket formu kullanılmıştır. Araştırmacı tarafından bireylere sağlık eğitimi verildikten ve bireyler dişlerini fırçaladıktan sonra ağız muayenesi yapılarak ölçeğin dış ölçütlere dayalı kriter geçerliğinde kullanılacak klinik muayene formu ( ek 4 ) aracılığıyla klinik indeksler doldurulmuştur.

Klinik muayene formunda dişleri belirlemeye yarayan ağız şeması ile DMFT, Gİ, Pİ, Bİİ indeksinin değerlendirildiği ayrı şemalar yer almaktadır.

DMFT: Çürük (D), çekilmiş (M) ve dolgulu dişler (F) aşağıdaki sınıflama dikkate alınarak kaydedilmiştir. DMFT indeksi ağızdaki toplam çürük, çekilmiş ve doldurulmuş diş sayısını değerlendirmektedir.

D1	: Kavitsiz aktif
D2	: Kavitesiz inaktif
D3	: Kaviteli aktif
D4	: Kaviteli inaktif

**Gİ:** Diş eti iltihabını ölçmek için Silness – Löe Gingival İndeks'i kullanılarak, dişlerin vestibül , palatinal, mesial, distal yüzeylerinde ağız sondası muayene yapılarak formda belirtilen skorlar dahilinde değerlendirilmiştir.

**Pİ:** Araştırmada Silness – Löe Plak İndeksi kullanılmıştır. Dişlerin vestibül, palatinal, mesial, distal ve oklüzal yüzeylerinde biriken plak bazik fuksin adı verilen plak boyayıcı uygulandıktan sonra formda belirtilen skorlar dahilinde değerlendirilmiştir.

**BBİ:** Bireylerin fırçalamayla diş yüzeyinden temizleyemedikleri plak 6 rehber dişin vestibül ve palatinal yüzeyleri temel alınarak formda belirtilen skorlar dahilinde değerlendirilmiştir.

#### ▪ Beşinci Aşamada Kullanılan Formlar

ÇBASKO Ölçeği, YDL, SİÖBL, KBF ve ADBF'nu içeren anket formuna ( ek 5), anketör denetimini sağlayabilmek için görüşülen kişinin adı soyadı, telefonu, ikamet yerinin ilçe/ mahallesi ile anketör bilgisinin olduğu bölümle SES'i değerlendirmek için VERİ S.E.S.İ (Veri Sosyo Ekonomik Statü İndeksi ) eklenmiştir.

### 2.2.2. YÖNTEM

#### 2.2.2.1 TEZ ÇALIŞMA PLANI

Tez çalışma planı ÇBASKO Ölçeği ve ADSD Skalası'nın geliştirilmesi amacıyla beş aşamalı olarak planlanmıştır.

Birinci aşamada ek 1'de sunulan açık uçlu ve yapılandırılmış anket formu kullanılarak 107 kişide ölçek maddelerinin hazırlanmasında rehber alınacak yaşamdaki değerler, sağlık ihtiyaçlarındaki öncelikleri, ağız diş sağlığının belirleyici faktörleri, sağlıklı yaşama biçimini oluşturan faktörler ve kontrol odağı hakkında tanımlayıcı bilgilere ulaşılmıştır.

İkinci aşamada ek 2'de sunulan orijinal MHLC ölçeğinin A ve B formları dikkate alınarak birinci aşama değerlendirmeleri rehberliğinde hazırlanan 30 maddelik ÇBASKO ölçeği ile YDL ve SİÖBL'nin 68 kişide anlaşılabilirliği denetlenmiş ve korelasyona dayalı madde analizi yöntemi ile ölçek maddelerinin analizleri yapılmıştır. YDL, SİÖBL ve SİÖBL maddeleri dahilinde ağız diş bakımının yerleştirildiği sağlık ihtiyacı öncelik maddelerinin frekans dağılımlarına bakılmıştır.

Üçüncü aşamada ek 3'de sunulan madde analizleri sonucu madde korelasyonları yüksek maddeler ve yeni maddelerden oluşan ÇBASKO ölçeğinin madde analizleri yapıldıktan sonra 79 kişilik örnekleme ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması gerçekleştirilmiştir. Bu aşamada YDL ve SBÖBL'nin frekans dağılımlarına bakılmıştır.

Dördüncü aşamada ek 4' de sunulan KBF , ADBF, YDL, SBÖBL ve ölçekten oluşan anket formu uygulanmış ve bireylere sağlık eğitimi yapıldıktan sonra klinik muayeneler ile saptanan indeks değerleri kaydedilmiştir. Bu aşamada ÇBASKO ölçeğinin 165 kişilik örnekleme geçerlik ve güvenirlik çalışması gerçekleştirilmiştir.

Beşinci aşamada ek 5' de sunulan KBF, ADBF, YDL, SBÖBL ve ÇBASKO ölçeğinden oluşan form Mayak Worldwide Research Araştırma Şirketinin anketörleri vasıtasıyla 1000 kişilik örnekleme uygulanarak ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması gerçekleştirilmiştir.

## 2.2.2.2 VERİ DEĞERLENDİRMESİ VE VERİ GİRİŞİ

### ▪ Birinci Aşama Verilerinin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Ek 1' de sunulan 24 soruluk formun 20 sorusu açık uçlu, 4 sorusu ise yapılandırılmış karakterdedir. Açık uçlu sorulara verilen yanıtlar danışman ve araştırmacı tarafından değerlendirilerek konu başlıkları oluşturulmuştur. Saptanan konu başlıkları 1' den başlayarak numaralanarak madde-cevaplayıcı matriksi hazırlanarak birey kodlarına uygun olarak Excel programında veri girişleri yapılmıştır. Yapılandırılmış sorularda bireyler birden fazla maddeyi işaretleyebilmektedir. Yapılandırılmış soru maddelerine 1' den başlayarak şık sayısına göre numara verilerek Excel programında birey kodlarına göre veri girişi yapılmıştır. Frekans dağılımlarına ve yüzdelik değerlerine bakılmıştır.

### ▪ İkinci Aşama Verilerinin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Ek 2' de sunulan ölçek formunun değerlendirilmesinde 5' li likert yanıt skalası kullanılmıştır. Kesinlikle aynı fikirde değilim / Aynı fikirde değilim / Karar veremiyorum / Aynı fikirdeyim / Tamamen aynı fikirdeyim şeklindeki yanıt skalasında olumsuz ifadeye 1 , olumlu ifadeye 5 değeri verilerek veri girişleri yapılmıştır. 10 maddeden oluşan YDL ve SİÖBL' nin her maddesine 1' den başlayarak 10' a kadar bir kod verilmiştir. Bireylerden maddeleri kendileri için önem sırasına göre 1' den 10 'a kadar numaralandırılmaları istenmiştir. Veriler Excel programında madde- cevaplayıcı matriksine işlenmiştir. Verilerin istatistik analizleri SPSS 10.0 paket programı aracılığıyla gerçekleştirilmiştir.

Ölçeğin kapsam geçerliği denetleyici grup tarafından değerlendirildikten sonra ölçek güvenirliği açısından korelasyona dayalı madde analizi yöntemi ile madde - toplam

puan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayılarına bakılmıştır. YDL ve SİÖBL ile ağız diş bakımının yerleştirildiği sağlık öncelik konularının frekans dağılımlarına ve yüzdelerine bakılmıştır.

### ▪ Üçüncü Aşama Verilerinin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Ek 3’de sunulan ölçek formunun değerlendirilmesinde 4’li likert yanıt skalası kullanılmıştır. Kesinlikle katılmıyorum / biraz katılıyorum / katılıyorum / kesinlikle katılıyorum şeklindeki yanıt skalasında olumsuz ifadeye 1 , olumlu ifadeye 5 değeri verilerek Excel programında madde- cevaplayıcı matrisine veri girişleri yapılmıştır. 10 maddeden oluşan YDL ve SBÖBL’nin her maddesine 1’den başlayarak 10’a kadar bir kod verilmiştir. Bireylerden maddeleri kendileri için önem sırasına göre 1’den 10’a kadar numaralandırmaları istenmiştir. Birey numaralarına göre veriler madde- cevaplayıcı matrisine işlenmiştir. Verilerin istatistik analizleri SPSS 10.0 paket programı aracılığıyla gerçekleştirilmiştir.

Ölçek güvenilirliği açısından korelasyona dayalı madde analizi yöntemi ile madde - toplam puan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayılarına ve Cronbach alpha güvenilirlik katsayısına bakılmıştır. Yeni oluşturulan ölçeğin kapsam geçerliği denetleyici grup tarafından değerlendirilmiştir. Yapı geçerliği için Temel Bileşenler analizi ve Varimax Rotasyon tekniğinin kullanıldığı faktör analizi ve scree plot çalışması yapılarak öz değeri (eigen value) 1’den büyük faktörler saptanmıştır. Her faktörde faktör yükü 0.30’dan yüksek olan maddeler belirlenmiştir. Yapılan scree plot çalışması ve eigen value değerleri dikkate alındığında 7 faktör saptanmış fakat 6. ve 7. faktörlere bir madde girdiği için faktör sayısı 5’e indirilmiştir. Faktör yüklerine, her faktörün Cronbach alpha güvenilirlik katsayısına, döndürme sonrası açıklanan varyans yüzdesine ve her maddenin faktörle olan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısına bakılmıştır. Altölçekler arası korelasyonlara ve YDL ile SBÖBL maddelerinin frekans dağılımına ve yüzdelerine bakılmıştır.

### ▪ Dördüncü Aşama Verilerinin Değerlendirilmesi

Ek4’ de sunulan ölçek formunun değerlendirilmesinde 4’li likert yanıt skalası kullanılmıştır. Ölçek güvenilirlik çalışmasında, korelasyona dayalı madde analizi yöntemi ile madde - toplam puan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısına , Cronbach alpha güvenilirlik katsayısına ve test - tekrar test güvenilirliğine bakılmıştır. Ölçeğin kapsam geçerliği denetleyici grup tarafından değerlendirilmiştir. Yapı geçerliği için Temel Bileşenler analizi ve Varimax Rotasyon tekniğinin kullanıldığı faktör analizi ve scree plot çalışması yapılarak eigen value değeri 1’den yüksek olan faktörler belirlen-

miştir. Faktör yüklerine, her faktörün Cronbach alpha güvenilirlik katsayısına, döndürme sonrası açıklanan varyans yüzdesine ve her maddenin faktörle olan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısına bakılmıştır. Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısı ile saptanan 5 altölçek arasındaki ilişkilere bakılmıştır. Kapsam ve yapı geçerliği çalışmalarına ilave olarak altölçekler klinik muayene indeksleri ve ADBF'ndaki 2, 6, 7, 9, 11 ve 12.sorular açısından kıyaslanarak ölçeğin kriter geçerliğine bakılmıştır. Her bir altölçekteki alt ve üst ekstrem gruplar ( Alt % 27 – Üst % 27 ) klinik muayene indeksleri ve ADBF'ndaki 2 , 6, 7, 9, 11 ve 12.sorular açısından kıyaslanarak ölçeğin ayırdedici kriter geçerliğine bakılmıştır. Altölçeklerin kendi aralarındaki korelasyonlar ile YDL'nde her açıdan sağlıklı olmayı ve SBÖBL'nde ağız diş sağlığı maddelerini 1. sırada değerlendirenler ile değerlendirmeyenlerde klinik muayene indeksleri ve altölçek puanları açısından anlamlı bir farklılık olup olmadığını bakılmıştır. Ölçekten alınan puanlar ve klinik muayene indeksleri üzerinde yaş, cinsiyet, eğitim değişkenlerinin etkisi olup olmadığını bakılmıştır.

**Kullanılan analizler:** Ölçek geçerlik – güvenilirlik çalışması kapsamında Korelasyona Dayalı Madde Analizi (Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı), Cronbach alpha Güvenirlik Katsayısı, Faktör Analizi (Temel Bileşenler Analizi ve Varimax Rotasyon Tekniği ), Kruskal Wallis One Way Anova , Post Hoc Bonferroni test, Toplum Ortalamasına Dayalı İki Örneklem T Testi (Independent Sample T Test), Mann Whitney U testi kullanılmış ve YDL ve SBÖBL maddelerinin frekans dağılımına ve yüzdelik değerlerine bakılmıştır.

#### ▪ Beşinci Aşama Verilerinin Değerlendirilmesi

**Anketör Eğitimi:** Araştırmanın saha çalışmasında 8 anketör – 15 işgünü çalışmıştır. Anketör eğitimi tez yürütücüsünün gözetiminde, Mayak Worldwide Research Araştırma Şirketinin uzmanı tarafından 2 aşamada verilmiştir. Birinci aşamada teorik eğitim verildikten sonra ikinci aşamada anketörler arasında rol oynama yöntemi uygulanmıştır. Ertesi gün sabah – öğle arası anketörler sahada pilot çalışma yapmışlardır. Pilot çalışmadan gelen anketler incelendikten sonra anketörlerle yaklaşık 1 saatlik son değerlendirme toplantısı yapılarak karşılaşılabilecek hatalar irdelenmiş ve saha bölgeleri belirlenen anketörler çalışmaya çıkarılmıştır. Anketör denetiminde, anket formunun ilk bölümünde yer alan görüşülen kişiyle ilgili bilgiler dikkate alınmış, telefon numarası olmayan anket kabul edilmemiş ve telefonla tüm anketler denetlenmiştir. Denetimler sonucunda anketörlerden birinin saha çalışması 3 anketinde saptanan kotayla ilgili kasıtlı hata nedeniyle iptal edilmiş ve tüm anketler yenilenmiştir.

**Veri giriş programı:** Piyasadaki giriş sistemlerinde girişi yavaşlatan ve kontrol

olasılıklarının tanımlanmasını engelleyen bazı sınırlılıklar nedeniyle Mayak Worldwide Research Araştırma Şirketi tarafından geliştirilen yeni giriş yöntemi kullanılmıştır. Yeni giriş programı; kontrol, ileri atlama, geri atlama ve sınırlar parametreleri ile ekran görünüm tanımlarını içermektedir. Kontrol parametresi olarak 575 kontrol olasılığı, 18 adet ileri atlama, 10 adet geri atlama ve 115 adet sınırlar parametresi içermektedir. Anket sayfasının sonuna ve her 5 ölçek maddesi arasına yerleştirilen kontrol değişkenleri veri girişi esnasında oluşabilecek kayma hatalarını önlemeye yönelik olup kontrol değişkeni alanına kontrol kodu dışında girilecek her hatalı değer programı başa döndürmektedir. Her soru için bir değişken atanarak ekran görünümü sağlanmaktadır. Böylece girişçi hangi soruda ve değişkende hata olduğunu görebilmektedir.

**Çalışma verilerinin istatistiksel değerlendirilmesi:** Ek 5’de sunulan ölçek formunun değerlendirilmesinde 4’li likert kullanılmıştır. Ölçek güvenirlik çalışmasında, korelasyona dayalı madde analizi yöntemi ile Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısına, Cronbach alpha güvenirlik katsayısına ve Spearman Brown düzeltilmiş korelasyon katsayısı ile yarım test güvenirliğine bakılmıştır. Ölçeğin kapsam geçerliği denetleyici grup tarafından değerlendirilmiştir. Yapı geçerliği için Temel Bileşenler Analizi ve Varimax Rotasyon Tekniğinin kullanıldığı faktör analizi ve scree plot çalışması yapılarak öz değeri (eigen value) 1’den yüksek faktörler belirlenmiştir. Listelerin değerlendirilmesi dördüncü aşamada belirtilen etapları içermektedir. ADBF’ndaki 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18. sorulardan oluşturulan ADSD skalası ile ölçek arasındaki ilişkilerle ölçeğin kriter geçerliği sınanmıştır. Bu kapsamda ölçek altölçekleri ve ekstrem gruplarla ADBF’ndaki 11. ve 14. sorular arasındaki ilişkilere de bakılarak ayırteci kriter geçerliği de sınanmıştır. Oluşturulan ADSD skalası ve ÇBASKO ölçeği ile demografik ve sosyo - ekonomik (yaş, cinsiyet, eğitim, SES) değişkenlerin ilişkisine bakılmıştır. Örneklem düzeyinde ölçek altölçeklerinden alınan toplam puan ve puan dağılımına bakılmıştır. YDL ve SBÖBL maddelerinin ölçek altölçeklerindeki ve örneklemdeki frekans dağılımına ve yüzdelerine bakılmıştır. YDL’nde her açıdan sağlıklı olmayı 1. sırada görenler ve görmeyenler altölçeklerden aldıkları puanlar açısından karşılaştırılmıştır.

### **ADSD Skalasının Oluşturulması**

**Birinci aşama:** Skalayı oluşturan soruların değişkenleri tanımlanmıştır.

**Soru 10:** Dişlerinizde bir sorun olduğu zaman hemen diş hekimine gider misiniz?

(X-14)

1 ( ) Evet

2 ( ) Hayır (Sorunuz) > Neden? (X-15)

(KART GÖSTERİNİZ! Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- 1 ( ) Şikayetim olsa da maddi olanaksızlık nedeniyle gidemiyorum  
2 ( ) Bir sağlık güvencem olmadığı için gitmiyorum  
3 ( ) Ağrı duyacağımı düşündüğüm için gitmiyorum  
4 ( ) Diş hekimine gitmek için vaktim yok  
5 ( ) Diş hekimine gitmek beni gergin ve huzursuz yapıyor

Değerlendirme aşamasında 5 değişken tanımlanmıştır. Cevap evet ise 1, hayır ise 0 skoru verildikten sonra, hayır cevabının verildiği maddelerden en olumlu olana 2 en olumsuz olana 5 skoru verilmiştir. Cevap bir sağlık güvencem olmadığı için gitmiyorum ise 2, şikayetim olsa da maddi olanaksızlık nedeniyle gidemiyorum ise 3, ağrı duyacağımı düşündüğüm için gitmiyorum ve diş hekimine gitmek beni gergin ve huzursuz yapıyor ise 4, diş hekimine gitmek için vaktim yok ise 5 skoru verilmiştir. Birden fazla bildirim varsa bireye en olumsuz olan durum ve bu duruma tekabül eden skor yansıtılmıştır.

1 Skoru:	100
2 Skoru:	75
3 Skoru:	50
4 Skoru:	25
5 Skoru:	0

**Soru 11:** Şikayetiniz olmasa da diş hekimine kontrol amaçlı gider misiniz ?

(X-16)

1 ( ) Hayır (Sorunuz) > Diş hekimine düzenli kontrole gitmemenizin nedeni aşağıdakilerden hangisi? (X-17)

(KART GÖSTERİNİZ)

- 1 ( ) Maddi olanaksızlıklardan dolayı gidemiyorum  
2 ( ) Diş hek. kontrol amaçlı gitmenin gerekli olduğuna inanmıyorum  
3 ( ) Diş hekimine gitmek için vaktim yok  
4 ( ) Diş hekimine gitmek beni huzursuz ve gergin yapıyor  
5 ( ) Diğer

2 ( ) Evet (Sorunuz) > Hangi sıklıkta diş hekimine gidersiniz? (X-18)

- 1 ( ) 6 ayda bir düzenli olarak (yilda iki kere)  
2 ( ) Yilda bir kez  
3 ( ) 2-3 yilda bir  
4 ( ) Daha seyrek

Tüm seçenekler en iyiden en kötüye doğru 1 – 9 arasında skorlanmıştır. 6 ayda dü-



zenli olarak (yılda iki kere) ise 1, yılda bir kez ise 2, 2-3 yılda bir ise 3, daha seyrek ise 4, maddi olanaksızlıklardan dolayı gidemiyorum ise 5, diş hekimine gitmek beni huzursuz ve gergin yapıyor ise 6, diş hekimine gitmek için vaktim yok ise 7, diğer ise 8, diş hek. kontrol amaçlı gitmenin gerekli olduğuna inanmıyorum ise 9 skoru verilmiştir.

- 1 Skoru: 100                      (1 – 4) evet  
2 Skoru: 90  
3 Skoru: 80  
4 Skoru: 70  
5 Skoru: 50  
6 Skoru: 35  
7 Skoru: 20                      (5 – 9) hayır  
8 Skoru: 5  
9 Skoru: 0

**Soru 14:** Dişlerinizi genellikle hangi sıklıkta fırçalıyorsunuz?

(X-21)

- 1 ( ) Günde bir kere                      5 ( ) Ayda bir  
2 ( ) Günde 2 veya daha fazla                      6 ( ) Daha seyrek  
3 ( ) 2-3 günde bir                      7 ( ) Hiç diş fırçalamıyorum  
4 ( ) Haftada bir

Kendi sıkları içinde en iyiden en kötüye doğru 1 – 7 arasında skorlanmıştır. Günde 2 veya daha fazla ise 1, Günde bir kere ise 2, 2-3 günde bir ise 3, Haftada bir ise 4, Ayda bir ise 5, daha seyrek ise 6, hiç fırçalamıyorum ise 7 skoru verilmiştir.

- 1 Skoru: 100  
2 Skoru: 100  
3 Skoru: 75  
4 Skoru: 75  
5 Skoru: 50  
6 Skoru: 25  
7 Skoru: 0

**Soru 15:** Diş fırçalama alışkanlığıyla ilgili aşağıdaki ifadelerden hangilerinin sizin davranışınıza uyduğunu söyler misiniz? (ANKETÖR DİKKAT! Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

(X-22)

- 1 ( ) Diş fırçalamaktan hoşlanmıyorum  
2 ( ) Diş fırçalamanın bir faydası olduğuna inanmıyorum  
3 ( ) Diş fırçalamayı severek ve gerekli olduğuna inanarak düzenli uyguluyorum

4 ( ) Diş fırçalamayı maalesef gün içinde unutuyorum

Kendi şıkları içinde en iyiden en kötüye doğru 1 – 4 arasında skorlanmıştır. Diş fırçalamayı severek ve gerekli olduğuna inanarak düzenli uyguluyorum ise 1, diş fırçalamaktan hoşlanmıyorum ise 2, diş fırçalamayı maalesef gün içinde unutuyorum ise 3, diş fırçalamanın bir faydası olduğuna inanmıyorum ise 4 skoru verilmiştir.

1 Skoru:100

2 Skoru: 75

3 Skoru: 50

4 Skoru: 0

**Soru 16:** Diş ipi kullanıyor musunuz?

(X-23)

1 ( ) Hayır ( ) Evet (Sorunuz) > **Hangi sıklıkta kullanıyorsunuz?**

2 ( ) Günde bir kere

3 ( ) Birkaç gün arayla

4 ( ) Haftada bir kez

5 ( ) Ayda bir kez veya daha seyrek

6 ( ) Diş ipinin ne olduğunu bilmiyorum.

Kendi şıkları içinde en iyiden en kötüye doğru 1 – 6 arasında skorlanmıştır. Günde bir kere ise 1, birkaç gün arayla ise 2, haftada bir kez ise 3, ayda bir kez veya daha seyrek ise 4, diş ipinin ne olduğunu bilmiyorum ise 5, hayır ise 6 skoru verilmiştir.

1 Skoru: 100

2 Skoru: 80

3 Skoru: 60

4 Skoru: 40

5 Skoru: 20

6 Skoru: 0

**Soru 12:** Son 1 yıl içerisinde diş ağrısı çektiniz mi? (X-19)

1 ( ) Evet 2 ( ) Hayır

**Soru 18:** Şu anda ağız diş sağlığınızla ilgili herhangi bir şikayetiniz var mı?

(X-26)

1 ( ) Hayır

2 ( ) Evet (Sorunuz) > Hangi şikayetleriniz var?

(X-27)

- 01 ( ) Diş ağrısı ve çürük  
 02 ( ) Diş etlerinde ağrı ve kanama  
 03 ( ) Hassasiyet  
 04 ( ) Yemek yemede rahatsızlık  
 05 ( ) Köprü ve protez yaptırma ya da yenileme ihtiyacım var  
 06 ( ) Ağızda yara  
 07 ( ) Çene eklemi ağrısı  
 08 ( ) Dişlerde çapraşıklık  
 09 ( ) Estetik problemler  
 10 ( ) Konuşma fonksiyonundaki bozukluk

Soru 12 / 18'in ortak skorlanması yapılmıştır.

A. Geçmişte Sorunu yok + Bugün sorun yok	100
B. Geçmişte Sorunu var + Bugün sorun yok	75
C. Geçmişte var / yok + Bugün sorun var	50

Geçmiş	Bugün	Puan	Geçmiş	Bugün	Puan
var	1	45	yok	1	50
var	2	40	yok	2	45
var	3	35	yok	3	40
var	4	30	yok	4	35
var	5	25	yok	5	30
var	6	20	yok	6	25
var	7	15	yok	7	20
var	8	10	yok	8	15
var	9	5	yok	9	10
var	10	0	yok	10	5

**İkinci aşama:** Değişkenlerin önem derecesi puanı hesaplanmıştır.

Soru 14	Davranış	100
Soru 16	Davranış	75
Soru 10/ 11/15	Tutum	50
Soru 12 /18	Durum saptama	25

**Üçüncü aşama:** Skala nihai puanı hesaplanmış ve derecelendirmesi yapılmıştır.  
 $(S_{14} \times 100) + (S_{16} \times 75) + (S_{10,11,15} \times 50) + (S_{12/18} \times 25) / 350 = \text{Nihai puan}$

81 - 100	çok iyi
61 - 80	iyi
41 - 60	orta
21 - 40	kötü
0 - 20	çok kötü

**Kullanılan Analizler:** Korelasyona Dayalı Madde Analizi (Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı), Yarıya Bölme Güvenirliği için Spearman Brown Korelasyon Katsayısı, Cronbach alpha Güvenirlik Katsayısı, Faktör Analizi (Temel Bileşenler Analizi ve Varimax Rotasyon Tekniği), Oneway Anova F test ve Post Hoc Test olarak Bonferroni test, Toplum Ortalamasına Dayalı İki Örneklem T Testi (Independent Sample T Test), Yates ve Pearson Kikare Analizi, Mann Whitney U test, non - parametrik Wilcoxon T test kullanılmıştır.





## **2. 3. BULGULAR**

### **2.3.1. BİRİNCİ AŞAMA BULGULARI**

Ek 1'de sunulan anket formu aracılığıyla 107 kişilik örnekleme gerçekleştirilen birinci aşama verilerine ait bulgular aşağıda özetlenmiştir.

#### **2.3.1.1. AÇIK UÇLU SORULARIN ANALİZİ**

1. Ek 1'de sunulan anket formunda açık uçlu sorular kapsamında yer alan 1, 2, 3, 4, 6, 7, 12, 17, 18, 23. soruların cevaplarının frekans dağılımları ( Tablo5 - Tablo 14 ) arasında sunulmuştur.

#### **2.3.1.2. YAPILANDIRILMIŞ SORULARIN ANALİZİ**

1. Ek 1'de sunulan anket formunda yapılandırılmış sorular kapsamında yer alan 5, 8, 19, 20. soruların cevaplarının frekans dağılımları ( Tablo 15 - Tablo 18 ) arasında sunulmuştur.

\* 1. soru haricinde diğer sorularda birden fazla seçenek işaretlenebildiğinden; toplamlar %100'ü geçmektedir (Tablo 6 – 14).

## 2.3.1. BİRİNCİ AŞAMA BULGULARI

### 2.3.1.1. AÇIK UÇLU SORULARIN ANALİZİ

TABLO 5 - Sağlık düzeyi tanımlarının dağılımı

	Yanıt Veren Kişi Sayısı	Örneklem İçindeki Oranı (n:107)
<b>Soru 1: Bir kişinin sağlık düzeyi ne demektir?</b>		
Bedensel ve ruhsal ihtiyaçlarını karşılaması	24	22,4
Sağlıklı olması	19	17,8
Sağlık bilgisinin olması	12	11,2
Düzenli sağlık alışkanlıklarını devam ettirmesi	7	6,5
Sağlık sorunlarının olup olmaması	7	6,5
Kendini iyi hissetmesi ve yaşamını devam ettirmesi	6	5,6
Sağlık risklerini en aza indirmesi	3	2,8
Beslenme	3	2,8
Yanıtız	26	24,3
<b>TOPLAM</b>	<b>107</b>	<b>100,00</b>

TABLO 6 - Sağlık düzeyi göstergelerinin dağılımı \*

	Yanıt Veren Kişi Sayısı	Örneklem İçindeki Oranı (n:107)
<b>Soru 2: Bir kişinin sağlık düzeyi nasıl anlaşılır?</b>		
Sağlık kontrollerinden	40	37,3
Fiziksel görünüm ve performansından	26	24,2
Günlük davranış ve tutumlarından	26	24,2
Verimlilik ve yeterliliğinden	14	13
Ruh halinden	11	10,2
Sağlık sorunu yaşayıp yaşamamasından	8	7,4
İlaç kullanmadan günlük yaşantısını devam ettirmesinden	5	4,6
Temizliğinden	3	2,8
Ağız dış bakımından	3	2,8
Yanıtız	9	8,4
<b>TOPLAM</b>	<b>145</b>	<b>134,9</b>

\* Birden fazla seçenek işaretlenebildiğinden; toplamlar %100'ü geçmektedir.

TABLO 7- Sağlıklı yaşam biçimi tanımlarının dağılımı \*

Soru 3: Sağlıklı yaşam biçimi ne demektir?	Yanıt Veren Kişi Sayısı	Örneklem İçindeki Oran (n:107)
Beslenme	56	52,3
Spor ( egzersiz)	32	29,9
Mutlu, verimli, düzenli yaşam	24	22,4
Uyku	13	12,1
Stres	11	10,2
Sağlık kurallarına uyma, kendine dikkat etme	8	7,4
Ruh sağlığı	8	7,4
Sağlık kontrolü	5	4,6
Temizlik	5	4,6
Huzur ve mutluluk	5	4,6
Beden sağlığı	3	2,8
Çevre	3	2,8
Üretkenlik	3	2,8
Sigara ,alkol, madde bağımlılığı	3	2,8
Yanıtsız	19	17,7
<b>TOPLAM</b>	<b>198</b>	<b>184,4</b>

TABLO 8 – Sağlıklı yaşam biçimini sağlayan faktörlerin dağılımı\*

Soru 4: Sağlıklı yaşam biçimi nasıl olur ?	Yanıt Veren Kişi Sayısı	Örneklem İçindeki Oran (n:107)
Beslenme	43	40,1
Spor	32	29,9
Stres	14	13
Sosyal yaşam	14	13
Kendine bakmak	11	10,2
Kendiyle barışık olmak	11	10,2
Düzenli yaşam	11	10,2
Uyku	8	7,4
Huzur ve mutluluk	8	7,4
Sağlık kontrolü	8	7,4
Üretkenlik	5	4,6
Sigara ,alkol, madde bağımlılığı	5	4,6
Çevre sağlığı	5	4,6
Temizlik	5	4,6
Sağlık sorumluluğu	3	2,8
Anlayış ve hoşgörü	3	2,8
Paylaşım ve kişiler arası destek	3	2,8
Yanıtsız	16	14,9
<b>TOPLAM</b>	<b>202</b>	<b>190,5</b>



TABLO 9 – Ağız bakımını sağlayan faktörlerin dağılımı\*

Soru 6: İyi bir ağız bakımı nasıl olur?	Yanıt Veren Kişi Sayısı	Örneklem İçindeki Oranı (n:107)
Dişleri fırçalayarak	78	72,8
Düzenli diş hekimi kontrolüne giderek	51	47,6
Beslenmeye dikkat ederek	25	23,3
Diş ipi kullanarak	14	13
Problem yaratan dişlerden kurtularak	6	5,6
Dili de fırçalayarak	6	5,6
Karbonat, limon gibi mad. dişleri temizleyerek	5	4,6
Ağız diş sağlığına özen göstererek	5	4,6
<b>TOPLAM</b>	<b>190</b>	<b>177,1</b>

TABLO 10 – Ağız bakımı göstergelerinin dağılımı \*

Soru 7: Ağız diş sağlığı düzeyinin iyi olması demektir?	Yanıt Veren Kişi Sayısı	Örneklem İçindeki Oranı (n:107)
Diş çürüğü ve ağrısının olmaması	41	38,3
Estetik olarak iyi ve bakımlı dişler	30	28
Diş etlerinin kanamaması	19	17,7
Sağlık eğitimi ve eğitimin kişi tarafından uygulanması	16	14,9
Diş ve diş etleriyle ilgili bir sorun yaşamama	16	14,9
Ağız kokusunun olmaması	14	13
Düzenli diş hekimi kontrolü	14	13
Koruyucu önlemler almak	3	2,8
<b>TOPLAM</b>	<b>153</b>	<b>142,6</b>

\* Birden fazla seçenek işaretlenebildiğinden; toplamlar %100'ü geçmektedir

TABLO 11 – Kişisel bakım alışkanlıklarının dağılımı \*

Soru 12: Kişisel bakım alışkanlıklarının içinde neler yer alır?	Yanıt Veren Kişi Sayısı	Örneklem İçindeki Oranı (n:107)
El – ayak ve beden temizliği	74	69,1
Ağız diş temizliği	53	49,5
Spor	32	29,9
Beslenme	32	29,9
Genel temizlik hijyen	19	17,7
Uyku	10	9,3
Kıyafet temizliği	8	7,4
Dinlenme	6	5,6
Sosyal ihtiyaçların temini	6	5,6
Doktor kontrolü	6	5,6
Sigara ,alkol, madde bağıml. korunma	3	2,8
Temiz çevre ve su temini	3	2,8
Stressiz yaşam	3	2,8
Yanıtsız	14	13
<b>TOPLAM</b>	<b>269</b>	<b>251,4</b>

TABLO 12 – İyileştirilmesine ihtiyaç duyulan sağlık alanlarının dağılımı\*

Soru 17: Sağlığınızı iyileştirmeye ihtiyaç duyduğunuz alanlar nelerdir?	Yanıt Veren Kişi Sayısı	Örneklem İçindeki Oranı (n:107)
Stres	16	14,9
Bedensel sağlık	16	14,9
Beslenme	13	12,1
Spor	11	10,2
Sağlık kurum. yararlanım. -sağlık kont.	11	10,2
Çevre sağlığı	8	7,4
Uyku	5	4,6
Ağız diş sağlığı	5	4,6
Ruh sağlığı	5	4,6
Kilo kontrolü	5	4,6
Sigara, alkol, madde kullanımı	3	2,8
Moral	3	2,8
İlaç kullanımı	3	2,8
Düzenli yaşam	3	2,8
Kazalardan korunma	3	2,8
Kişiler arası destek	3	2,8
Yanıtsız	40	37,3
<b>TOPLAM</b>	<b>153</b>	<b>142,9</b>

\* Birden fazla seçenek işaretlenebildiğinden; toplamlar %100'ü geçmektedir

TABLO 13 – Kişisel bakım alışkanlığı tanımlarının dağılımı\*

Soru 18: Kişisel sağlık bakımından ne anlıyorsunuz ?	Yanıt Veren Kişi Sayısı	Örneklem İçindeki Oranı (n:107)
Sağlık kontrolü	24	22,4
Sağlık için gerekenleri yapmak	21	19,6
Sağlıklı- düzenli- dengeli yaşam	14	13
El – yüz – beden temizliği	13	12,1
Beslenme	13	12,1
Diş bakımı	8	7,4
Spor	8	7,4
Kilo kontrolü	2	1,8
Kendi vücudunu tanıma	2	1,8
Sağlık eğitimi	2	1,8
Akıl ve ruh sağlığı	2	1,8
Yanıtsız	27	25,2
<b>TOPLAM</b>	<b>136</b>	<b>126,4</b>

TABLO 14 - Sağlık denetimi odaklarının dağılımı\*

Soru 23: Sağlıkınızın denetimi nelere bağlıdır?	Yanıt Veren Kişi Sayısı	Örneklem İçindeki Oranı (n:107)
Kendime	34	31,7
Çevre koşullarına	24	22,4
Sağlık personeline	22	20,5
Sosyal yaşama	18	16,8
Sağlık kontrollerine	18	16,8
Arkadaş, akraba ve aileme	18	16,8
Ekonomik koşullara	18	16,8
Sağlık kurumlarına	10	9,3
Sağlık eğitimine	10	9,3
Beslenmeye	10	9,3
Yaşamı sevme ve değer vermeye	6	5,6
Zamana	2	1,8
Şansa	2	1,8
Egzersize	2	1,8
Sigara, alkol, madde kullanımına	2	1,8
Yanıtsız	27	25,2
<b>TOPLAM</b>	<b>223</b>	<b>207,7</b>

\* Birden fazla seçenek işaretlenebildiğinden; toplamlar %100'ü geçmektedir

### 2.3.1.2. YAPILANDIRILMIŞ SORULARIN ANALİZİ

TABLO 15- Sağlıklı yaşam biçimini sağlayan faktörlerin dağılımı

Soru 5: Sağlıklı yaşam biçiminin elde edilmesinde ve korunmasında aşağıdakilerden hangileri etkilidir?	Yanıt Veren Kişi Sayısı	Örneklem İçindeki Oranı (n:107)
Beslenme	25	23,3
Sağlık sorumluluğu	24	22,4
Kişilerarası destek ve iletişim	18	16,8
Egzersiz	17	15,8
Stres yönetimi	17	15,8
Kendini gerçekleştirme	6	5,6
<b>TOPLAM</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

TABLO 16 – Ağız sağlığını koruma yöntemlerinin dağılımı

Soru 8: Ağız diş sağlığınızın korunmasında ve geliştirilmesinde aşağıdakilerden hangileri önemlidir?	Yanıt Veren Kişi Sayısı	Örneklem İçindeki Oranı (n:107)
Diş fırçalama	25	23,3
Beslenme	20	18,6
Fluorlu diş macunu kullanma	17	15,8
Diş ipi kullanma	17	15,8
Fluorlu ağız gargarası kullanma	10	9,3
Sakız çiğneme	5	4,6
Diş tozu kullanma	2	1,8
Kürdan kullanma	2	1,8
Karbonatla ovma	2	1,8
Yanıtsız	7	6,5
<b>TOPLAM</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

TABLO 17 - Sağlık ihtiyaçları öncelik konularının dağılımı

Soru 19: Aşağıdakilerden hangisi veya hangileri öncelik gösterdiğiniz sağlık sorunlarıdır?	Yanıt Veren Kişi Sayısı	Örneklem İçindeki Oranı (n:107)
Akıl ve ruh sağlığı	36	34,5
Kişisel öz bakım	15	14,0
Bulaşıcı olan - olmayan hastalılardan korunma	11	10,2
Beslenme	10	9,3
Fiziksel sağlık	10	9,3
Kazalardan korunma	9	8,4
Sigara, alkol, madde kullanımı	9	8,4
Sağlık hizmetlerinden yararlanım	4	3,7
Sağlık çalışanlarına duyulan gereksinim	2	1,8
Cinsel sağlık	1	0,9
<b>TOPLAM</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

TABLO 18 - Ağız bakımının yer aldığı sağlık konularının dağılımı

Soru 20: Ağız diş bakımını 19. sorunun cevaplarından hangisinin içinde değerlendirirsiniz?	Yanıt veren Kişi Sayısı	Örneklem İçindeki Oranı (n:107)
Kişisel öz bakım	65	60,7
Beslenme	11	10,2
Fiziksel sağlık	9	8,4
Sigara, alkol, madde kullanımı	7	6,5
Bulaşıcı olan - olmayan hastalıklardan korunma	4	3,7
Sağlık hizmetlerinden yararlanım	4	3,7
Kazalardan korunma	2	1,8
Cinsel sağlık	1	0,9
Akıl ve ruh sağlığı	2	1,8
Sağlık çalışanlarına duyulan gereksinim	2	1,8
<b>TOPLAM</b>	<b>107</b>	<b>100</b>

### **2.3.2. İKİNCİ AŞAMA BULGULARI**

Ek 2’de sunulan anket formu aracılığıyla 68 kişilik örnekleme; 30 maddelik ÇBASKO Ölçeği maddelerinin madde analizleri ile 10 maddeden oluşan YDL ve SİÖBL maddelerinin anlaşılabilirliğinin değerlendirildiği ikinci aşama verilerine ait bulgular aşağıda özetlenmiştir.

#### **2.3.2.1. ÇBASKO ÖLÇEĞİ SORULARININ MADDE ANALİZİ**

1. Ek 2’de sunulan anket formunda ÇBASKO Ölçeği maddelerinin madde analizi sonuçları ile maddelerin merkezi ve dağılım ölçüleri sunulmuştur (Tablo 19).

#### **2.3.2.2. LİSTELERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

1. YDL ve SİÖBL maddelerinin 1. sırada değerlendirilme yüzdeleri dağılımları ve frekansları sunulmuştur (Tablo 20- Tablo 21).

2. SİÖBL kapsamında ağız dış sağlığının yerleştirildiği konu başlıklarının yüzdeleri dağılımları ve frekansları sunulmuştur (Tablo 22).

## 2.3.2. İKİNCİ AŞAMA BULGULARI

### 2.3.2.1. ÇBASKO ÖLÇEĞİ SORULARININ MADDE ANALİZİ

TABLO 19- ÇBASKO Ölçeği madde top. korelasyon katsayıları, tanımlayıcı ölçüleri

ÇBASKO Ölçeği maddeleri	X	SD	r
1. Ağız diş sağlığım bozulduğunda kendi gayretimle iyileştirebilirim	1,77	0,94	-0,14
2. Dişerimin çürüyeceği varsa ne yaparsam yapayım, çürür	1,69	1,00	0,07
3. Düzenli olarak diş hekimine kontrole gidersem, diş çürükleri ve dişeti hastalıklarından korunurum	4,40	0,98	0,41**
4 .Ağız diş sağlığımı olumsuz etkileyen pek çok şey tesadüfen beni bulur	2,01	0,99	0,01
5 .Ağız diş sağlığımda bir terslik hissettiğimde hemen diş doktoruna giderim	3,91	1,10	0,37**
6. Ağız diş sağlığımın yeterli olmasını ancak diş doktoruna danışarak sağlayabilirim	3,96	1,11	0,60**
7 .Ağız diş sağlığımın bilincindeyim, tesadüflere bırakmam, bu konudaki kontrolü kaybetmem	3,98	0,98	0,32**
8 Ağız diş sağlığımın temininde tek sorumlu benim	3,96	1,08	0,27*
9. Ağız diş sağlığımın temininde ailemin önemli bir rolü vardır	3,37	1,20	0,31**
10. Ağız diş sağlığımın temininde yakın çevremdeki insanların ve arkadaşlarımla rolü vardır	2,48	1,15	0,39**
11. Dişlerim çürür ve ağrırsa kendimi suçlarım	3,56	1,20	0,39**
12. Ağız diş sağlığımda bir bozukluk olursa bu benim suçumdur	3,66	1,21	0,30**
13. Ne yaparsam yapayım diş etlerim hastalanacaksa hastalanır	2,16	1,13	0,05
14. Şansım varsa ağız diş hastalıklarından çabuk kurtulurum	2,01	0,93	0,02
15. Ağız diş sağlığım bozulduğunda olayları normal seyrine bırakırım	1,79	0,90	0,03
16. Ağız diş sağlığımın denetimi diş doktorlarının elindedir	3,22	1,26	0,33**
17. Ağzımı sağlıklı konumda tutan diş doktorlarıdır	2,96	1,22	0,52**
18. Şansım varsa ağız diş sağlığım bozulmaz	1,75	0,91	0,11
19. Ağız diş sağlığımın iyi olması büyük ölçüde bu konuda talihli olmamandır	1,98	1,12	-0,06
20. Ağız diş sağlığımı etkileyen en önemli şey benim bu konuda yaptıklarımdır.	4,06	0,92	0,12
21 Ağız diş sağlığımın bozulmamasını etkileyen en önemli şey bu konuda yaptığım iyi bakımdır	4,12	0,83	0,26*
22. Ağız diş sağlığım için gerekenleri yaparsam diş çürükleri ve dişeti hastalıklarından kendimi korurum	4,11	0,92	0,44**
23. Ağız diş sağlığım bozulduğunda bilirim ki bakım için gerekenleri yapmamışımdır	3,95	0,99	0,31**
24. Ağız diş hastalıklarından korunmamı ve iyileşmemi diş doktorlarına ve başta ailem olmak üzere , yakınlarımla yardımlarına borçluyum	3,50	1,14	0,41**
25. Ağız diş sağlığıma ne kadar dikkat edersem edeyim, dişlerim yine de çürür ve dişetlerim hastalanır	2,11	1,02	-0,04
26 .Ağız diş sağlığımın bozulması tamamen kadere bağlıdır	1,53	0,82	-0,00
27. Yapılması gerekenleri yerine getirirsem dişlerimin uzun süre sağlıklı kalması mümkündür	4,27	0,77	0,32**
28. Ağzıma iyi bakarsam dişlerim uzun zaman sağlıklı kalır	4,27	0,81	0,34**
29. Yapmam gerekenler ancak diş doktorumun söylediklerinden ibarettir	2,90	1,25	0,50**
30. Ağzımın sağlıklı kalabilmesinin tek yolu diş dok. önerilerine uymaktır	3,46	1,19	0,48**

\* p< 0.05 \*\*p< 0.01

Tablo 19 'da 1, 2, 4, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 25, 26. soruların Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayıları istatistiki olarak anlamlı olmadığı ( $p>0.05$ ) ; 3, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 16, 17, 22, 23, 24, 27, 28, 29. ve 30. soruların korelasyon katsayılarının  $p < 0.01$ ; 8, 21. soruların korelasyon katsayılarının ise  $p < 0.05$  düzeyinde anlamlı olduğu görülmektedir.

### 2.3.2.2 LİSTELERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

TABLO 20 – YDL maddelerinin dağılımı

Yaşam Değerleri	Değerlendiren Kişi Sayısı	Örneklem İçinde 1. Sırada Değerlendirenlerin Oranı
Sağlık	40	58,8
Rahat bir yaşam	5	7,4
Başarı duygusu	4	5,9
İçsel uyum	4	5,9
Mutluluk	4	5,9
Özgürlük	4	5,9
Öz saygı	4	5,9
Heyecan dolu bir yaşam	1	1,5
Keyif	1	1,5
Saygınlık	-	-
Değerlendirme yapmayan kişi sayısı	1	1,5
<b>TOPLAM</b>	<b>68</b>	<b>100</b>



TABLO 21 - SİÖBL maddelerinin dağılımı

Sağlık İhtiyaçları	Değerlendiren Kişi Sayısı	Örneklem İçinde 1. Sırada Değerlendirenlerin Oranı
Akıl ve ruh sağlığı	18	26,5
Bedensel sağlık	15	22,1
Sağlık hizmetlerinden yararlanım	9	13,2
Beslenme	8	11,8
Bulaşıcı olan – olmayan hast. korunma	5	7,4
Kişisel öz bakımı detaylarıyla öğrenme	4	5,9
Kazalardan korunma	3	4,4
Sağlıkta hasta hakları	3	4,4
Sigara, alkol ve madde kullanımı	1	1,5
Cinsel sağlık	1	1,5
Değerlendirme yapmayan kişi sayısı	1	1,5
<b>TOPLAM</b>	<b>68</b>	<b>100</b>

TABLO 22 – SİÖBL maddeleri içinde ağız dış sağlığının değerlendirilmesi

Ağız Dış Sağlığının Konumlandırıldığı SİÖBL Maddeleri	Değerlendiren Kişi Sayısı	Örneklem İçinde Değerlendirenlerin Oranı
Kişisel öz bakımı detaylarıyla öğrenme	34	50
Bedensel sağlık	19	27,9
Sağlık hizmetlerinden yararlanım	6	8,8
Beslenme	4	5,9
Bulaşıcı olan – olmayan hast. korunma	2	2,9
Sağlıkta hasta hakları	1	1,5
Sigara, alkol ve madde kullanımı	1	1,5
Akıl ve ruh sağlığı	-	-
Kazalardan korunma	-	-
Cinsel sağlık	-	-
Değerlendirme yapmayan kişi sayısı	1	1,5
<b>TOPLAM</b>	<b>68</b>	<b>100</b>

### **2.3.3. ÜÇÜNCÜ AŞAMA BULGULARI**

Ek 3’de sunulan anket formu aracılığıyla 79 kişilik örnekleme; ikinci aşama değerlendirilmesi sonucu nihai şekli verilen 26 maddelik ÇBASKO Ölçeğinin madde analizleri ile 10 maddeden oluşan YDL ve SBÖBL maddelerinin anlaşılabilirliğinin değerlendirildiği üçüncü aşama verilerine ait bulgular aşağıda özetlenmiştir.

#### **2.3.3.1. ÇBASKO ÖLÇEĞİ GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

1. Ek 3’de sunulan anket formunda ÇBASKO Ölçeği maddelerinin güvenilirlik çalışması kapsamında madde toplam puan korelasyonları ve maddelerin merkezi ve dağılım ölçüleri, ölçek içtutarlılığının ve homojenliğinin göstergesi olan Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı verileri sunulmuştur (Tablo 23 – 24).

#### **2.3.3.2. ÇBASKO ÖLÇEĞİ GEÇERLİK ÇALIŞMASI**

1. Ölçek geçerlik çalışması kapsamında kapsam geçerliği ve Varimax Rotation Faktör Analizi tekniği kullanılarak saptanan yapı geçerliğine ait veriler sunulmuştur ( Tablo 25 ).

2. Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısına göre değerlendirilen altölçek toplam puanları arasındaki ilişkilere ait veriler sunulmuştur (Tablo 26).

#### **2.3.3.3. LİSTELERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

1. YDL ve SBÖBL maddelerinin 1. sırada değerlendirilme yüzdeleri dağılımları ve frekansları sunulmuştur (Tablo 27- Tablo 28 ).

### 2.3.3. ÜÇÜNCÜ AŞAMA BULGULARI

#### 2.3.3.1. ÇBASKO ÖLÇEĞİ GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

TABLO 23- ÇBASKO Ölçeği madde - toplam puan korelasyon katsayıları ve tanımlayıcı ölçüleri

ÇBASKO Ölçeği maddeleri	X	SD	r
1. Dişlerimin yapısı değişmeyeceğinden ne yaparsam yapayım çürür	1,58	1	0,27*
2. Düzenli olarak diş dok. kontrole gidersem diş çürükleri ve diş eti hastalıklarından korunurum	2,94	1,13	0,54**
3. Ağız diş sağlığımı ancak diş dok. alacağım bilgilerle sağlayabilirim	2,62	1,04	0,61**
4. Ağız diş sağlığımı bozan pek çok şeyin başıma kötü şans eseri geldiğini düşünüyorum	1,59	1,03	0,27*
5. Ağız diş sağlığında bir terslik hissettiğimde hemen diş dok. giderim	2,82	0,98	0,59**
6. Ağız diş sağlığında ailemin uyarılarının da önemli rolü vardır	2,62	1,04	0,47**
7. Şansım varsa ağız diş hastalıklarından çabuk kurtulurum	1,86	1,18	0,24*
8. Ağız diş sağlığım için neler yapmam gerektiğinin bilincindeyim. Şansa yada kadere bırakmam	3,21	1,16	0,52**
9. Ağız diş sağlığında yakın çevremdeki insanların ve arkadaşlarımla uyarılarının da rolü vardır	2,25	0,98	0,42**
10. Bozulmayacağı varsa, ne olursa olsun ağız diş sağlığım bozulmaz	1,41	0,94	0,25*
11. Ağız diş sağlığımdan tek sorumlu benim	2,88	1,18	0,42**
12. Ağız diş sağlığımın ne olacağı diş doktorlarına bağlıdır	1,81	0,92	0,49**
13. Ağız diş sağ. bozulduğunda, "başına gelen çekilir" diyerek olayları kendi seyrine bırakırım	1,37	0,96	0,29**
14. Dişlerim çürür ve ağrırsa kendimi suçlarım	2,7	1	0,45**
15. Ağızımı sağlıklı durumda tutan, diş doktorlarıdır	1,96	0,92	0,39**
16. Diş etlerimin yapısı değişmeyeceğinden, ben ne yaparsam yapayım hastalanır ve kanar	1,64	1,01	0,25*
17. Ağız diş sağ. bozulmamasına yol açan en önemli şey bakım konusundaki kendi titizliğimdir.	3,07	1,08	0,55**
18. Ağız diş has. korunmamı ve iyileşmemi diş dok. ve başta ailem olmak üzere yakınlarımla yardımlarına borçluyum	2,43	0,95	0,55**
19. Ağızma iyi bakarsam dişlerim uzun zaman sağlıklı kalır	3,18	1,08	0,59**
20. Ağız diş sağ. için gerekenleri yaparsam diş çürük. ve diş eti hastalıklarından kendimi korurum	3,29	0,96	0,53**
21. Yapmam gerekenler ancak diş dok. söylediklerinden ibarettir	2,24	1,04	0,45**
22. Ağız diş sağ. bozulduğunda bilirim ki, bakım için gerekenleri yapmamışım	2,91	1,08	0,54**
23. Sorunum olsa da diş dok. gitmeme nedenim, sağlık güvencemin ve maddi olanaklarımla yetmemesidir	2,21	1,16	0,25*
24. Ağız diş sağ. bozulmadan koru. ve geliştirmek için çaba sarfederim	3,11	0,90	0,59**
25. Yapılması gerek. yerine getirirsem dişlerimin uzun süre sağlıklı kalması mümkündür	3,26	1	0,59**
26. Ağız sağlığı kalabilmesinin tek yolu diş dok. önerilerine uymaktır	2,63	1,02	0,65**

\* p< 0.05 \*\*p< 0.01

Tablo 19’da bildirilen 30 maddeden negatif korelasyon katsayısına sahip ve anlamlı olmayan 11 soru çıkartıldıktan sonra. kalan maddelere 7 madde ilavesiyle oluşturulan 26 maddelik nihai ölçek Tablo 23 ‘de görülmektedir. Nihai ölçekte negatif korelasyon katsayısına sahip madde olmadığı ve 1, 4, 7, 10, 16, 23. soruların Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayılarının  $p<0.05$  düzeyinde, diğer soruların ise  $p<0.01$  düzeyinde anlamlı olduğu görülmektedir.

**TABLO 24 – ÇBASKO Ölçeği ve altölçeklerinin güvenirlik katsayıları ve tanımlayıcı ölçüleri**

Altölçekler	Madde sayısı	Güvenirlik Katsayısı	Puan aralığı	X	SD
İçsel Kontrol Korunma Odaklı	11	0.88	0 - 44	33,43	7,97
Şans	6	0.71	0 - 24	9,48	3,95
Dışsal Kontrol Dış hek. tarafından bilgilenme odaklı	4	0.61	0 - 16	8,88	2,83
Dışsal Kontrol Dış hek. tarafından uygulanma odaklı	3	0.70	0 - 12	7,02	2,30
Dışsal Kontrol 1. ve 2. sosyalizasyon odaklı	2	0.72	0 - 8	4,87	1,79
<b>ÇBASKO Ölçeği</b>	<b>26</b>	<b>0.81</b>	<b>0 - 104</b>	<b>63,69</b>	<b>11,35</b>

Tablo 24’de görüldüğü gibi Varimax Rotation Faktör Analizi sonucu 5 altölçekte çözümlenen ölçek yapısındaki 2, 5, 8, 11, 14, 17, 19, 20, 22, 24, 25. maddeler 1. altölçekte; 1, 4, 7, 10, 13., 16. maddeler 2. altölçekte; 3, 12, 21, 23. maddeler 3. altölçekte; 15, 18, 26. maddeler 4. altölçekte; 6, 9. maddeler 5. altölçekte yer almaktadır. Altölçeklerinin madde sayıları 2 ile 11 arasında değişmekte olan 26 maddelik ÇBASKO ölçeğinin güvenirlik katsayısı 0.81; altölçeklerin güvenirlik katsayıları ise sırasıyla 0.88, 0.71, 0.61, 0.70 ve 0.72 olarak bulunmuştur.

### 2.3.3.2. ÇBASKO ÖLÇEĞİ GEÇERLİK ÇALIŞMASI

TABLO 25- ÇBASKO Ölçeğinin faktör analizi

İÇSEL KONTROL Korunma odaklı MN	Yük	r	ŞANS		DIŞSAL KONTROL Diş hek. bilgilenme odaklı		DIŞSAL KONTROL Diş hek. uygulama odaklı		DIŞSAL KONTROL 1. ve 2. sosyalizasyon odaklı					
			MN	Yük	r	MN	Yük	r	MN	Yük	r			
2	0.51	0.54	1	0.50	0.41	3	0.70	0.28	15	0.56	0.41	6	0.75	0.57
5	0.64	0.64	4	0.73	0.53	12	0.41	0.47	18	0.72	0.58	9	0.74	0.57
8	0.64	0.59	7	0.64	0.32	21	0.70	0.51	26	0.53	0.57			
11	0.56	0.48	10	0.71	0.58	23	0.64	0.30						
14	0.53	0.40	13	0.70	0.55									
17	0.69	0.63	16	0.34	0.32									
19	0.82	0.77												
20	0.77	0.72												
22	0.57	0.51												
24	0.71	0.66												
25	0.81	0.74												
Öz değer = 5.59				2.85			2.53			2.14			1.96	
Var* % = 21.51				10.99			9.73			8.25			7.55	
Alpha değeri = 0.88				0.71			0.61			0.70			0.72	

MN= madde numarası Var\*= döndürme sonrası açıklanan varyans yüzdesi r = madde altölçek toplam puan korelasyonu

Tablo 25’de görüldüğü gibi ölçek altölçeklerinin özdeğerleri 1.96 ile 5.59 arasında değişmektedir. Ölçeğin döndürme sonrası açıklanan varyans yüzdesi % 58 ‘dir. 1.altölçeğin faktör yükleri 0.51 ile 0.82 ; 2. altölçeğin faktör yükleri 0.34 ile 0.73 ; 3. altölçeğin faktör yükleri 0.41 ile 0.70 ; 4. altölçeğin faktör yükleri 0.53 ile 0.72 , 5. altölçeğin faktör yükleri ise 0.74 ile 0.75 arasında değişmektedir. Madde - toplam puan korelasyon katsayıları 5. altölçekte 0.57 ; 1.altölçekte 0.40 ile 0.77; 2. altölçekte 0.32 ile 0.58 ; 3. altölçekte 0.28 ile 0.51 ; 4. altölçekte 0.41 ile 0.58 değerleri arasındadır.

TABLO 26 - Altölçekler arasındaki ilişkiler

	İÇSEL KONTROL Korunma odaklı	ŞANS	DIŞSAL KONTROL Dışhek. Bilgi odaklı	DIŞSAL KONTROL Dışhek. Uygu. odaklı	DIŞSAL KONTROL 1.-2. soysa. odaklı	ÇBASKO
İÇSEL KONTROL Korunma odaklı	1	-,299(**) p= 0.007	,267(*) p= 0.017	,434(**) p= 0.000	,210 p=0.063	0,78**
ŞANS	-,299(**) p= 0.007	1	,144 p=0.20	-,018 p=0.87	,159 p= 0.16	0,19
DIŞSAL KONTROL Dışhek. Bilgi. odaklı	,267(*) p= 0.017	,144 p= 0.20	1	,540(**) p= 0.000	,335(**) p= 0.003	0,65**
DIŞSAL KONTROL Dışhek. Uygu. odaklı	,434(**) p=0.000	-,018 p=0.87	,540(**) p=0.000	1	,293(**) p= 0.009	0,68**
DIŞSAL KONTROL 1.- 2. soysa. odaklı	,210 p= 0.06	,159 p= 0.16	,335(**) p=0.003	,293(**) p=0.009	1	0,50**

\* p<0.05 \*\*p <0.01

Tablo 26’daki verilere göre, 1. altölçek ile 2. altölçek arasında anlamlı negatif ilişki (p=0.007), 1. ve 3. altölçek arasında anlamlı pozitif ilişki ( p=0.017 ), 1. ve 4. alt ölçek arasında anlamlı pozitif ilişki (p= 0.000), 3. ve 4. altölçek arasında anlamlı pozitif ilişki ( p= 0.000 ), 3. ve 5. altölçek arasında anlamlı pozitif ilişki ( p=0.003 ), 4. ve 5. altölçek arasında anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur ( p= 0.009 ) .

### 2.3.3.3. LİSTELERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

TABLO 27 – YDL maddelerinin dağılımı

Yaşam Değerleri	Değerlendiren kişi sayısı	Örnekleme İçinde 1. Sırada Değerlendirenlerin Oranı
Özgürlük ( seçimlerinde özgür olma)	12	15,2
Heyecan dolu canlı, aktif bir yaşam	10	12,7
Her açıdan sağlıklı bir çevrede yaşama	10	12,7
Mutluluk	9	11,4
Başarı duygusu	9	11,4
Saygınlık	9	11,4
Ekonomik açıdan rahat, refah içinde bir yaşam	7	8,9
Her açıdan sağlıklı olma	5	6,3
Herhangi bir hastalığın olmaması	4	5,1
İçsel uyum ( kendisiyle barışık olma)	2	2,5
Değerlendirme yapmayan kişi sayısı	2	2,5
<b>TOPLAM</b>	<b>79</b>	<b>100</b>

TABLO 28 - SBÖBL maddelerinin dağılımı

Sağlık Bilgisi Öncelik Alanları	Değerlendiren kişi sayısı	Örnekleme İçinde 1. Sırada Değerlendirenlerin Oranı
Kazalardan korunma	13	16,5
Bulaşıcı olan hastalıklardan korunma	10	12,7
Bedensel sağlık - spor - egzersiz	9	11,4
Kişisel öz bakımı detaylarıyla öğrenme	8	10,1
Çevre sağlığı	8	10,1
Ağız diş sağlığı	6	7,6
Sigara alkol ve madde kullanımı zararları	6	7,6
Cinsel sağlık	6	7,6
Akıl ve ruh sağlığı	6	7,6
Sağlıklı-yeterli/dengeli- kilo kontrolü ile ilgili beslenme	2	2,5
Değerlendirme yapmayan kişi sayısı	5	6,3
<b>TOPLAM</b>	<b>79</b>	<b>100</b>

#### **2.3.4. DÖRDÜNCÜ AŞAMA BULGULARI**

Ek 4’de sunulan anket formu aracılığıyla ağız muayenesi eşliğinde nihai şekli verilen 26 maddelik ÇBASKO Ölçeğinin 165 kişilik bir örnekleme gerçekleştirilen geçerlik ve güvenilirlik çalışmasına ait bulgular aşağıda özetlenmiştir.

##### **2.3.4.1. KBF DEĞERLENDİRMESİ**

1. KBF ‘da bildirilen demografik ve sosyo - ekonomik değişkenlerin ve hastalık şikayeti ve sağlık güvencesi durumunun frekans dağılımları sunulmuştur (Tablo 29 – Tablo 30 ).

##### **2.3.4.2. ÇBASKO ÖLÇEĞİ GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

1. Ek 4’de sunulan anket formunda ÇBASKO Ölçeği güvenilirlik çalışması kapsamında madde toplam puan korelasyon katsayıları, ölçek içtutarlılığının ve homojenliğinin göstergesi olan Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı ve test - tekrar test güvenilirliği yöntemi verileri sunulmuştur ( Tablo 31 – 33).

##### **2.3.4.3. ÇBASKO ÖLÇEĞİ GEÇERLİK ÇALIŞMASI**

1. Ölçeğin yapı geçerliğinin saptanmasında kullanılan Varimax Rotation Faktör Analizi değerlendirme sunulmuştur (Tablo 34).
2. Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısına göre değerlendirilen altölçekler arasındaki ilişkiler sunulmuştur (Tablo 35).
3. Ölçeğin kriter geçerliğine ait klinik muayene indeksleri ve ADBF soruları ile altölçek korelasyonları sunulmuştur (Tablo 36 – 42).
4. Ölçeğin ayırteci geçerliğine ait altölçek alt ve üst ekstrem grupları ile muayene indeksleri arasındaki değerlendirmeler sunulmuştur (Tablo 43 – 48).

##### **2.3.4.4. DEMOGRAFİK DEĞİŞ. GÖRE YAPILAN ANALİZLER**

1. Klinik muayene indekslerin, altölçeklerin cinsiyet, yaş ve eğitim demografik değişken. olan ilişkileri sunulmuştur (Tablo 49 – 53 ).

##### **2.3.4.5. LİSTELERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

1. YDL ve SBÖBL maddelerinin 1. sırada değerlendirilme yüzdeleri dağılımları ve frekansları sunulmuştur (Tablo 54- Tablo 56).



### 2.3.4.1. KİŞİSEL BİLDİRİM FORMU DEĞERLENDİRMESİ

TABLO 29 – Örneklemin demografik ve sosyo – ekonomik değişkenlere göre dağılımı

		Kişi Sayısı	Örneklem içindeki Oranı
CİNSİYET	Kadın	75	45,5
	Erkek	90	54,5
YAŞ	18 - 22 yaş	22	13,3
	23 - 30 yaş	65	39,4
	30 - 45 yaş	55	33,3
	46 - 55 yaş	14	8,5
	56 - 65 yaş	3	1,8
	66 yaş ve üstü	6	3,6
MEDENİ DURUM	Evli	82	49,1
	Bekar	68	40,7
	Dul / Boşanmış	15	9
MESLEK	Ev kadını	5	3
	Küçük / Orta ticaret serbest	2	1,2
	Özel sektörde işçi	75	44,9
	Emekli	6	3,6
	Kamu sektöründe memur	1	0,6
	Öğrenci	5	3
	İşsiz	1	0,6
	Özel sektörde memur	28	16,8
	Kamu sektöründe işçi	5	3
	Uzmanlık gerektiren meslekler	20	12
	İşsiz fakat gelir sahibi	3	1,8
Diğer	14	8,4	
EĞİTİM	Okur yazar değil	2	1,2
	Okur yazar	5	3
	İlkokul	13	7,8
	Orta okul ve dengi	15	9
	Lise ve dengi	78	46,7
	Yüksekokul	27	16,2
	Üniversite	21	12,6
	Yüksek lisans / doktora	4	2,4
KENTTE İKAMET SÜRESİ	1 - 5 yıl	6	3,6
	6 - 10 yıl	23	13,8
	11 yıl ve daha fazla	136	81,4
AYLIK HANE HALKI GELİR $\bar{X} = 839,74$		SD=575,19	

TABLO 30 – Hastalık şikayeti ve sağlık güvencesi dağılımı

Hastalık şikayeti	Yanıt veren kişi sayısı	Örneklem içindeki oranı
Kalp ve damar	4	2,4
Yüksek tansiyon	12	7,2
Kanser	1	0,6
Sarılık	6	3,6
Şeker	11	6,6
Romatizma	10	6
Kemik ve kas	7	4,2
Ağız ve diş	43	25,7
Böbrek hastalıkları	10	6
Yanıt vermeyenler	61	36,9
<b>TOPLAM</b>	<b>104</b>	<b>100</b>
Sağlık güvencesi	Yanıt veren kişi sayısı	Örneklem içindeki oranı
Yok	4	2,4
SSK	116	69,5
Bağ - kur	11	6,6
Emekli sandığı	13	7,8
Özel sigorta	3	1,8
SSK - Emekli sandığı	1	0,6
SSK - Özel sigorta	14	8,4
Bağ - kur / Özel sigorta	1	0,6
Emekli sandığı - Özel sigorta	2	1,2
<b>TOPLAM</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

Tablo 30’da örneklemin hastalık şikayetlerine ve sağlık güvencesi tiplerine göre frekans ve yüzdelik dağılımları görülmektedir. Bireyler ilk sırada sağlık şikayeti olarak ağız diş şikayetlerini bildirmektedir. Bireyler sağlık güvenceleri açısından değerlendirildiğinde ise SSK başta gelmektedir.

### 2.3.4.2. ÇBASKO ÖLÇEĞİ GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

TABLO 31- ÇBASKO Ölçeği madde - toplam puan korelasyon katsayıları ve tanımlayıcı ölçüleri

ÇBASKO Ölçeği maddeleri	X	SD	r
1. Dişlerimin yapısı değişmeyeceğinden ne yaparsam yapayım çürür	1.80	1.08	0.22**
2. Düzenli olarak diş dok. kontrole gidersem diş çürükleri ve diş eti hastalıklarından korunurum	3.15	0.92	0.43**
3. Ağız diş sağlığımı ancak diş dok. alacağım bilgi. sağlayabilirim	2.81	0.97	0.59**
4. Ağız diş sağlığımı bozan pek çok şeyin başıma kötü şans eseri geldiğini düşünüyorum	1.84	1.05	0,18*
5. Ağız diş sağlığında bir terslik hisset. hemen diş dok. giderim	2.86	0.90	0.43**
6. Ağız diş sağlığında ailemin uyarılarının da önemli rolü vardır	2.67	0.96	0.49**
7. Şansım varsa ağız diş hastalıklarından çabuk kurtulurum	1.84	1.07	0.20**
8. Ağız diş sağlığım için neler yapmam gerektiğinin bilincindeyim. Şansa yada kadere bırakmam	3.15	1.02	0.46**
9. Ağız diş sağlığında yakın çevremdeki insanların ve arkadaşlarımla uyarılarının da rolü vardır	2.33	0.89	0.30**
10. Bozulmayacağı varsa, ne olursa olsun ağız diş sağlığım bozulmaz	1.63	1.01	0,14
11. Ağız diş sağlığımdan tek sorumlu benim	3.16	1.02	0.46**
12. Ağız diş sağlığımın ne olacağı diş doktorlarına bağlıdır	2.15	0.99	0.42**
13. Ağız diş sağ. bozulduğunda, "başa gelen çekilir" diyerek olayları kendi seyrine bırakırım	1.69	1.04	0.20**
14. Dişlerim çürür ve ağırırsa kendimi suçlarım	2.90	1.01	0.42**
15. Ağızımı sağlıklı durumda tutan, diş doktorlarıdır	2.21	0.99	0.35**
16. Diş etlerimin yapısı değişmeyeceğinden, ben ne yaparsam yapayım hastalanır ve kanar	1.75	1.01	0,17*
17. Ağız diş sağ. bozulmamasına yol açan en önemli şey bakım konusundaki kendi titizliğimdir.	3.02	0.93	0.39**
18. Ağız diş has. korunmamı ve iyileşmemi diş dok. ve başta ailem olmak üzere yakınlarımla yardımlarına borçluyum	2.50	0.96	0.39**
19. Ağızıma iyi bakarsam dişlerim uzun zaman sağlıklı kalır	3.27	0.93	0.45**
20. Ağız diş sağ. için gerekenleri yaparsam diş çürük. ve diş eti hastalıklarından kendimi korurum	3.27	0.89	0.40**
21. Yapmam gerekenler ancak diş dok. söylediklerinden ibarettir	2.38	0.92	0.47**
22. Ağız diş sağ. bozul. bilirim ki, bakım için gereken. yapmamışumdur	3.00	1.03	0.49**
23. Sorunum olsa da diş dok. gitmeme nedenim, sağlık güvencemin ve maddi olanaklarımla yetmemesidir	2.27	1.05	0.22**
24. Ağız diş sağ. bozulmadan koru. ve geliş. için çaba sarfederim	2.90	0.86	0.46**
25. Yapılması gerek. yerine getirirsem dişlerimin. uzun süre sağlıklı kalması mümkündür	3.43	0.76	0.39**
26. Ağızımın sağlıklı kalabilmesinin tek yolu diş dok. önerilerine uymaktır	2.94	0.88	0.53**

\* p< 0.05 \*\*p< 0.01

Tablo 31’de ölçek maddelerinin toplam puanla olan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyleri görülmektedir. Maddelerin korelasyon katsayıları 0.14 ile 0.53 arasında değişmektedir. Soruların korelasyon katsayıları  $p<0.05$  ve  $p<0.01$  düzeyinde anlamlılık göstermektedir.

TABLO 32- ÇBASKO Ölçeği ve Altölçeklerinin Güvenirlik Katsayıları

Altölçekler	Madde sayısı	X	SD	Güvenirlik katsayısı
İçsel Kontrol Korunma Odaklı	11	34,15	6,47	0.84
Şans	6	10,58	4,53	0.81
Dışsal Kontrol Dış hek. tarafından bilgilenme odaklı	4	9,63	2,54	0.52
Dışsal Kontrol Dış hek. tarafından uygulama odaklı	3	7,66	1,97	0.46
Dışsal Kontrol 1. ve 2. sosyalizasyon odaklı	2	5,01	1,58	0.61
<b>ÇBASKO ÖLÇEĞİ</b>	26	67,04	10,25	0.79

Tablo 32 ‘de ölçek güvenirlik katsayısının 0.79, altölçek güvenirlik katsayılarının ise 0.46 ile 0.84 arasında değiştiği görülmektedir.

TABLO 33 – ÇBASKO ölçeği ve altölçeklerinin test – tekrar test güvenirligi

\*\* p < 0.01

Tablo 33’de görüldüğü gibi ölçeğin 10 gün arayla uygulanmasıyla elde edilen veriler üzerinden hesaplanan ölçek ve altölçeklerinin test - tekrar test güvenirlilik katsayıları p<0.01 düzeyinde anlamlılık göstermektedir. Ölçeğin test - tekrar test Pearson korelasyon katsayısı 0.99’ dur ( sd= 79, p<0.01). Ölçeğin altölçeklerinin test - tekrar test güvenirlilik katsayıları sırasıyla 1.00, 0.97, 0.99, 0.99,0.99 olarak bulunmuştur ( sd= 79, p<0.01 ).

Altölçekler	Pearson r
İçsel kontrol Korunma odaklı	1.000 (**)
Şans	0.972 (**)
Dışsal kontrol Diş hekimii tarafından bilgilendirme odaklı	0.999 (**)
Dışsal kontrol Diş hekimii tarafından uygulama odaklı	0.998 (**)
Dışsal kontrol 1. ve 2. sosyalizasyon odaklı	0.991 (**)
<b>ÇBASKO ÖLÇEĞİ</b>	<b>0.996 (**)</b>

\*\* p < 0.01

### 2.3.4.3. ÇBASKO ÖLÇEĞİ GEÇERLİK ÇALIŞMASI

Ölçek geçerlik çalışması kapsamında kapsam geçerliği ve yapı geçerliği değerlendirilmiştir. Ölçeğin yapı geçerliğinin saptanmasında Temel Bileşenler Analizi ve Varimax Rotation Faktör Analizi tekniği kullanılmıştır ( Tablo 34 ). Altölçekler ve klinik muayene indeksleri arasındaki ilişkiler Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısına göre değerlendirilmiştir ( Tablo 37). Yapılan klinik muayene indeksleri ve ağız diş sağliğı bildirim formu soruları ile altölçek korelasyonlarına bakılarak ölçeğin kriter geçerliğine ( Tablo 38 – 42 ) ; altölçek alt ve üst ekstrem grupları ile muayene indekslerinin karşılaştırılması ile ayırteğici geçerliğine bakılmıştır ( Tablo 43 – 48).

**TABLO 34 - ÇBASKO Ölçeğinin Faktör Analizi**

İÇSEL KONTROL Korunma odaklı		ŞANS		DIŞSAL KONTROL Diş hek. bilgilendirme odaklı		DIŞSAL KONTROL Diş hek. uygulama odaklı		DIŞSAL KONTROL 1. ve 2. sosyalizasyon odaklı	
MN	Yük	MN	Yük	MN	Yük	MN	Yük	MN	Yük
19	0.82	4	0.73	21	0.70	18	0.72	6	0.75
25	0.81	10	0.71	3	0.70	15	0.56	9	0.74
20	0.77	13	0.70	23	0.64	26	0.53		0.83
24	0.71	7	0.64	12	0.41				
17	0.69	1	0.50						
5	0.64	16	0.34						
8	0.64								
22	0.57								
11	0.56								
14	0.53								
2	0.51								
Özdeğer=6.71		Özdeğer=3.30		Özdeğer=1.91		Özdeğer=1.70		Özdeğer=1.46	
Var. % =25.8		Var. % =12.7		Var. % =7.35		Var. % =6.56		Var. % =5.62	
Alpha =0.84		Alpha =0.81		Alpha =0.52		Alpha =0.46		Alpha =0.61	

MN= Madde no Var = Döndürme sonrası açıklanan varyans yüzdesi r \*= Alt ölçek toplam puan korelasyonu ( p<0.001)

Tablo 34 'de ölçeğin faktör yapısı, her faktörün özdeğeri, döndürme sonrası açıklanan varyans yüzdesi ve madde toplam puan korelasyon katsayıları verilmiştir. Temel Bileşenler Analizi sonucunda özdeğeri 1 'in üzerinde olan ve toplam varyansın % 61,42 'sini açıklayan 7 faktör ortaya çıkmıştır. En yalın faktör örüntüsü toplam varyansın % 53.34'ini açıklayan 5 faktör çözümlemesiyle ve varimaks döndürmesiyle elde edilmiştir. Ölçek altölçeklerinin güvenirlik katsayıları 0.46 ile 0.84 arasında değişmektedir. Faktör yükleri 1. faktörde 0.51 ile 0.82 ; 2. faktörde 0.34 ile 0.73; 3. faktörde 0.41 ile 0.70; 4. faktörde 0.53 ile 0.72 ; 5. faktörde ise 0.74 ile 0.75 arasında değişmektedir. Ölçek altölçeklerinde madde - toplam puan korelasyon katsayıları  $p < 0.01$  düzeyinde anlamlıdır.



TABLO 35 – ÇBASKO Ölçeğinin Altölçeklerinin Pearson Korelasyon Katsayıları

	İÇSEL KONTROL Korunma odaklı	ŞANS	DIŞSAL KONTROL Dişhek. Bil. odaklı)	DIŞSAL KONTROL Dişhek. Uygu. odaklı	DIŞSAL KONTROL 1.-2. sosya. odaklı	ÇBASKO
İÇSEL KONTROL Korunma odaklı	1	-, 247 (**) p=0.001	,263 (**) p=0.001	,254 (**) p=0.001	,269 (**) P=0.000	0,67**
ŞANS	-,247 (**) p=0.001	1	,387 (**) p=0.000	,210 (**) p=0.007	,175 (*) p=0.024	0,45**
DIŞSAL KONTROL Dişhek. bilgi. odaklı	,263 (**) p=0.001	,387 (**) p=0.000	1	,510 (**) p=0.000	,191 (*) p=0.014	0,71**
DIŞSAL KONTROL Dişhek. uygu. odaklı	,254 (**) p=0.001	,210 (**) p=0.007	,510 (**) p=0.000	1	,257 (**) p=0.001	0,61**
DIŞSAL KONTROL 1.- 2. sosya. odaklı	,269 (**) p=0.000	,175 (*) p=0.024	,191 (*) p=0.014	,257 (**) p=0.001	1	0,49**

\* p<0.05 \*\* p<0.01

Tablo 35 'de altölçekler arasındaki ilişkiler görülmektedir. 1. altölçek ile 2. altölçek arasında anlamlı negatif korelasyon ( p=0.001), 1. altölçek ile 3. altölçek ve 4. altölçek arasında anlamlı pozitif korelasyon ( p=0.001), 1. altölçek ile 5. altölçek arasında anlamlı pozitif korelasyon ( p=0.000), 2. ve 3. altölçek arasında anlamlı pozitif korelasyon, 2. altölçek ile 4. altölçek arasında anlamlı pozitif korelasyon ( p= 0.007), 2. ve 5. altölçek arasında anlamlı pozitif korelasyon ( p= 0.024 ), 3. altölçek ile 4. alt ölçek arasında anlamlı pozitif korelasyon ( p=0.000 ), 3. altölçek ile 5. altölçek arasında anlamlı pozitif korelasyon ( p= 0.014 ), 4.altölçek ile 5. altölçek arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır ( p=0.001).



Tablo 36- Klinik indekslerinin dağılım değerleri

Klinik muayene indeksleri	N	X	SD	Minumum değer	Maksimum değer
DMFT	163	8,28	4,67	0	25
GI	163	0,46	0,60	0	2
PI	158	1,32	0,69	0	3,2
BBİ	158	0,15	0,18	0	0,9
DT	165	2,98	2,22	0	11
FT	165	3,49	3,74	0	25

Tablo 36'da klinik indeks değerlerinin minimum maksimum değerleriyle , ortalama ve standart sapma değerleri görülmektedir.

TABLO 37- Altölçekler ile klinik indeksler arasındaki korelasyonlar

	DMFT	GI	PI	PHPI	DT	FT
F1	0,024 p=0,75	0,038 p=0,63	-0,019 p=0,80	-0,016 p=0,84	-0,054 p=0,48	-0,005 p=0,94
F2	0,105 p=0,18	0,09 p=0,23	0,047 p=0,56	0,018 p=0,81	0,10 p=0,19	-0,012 p=0,88
F3	0,16* p=0,04	0,16* p=0,03	0,14 p=0,07	0,03 p=0,70	0,05 p=0,48	0,03 p=0,67
F4	0,22** p=0,004	0,16* p=0,03	0,106 p=0,18	0,008 p=0,92	-0,015 p=0,84	0,12 p=0,11
F5	-0,11 p=0,14	0,06 p=0,41	0,08 p=0,28	0,07 p=0,38	-0,12 p=0,11	-0,05 p=0,47

\*p< 0.05 \*\* p< 0.01

Tablo 37'de altölçekler ve klinik indeksler arasında Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısına göre yapılan değerlendirme sonunda 3. altölçek ile DMFT ve GI arasında anlamlı pozitif korelasyon ( p=0,04 ; p=0,03 ), 4. altölçek ile DMFT arasında anlamlı pozitif korelasyon ( p=0,004 ), 4. altölçek ile GI arasında anlamlı pozitif korelasyon bulunmuştur ( p=0,03 ).

TABLO 38- Düzenli diş hekimine giden( + ) ve gitmeyenlerde (-) klinik indeks ve altölçek puanlarının karşılaştırılması

Soru 2	Düzenli diş hek. kontrolüne gider misiniz?	X	U	Z	p
<b>DMFT</b>	( + ) n= 44	79,1	2490,5	-0,31	0,75
	( - ) n= 117	81,71			
<b>GI</b>	( + ) n= 44	77,95	2440	-0,51	0,6
	( - ) n= 117	82,15			
<b>PI</b>	( + ) n= 44	79,14	2402	-0,1	0,91
	( - ) n= 117	78,26			
<b>BBİ</b>	( + ) n= 44	78,58	2426	-0,01	0,98
	( - ) n= 117	78,47			
<b>DT</b>	( + ) n= 44	68,87	2064	-2,21	0,02*
	( - ) n= 117	87,01			
<b>FT</b>	( + ) n= 44	84,69	2534	-0,45	0,64
	( - ) n= 117	80,97			
<b>F1</b>	( + ) n= 44	98,57	1909,5	-2,77	0,005**
	( - ) n= 117	75,68			
<b>F2</b>	( + ) n= 44	77,79	2465,5	-0,7	0,47
	( - ) n= 117	83,61			
<b>F3</b>	( + ) n= 44	81,58	2636	-0,07	0,94
	( - ) n= 117	82,16			
<b>F4</b>	( + ) n= 44	87,03	2428	-0,85	0,39
	( - ) n= 117	80,08			
<b>F5</b>	( + ) n= 44	87,56	2405	-0,94	0,34
	( - ) n= 117	79,88			

Tablo 38'de görüldüğü gibi Mann Whitney U Testi ile yapılan değerlendirme sonucu, 1. altölçekten alınan puanlar açısından düzenli diş hekimi kontrolüne giden ve gitmeyenler arasında anlamlı fark olduğu görülmektedir ( U=1909.5, Z=-2.77, p<0.01 ). Kontrolüne giden ve gitmeyenler arasında DT indeksi değerleri anlamlı olarak farklıdır ( U=2064, Z=-2.21, p<0.05 ).

TABLO 39 - Son bir yıl içinde diş ağrısı çeken ( + ) ve çekmeyenlerde ( - ) klinik indeks ve alt ölçek değerlendirilmesi

Soru 6	Son bir yıl için.diş ağrısı çektiniz mi?	X	U	Z	p
DMFT	( + ) n= 59	88,57	2503,5	-1,68	0,09
	( - ) n= 101	75,79			
GI	( + ) n= 59	78,33	2851,5	-0,45	0,64
	( - ) n= 101	81,77			
PI	( + ) n= 58	76,27	2712,5	-0,37	0,71
	( - ) n= 97	79,04			
BBİ	( + ) n= 58	79,7	2714,5	-0,36	0,71
	( - ) n= 97	76,98			
DT	( + ) n= 59	88,3	2637,5	-1,4	0,15
	( - ) n= 103	77,61			
FT	( + ) n= 59	84,63	2854	-0,65	0,51
	( - ) n= 103	79,71			
F1	( + ) n= 59	77,21	2785,5	-0,88	0,37
	( - ) n= 103	83,96			
F2	( + ) n= 59	77,28	2789,5	-0,87	0,38
	( - ) n= 103	83,92			
F3	( + ) n= 59	74,48	2624,5	-1,45	0,14
	( - ) n= 103	85,52			
F4	( - ) n= 59	78,71	2874	-0,57	0,56
	( - ) n= 103	83,1			
F5	( + ) n= 59	76,98	2772	-0,94	0,34
	( - ) n= 103	84,09			

Tablo 39'da görüldüğü gibi diş ağrısı çeken ve çekmeyenlerde klinik indeksler ve alt ölçek puanları açısından Mann Whitney U Testi ile yapılan değerlendirme sonucu anlamlı bir fark bulunmamıştır (  $p > 0.05$  ).

TABLO 40 – Diş ağrısı dışında diş ve dişetleriyle ilgili problemi olan( + ) ve olmayanlarda ( - ) klinik indeksler ve alt ölçeklerin değerlendirilmesi

Soru 7	Son bir yılda diş ağ. dışında diş ve dişet. ilgili sağ. prob. oldu mu?		X	U	Z	p
<b>DMFT</b>	( + )	n= 66	85,32	2586	-1,48	0,13
	( - )	n= 91	74,42			
<b>GI</b>	( + )	n= 66	83,63	2697,5	-1,09	0,27
	( - )	n= 91	75,64			
<b>PI</b>	( + )	n= 64	74,49	2687,5	-0,47	0,63
	( - )	n= 88	77,96			
<b>BBİ</b>	( + )	n= 64	79,52	2623	-0,72	0,46
	( - )	n= 88	74,31			
<b>DT</b>	( + )	n= 66	78,14	2946	-0,32	0,74
	( - )	n= 92	80,48			
<b>FT</b>	( + )	n= 66	86,96	2543,5	-1,76	0,07
	( - )	n= 92	74,15			
<b>F1</b>	( + )	n= 66	74,15	2683	-1,24	0,21
	( - )	n= 92	83,34			
<b>F2</b>	( + )	n= 66	75,64	2781	-0,9	0,36
	( - )	n= 92	82,27			
<b>F3</b>	( + )	n= 66	80,35	2980	-0,19	0,84
	( - )	n= 92	78,89			
<b>F4</b>	( + )	n= 66	81,21	2923	-0,4	0,68
	( - )	n= 92	78,27			
<b>F5</b>	( + )	n= 66	81,02	2935	-0,36	0,71
	( - )	n= 92	78,41			

Tablo 40'da görüldüğü gibi sağlık problemi olan ve olmayanlarda klinik indeksler ve alt ölçek puanları açısından Mann Whitney U Testi ile yapılan değerlendirme sonucu anlamlı bir fark bulunmamıştır (  $p>0.05$  ).

TABLO 41- Diş fırçalama ve diş ipi kullanma sıklığı arasındaki ilişkiler

	DMFT	GI	PI	BBİ	DT	FT
Diş fırçalama sıklığı	-0,04	0,05	0,12	0,08	0,09	-0,11
Diş ipi kullanma sıklığı	0,56*	-0,04	0,11	0,38	0,2	0,52*
Diş fırçalama sıklığı	0,02	0,02	0,05	-0,01	0,1	
Diş ipi kullanma sıklığı	-0,35	0,15	0,38	-0,1	-0,23	
	F1	F2	F3	F4	F5	

\*p<0.05

Tablo 41’de Spearman korelasyon katsayısına göre yapılan analiz sonucu diş ipi kullanma sıklığı ile DMFT ve FT arasında anlamlı pozitif korelasyon ( p<0.05) olduğu görülmektedir.

TABLO 42 – Diş ipi kullanan( + ) ve kullanmayanlarda ( - ) klinik indeks ve altölçeklerin değerlendirilmesi

Soru 11:	Diş ipi kullanıyor musunuz?	X	U	Z	p
DMFT	( + ) n= 9	59,89	494	-0,94	0,34
	( - ) n=135	73,34			
GI	( + ) n= 9	60	495	-0,93	0,35
	( - ) n=135	73,33			
PI	( + ) n= 8	44,88	323	-1,86	0,06
	( - ) n=133	72,57			
BBİ	( + ) n= 8	53,31	390	-1,27	0,2
	( - ) n=133	72,06			
DT	( + ) n=10	67,6	621	-0,46	0,64
	( - ) n=136	73,93			
FT	( + ) n=10	63,25	577	-0,8	0,42
	( - ) n=136	47,25			
F1	( + ) n=10	91,4	501	-1,38	0,16
	( - ) n=136	72,18			
F2	( + ) n=10	55,75	502,5	-1,38	0,16
	( - ) n=136	74,81			
F3	( + ) n=10	66,85	613,5	-0,51	0,6
	( - ) n=136	73,99			
F4	( + ) n=10	79,8	617	-0,49	0,62
	( - ) n=136	73,04			
F5	( + ) n=10	72,05	665,5	-0,11	0,9
	( - ) n=136	73,61			

Tablo 42’de Mann Whitney U Testine göre diş ipi kullanan ve kullanmayanlarda klinik indeksler ve altölçekler açısından anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (  $p>0.05$ ).

**TABLO 43- DMFT açısından altölçek ekstrem grupların karşılaştırılması**

DMFT	N	X	SD	t	df	p
<b>F1 Alt Ekstrem Grup</b>	45	8,6	5,01	0,65	86	0,51
<b>Üst Ekstrem Grup</b>	43	8	4,61			
<b>F2 Alt Ekstrem Grup</b>	45	7,93	4,93	-1,31	87	0,19
<b>Üst Ekstrem Grup</b>	44	9,31	5,02			
<b>F3 Alt Ekstrem Grup</b>	44	7,54	4,10	-1,83	86	0,07
<b>Üst Ekstrem Grup</b>	44	9,45	5,56			
<b>F4 Alt Ekstrem Grup</b>	45	6,46	3,09	-2,81	67	0,006**
<b>Üst Ekstrem Grup</b>	44	9,15	5,57			
<b>F5 Alt Ekstrem Grup</b>	45	8,40	4	0,60	87	0,55
<b>Üst Ekstrem Grup</b>	44	7,84	4,81			

\*\*  $p < 0.01$

Tablo 43’de DMFT klinik indeksi açısından ölçeğin altölçeklerinde düşük ve yüksek puan alan grupların ( alt % 27 – üst % 27 ) toplum ortalamasına dayalı iki örneklem t testi değerleri görülmektedir. 1. altölçekten düşük ve yüksek puan alanlarda DMFT değeri açısından anlamlı bir fark yoktur (  $T=0,65;sd=86; p> 0.05$ ). 2. altölçekten düşük ve yüksek puan alanlarda DMFT değeri açısından anlamlı bir fark yoktur (  $T=-1,31; sd=87; p>0.05$ ). 3. altölçekten düşük ve yüksek puan alanlarda DMFT değeri açısından anlamlı bir fark yoktur (  $T=-1,83; sd=86; p>0.05$ ). 4. altölçekten düşük ve yüksek puan alanlarda DMFT değeri açısından anlamlı bir fark vardır (  $T= -2,81; sd = 67; p< 0.01$ ). 5. alt ölçekten düşük ve yüksek puan alanlarda DMFT değeri açısından anlamlı bir fark yoktur (  $T=0,60; sd=87; p>0.05$  ).

TABLO 44 - GI açısından ölçek altölçeklerindeki ekstrem grupların karşılaştırılması

GI	N	X	SD	t	df	p
<b>F1 Alt Ekstrem Grup</b>	45	0,47	0,61	-0,46	86	0,64
<b>Üst Ekstrem Grup</b>	43	0,53	0,64			
<b>F2 Alt Ekstrem Grup</b>	45	0,39	0,46	-1,36	76	0,17
<b>Üst Ekstrem Grup</b>	44	0,56	0,67			
<b>F3 Alt Ekstrem Grup</b>	44	0,40	0,53	-1,45	79	0,15
<b>Üst Ekstrem Grup</b>	44	0,59	0,72			
<b>F4 Alt Ekstrem Grup</b>	45	0,34	0,56	-1,93	82	0,05*
<b>Üst Ekstrem Grup</b>	44	0,60	0,70			
<b>F5 Alt Ekstrem Grup</b>	45	0,35	0,50	-1,60	79	0,11
<b>Üst Ekstrem Grup</b>	44	0,55	0,68			

\*p< 0.05

Tablo 44'de GI açısından ölçeğin altölçeklerinde düşük ve yüksek puan alan grupların ( alt % 27 – üst % 27 ) toplum ortalamasına dayalı iki örneklem t testi değerleri görülmektedir. 1. altölçekten düşük ve yüksek puan alanlarda GI değeri açısından anlamlı bir fark yoktur (  $T=-0,46;sd=86; p> 0.05$ ). 2. altölçekten düşük ve yüksek puan alanlarda GI değeri açısından anlamlı bir fark yoktur (  $T=-1,36; sd=76; p>0.05$ ). 3. alt ölçekten düşük ve yüksek puan alanlarda GI değeri açısından anlamlı bir fark yoktur (  $T=-1,45; sd=79; p>0.05$ ). 4. altölçekten düşük ve yüksek puan alanlarda GI değeri açısından anlamlı bir fark vardır (  $T= -1,93; sd = 82; p= 0.05$  ). 5. altölçekten düşük ve yüksek puan alanlarda GI değeri açısından anlamlı bir fark yoktur (  $T=-1,60; sd=79; p>0.05$  ).

TABLO 45 - PI açısından ölçek altölçeklerindeki ekstrem grupların karşılaştırılması

PI	N	X	SD	t	df	p
F1 Alt Ekstrem Grup	45	1,31	0,64	-0,20	83	0,84
Üst Ekstrem Grup	40	1,34	0,77			
F2 Alt Ekstrem Grup	45	1,22	0,74	-0,87	87	0,38
Üst Ekstrem Grup	44	1,35	0,68			
F3 Alt Ekstrem Grup	41	1,20	0,64	-1,04	83	0,30
Üst Ekstrem Grup	44	1,35	0,74			
F4 Alt Ekstrem Grup	43	1,43	0,72	-0,40	85	0,68
Üst Ekstrem Grup	44	1,49	0,60			
F5 Alt Ekstrem Grup	44	1,24	0,60	-1,57	80	0,12
Üst Ekstrem Grup	44	1,47	0,80			

Tablo 45’de toplum ortalamasına dayalı iki örneklem t testi değerlendirmesine göre; alt ölçeklerden düşük ve yüksek puan alan gruplar ( alt % 27 – üst % 27 ) arasında PI açısından anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. Alt ölçekler için bulunan t değerleri sırasıyla (  $T=-0,20;sd=83;p>0,05$  ), (  $T=-0,87;sd=87;p>0,05$  ), (  $T=-1,04;sd=83;p>0,05$  ), (  $T=-0,40;sd=85;p>0,05$  ), (  $T=-1,57;sd=80;p>0,05$  ) olarak bulunmuştur.



TABLO 46- BBİ açısından ölçek altölçeklerindeki ekstrem grupların karşılaştırılması

BBİ	N	X	SD	t	df	p
F1 Alt Ekstrem Grup	45	0,15	0,17	0,02	83	0,98
Üst Ekstrem Grup	40	0,14	0,18			
F2 Alt Ekstrem Grup	45	0,14	0,17	-0,39	87	0,69
Üst Ekstrem Grup	44	0,15	0,18			
F3 Alt Ekstrem Grup	41	0,16	0,15	0,02	83	0,98
Üst Ekstrem Grup	44	0,15	0,19			
F4 Alt Ekstrem Grup	43	0,17	0,20	0,72	85	0,47
Üst Ekstrem Grup	44	0,14	0,16			
F5 Alt Ekstrem Grup	44	0,14	0,16	-1,10	86	0,27
Üst Ekstrem Grup	44	0,18	0,20			

Tablo 46’da toplum ortalamasına dayalı iki örneklem t testi değerlendirmesine göre; alt ölçeklerden düşük ve yüksek puan alan gruplar ( alt % 27 – üst % 27 ) arasında PHPI açısından anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. Altölçekler için bulunan t değerleri sırasıyla (  $T=0,02;sd=83;p>0,05$  ), (  $T=-0,39;sd=87;p>0,05$  ), (  $T=0,02;sd=83;p>0,05$  ), (  $T=0,72;sd=85;p>0,05$  ), (  $T=-1,10;sd=86;p>0,05$  ) olarak bulunmuştur.

TABLO 47 - DT açısından ölçek altölçeklerindeki ekstrem grupların karşılaştırılması

DT	N	X	SD	t	df	p
F1 Alt Ekstrem Grup	45	3,40	2,51	2	88	0,04*
Üst Ekstrem Grup	45	2,44	1,99			
F2 Alt Ekstrem Grup	45	2,80	1,96	-1,37	88	0,17
Üst Ekstrem Grup	45	3,44	2,51			
F3 Alt Ekstrem Grup	45	2,53	2,09	-1,06	88	0,29
Üst Ekstrem Grup	45	3,02	2,29			
F4 Alt Ekstrem Grup	45	2,68	2,20	-0,55	88	0,58
Üst Ekstrem Grup	45	2,95	2,35			
F5 Alt Ekstrem Grup	45	3,53	2,61	0,71	88	0,48
Üst Ekstrem Grup	45	3,17	2,11			

\*p< 0.05

Tablo 47’de toplum ortalamasına dayalı iki örneklem t testi değerlendirmesine göre; 2., 3., 4., 5.alt ölçeklerden düşük ve yüksek puan alan gruplar ( alt % 27 – üst % 27 ) arasında DT açısından anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. Alt ölçekler için bulunan t değerleri sırasıyla (  $T=-1,37;sd=88;p>0.05$  ), (  $T=-1,06;sd=88;p>0,05$  ), (  $T=-0,55;sd=88;p>0,05$  ),(  $T=0,71;sd=88;p>0,05$  ), olarak bulunmuştur. 1. alt ölçekten düşük ve yüksek puan alan gruplar ( alt % 27 – üst % 27 ) arasında DT açısından anlamlı bir fark bulunmuştur (  $T=2;sd=88;p<0.05$  )

TABLO 48 - FT açısından ölçek altölçeklerindeki ekstrem grupların karşılaştırılması

FT	N	X	SD	t	df	p
F1 Alt Ekstrem Grup	45	3,48	3,93	0,70	88	0,48
Üst Ekstrem Grup	45	2,97	2,89			
F2 Alt Ekstrem Grup	45	3,42	3,22	-0,38	88	0,70
Üst Ekstrem Grup	45	3,71	4,01			
F3 Alt Ekstrem Grup	45	3,68	3,35	-0,41	88	0,68
Üst Ekstrem Grup	45	4,04	4,69			
F4 Alt Ekstrem Grup	45	2,84	3,23	-1,06	88	0,29
Üst Ekstrem Grup	45	3,71	4,40			
F5 Alt Ekstrem Grup	45	3,33	3,74	0,56	83	0,57
Üst Ekstrem Grup	45	2,93	2,94			

Tablo 48 'de toplum ortalamasına dayalı iki örneklem t testi değerlendirmesine göre; altölçeklerden düşük ve yüksek puan alan gruplar ( alt % 27 – üst % 27 ) arasında FT açısından anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. Altölçekler için bulunan t değerleri sırasıyla (  $T=0,70;sd=88;p>0,05$  ), (  $T=-0,38;sd=88;p>0,05$  ), (  $T=-0,41;sd=88;p>0,05$  ), (  $T=-1,06;sd=88;p>0,05$  ), (  $T=0,56;sd=83;p>0,05$  ) olarak bulunmuştur.

### 2.3.4.4. DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE GÖRE YAPILAN ANALİZLER

Klinik muayene indeksleri, altölçekler cinsiyet, yaş ve eğitim demografik değişkenlerine göre mukayese edilmiştir ( Tablo 49 – 51 ).

TABLO 49- Klinik indeksler ve alt ölçeklerin cinsiyet açısından değerlendirilmesi

		n	X	U	Z	p
DMFT	KADIN	73	86,63	2947	-1,13	0,25
	ERKEK	90	78,24			
GI	KADIN	73	80,5	3175,5	-0,36	0,71
	ERKEK	90	83,22			
PI	KADIN	72	65,81	2110	-3,44	0,0006***
	ERKEK	86	90,97			
BBİ	KADIN	72	63,63	1953	-4,03	0,0001***
	ERKEK	86	92,79			
DT	KADIN	75	88,49	2963,5	-1,35	0,17
	ERKEK	90	78,43			
FT	KADIN	75	82,14	3310	-0,21	0,83
	ERKEK	90	83,72			
F1	KADIN	75	71,13	2485	-2,91	0,0035**
	ERKEK	90	92,89			
F2	KADIN	75	90,73	2795	-1,91	0,04*
	ERKEK	90	76,56			
F3	KADIN	75	86,22	3133,5	-0,79	0,42
	ERKEK	90	80,32			
F4	KADIN	75	88,82	2938,5	-1,44	0,14
	ERKEK	90	78,15			
F5	KADIN	75	77,91	2993,5	-1,27	0,2
	ERKEK	90	87,24			

\*p< 0.05 \*\* p< 0.01 \*\*\*p<0.001

Tablo 49’da cinsiyet açısından klinik muayene indeks ve altölçekler arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı Mann-Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir. Kadın ve erkekler arasında PI değeri anlamlı düzeyde farklıdır ( U=2110, Z=-3,44, p<0,001 ). Kadın ve erkekler arasında BBİ değeri anlamlı düzeyde farklıdır ( U=1953, Z=-4,03, p<0,001 ). 1. altölçekten alınan puanlar kadın ve erkeklerde anlamlı düzeyde farklıdır ( U=2485, Z=-2,91, p<0,01 ).2. altölçekten alınan puanlar kadın ve erkeklerde anlamlı düzeyde farklıdır ( U=2795, Z=-1,91, p<0.05 ).

TABLO 50 - Klinik muayene indekslerinin yaş gruplarına göre karşılaştırılması

Kruskal - Wallis One Way Anova	X	X <sup>2</sup>	df	p	Post Hoc Bonferroni Test ile aralarında anlamlı fark olan gruplar	U	Z	p
DMFT	1. yaş grubu ( n=87)	70,7						
	2. yaş grubu ( n= 53 )	92,9	2	0,004**	Grup ( 1-2)	1679,5	-2,7	0,006
	3. yaş grubu ( n= 23)	99,3			Grup ( 1-3)	651	-2,58	0,009
GI	1. yaş grubu ( n=87)	71,22						
	2. yaş grubu ( n= 53 )	94,64	2	0,007**	Grup ( 1-2)	1642,5	-2,86	0,004
	3. yaş grubu ( n= 23)	93,63						
PI	1. yaş grubu ( n=87)	83,51						
	2. yaş grubu ( n= 53 )	76,56	2	0,45				
	3. yaş grubu ( n= 23)	71,39						
BBİ	1. yaş grubu ( n=87)	81,98						
	2. yaş grubu ( n= 53 )	78,16	2	0,7				
	3. yaş grubu ( n= 23)	73,43						
DT	1. yaş grubu ( n=87)	92,64						
	2. yaş grubu ( n= 53 )	73,28	2	0,02*	Grup ( 1-2)	1819,5	-2,42	0,01
	3. yaş grubu ( n= 23)	69,76						
FT	1. yaş grubu ( n=87)	72,44						
	2. yaş grubu ( n= 53 )	93,95	2	0,01**	Grup ( 1-2)	1771	-2,64	0,008
	3. yaş grubu ( n= 23)	96,76			Grup ( 1-3)	703	-3,21	0,001

\*p< 0.05 \*\* p< 0.01 \*\*\*p<0.001

TABLO 51- Altölçeklerin yaş gruplarına göre değerlendirilmesi

Kruskal - Wallis One Way Anova	X	X <sup>2</sup>	df	p	Post Hoc Bonferroni Test ile aralarında anlamlı fark olan gruplar	U	Z	p
F1	1. yaş grubu ( n=87)	77,66						
	2. yaş grubu ( n= 53 )	91,84	2,97	0,22				
	3. yaş grubu ( n= 23)	82,07						
F2	1. yaş grubu ( n=87)	76,93						
	2. yaş grubu ( n= 53 )	80	10,78	0,004**	Grup ( 1-3 )	565,5	-3,21	0,001
	3. yaş grubu ( n= 23)	113,15			Grup ( 2-3)	374	-2,84	0,004
F3	1. yaş grubu ( n=87)	74,52						
	2. yaş grubu ( n= 53 )	85,84	9,37	0,009**	Grup ( 1-3 )	587,5	-3,06	0,002
	3. yaş grubu ( n= 23)	108,28						
F4	1. yaş grubu ( n=87)	70,39						
	2. yaş grubu ( n= 53 )	93,08	14,13	0,0009***	Grup ( 1-2 )	1731,5	-2,8	0,005
	3. yaş grubu ( n= 23)	106,61			Grup ( 1-3 )	564	-3,25	0,001
F5	1. yaş grubu ( n=87)	83,21						
	2. yaş grubu ( n= 53 )	82,98	0,007	0,99				
	3. yaş grubu ( n= 23)	82,86						

\*p< 0,05 \*\* p< 0,01 \*\*\*p<0,001

Tablo 50

Parametrik olmayan Kruskal Wallis Varyans Analizine göre DMFT açısından 3 yaş grubu arasında anlamlı düzeyde fark saptanmıştır (  $KW=10.82$  ,  $p<0,01$  ). GI açısından 3 yaş grubu arasında anlamlı düzeyde fark saptanmıştır (  $KW=9,73$  ,  $p<0,01$  ). DT açısından 3 yaş grubu arasında anlamlı düzeyde fark saptanmıştır (  $KW=7,58$  ,  $p<0,01$  ). FT açısından 3 yaş grubu arasında anlamlı düzeyde fark saptanmıştır (  $KW=9.04$  ,  $p<0,01$  ). Aralarında anlamlı fark bulunan gruplar Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U Testi (  $p = 0.016$  ) ile değerlendirilmiştir. DMFT değeri 1. yaş grubu ve 2. yaş grubu arasında anlamlı düzeyde farklıdır (  $U=1679.5$ ,  $Z=-2.7$ ,  $p <0.01$ ). DMFT değeri 1. yaş grubu ve 3. yaş grubunda anlamlı düzeyde farklıdır (  $U=651$ ,  $Z=-2.58$ ,  $p <0.01$ ). GI değeri 1. yaş grubu ve 2. yaş grubunda anlamlı düzeyde farklıdır (  $U=1642$ ,  $Z=-2.86$ ,  $p<0.01$  ). DT değeri 1. yaş grubu ve 2. yaş grubunda anlamlı düzeyde farklıdır (  $U=1819$ ,  $Z=-2.42$ ,  $p<0.01$ ). FT değeri 1. yaş grubu ve 2. yaş grubunda anlamlı düzeyde farklıdır (  $U=1771$ ,  $Z=-2.64$ ,  $p<0.01$  ). FT değeri 1. yaş grubu ve 3. yaş grubunda anlamlı düzeyde farklıdır (  $U=703$ ,  $Z=-3.21$ ,  $p<0.01$ ).

Tablo 51

Parametrik olmayan Kruskal Wallis Varyans Analizine göre 2. altölçekten alınan puanlar açısından 3 yaş grubu arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (  $KW=10.78$ ,  $p<0.01$ ). 3. altölçekten alınan puanlar açısından 3 yaş grubu arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (  $KW=9,37$ ,  $p<0.01$ ). 4. altölçekten alınan puanlar açısından 3 yaş grubu arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (  $KW=14,13$ ,  $p<0.001$ ). Aralarında anlamlı fark bulunan gruplar Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U Testi (  $p = 0.016$ ) ile değerlendirilmiştir. 2. altölçekten alınan puanlar 1. yaş grubu ve 3. yaş grubunda anlamlı düzeyde farklıdır (  $U=565$ ,  $Z=-3.21$ ,  $p <0.01$ ). 2. altölçekten alınan puanlar 2. yaş grubu ve 3. yaş grubunda anlamlı düzeyde farklıdır (  $U=374$ ,  $Z=-2.84$ ,  $p <0.01$ ). 3. altölçekten alınan puanlar 1. yaş grubu ve 3. yaş grubunda anlamlı düzeyde farklıdır (  $U=587$ ,  $Z=-3.06$ ,  $p<0.01$  ). 4. alt ölçekten alınan puanlar 1. yaş grubu ve 2. yaş grubunda anlamlı düzeyde farklıdır (  $U=1731$ ,  $Z=-2.8$ ,  $p<0.01$ ). 4. alt ölçekten alınan puanlar 1. yaş grubu ve 3. yaş grubunda anlamlı düzeyde farklıdır (  $U=564$ ,  $Z=-3,25$ ,  $p=0.001$ ).

TABLO 52 - Klinik indeksler ve eğitim düzeylerinin karşılaştırılması

Kruskal	- Wallis One Way Anova			X	X <sup>2</sup>	df	p	Post Hoc Bonferroni Test ile aralarında anlamlı fark olan gruplar	U	Z	p
	Eğitim düzeyi 1 ( n= 34)	Eğitim düzeyi 2 ( n= 78)	3. Eğitim grubu ( n= 51)								
DMFT	Eğitim düzeyi 1 ( n= 34)	92,31									
	Eğitim düzeyi 2 ( n= 78)	85,61	5,59	2	0,06						
	3. Eğitim grubu ( n= 51)	69,61									
GI	1. Eğitim grubu ( n= 34)	99,78									
	2. Eğitim grubu ( n= 78)	80,27	6,86	2	0,03*						
	3. Eğitim grubu ( n= 51)	72,79							577,5	-2,61	0,009
PI	1. Eğitim grubu ( n= 34)	80,21									
	2. Eğitim grubu ( n= 78)	79,35	0,01	2	0,99						
	3. Eğitim grubu ( n= 51)	79,24									
BBİ	1. Eğitim grubu ( n= 34)	71,96									
	2. Eğitim grubu ( n= 78)	84,42	1,89	2	0,38						
	3. Eğitim grubu ( n= 51)	77,35									
DT	1. Eğitim grubu ( n= 34)	70,24									
	2. Eğitim grubu ( n= 78)	88,25	3,44	2	0,17						
	3. Eğitim grubu ( n= 51)	83,71									
FT	1. Eğitim grubu ( n= 34)	82,43									
	2. Eğitim grubu ( n= 78)	86,12	0,75	2	0,68						
	3. Eğitim grubu ( n= 51)	78,71									

p<0.05\*



TABLO 53 – Altöççekler ve eğitim düzeylerinin karşılaştırılması

Kruskal - Wallis One Way Anova	X	X <sup>2</sup>	df	p	Post Hoc Bonferroni Test ile aralarında anlamlı fark olan gruplar	U	Z	p
F1	1. Eğitim grubu (n= 34)	74,6	2	0,39				
	2. Eğitim grubu (n= 78)	87,68						
	3. Eğitim grubu (n= 51)	81,63						
F2	1. Eğitim grubu (n= 34)	114,61	2	0,000***	Grup ( 1-2 )	629	-4,59	0,000
	2. Eğitim grubu (n= 78)	70,66						
	3. Eğitim grubu (n= 51)	80,23						
F3	1. Eğitim grubu (n= 34)	102,39	2	0,01**	Grup ( 1-3 )	539	-3,22	0,0013
	2. Eğitim grubu (n= 78)	81,02						
	3. Eğitim grubu (n= 51)	72,92						
F4	1. Eğitim grubu (n= 34)	96,89	2	0,14				
	2. Eğitim grubu (n= 78)	80,22						
	3. Eğitim grubu (n= 51)	77,82						
F5	1. Eğitim grubu (n= 34)	93,8	2	0,31				
	2. Eğitim grubu (n= 78)	80,69						
	3. Eğitim grubu (n= 51)	79,2						

p<0.05\* p<0.01\*\* p<0.001\*\*\*

Tablo 52

Parametrik olmayan Kruskal Wallis Varyans Analizine göre GI değeri açısından 3 eğitim grubu arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (  $KW=6.86$ ,  $p<0.05$  ). Aralarında anlamlı fark bulunan gruplar Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U Testi (  $p<0.016$  ) ile değerlendirilmiştir. GI değeri 1. eğitim grubu ve 3. eğitim grubunda anlamlı düzeyde farklıdır (  $U=577.5$ ,  $Z=-2.61$ ,  $p <0.01$  ).

Tablo 53

Parametrik olmayan Kruskal Wallis Varyans Analizine göre 2. altölçekten alınan puanlar açısından 3 eğitim grubu arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır (  $KW=20.7$ ,  $p<0.001$  ). 3. altölçekten alınan puanlar açısından 3 eğitim grubu arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır (  $KW=8.21$ ,  $p<0.01$  ). Aralarında anlamlı fark bulunan gruplar Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U Testi (  $p< 0.016$  ) ile değerlendirilmiştir. 2. alt ölçekten alınan puanlar 1. eğitim grubu ve 2. eğitim grubunda anlamlı düzeyde farklıdır (  $U=629$ ,  $Z=-4.59$ ,  $p<0.001$  ). 2. altölçekten alınan puanlar 1. eğitim grubu ve 3..eğitim grubunda anlamlı düzeyde farklıdır (  $U=539$ ,  $Z=-3.22$ ,  $p<0.01$  ). 3. altölçekten alınan puanlar 1. eğitim grubu ve 3.eğitim grubunda anlamlı düzeyde farklıdır (  $U=581.5$ ,  $Z=-2.86$ ,  $p<0.01$  ).

### 2.3.4.5. LİSTELERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

TABLO 54- YDL maddelerinin değerlendirilmesi

Yaşamdaki Değerler	Değerlendiren kişi sayısı	Örneklem İçinde 1. Sırada Değerlendirenlerin Oranı
Her açıdan sağlıklı bir çevrede yaşamak	40	24,2
Başarı duygusu	27	16,4
Heyecan dolu canlı ve aktif yaşam	22	13,3
İçsel uyum ( kendisiyle barışık olma)	18	10,9
Özgürlük (seçimlerinde özgür olma)	11	6,7
Mutluluk	11	6,7
Ekonomik açıdan rahat, refah içinde bir yaşam	9	5,5
Saygınlık	8	4,8
Her açıdan sağlıklı olma	6	3,6
Herhangi bir hastalığın olmaması	6	3,6
Değerlendirme yapmayan kişi sayısı	7	4,2
<b>TOPLAM</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

TABLO 55 - SBÖBL maddelerinin değerlendirilmesi

Sağlık Bilgisi Öncelik Alanları	Değerlendiren kişi sayısı	Örneklem İçinde 1. Sırada Değerlendirenlerin Oranı
Çevre sağlığı	29	17,6
Sigara alkol ve madde kullanımı zararları	20	12,1
Cinsel sağlık	18	10,9
Ağız diş sağlığı	17	10,3
Akıl ve ruh sağlığı	15	9,1
Kişisel öz bakımı detaylarıyla öğrenme	14	8,5
Bedensel sağlık - spor - egzersiz	13	7,9
Kazalardan korunma	8	4,8
Sağlıklı-yeterli/dengeli- kilo kontrolü ile ilgili beslenme	8	4,8
Bulaşıcı olan hastalıklardan korunma	5	3,0
Değerlendirme yapmayan kişi sayısı	18	10,9
<b>TOPLAM</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

TABLO 56 – Klinik indeksler ve altölçek puanları karşılaştırılması

Her	açından sağlıklı olma	X	U	Z	p	Ağız dış sağlığı	X	U	Z	p
DMFT	1. Sırada değerlendirenler n=59	75,49	2684	-0,33	0,73	1. Sırada değerlendirenler n=14	90,68	725,5	-1,43	0,15
	1. Sırada değerlendirmeyenler n=94	77,95				1. Sırada değerlendirmeyenler n=135	73,37			
GI	1. Sırada değerlendirenler n=59	72,14	2486	-1,08	0,27	1. Sırada değerlendirenler n=14	87,36	772	-1,13	0,25
	1. Sırada değerlendirmeyenler n=94	80,05				1. Sırada değerlendirmeyenler n=135	73,72			
PI	1. Sırada değerlendirenler n=58	78,22	2394	-0,84	0,39	1. Sırada değerlendirenler n=13	88,08	649	-1,41	0,15
	1. Sırada değerlendirmeyenler n=90	72,1				1. Sırada değerlendirmeyenler n=131	70,95			
BBİ	1. Sırada değerlendirenler n=58	72,87	2516	-0,37	0,7	1. Sırada değerlendirenler n=13	87,81	652,5	-1,4	0,16
	1. Sırada değerlendirmeyenler n=90	75,55				1. Sırada değerlendirmeyenler n=131	70,98			
DT	1. Sırada değerlendirenler n=60	79,13	2782	-0,25	0,8	1. Sırada değerlendirenler n=15	93,03	749,5	-1,66	0,09
	1. Sırada değerlendirmeyenler n=95	77,28				1. Sırada değerlendirmeyenler n=135	73,55			
FT	1. Sırada değerlendirenler n=60	77,98	2849	-0	0,99	1. Sırada değerlendirenler n=15	68,97	914,5	-0,62	0,53
	1. Sırada değerlendirmeyenler n=95	78,01				1. Sırada değerlendirmeyenler n=135	76,23			
F1	1. Sırada değerlendirenler n=60	76,33	2750	-0,36	0,71	1. Sırada değerlendirenler n=15	84,13	883	-0,81	0,41
	1. Sırada değerlendirmeyenler n=95	79,05				1. Sırada değerlendirmeyenler n=135	74,54			
F2	1. Sırada değerlendirenler n=60	74,49	2640	-0,77	0,43	1. Sırada değerlendirenler n=15	84,53	877	-0,85	0,39
	1. Sırada değerlendirmeyenler n=95	80,22				1. Sırada değerlendirmeyenler n=135	74,5			
F3	1. Sırada değerlendirenler n=60	75,63	2708	-0,52	0,59	1. Sırada değerlendirenler n=15	89,53	802	-1,32	0,18
	1. Sırada değerlendirmeyenler n=95	79,5				1. Sırada değerlendirmeyenler n=135	73,94			
F4	1. Sırada değerlendirenler n=60	82,32	2591	-0,96	0,33	1. Sırada değerlendirenler n=15	88,33	820	-1,22	0,22
	1. Sırada değerlendirmeyenler n=95	75,27				1. Sırada değerlendirmeyenler n=135	74,07			
F5	1. Sırada değerlendirenler n=60	76,88	2783	-0,25	0,8	1. Sırada değerlendirenler n=15	87,07	839	-1,1	0,26
	1. Sırada değerlendirmeyenler n=95	78,71				1. Sırada değerlendirmeyenler n=135	74,21			

Tablo 56'da Mann Whitney U Testi değerlendirmesine göre her açıdan sağlıklı olmayı ve ağız diş sağlığını 1. sırada değerlendiren ve değerlendirmeyenlerde klinik indeksler ve altölçek puanları açısından anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ( $p>0.05$  ).



### **2.3.5. BEŞİNCİ AŞAMA BULGULARI**

Ek 5’de sunulan anket formu aracılığıyla 26 maddelik ÇBASKO Ölçeğinin 1000 kişilik bir örnekleme gerçekleştirilen geçerlik ve güvenirlik çalışmasına ait bulgular aşağıda özetlenmiştir.

#### **2.3.5.1. KBF ve ADBF DEĞERLENDİRMESİ**

1. KBF ‘da bildirilen demografik ve sosyo - ekonomik değişkenlerin ve hastalık şikayeti ve sağlık güvencesi durumunun frekans dağılımları sunulmuştur (Tablo 57- 65) – (Grafik 2- 9).

#### **2.3.5.2. ÇBASKO ÖLÇEĞİ GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

1. Ek 5’de sunulan anket formunda ÇBASKO Ölçeği güvenirlik çalışması kapsamında madde - toplam puan korelasyon katsayıları, ölçek içtutarlılığının ve homojenliğinin göstergesi olan Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı ve iki yarım test güvenirliği yöntemi verileri sunulmuştur (Tablo 66-67).

#### **2.3.5.3. ÇBASKO ÖLÇEĞİ GEÇERLİK ÇALIŞMASI**

1. Ölçeğin yapı geçerliğinin saptanmasında kullanılan Varimax Rotation Faktör Analizi değerlendirme sunulmuştur ( Tablo 68 ).
2. Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısına göre değerlendirilen altölçekler ve altölçek ekstrem grupları arasındaki ilişkiler sunulmuştur (Tablo 69 - 70).
3. Ölçeğin dış ölçütlere dayalı kriter geçerliğine ait geliştirilen ağız diş sağlığı davranış skalası ve altölçek korelasyonları ile ağız diş sağlığı bildirim formu ilişkileri; ayırteci geçerliğine ait altölçek alt ve üst ekstrem grupları - davranış skalası karşılaştırılması ve ağız diş sağlığı bildirim formu ilişkileri sunulmuştur ( Tablo 71 - 74 ).

#### **2.3.5.4. DEMOGRAFİK, SOSYO – EKONOMİK DEĞİŞKENLERE GÖRE YAPILAN ANALİZLER**

1. Altölçekler ve ADSD skalasının cinsiyet, yaş, eğitim, SES, medeni durum ve kentte yaşam süresi değişkenleriyle olan ilişkileri sunulmuştur (Tablo 75 – 84 ).

#### **2.3.5.5. LİSTELERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

1. YDL ve SBÖBL maddelerinin 1. sırada değerlendirilme yüzdeleri dağılımları ve frekansları ile altölçek ekstrem gruplarının her iki listede ilk 3 sırada bildirilen değerler açısından karşılaştırılma verileri sunulmuştur (Tablo 85- Tablo 89).

#### **2.3.5.6. ÇBASKO ÖLÇEĞİ PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

1. Toplumun ağız diş sağlığı kontrol odağını saptayabilmek için her alt ölçekten alınan ham puanlar altölçek soru sayısına bölünerek eşit ağırlıklı puanlar elde edildikten sonra oluşturulan altölçek toplam puan dağılımları sunulmuştur ( Tablo 90),
2. Ölçeğin yapısında diş hekimi ve 1. – 2. sosyalizasyon olarak adlandırılan dışsal odak birleştirildikten sonra toplum genelindeki puan dağılımı verileri sunulmuştur ( Tablo 91 ).
3. İçsel kontrol ve dışsal kontrol altölçeklerinden alınan puanların arasında fark olup olmadığına dair değerlendirme ( Tablo 92).

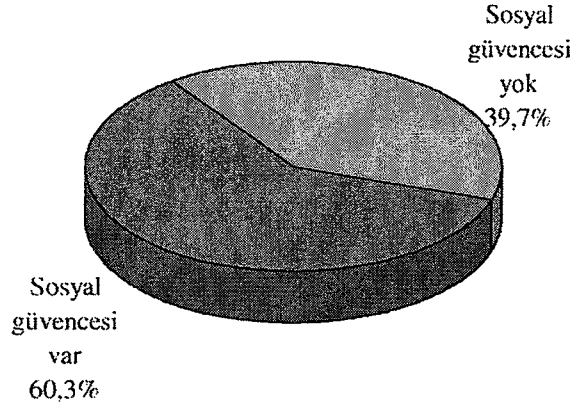
### 2.3.5.1. KBF DEĞERLENDİRMESİ

Tablo 57- Görüşülen kişilerin sosyo-demografik özellikleri

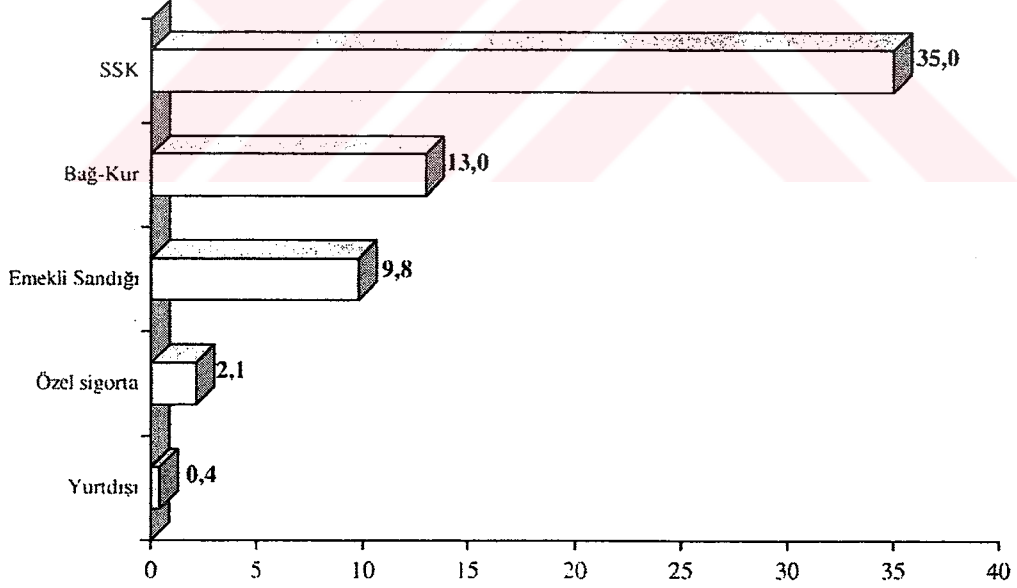
	ARAŞTIRMA EVRENİ (GERÇEK DAĞILIM) DİE – 2000 Nüfus Sayımı		ÖRNEKLEM	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>A. Cinsiyet'e göre dağılım</b>				
. Erkek	2.994.272	49,9	500	50,0
. Kadın	3.008.366	50,1	500	50,0
. <b>Toplam</b>	<b>6.002.638</b>	<b>100,0</b>	<b>1.000</b>	<b>100,0</b>
<b>B. Yaş gruplarına göre dağılım</b>				
. 18-24 yaş	1.316.612	21,9	220	22,0
. 25-34 yaş	1.709.388	28,5	285	28,5
. 35-44 yaş	1.285.015	21,4	214	21,4
. 45-54 yaş	825.019	13,7	140	14,0
. 55+ yaş	866.604	14,4	141	14,1
. <b>Toplam</b>	<b>6.002.638</b>	<b>100,0</b>	<b>1.000</b>	<b>100,0</b>
<b>C. Öğrenim düzeyine göre dağılım</b>				
. İlkokul ve daha az	3.413.253	56,9	567	56,7
. Ortaokul	648.343	10,8	108	10,8
. Lise	1.284.457	21,4	216	21,6
. Üniversite	656.585	10,9	109	10,9
. <b>Toplam</b>	<b>6.002.638</b>	<b>100,0</b>	<b>1.000</b>	<b>100,0</b>
<b>D. Çalışma konumuna göre dağılım</b>				
. Kendi hesabına çalışanlar	***	***	290	29,0
. Ücretli-maaşlı çalışanlar	***	***	314	31,4
. Evkadını	***	***	211	21,1
. Emekli	***	***	85	8,5
. Öğrenci	***	***	46	4,6
. İşsiz	***	***	54	5,4
. <b>Toplam</b>	<b>***</b>	<b>***</b>	<b>1.000</b>	<b>100,0</b>
<b>D. Medeni Durumuna göre;</b>				
. Evli	***	***	569	56,9
. Bekar	***	***	354	35,4
. Dul/Boşanmış	***	***	77	7,7
. <b>Toplam</b>	<b>***</b>	<b>***</b>	<b>1.000</b>	<b>100,0</b>



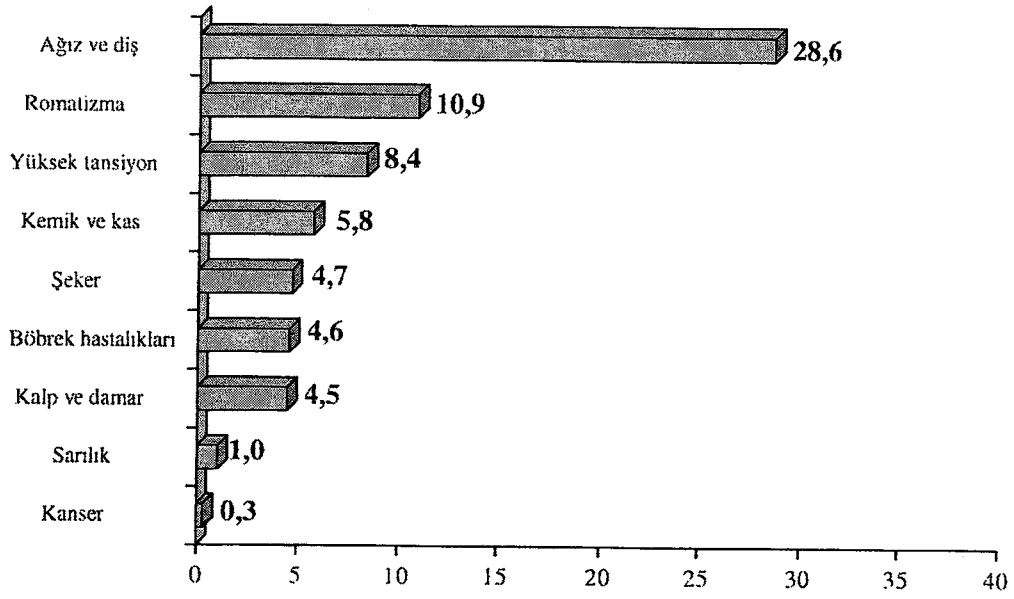
Grafik 2 - Sağlık güvenceleri durumunun dağılımı.



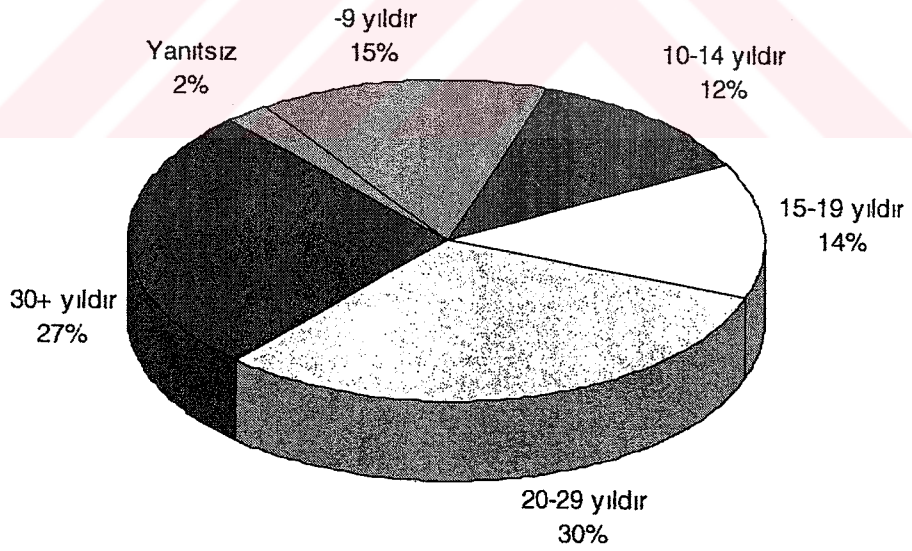
Grafik 3 - Sağlık güvencesi kurumlarının dağılımı.



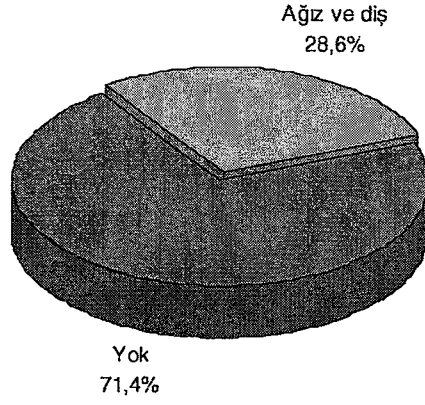
Grafik 4 - Hastalık şikayetlerinin dağılımı.



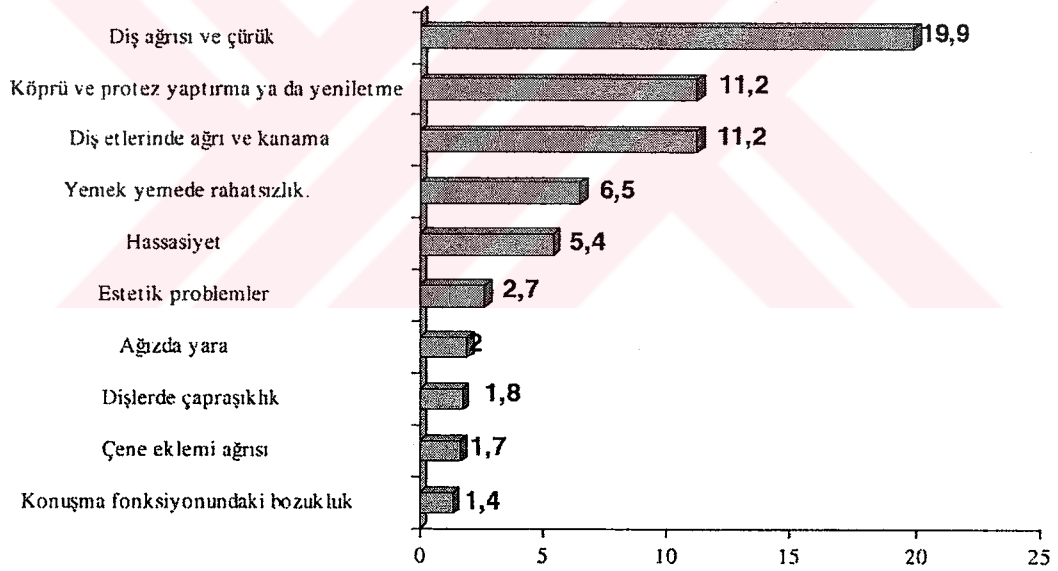
Grafik 5 – Büyük kentte yaşam süresi dağılımı



Grafik 6- Ağız ve diş rahatsızlığı şikayeti durumunun dağılımı



Grafik 7 - Ağız sağlığı şikayetlerinin dağılımı



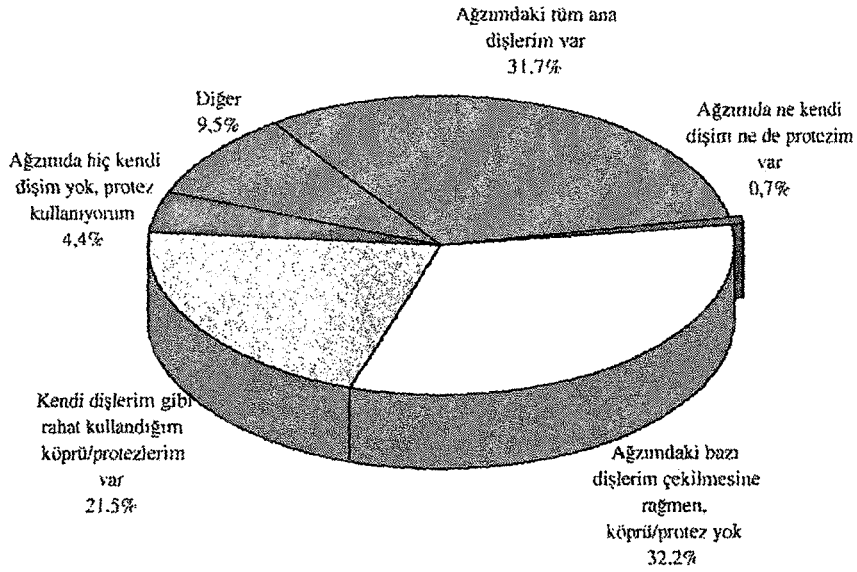
TABLO 58 - SES değişkenlerine göre ağız-diş hastalığı şikayetleri dağılımı

	Şikayeti Var	Şikayeti Yok	Toplam
<b>Cinsiyete göre;</b>			
. Erkek	37,80	62,20	100,00
. Kadın	40,60	59,40	100,00
<b>Yaş gruplarına göre;</b>			
. 18-24 yaş	34,55	65,45	100,00
. 25-34 yaş	37,89	62,11	100,00
. 35-44 yaş	42,52	57,48	100,00
. 45-54 yaş	40,00	60,00	100,00
. 55+ yaş	43,26	56,74	100,00
<b>Öğrenim düzeyine göre;</b>			
. İlkokul ve daha az	39,51	60,49	100,00
. Ortaokul bitirmiş	39,81	60,19	100,00
. Lise bitirmiş	36,57	63,43	100,00
. Üniversite bitirmiş	42,20	57,80	100,00
<b>Sosyal Tabakalanmaya göre;</b>			
. Üst	40,68	59,32	100,00
. Orta	37,75	62,25	100,00
. Alt	41,29	58,71	100,00
<b>Sağlık güvencesi olup olmamasına göre;</b>			
. Sağlık güvencesi var	39,47	60,53	100,00
. Sağlık güvencesi yok	38,79	61,21	100,00

TABLO 59- Ağız sağlığı davranışlarına göre ağız-diş hastalığı şikayetlerinin dağılımı

	Şikayeti Var	Şikayeti Yok	Toplam
<b>Şikayet durumunda diş hekimine gitme;</b>			
. Diş hekimine gidenler	38,25	61,75	100,00
. Gitmeyenler	40,73	59,27	100,00
<b>Kontrol amaçlı diş hekimine gitme;</b>			
. Diş hekimine gidenler	40,68	59,32	100,00
. Gitmeyenler	38,88	61,12	100,00
<b>Diş fırçalama;</b>			
. Fırçalayanlar	37,54	62,46	100,00
. Çok seyrek ya da hiç fırçalamayanlar	47,83	52,17	100,00
<b>Diş ipi kullanımı</b>			
. Kullanmayanlar	39,87	60,13	100,00
. Kullananlar	29,03	70,97	100,00
<b>Fluoridli diş macunu kullanımı</b>			
. Kullananlar	37,77	62,23	100,00
. Kullanmayanlar	40,45	59,55	100,00

Grafik 8- Ağızda var olan dişlerin kişisel bildirim verilerinin dağılımı



TABLO 60- Yaş gruplarına göre ağızdaki dişlerin durumunun dağılımı

	18-24	25-34	35-44	45-54	55+	GENEL
Ağızda bazı dişlerim çekilmesine rağmen, köprü/protez yok	26,36	35,79	38,79	30,00	26,24	32,20
Ağızda tüm ana dişlerim var	56,82	39,30	21,50	14,29	9,93	31,70
Kendi dişlerim gibi rahat kullandığım köprü/protezlerim var	5,45	13,68	26,17	43,57	33,33	21,50
Ağızda hiç kendi dişim yok, protez kullanıyorum	0,00	0,00	2,80	7,14	19,86	4,40
Ağızda ne kendi dişim ne de protezim var	0,00	0,00	0,00	1,43	3,55	0,70
Diğer	11,36	11,23	10,75	3,57	7,09	9,50
<b>TOPLAM</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

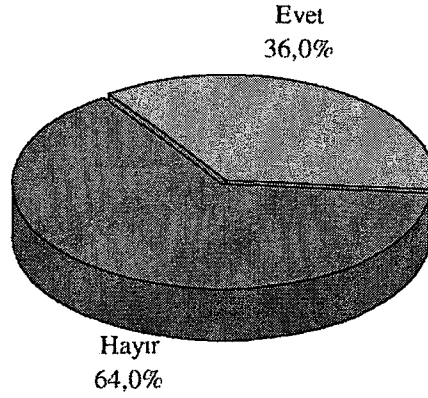
TABLO 61 –SES’e göre ağızdaki dişlerin durumunun dağılımı

	1.Üst	2.Orta	3.Alt	GENEL
Ağızdaki bazı dişlerim çekilmesine rağmen, köprü/protez yok	26,55	33,45	33,33	32,20
Ağızdaki tüm ana dişlerim var	35,03	33,09	26,52	31,70
Kendi dişlerim gibi rahat kullandığım köprü/protezlerim var	27,68	20,21	20,08	21,50
Ağızda hiç kendi dişim yok, protez kullanıyorum	1,69	3,58	7,95	4,40
Ağızda ne kendi dişim ne de protezim var	0,00	0,36	1,89	0,70
Diğer	9,04	9,30	10,23	9,50
<b>TOPLAM</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

TABLO 62- Diş fırçalama alışkanlığına göre ağızdaki dişlerin durumunun dağılımı

	Günde en az 1 kez fırçalayan	Haftada birkaç kez fırçalayan	Çok seyrek ya da hiç	GENEL
Ağızdaki bazı dişlerim çekilmesine rağmen, köprü/protez yok	28,13	40,37	46,15	32,20
Ağızdaki tüm ana dişlerim var	36,22	25,23	8,97	31,70
Kendi dişlerim gibi rahat kullandığım köprü/protezlerim var	21,16	23,85	17,95	21,50
Ağızda hiç kendi dişim yok, protez kullanıyorum	3,98	3,67	10,26	4,40
Ağızda ne kendi dişim ne de protezim var	0,43	0,46	3,85	0,70
Diğer	10,09	6,42	12,82	9,50
<b>TOPLAM</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Grafik 9- Son 1 yıl içerisinde diş ağrısı çekme durumunun dağılımı



Tablo 63- Yaş gruplarına göre son 1 yılda diş ağrısı çekme durumunun dağılımı

	18-24	25-34	35-44	45-54	55+	GENEL
Son 1 yılda diş ağrısı çekenler	37,73	36,14	35,98	44,29	24,82	36,00
Diş ağrısı çekmeyenler	62,27	63,86	64,02	55,71	75,18	64,00
<b>TOPLAM</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Tablo 64- SES' e göre son 1 yılda diş ağrısı çekme durumunun dağılımı

	Üst	Orta	Alt	GENEL
Son 1 yılda diş ağrısı çekenler	35,03	35,06	38,64	36,00
Diş ağrısı çekmeyenler	64,97	64,94	61,36	64,00
<b>TOPLAM</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Tablo 65 – Diş fırçalama alışkanlığına göre son 1 yılda diş ağrısı çekme durumunun dağılımı

	Günde en az 1 kez fırçalayan	Haftada birkaç kez fırçalayan	Çok seyrek ya da hiç	GENEL
Son 1 yılda diş ağrısı çekenler	32,53	34,62	47,71	36,00
Diş ağrısı çekmeyenler	67,47	65,38	52,29	64,00
<b>TOPLAM</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

### 2.3.5.2. ÇBASKO ÖLÇEĞİ GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

TABLO 66- ÇBASKO Ölçeği madde - toplam puan korelasyon katsayıları ve tanımlayıcı ölçüleri

ÇBASKO Ölçeği maddeleri	X	SD	r
35. Dişlerimin yapısı değişmeyeceğinden ne yaparsam yapayım çürür	1,88	0,94	0,15**
36. Düzenli olarak diş dok. kontrole gidersem diş çürük. ve diş eti hasta.korunurum	3,52	0,75	0,56**
37. Ağız diş sağlığını ancak diş doktorundan alacağım bilgilerle sağlayabilirim	3,00	0,86	0,56**
38. Ağız diş sağ. bozan pek çok şeyin başıma kötü şans eseri gel. düşünüyorum	1,73	0,87	0,25**
39. Ağız diş sağlığında bir terslik hissettiğimde hemen diş dok. giderim	3,06	0,93	0,47**
41. Ağız diş sağlığında ailemin uyarılarının da önemli bir rolü vardır	2,76	0,97	0,46**
42. Şansım varsa ağız diş hastalıklarından çabuk kurtulurum	1,94	0,94	0,27**
43. Ağız diş sağ. için neler yapmam gerektiğinin bilincindeyim şansa ya da kadere bırakmam	3,29	0,94	0,47**
44. Ağız diş sağ. yakın çevremdeki insan. ve arkadaş. uyarılarının da rolü vardır	2,58	0,91	0,46**
45. Bozulmayacağı varsa, ne olursa olsun ağız diş sağ. bozulmaz	1,82	0,91	0,26**
47. Ağız diş sağlığımdan tek sorumlu benim	3,61	0,71	0,56**
48. Ağız diş sağlığımın ne olacağı diş doktorlarına bağlıdır	2,64	0,88	0,56**
49. Ağız diş sağ. bozulduğunda, "başa gelen çekilir" diyerek olayları kendi seyrine bırakırım	1,69	0,89	0,15**
50. Dişlerim çürür ve ağrırsa kendimi suçlarım	3,38	0,84	0,56**
51. Ağızımı sağlıklı durumda tutan, diş doktorlarıdır	2,62	0,88	0,55**
53. Diş etler. yapısı değişmeyeceğinden, ne yaparsam yapayım hastalanır. ve kanar	1,95	0,95	0,24**
54. Ağız diş sağ. bozulmamasını sağlayan en önemli şey bakım konusundaki kendi titizliğimdir	3,41	0,82	0,55**
55. Ağız diş hastalık. korunmama ve iyileşmemi diş doktorlarına borçluyum	2,74	0,87	0,58**
56. Ağızma iyi bakarsam dişlerim uzun zaman sağlıklı kalır	3,65	0,70	0,65**
57. Ağız diş sağ. için gerekenleri yaparsam diş çürük. ve diş eti hastalıklarından kendimi korurum	3,56	0,77	0,60**
59. Yapmam gerekenler ancak diş doktorunun söylediklerinden ibarettir	2,55	0,86	0,56**
60. Ağız diş sağ. bozulduğunda bilirim ki, bakım için gereken yapmamışumdur	3,56	0,74	0,61**
61. Sorunum olsa da diş dok. gitmeme nedenim, sağlık güvencemin ve maddi olanaklarımın yetmemesidir	2,66	1,14	0,37**
62. Ağız diş sağ. bozulmadan korumak ve geliştirmek için çaba sarfederim	3,27	0,87	0,57**
63. Yapılması gerekenleri yerine getirirsem dişlerimin uzun süre sağlıklı kalması mümkündür	3,64	0,71	0,67**
64. Ağızımın sağlıklı kalabilmesinin tek yolu diş dok. önerilerine uymaktır	2,87	0,88	0,59**

\*\*p < 0.01



TABLO 67 – ÇBASKO ölçek ve altölçeklerin güvenirlik katsayıları

	Madde sayısı	X	SD	Güvenirlik katsayısı	Yarıya Bölme Güvenirlik katsayısı
İçsel kontrol Korunma odaklı	11	37,93	6,23	0,89	Spearman Brown formülüne göre hesaplanmıştır.
Dışsal kontrol Dış hekimî odaklı	6	16,41	3,88	0,83	
Şans	7	13,66	4,24	0,75	
Dışsal kontrol 1. – 2. sosyal. odaklı	2	5,34	1,69	0,76	
<b>ÇBASKO ÖLÇEĞİ</b>	26	73,35	10,59	0,85	0,78

Tablo 66’da görüldüğü gibi ölçek maddelerinin her birinin madde - toplam puan korelasyon katsayısı  $p < 0.01$  düzeyinde anlamlı olup negatif korelasyon katsayısına sahip madde yoktur.

Tablo 67 ‘de ölçek ve altölçeklerin güvenirlik katsayıları ve altölçek puanlarının merkezi ve dağılım ölçüleri verilmektedir. Ölçek güvenirlik katsayısı 0.85 , altölçek güvenirlik katsayıları 0.75 ile 0.89 arasında bulunmuştur. Spearman Brown formülüne göre hesaplanan yarıya bölme güvenirlik katsayısı 0.78 olarak bulunmuştur.

### 2.3.5.3. ÇBASKO ÖLÇEĞİ GEÇERLİK ÇALIŞMASI

Ölçek geçerlik çalışması kapsamında kapsam geçerliği ve yapı geçerliği değerlendirilmiştir. Ölçeğin yapı geçerliğinin saptanmasında Temel Bileşenler Analizi ve Varimax Rotation Faktör Analizi tekniği kullanılmıştır ( Tablo 68 ). Altölçekler ve altölçek ekstrem grupları arasındaki ilişkiler Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısına göre değerlendirilmiştir ( Tablo 69 - 70 ). Geliştirilen ADSD skalası ve altölçek korelasyonları ile ADBF ilişkisine bakılarak ölçeğin dış ölçütlere dayalı kriter geçerliğine ( Tablo 71 – 72 ) ; altölçek alt ve üst ekstrem grupları ile ADSD skalası karşılaştırılması ve ADBF ilişkisine göre ayırtecdici geçerliğine bakılmıştır ( Tablo 73-74).

TABLO 68 - ÇBASKO Ölçeğinin faktör analizi

İçsel Kontrol Korunma odaklı			Dışsal Kontrol Diş hekimi odaklı			Şans			Dışsal Kontrol 1.-2. sosyal. odaklı		
MN	Yük	r*	MN	Yük	r*	MN	Yük	r*	MN	Yük	r*
36	0,52	0,66	37	0,59	0,69	35	0,64	0,61	41	0,85	0,90
39	0,39	0,59	48	0,74	0,75	38	0,72	0,70	44	0,85	0,89
43	0,56	0,64	51	0,75	0,76	42	0,71	0,70			
47	0,70	0,68	55	0,74	0,76	45	0,74	0,72			
50	0,65	0,69	59	0,66	0,71	49	0,62	0,63			
54	0,70	0,73	64	0,66	0,74	53	0,71	0,70			
56	0,80	0,79				61	0,30	0,41			
57	0,77	0,75									
60	0,73	0,73									
62	0,65	0,70									
63	0,81	0,79									
<b>Öz değer = 5,53</b>			<b>3,57</b>			<b>3,15</b>			<b>1,65</b>		
<b>Var* % = 21,28</b>			<b>13,75</b>			<b>12,11</b>			<b>6,34</b>		
<b>Alpha değeri = 0,89</b>			<b>0,83</b>			<b>0,75</b>			<b>0,76</b>		

MN= madde numarası Var\*= döndürme sonrası açıklanan varyans yüzdesi  
r\* = madde altölçek toplam puan korelasyonu ( p<0.01)

Tablo 68'de ölçeğin faktör yapısı, her faktörün özdeğeri, döndürme sonrası açıklanan varyans yüzdesi ve madde toplam puan korelasyon katsayıları verilmiştir. Temel Bileşenler Analizi sonucunda özdeğeri 1'in üzerinde olan ve toplam varyansın % 57,60'ını açıklayan 5 faktör ortaya çıkmıştır. En yalın faktör örüntüsü toplam varyansın % 53.50'sini açıklayan 4 faktör çözümlenmesiyle ve varimaks döndürmesiyle elde edilmiştir. Alt ölçeklerde 0.41 ile 0.90 arasında değişen madde - toplam puan korelasyon katsayıları p<0.01 düzeyde anlamlılık göstermektedir.

TABLO 69 - Altölçekler arasındaki ilişkiler

	İçsel kontrol Korunma odaklı	Dışsal Kontrol Dışhek. odaklı	Şans	Dışsal Kontrol 1- 2. sos.odaklı	ÇBASKO
İçsel kontrol Korunma odaklı	1	0,55** p=0,000	-0,10** p=0,001	0,34** p=0,000	0,80**
Dışsal Kontrol Dışhek. odaklı	0,55** p=0,000	1	0,086** p=0,007	0,29** p=0,000	0,77**
Şans	-0,10** p=0,001	0,086** p=0,007	1	,122** p=0,000	0,39**
Dışsal Kontrol 1- 2. sosyal. odaklı	0,34** p=0,000	0,29** p=0,000	,122** p=0,000	1	0,51**

\*\*p <0.01

Tablo 69 'daki verilere göre, 1. ve 2. altölçek ile 1. ve 4. alt ölçek arasında anlamlı pozitif ilişki ( p=0.000 ), 1. ve 3. alt ölçek arasında anlamlı negatif ilişki ( p=0,001 ), 2. ve 3. altölçek arasında anlamlı pozitif ilişki ( p=0.007 ), 2. ve 4. alt ölçekler ile 3. ve 4. altölçekler arasında anlamlı pozitif ilişki ( p=0.000 ) saptanmıştır.

TABLO 70- Altölçek ekstrem gruplarının karşılaştırılması

		N	X	SD	t	df	p
İçsel Kontrol Korunma odaklı	ALT EKST. GRUP	266	30,16	6,93	-31,45	268	0,000***
	ÜST EKST. GRUP	219	43,57	0,49			
Dışsal Kontrol Dışhek. odaklı	ALT EKST. GRUP	227	11,22	2,91	-47,15	333	0,000***
	ÜST EKST. GRUP	196	21,47	1,38			
Şans	ALT EKST. GRUP	237	8,52	2,14	-55,60	474	0,000***
	ÜST EKST. GRUP	239	19,46	2,14			
Dışsal Kontrol 1.- 2. sosyal. odaklı	ALT EKST. GRUP	129	2,28	0,88	-60,66	172	0,000***
	ÜST EKST. GRUP	237	7,39	0,49			

Tablo 70'de toplum ortalamasına dayalı iki örneklem t testi değerlendirmesine göre; 1., 2., 3., 4. alt ölçeklerden düşük ve yüksek puan alan gruplar ( alt % 27 – üst % 27 ) arasında anlamlı fark olduğu görülmektedir. Altölçeklerde ekstrem grup kıyaslanması sonucu bulunan t değerleri sırasıyla ( T=-31,45; sd=268; p=0,000 ), ( T=-47,15; sd=333; p=0,000 ), ( T=-55,60; sd=474 ;p=0,000 ),( T=-60,66; sd=172; p=0,000 ) olarak bulunmuştur.

TABLO 71 –Altölçekler ve ADSD skorlarının karşılaştırılması

	ADSD skalası skorları	N	X	SD	KT	df	KO	F	p	(Bonferroni) test ile aralarında anlamlı fark olan gruplar $\alpha = 0,05$	Mean Difference (I - J)	
İçsel kontrol Korunma odaklı	1	8	43,25	1,03	1098,7	4	274,67	7,23	0,000***	Aralarında anlamlı fark olan grup yok.		
	2	147	39,87	5,04	37774,3	995	37,96					6,31*
	3	571	37,86	6,5	38873	999						2,00*
	4	259	36,93	6,02								2,94*
	5	15	36	6,5								
Dışsal kontrol Diş hek. odaklı	1	8	18,25	4,26	181,99	4	45,49	3,03	0,01**	Aralarında anlamlı fark olan grup yok.		
	2	147	16,89	3,93	14918,3	995	14,99					
	3	571	16,53	3,9	15100,2	999						
	4	259	15,77	3,77								
	5	15	17,06	3,69								
Şans	1	8	9,25	3,53	516,82	4	129,20	7,35	0,000***	Aralarında anlamlı fark olan grup yok.		
	2	147	9,87	3,57	17485,25	995	17,57					-1,95*
	3	571	11,12	3,99	18002,07	18002,07						-1,92*
	4	259	11,45	3,77								
	5	15	10,26	3,93								
Dışsal kontrol 1.-2. sosyal. odaklı	1	8	4,62	1,84	56,41	4	14,104	5,01	0,001***	Aralarında anlamlı fark olan grup yok.		
	2	147	5,23	1,55	2798,61	995	2,813					0,42*
	3	571	5,51	1,71	2855,03	999						1,25*
	4	259	5,09	1,64								
	5	15	4,26	1,79								

p<0.05\* p<0.01\*\* p<0.001\*\*\*

	Dış firçalama sıklığı	N	X	SD	KT	df	KO	F	p	Bonferroni test ile aralarında anlamlı fark olan gruplar $\alpha = 0,05$	Mean Difference (I - J)	
												Gruplar arası
İçsel kontrol	Günde 1 kere	360	38,19	6,26	1124,4	6	187,4	4,93	0,000***			
	Günde 2 veya daha fazla	344	38,95	6,35	37748,6	993	38,01			Grup (1-4) Grup (2-3) Grup (2-4)	2,3* 2,14* 3,06*	
	2-3 günde bir	135	36,81	4,97	38873	999						
	Haftada bir	83	35,89	5,8								
	Ayda bir	14	35,42	6,6								
	Daha seyrek	28	37,1	5,4								
	Hiç dış firçalamıyorum	36	36,13	8,27								
	Günde 1 kere	360	16,22	3,94	118,857	6	19,81	1,31	0,24			
	Günde 2 veya daha fazla	344	16,86	4,04	14981,4	993	15,08					
	2-3 günde bir	135	16,08	3,34	15100,3	999						
Dışsal kontrol Dişhek. odaklı	Haftada bir	83	16,13	3,76								
	Ayda bir	14	15,5	3,89								
	Daha seyrek	28	16,25	3,61								
	Hiç dış firçalamıyorum	36	15,94	4,06								
	Günde 1 kere	360	11,03	3,94	1143,64	6	190,60	11,22	0,000***	Grup (1-2) Grup (1-4) Grup (2-3) Grup (2-4) Grup (2-5) Grup (4-7) Grup (5-7) Grup (1-5)	1,15* -1,95* -2,11* -3,11* -4,80* 0,26* 4,38* -3,64*	
	Günde 2 veya daha fazla	344	10,07	3,63	16858,43	993	16,97					
	2-3 günde bir	135	11,94	3,48	18002,07	999						
	Haftada bir	83	12,57	3,86								
	Ayda bir	14	13,92	3,95								
	Daha seyrek	28	12,32	4,23								
Şans	Hiç dış firçalamıyorum	36	10,19	4,71								
	Günde 1 kere	360	5,47	1,67	65,22	6	10,87	3,86	0,001***	Gruplar arasında ortalamaları farklı grup yok		
	Günde 2 veya daha fazla	344	5,48	1,75	2789,81	993	2,8					
	2-3 günde bir	135	5,13	1,45	2855,03	999						
	Haftada bir	83	4,95	1,68								
	Ayda bir	14	4,21	1,71								
	Daha seyrek	28	5,39	1,49								
	Hiç dış firçalamıyorum	36	4,69	1,73								
	Dışsal kontrol 1.- 2. sosyalizasyon odaklı	Günde 1 kere	360	5,47	1,67							
		Günde 2 veya daha fazla	344	5,48	1,75							
2-3 günde bir		135	5,13	1,45								
Haftada bir		83	4,95	1,68								
Ayda bir		14	4,21	1,71								
Daha seyrek		28	5,39	1,49								
Hiç dış firçalamıyorum		36	4,69	1,73								

Tablo 71'de Oneway Anova F Test'e göre ağız diş sağlığı davranış skalası skorları açısından 1., 2., 3., 4. alt ölçekten alınan puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu görülmektedir. Ağız diş sağlığı davranış skalası skorları açısından 1. altölçek alınan puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmuştur (  $F(4,995)=7,23$ ,  $p=0,000$ ). Ağız diş sağlığı davranış skalası skorları açısından 2. altölçek puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmuştur (  $F(4,995)=3,03$ ,  $p=0,01$ ). Ağız diş sağlığı davranış skalası skorları açısından 3. altölçek puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmuştur (  $F(4,995)=7,35$ ,  $p=0,000$ ). 4. altölçek puan ortalamalarında puanlarında anlamlı fark bulunmuştur (  $F(4,995)=5,01$ ,  $p=0,001$ ).  $p=0,05$  düzeyinde aralarında anlamlı fark olan gruplar Bonferroni Post Hoc Test ile saptanmıştır. 1. altölçek için Grup ( 1- 4 ), Grup ( 2 - 3), Grup ( 2 - 4 ) arasında; 3. altölçek için Grup ( 2 - 3), Grup ( 2- 4 ) arasında; 4. altölçek için Grup ( 3- 4) ve Grup ( 3 - 5) arasında anlamlı fark vardır.

Tablo 72 'de Oneway Anova F Test'e göre diş fırçalama sıklığı açısından 1., 3., 4. alt ölçekten alınan puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu görülmektedir. Diş fırçalama sıklığı açısından 1. altölçek puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmuştur (  $F(6,993)=4,93$ ,  $p=0,000$ ). Diş fırçalama sıklığı açısından 3. altölçek puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmuştur (  $F(6,993)=11,22$ ,  $p=0,000$ ). Diş fırçalama sıklığı açısından 4. altölçek puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmuştur (  $F(6,993)=3,86$ ,  $p=0,001$ ).  $p=0,05$  düzeyinde aralarında anlamlı fark olan gruplar ( Bonferroni Post Hoc Test ile saptanmıştır. 1. altölçek için Grup ( 1- 4 ), Grup ( 2 - 3), Grup ( 2 - 4 ) arasında; 3. altölçek için Grup ( 1 - 2 ), Grup ( 1- 4 ), Grup ( 2 - 3), Grup ( 2 - 4 ), Grup ( 2-5 ), Grup ( 4 - 7), Grup ( 5 - 7), Grup ( 1- 5 ) arasında anlamlı fark bulunmuştur.

TABLO 73- Altölçek ekstrem grupları ile dış hekimine kontrole gitme durumu ilişkisi

Soru111. Şikayetiniz olmasa da dış hek. kontrol amaçlı gidermisiniz?	1.altölçek alt ekstrem grup	1.altölçek üst ekstrem grup	Toplam	X <sup>2</sup>	df	p
Hayır	249	149	398	51,53	1	0,000***
Evet	17	70	87			
Toplam	266	219	485			
	2.altölçek alt ekstrem grup	2.altölçek üst ekstrem grup	Toplam	X <sup>2</sup>	df	p
Hayır	194	150	344	5,52	1	0,019*
Evet	33	46	79			
Toplam	227	196	423			
	3.altölçek alt ekstrem grup	3.altölçek üst ekstrem grup	Toplam	X <sup>2</sup>	df	p
Hayır	168	215	383	26,33	1	0,000***
Evet	69	24	93			
Toplam	237	239	476			
	4.altölçek alt ekstrem grup	4.altölçek üst ekstrem grup	Toplam	X <sup>2</sup>	df	p
Hayır	102	200	302	1,63	1	0,20
Evet	27	37	64			
Toplam	129	237	366			

\*p<0.05 \*\*\*p<0.001

Tablo 73’de Yates Kikare analizine göre, 1. altölçek ekstrem gruplarında dış hekimine kontrol amaçlı giden ve gitmeyenler arasında anlamlı fark olduğu (X<sup>2</sup>=51.53, sd=1, p<0.0001), 2. altölçek ekstrem gruplarında Pearson Kikare analizine dış hekimine kontrol amaçlı giden ve gitmeyenler arasında anlamlı fark olduğu (X<sup>2</sup>=5,52, sd=1, p<0.05), 3. altölçek ekstrem gruplarında Yates Kikare analizine göre dış hekimine kontrol amaçlı giden ve gitmeyenler arasında anlamlı fark olduğu (X<sup>2</sup>=26,33, sd=1, p<0.0001), 4. altölçek ekstrem gruplarında ise Pearson Kikare analizine göre dış hekimine kontrol amaçlı giden ve gitmeyenler arasında anlamlı fark olmadığı görülmektedir (X<sup>2</sup>=1,63, sd=1, p>0.05).

TABLO 74- Diş fırçalama sıklığı ve altölçek ekstrem grup karşılaştırması

Soru 14. Dişlerinizi genellikle hangi sıklıkta fırçalıyorsunuz?	1.altölçek alt ekstrem grup	1.altölçek üst ekstrem grup	Toplam	X <sup>2</sup>	df	p
Günde 1 kere / Günde 2 veya daha fazla	143	173	316	33,69	2	0,000***
2 - 3günde bir / Haftada bir	96	36	132			
Ayda bir/ Daha seyrek /Hiç fırçalamıyorum	27	10	37			
<b>Toplam</b>	<b>266</b>	<b>219</b>	<b>485</b>			
	2.altölçek alt ekstrem grup	2.altölçek üst ekstrem grup	Toplam	X <sup>2</sup>	df	p
Günde 1 kere / Günde 2 veya daha fazla	145	148	293	6,72	2	0,03*
2 - 3günde bir / Haftada bir	62	37	99			
Ayda bir/ Daha seyrek /Hiç fırçalamıyorum	20	11	31			
<b>Toplam</b>	<b>227</b>	<b>196</b>	<b>423</b>			
	3.altölçek alt ekstrem grup	3.altölçek üst ekstrem grup	Toplam	X <sup>2</sup>	df	p
Günde 1 kere / Günde 2 veya daha fazla	190	138	328	28,88	2	0,000***
2 - 3günde bir / Haftada bir	31	75	106			
Ayda bir/ Daha seyrek /Hiç fırçalamıyorum	16	26	42			
<b>Toplam</b>	<b>237</b>	<b>239</b>	<b>476</b>			
	4.altölçek alt ekstrem grup	4.altölçek üst ekstrem grup	Toplam	X <sup>2</sup>	df	p
Günde 1 kere / Günde 2 veya daha fazla	85	188	273	8,29	2	0,016*
2 - 3günde bir / Haftada bir	30	36	66			
Ayda bir/ Daha seyrek /Hiç fırçalamıyorum	14	13	27			
<b>Toplam</b>	<b>129</b>	<b>237</b>	<b>366</b>			

Tablo 74'de Pearson Kikare analizine göre, 1. altölçek ekstrem gruplarında diş fırçalama sıklığı açısından anlamlı fark ( $X^2=33,69$ ,  $sd=2$ ,  $p=0.000$ ), 2. altölçek ekstrem gruplarında diş fırçalama sıklığı açısından anlamlı fark ( $X^2=6,72$ ,  $sd=2$ ,  $p<0,05$ ), 3. altölçek ekstrem gruplarında diş fırçalama sıklığı açısından anlamlı fark ( $X^2=28,88$ ,  $sd=2$ ,  $p=0,000$ ), 4. altölçek ekstrem gruplarında da diş fırçalama sıklığı açısından anlamlı fark olduğu görülmektedir ( $X^2=8,29$ ,  $sd=2$ ,  $p<0.05$ ).



### 2.3.5.4. DEMOGRAFİK , SOSYO – EKONOMİK DEĞİŞKENLERE GÖRE YAPILAN ANALİZLER

Ağız diş sağlığı davranış skalası ve alt ölçekler cinsiyet, yaş ve eğitim demografik değişkenlerine göre karşılaştırılmıştır ( Tablo 75 – 84 ).

TABLO 75 – Altölçekler ve cinsiyet ilişkisi

	Cinsiyet	n	X	SD	t	sd	p
<b>İçsel Kontrol</b>	Kadın	500	38,33	6,55	2,01	998	0,04*
	Erkek	500	37,54	5,88			
<b>Dışsal Kontrol</b>	Kadın	500	16,43	4,03	0,19	998	0,84
	Dış hek. odaklı	Erkek	500	16,38	3,73		
<b>Şans</b>	Kadın	500	13,66	4,41	0,007	998	0,99
	Erkek	500	13,66	4,07			
<b>Dışsal Kontrol</b>	Kadın	500	5,52	1,7	3,46	998	0,001***
	1.-2. sosyal. odaklı	Erkek	500	5,15	1,65		

\*p<0.05 \*\*p<0.01 \*\*\*p<0.001

Tablo 75 'de toplum ortalamasına dayalı iki örneklem t testi değerlendirmesine göre; 2. ve 3. altölçeklerden alınan puan ortalamalarında cinsiyet açısından anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. Altölçekler için bulunan t değerleri sırasıyla ( T=0,19; sd=998; p>0.05) ve (T=0,007; sd=998; p>0.05) olarak bulunmuştur. 1.altölçekten alınan puan ortalamalarında cinsiyet açısından anlamlı fark ( T=2,01; sd=998; p<0.05), 4.altölçekten alınan puan ortalamalarında cinsiyet açısından anlamlı fark bulunmuştur ( T=3,46; sd=998; p=0.001).

TABLO 76 – Altölçeklerin yaş gruplarıyla ilişkisi

Altölçekler	Yaş grupları	N	X	SD	KT	df	KO	F	p	Bonferroni test ile aralarında anlamlı fark olan Gruplar $\alpha = 0.05$	Difference (I - J)
İçsel kontrol	18- 34 yaş	405	38,46	5,59	390,6	2	195,302	5,06	0,007**	Gruplar (1 - 3)	1,57*
	34 -44 yaş	345	38,06	6,24	38482,4	997	38,59				
	45 - 55 yaş +	250	36,89	7,06	38873	999					
Dışsal Kontrol Diş hek. odaklı	18- 34 yaş	405	15,99	3,7	118,38	2	59,19	3,93	0,02*	Grup (1 - 2)	-0,73*
	34 -44 yaş	345	16,73	3,83	14981,9	997	15,027				
	45 - 55 yaş +	250	16,63	4,19	15100,3	999					
Şans	18- 34 yaş	405	10,66	3,56	112,94	2	56,47	3,14	0,04*	Grup (1-3)	- 0,85*
	34 -44 yaş	345	10,97	3,92	17889,13	997	17,94				
	45 - 55 yaş +	250	11,57	4,34	18002,07	999					
Dışsal Kontrol 1. - 2. sosyal. odaklı	18- 34 yaş	405	5,45	1,6	25,413	2	12,7	4,47	0,01**	Grup (1 - 3) Grup (2 - 3)	0,38* 0,34*
	34 -44 yaş	345	5,4	1,75	2829,62	997	2,83				
	45 - 55 yaş +	250	5,06	1,7	2855,03	999					

\*p<0,05 \*\*p<0,01

TABLO 77 – Altölçekler ve eğitim grupları arasındaki ilişkiler

Altölçekler	Eğitim grupları	N	X	SD	KT	df	KO	F	p	Bonferroni test ile aralarında anlamlı fark olan gruplar $\alpha = 0,05$	Mean Difference (I - J)
İçsel Kontrol	İlkokul ve daha az	567	37,57	6,17							
	Ortaokul	108	37,89	6,76	Gruplar arası	3	78,18	2,01	0,11		
	Lise	216	38,38	5,99	Gruplar içi	996	38,79				
	Üniversite	109	38,97	6,38	Toplam	999					
Dışsal Kontrol	İlkokul ve daha az	567	16,53	3,76							
	Ortaokul	108	16,38	4,27	Gruplar arası	3	8,61	0,56	0,63		
	Lise	216	16,24	3,87	Gruplar içi	996	15,13				
	Üniversite	109	16,1	4,16	Toplam	999					
Şans	İlkokul ve daha az	567	11,65	3,99							
	Ortaokul	108	11,29	3,91	Gruplar arası	3	348,17	20,45	0,000**	Grup (1-3)	1,89*
	Lise	216	9,95	3,57	Gruplar içi	996	17,02			Grup (1-4)	2,74*
	Üniversite	109	9,41	3,15	Toplam	999				Grup (2-3)	1,42*
Dışsal Kontrol 1. - 2. sosyal. odaklı	İlkokul ve daha az	567	5,34	1,66							
	Ortaokul	108	5,44	1,79	Gruplar arası	3	0,64	0,22	0,87		
	Lise	216	5,33	1,73	Gruplar içi	996	2,86				
	Üniversite	109	5,25	1,65	Toplam	999				Grup (2-4)	2,26*

\*p<0,05 \*\*p<0,01

Tablo 76 'da Oneway Anova F Test'e göre yaş grupları açısından altölçeklerden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu görülmektedir. Yaş grupları açısından 1. altölçek alınan puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmuştur (  $F(2,997)=5,06, P<0.01$ ). Yaş grupları açısından 2. altölçek alınan puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmuştur (  $F(2,997)=3,93, P<0.05$ ). Yaş grupları açısından 3. altölçek alınan puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmuştur (  $F(2,997)=3,14, P<0.05$ ). Yaş grupları açısından 4. altölçek alınan puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmuştur (  $F(2,997)=4,47, P<0.01$ ).  $p = 0.05$  düzeyinde aralarında anlamlı fark olan gruplar Bonferroni Post Hoc Test ile saptanmıştır. 1. altölçek puan ortalamaları açısından Grup ( 1- 3) arasında; 2. altölçek puan ortalamaları açısından Grup ( 1- 2) arasında; 3. altölçek puan ortalamaları açısından Grup ( 1- 3) arasında; 4. altölçek puan ortalamaları açısından Grup ( 1- 3) ve Grup ( 2- 3) arasında anlamlı fark vardır.

Tablo 77'de Oneway Anova F Test'e göre eğitim grupları açısından 3. altölçekten alınan puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu görülmektedir. Eğitim grupları açısından 3. altölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur (  $F(3,996)=20.45, P<0.001$ ).  $p = 0.05$  düzeyinde aralarında anlamlı fark olan gruplar Bonferroni Post Hoc Test ile saptanmıştır. 3. altölçek puan ortalamaları açısından Grup ( 1- 3) arasında; Grup ( 1- 4) arasında; Grup( 2- 3) arasında; Grup ( 2- 4) arasında anlamlı fark vardır.

TABLO 78- Altölçekler - SES ilişkisi

Altölçekler	SES düzeyi	N	X	SD		KT	df	KO	F	p	Bonferroni test ile aralarında anlamlı fark olan gruplar $\alpha = 0,05$	Mean Difference (I - J)
İçsel Kontrol	Üst SES	177	39,1	6,15	1526,06	2	763,03	20,37	0,000***			
	Orta SES	559	38,52	4,65	37347	997	37,45				Grup (1 - 3)	-3,20*
	Alt SES	264	35,9	8,41	38873	999					Grup (1 - 2)	-2,62*
Dışsal Kontrol Dış hek. odaklı	Üst SES	177	16,67	4,05	67,03	2	35,51	0,22	0,1			
	Orta SES	559	16,52	3,42	15033,2	997	15,07					
	Alt SES	264	15,98	4,6	15100,3	999						
Şans	Üst SES	177	9,72	3,49	944,84	2	472,423	27,61	0,000***			-1,77*
	Orta SES	559	11	3,56	17057,23	997	17,109				Grup (1 - 2)	-2,98*
	Alt SES	264	11,86	4,57	18002,07	999					Grup (2 - 3)	-1,21*
Dışsal Kontrol 1.- 2. sosyal. odaklı	Üst SES	177	5,42	1,73	21,248	2	10,62	3,73	0,02*			0,33*
	Orta SES	559	5,46	1,65	2833,78	997	2,84					
	Alt SES	264	5,13	1,72	2855,03	999						

\*p< 0.05 \*\*\*p<0.001

TABLO 79 - Altölçekler- medeni durum ilişkisi

	Medeni durum	N	X	SD		KT	df	KO	F	p	Bonferroni test ile aralarında anlamlı fark olan gruplar $\alpha = 0,05$	Mean Difference (I - J)
İçsel kontrol	Evli	569	37,72	6,75	196,11	2	98,05	2,52	0,08			
	Bekar	354	38,48	5,12	38676,9	997	38,79					
	Dul / boşanmış	77	37,02	6,72	38873	999						
Dışsal kontrol	Evli	569	16,58	4,1	46,79	2	23,39	1,55	0,21			
	Bekar	354	16,12	3,51	15053,5	997	15,09					
	Dul / boşanmış	77	16,44	3,78	15100,3	999						
Şans	Evli	569	11,17	4,07	156,19	2	78,09	4,36	0,01**			
	Bekar	354	10,53	3,5	17845,88	997	17,90					
	Dul / boşanmış	77	11,83	4,17	18002,07	999						
Dışsal kontrol 1.-2. sosyal.odaklı	Evli	569	5,4	1,74	19,6	2	9,8	3,44	0,03*			
	Bekar	354	5,33	1,6	2835,42	997	2,84					
	Dul / boşanmış	77	4,87	1,6	2855,03	999						

\*p<0.05 \*\*p<0.01

Tablo 78’de Oneway Anova F Test’e göre SES grupları açısından 1, 3, 4. altölçeklerden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu görülmektedir. SES grupları açısından 1. altölçekten alınan puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmuştur (  $F(2,997)=20.37, P<0.001$ ). SES grupları açısından 3. altölçekten alınan puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmuştur (  $F(2,997)=27.61, P<0.001$ ). SES grupları açısından 4. altölçek alınan puan ortalamalarında anlamlı düzeyde fark bulunmuştur (  $F(2,997)=3.73, P<0.05$ ).  $p = 0.05$  düzeyinde aralarında anlamlı fark olan gruplar Bonferroni Post Hoc Test ile saptanmıştır. 1. altölçekten alınan puan ortalamaları açısından için Grup ( 1- 2) ve Grup ( 1- 3) arasında; 3. altölçekten alınan puan ortalamaları açısından Grup ( 1- 2) , Grup (1- 3) ve Grup ( 2- 3) arasında; 4. alt ölçekten alınan puan ortalamaları açısından Grup ( 2 – 3) arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 79’da Oneway Anova F Test’e göre medeni durum açısından 3, 4. alt ölçekten alınan puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu görülmektedir. Medeni durum açısından 3. altölçekten alınan puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmuştur (  $F(2,997)=4.36, p = <0.01$ ). 4. altölçekten alınan puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmuştur (  $F(2,997)=3.44, P<0.05$ ).  $p = 0.05$  düzeyinde aralarında anlamlı fark olan gruplar Bonferroni Post Hoc Test ile saptanmıştır. 3. altölçekten alınan puan ortalamaları açısından Grup ( 2- 3) arasında; 4. altölçekten alınan puan ortalamaları açısından Grup ( 1- 3 ) arasında anlamlı fark bulunmuştur.

TABLO 80 - Altölçekler–kentte yaşam süresi ilişkisi

	Kentte yaşam süresi	N	X	SD		KT	df	KO	F	p	Bonferroni test ile aralarında anlamlı fark olan gruplar	Mean Difference (I - J)
İçsel Kontrol	1 - 5 yıl	77	38,18	4,35	Gruplar arası	136,01	2	68	1,73	0,17		
	6 - 10 yıl	133	36,97	6,8	Gruplar içi	38217,6	976	39,15				
	11 yıl ve daha fazla	769	38,04	6,31	Toplam	38353,6	978					
Dışsal Kontrol	1 - 5 yıl	77	16,2	3,13	Gruplar arası	93,35	2	46,677	3,09	0,04*		-0,89*
	6 - 10 yıl	133	15,62	4	Gruplar içi	14729,8	976	15,09				
	11 yıl ve daha fazla	769	16,52	3,93	Toplam	14823,1	978					
Şans	1 - 5 yıl	77	11,18	3,63	Gruplar arası	108,68	2	54,34	3,04	0,48		
	6 - 10 yıl	133	11,61	4,06	Gruplar içi	17442,93	976	17,87				
	11 yıl ve daha fazla	769	10,85	3,89	Toplam	17551,62	978					
Dışsal Kontrol	1 - 5 yıl	77	5,27	1,61	Gruplar arası	7,23	2	3,61	1,26	0,28		
	6 - 10 yıl	133	5,55	1,56	Gruplar içi	2788,82	976	2,85				
	11 yıl ve daha fazla	769	5,31	1,71	Toplam	2796,05	978					

\*p<0.05

Tablo 80 'de Oneway Anova F Test'e göre kentte yaşam süresi açısından 2. alt ölçekten alınan puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu görülmektedir. Kentte yaşam süresi açısından 2. altölçekten alınan puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmuştur ( F (2,976)=3.09 ,p =<0.05). p = 0.05 düzeyinde aralarında anlamlı fark olan gruplar Bonferroni Post Hoc Test ile saptanmıştır. 2. altölçekten alınan puan ortalamaları açısından Grup ( 2- 3) arasında anlamlı fark bulunmuştur.



TABLO 81- ADSD skalası skorları ve cinsiyet ilişkisi

ADSD	Skorları	1	2	3	4	5	Toplam	X <sup>2</sup>	df	p
Cinsiyet	Kadın	7	102	291	100	-	500	55,25	4	0,000***
	Erkek	1	45	280	159	15	500			
	Toplam	8	147	571	259	15	1000			

\*\*\*p<0.001

Tablo 81 'de Pearson Kikare analizine göre, kadın ve erkeklerde ağız diş sağlığı davranış skalası skorları açısından anlamlı fark olduğu görülmektedir (X<sup>2</sup>=55,25, sd=4, p< 0,001).

TABLO 82- Ağız diş sağlığı davranış skalası skorları ve eğitim düzeyi ilişkisi

ADSD	Skorları	1	2	3	4	5	Toplam	X <sup>2</sup>	df	p
	İlkokul ve daha az	3	60	347	150	7	567	34,06	12	0,001***
Eğitim düzeyi	Ortaokul		19	55	33	1	108			
	Lise	5	40	115	51	5	216			
	Üniversite		28	54	25	2	109			
	Toplam	8	147	571	259	15	1000			

\*\*\*p<0.001

Tablo 82 'de Pearson Kikare analizine göre, ADSD skalası skorları açısından eğitim düzeylerinde anlamlı fark bulunmuştur (X<sup>2</sup> =34.06, sd=12, p=0.001).

TABLO 83- ADSD skalası skorları ve yaş grupları ilişkisi

ADSD	Skorları	1	2	3	4	5	Toplam	X <sup>2</sup>	df	p
Yaş Grupları	18 - 34 yaş	3	61	242	96	3	405	11,14	8	0,19
	35 - 44 yaş	3	53	201	82	6	345			
	45 - 55+ yaş	2	33	128	81	6	250			
	Toplam	8	147	571	259	15	1000			

Tablo 83'de Pearson Kikare analizine göre, yaş gruplarında ADSD skalası skorları açısından anlamlı fark bulunmamıştır (X<sup>2</sup>=11,14, sd=8, p>0.05).

TABLO 84- ADSD skalası skorları ve SES düzeyi ilişkisi

ADSD	Skorları	1	2	3	4	5	Toplam	X <sup>2</sup>	df	p
	Üst SES	5	43	96	30	3	177	40,77	8	0,000***
SES Düzeyi	Orta SES	3	80	307	163	6	559			
	Alt SES		24	168	66	6	264			
	Toplam	8	147	571	259	15	1000			

\*\*\*p<0.001

Tablo 84'de Pearson Kikare analizine göre, SES gruplarında ADSD skalası skorları açısından anlamlı fark bulunmuştur (X<sup>2</sup>=40,77, sd=8, p<0.001).



### 2.3.5.5. LİSTELERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

TABLO 85- YDL maddelerinin değerlendirilmesi

Yaşamdaki Değerler	Değerlendiren kişi sayısı	Örnekleme İçinde 1. Sırada Değerlendirenlerin Oranı
Her açıdan sağlıklı olma	240	23,6
Ekonomik açıdan rahat, refah içinde bir yaşam	235	23,2
Her açıdan sağlıklı bir çevrede yaşamak	173	13,1
Herhangi bir hastalığın olmaması	129	12,7
Mutluluk	73	7,2
Özgürlük	70	6,9
İçsel uyum	39	3,8
Heyecan dolu, canlı ve aktif yaşam	32	3,2
Başarı duygusu	30	3
Saygınlık	10	1
Değerlendirme yapmayan kişi sayısı	9	0,9
<b>Toplam</b>	<b>1000</b>	<b>100</b>

TABLO 86 – SBÖBL maddelerinin değerlendirilmesi

Sağlık Bilgisi Öncelik Alanları	Değerlendiren kişi sayısı	Örnekleme İçinde 1. Sırada Değerlendirenlerin Oranı
Çevre sağlığı	197	19,4
Bulaşıcı olan hastalıklardan korunma	150	14,8
Kazalardan korunma	115	11,3
Akıl ve ruh sağlığı	106	10,4
Sigara, alkol ve madde kullanımı zararları	103	10,1
Ağız diş sağlığı	86	8,5
Beslenme	84	8,3
Bedensel sağlık	74	7,3
Kişisel öz bakım	43	4,2
Cinsel sağlık	27	2,7
Değerlendirme yapmayan kişi sayısı	15	1,5
<b>Toplam</b>	<b>1000</b>	<b>100</b>

TABLO 87 – Her açıdan sağlıklı olmayı 1. sırada ve 3. sırada değerlendirenler ile altölçeklerin ilişkisi

		N	X	SD	t	df	p
İçsel Kontrol Korunma odaklı	1. sırada değerlendirenler	240	3,41	0,60	-1,11	989	0,26
	3. sırada değerlendirenler	751	3,46	0,54			
Dışsal Kontrol Dişhek. odaklı	1. sırada değerlendirenler	240	2,72	0,66	-0,47	989	0,68
	3. sırada değerlendirenler	751	2,74	0,63			
Şans	1. sırada değerlendirenler	240	1,86	0,55	-2,46	989	0,014*
	3. sırada değerlendirenler	751	1,97	0,61			
Dışsal Kontrol 1.-2. sosyal. odaklı	1. sırada değerlendirenler	240	2,51	0,85	-3,4	989	0,001***
	3. sırada değerlendirenler	751	2,72	0,83			

Tablo 87 'de toplum ortalamasına dayalı iki örneklem t testi değerlendirmesine göre; her açıdan sağlıklı olmayı 1. sırada ve 3. sırada değerlendirenler arasında şans altölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark vardır (  $T = -2,46$ ;  $sd = 989$ ;  $p < 0,05$ ). Her açıdan sağlıklı olmayı 1. sırada ve 3. sırada değerlendirenler arasında 1. ve 2. sosyalizasyon odaklı dışsal kontrol altölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark vardır (  $T = -3,4$ ;  $sd = 989$ ;  $p = 0,001$ ).

TABLO 88- Altölçek ekstrem gruplarında, YDL maddelerinin değerlendirilmesi

	1. SİRADA		2. SİRADA		3. SİRADA		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
İçsel Kontrol	ALT EKST. GRUP N=266	87	33	Her açıdan sağlıklı olma	66	25	Her açıdan sağlıklı bir çevrede yaşamak	30	11
	ÜST EKST. GRUP N = 219	49	22	Ekonomik açıdan rahat, refah içinde yaşam	42	19	Her açıdan sağlıklı bir çevrede yaşamak	33	15
Dışsal Kontrol Dış hek. odaklı	ALT EKST. GRUP N= 227	57	25	Ekonomik açıdan rahat, refah içinde yaşam	52	23	Her açıdan sağlıklı bir çevrede yaşamak	32	14
	ÜST EKST. GRUP N=196	43	22	Herhangi bir hastalığın olmaması	37	19	Her açıdan sağlıklı bir çevrede yaşamak	20	10
Şans	ALT EKST. GRUP N=237	54	27	Ekonomik açıdan rahat, refah içinde yaşam	34	17	Özgürlük	30	15
	ÜST EKST. GRUP N=239	91	37	Her açıdan sağlıklı olma	48	19	Herhangi bir hastalığın olmaması	30	12
Dışsal Kontrol 1.- 2. sosyal. odaklı	ALT EKST. GRUP N=129	40	31	Ekonomik açıdan rahat, refah içinde yaşam	26	20	Her açıdan sağlıklı bir çevrede yaşamak	19	15
	ÜST EKST. GRUP N= 237	46	19	Her açıdan sağlıklı bir çevrede yaşamak	38	16	Her açıdan sağlıklı olma	37	15,6

TABLO 89- Altölçek ekstrem gruplarında, SBÖBL maddelerinin değerlendirilmesi

		1. SIRADA		2.SIRADA		3.SIRADA		n	%
İçsel Kontrol	ALT EKST. GRUP n= 266	46	17	38	14	37	13	37	13
	ÜST EKST. GRUP n=219	48	22	27	12	21	10	21	10
Dışsal Kontrol Diş hek. odaklı	ALT EKST. GRUP n = 227	42	19	36	16	30	13	30	13
	ÜST EKST. GRUP n=196	48	25	31	16	21	11	21	11
Şans	ALT EKST. GRUP n=237	39	20	30	15	26	13	26	13
	ÜST EKST. GRUP n = 239	50	20	34	14	32	13	32	13
Dışsal Kontrol 1. - 2. sosyal. odaklı	ALT EKST. GRUP n = 129	23	18	18	14	16	12	16	12
	ÜST EKST. GRUP n = 237	55	23	38	16	28	12	28	12

### 2.3.5.6. ÇBASKO ÖLÇEĞİ PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

TABLO 90–Altölçek puanlarının dağılımı.

	Minumum değer	Maksimum değer	Toplam	X	SD
İçsel Kontrol Puan	0	4	3448,82	3,44	0,56
Dışsal Kontrol Puan Dış hek. odaklı	0	4	2735,33	2,73	0,64
Şans Puan	0	4	1951,57	1,95	0,60
Dışsal Kontrol 1.- 2. sosyal. odaklı	0	4	2671,00	2,67	0,84

Tablo 90 'da altölçeklerden alınan puanların minumum ve maksimum değerlerinin 0 ile 4 arasında değiştiği görülmektedir.

TABLO 91 –Altölçek puanlarının dağılımı

	Minumum değer	Maksimum değer	Toplam	X	SD
İçsel Kontrol Puan	0	4	3448,82	3,44	0,56
Şans Puan	0	4	1951,57	1,95	0,60
Dışsal Kontrol Dış hek odaklı + 1.- 2. sosyal odaklı	0	5,33	3625,67	3,62	0,77

Tablo 91 'de dışsal kontrol odağına ait 2 altölçek birleştirildikten sonra altölçeklerden alınan puanların minumum ve maksimum değerlerinin 0 ile 5,33 arasında değiştiği görülmektedir.

TABLO 92 – İçsel ve dışsal kontrol altölçeklerinden alınan puanların karşılaştırılması

	Z	p
Dışsal kontrol puan– İçsel kontrol puan	-9,183	0,000***

\*\*\*p<0,001

Tablo 92'de non - parametrik Wilcoxon T testi ile yapılan analiz sonucunda içsel kontrol ve dışsal kontrol altölçeklerinden alınan puanlar arasında anlamlı düzeyde fark olduğu görülmektedir.



## **2.4. TARTIŞMA**



Ülkemizin ağız diş sağlığı düzeyini ve çözüm önerilerini belirleyen araştırmalar, bireylerden başlayarak çocuklar öncelikli olmak üzere hedef gruplara ve nihayet tüm topluma sağlık eğitimi programlarının uygulanmasının önemini açıkça ortaya koymaktadır (119, 141, 171, 172). Benzer şekilde, toplumun ağız diş sağlığı eğitim programlarına ihtiyaç duyduğunu belirten araştırmalar ve anket çalışmaları da vardır (9, 25, 171, 172). Bu ihtiyacı karşılamaya yönelik ağız diş sağlığı eğitim programlarının ise gerek üniversitelerin, diş hekimliği meslek kuruluşlarının çalışmalarıyla ve gerekse firmalar tarafından düzenlenen kampanyalar şeklinde bir ölçüde yerine getirildiği görülmektedir. Ancak sağlık eğitimi çalışmalarının başarısı ve verimliliği, eğitim verilen bireylerin ve kitlenin önerilen sağlık davranışlarını benimsemesi ve uygulamasıyla değerlendirilir. Sağlık davranışlarının kabul edilmesi ve uygulanması ise bireye ait davranışsal, fiziksel ve psikolojik faktörlere, içinde yaşadığı toplumdan kaynaklanan sosyal, çevresel ve ekonomik faktörler ile sağlık hizmet sektörüne ait faktörlere bağlıdır. Davranış değişikliğinin olabilmesi için önerilen davranışın söz konusu faktörlere ilişkin dinamiklerinin ortaya konduğu, incelendiği çalışmaların sonuçlarının sağlık eğitimi programlarına yansıtılması büyük yararlar sağlayacaktır. Ülkemizde bu alanda henüz yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Araştırma konumuz bu nedenle seçilmiştir. Sağlıkçılarla, davranış bilimcilerin ortak çalışmalarında, bireysel faktörlere ait dinamiklerin içinde yer alan bilişsel yapılardan algı, tutum, niyet, güdü ve inançların davranışın ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde önemli birer etken olduğu bildirilmektedir. Bireyler önerilen davranışla ilgili olumlu tutumları varsa, davranışın yararlarını ve davranış uygulamamalarından kaynaklanacak sağlık risklerini algılıyorlarsa, davranışla ilgili olumlu deneyimlere sahiplerse ve davranışın sağlayacağı kazanımlar onların gereksinimlerine hitap ediyorsa, davranışsal niyet açısından gönüllülük sağlanabiliyorsa, eyleme yönelmektedirler. Ağız sağlığına ilişkin davranış değişikliği gönüllü olduğu takdirde önerilen davranış içselleştirilip, günlük hayatın bir parçası olabilmekte ve ağız bakım alışkanlıklarının uygulanmasına bağlı olarak da ağız diş sağlığı düzeyi iyileşmektedir. Araştırmamızda bireye ilişkin bir kişilik özelliği olan ve bireysel faktörler kapsamında yer alan ağız sağlığı kontrol algısı ve onu değerlendirmemize yarayacak ağız sağlığı davranışlarını değerlendiren bir skala, bireyin sağlığına verdiği önemi saptayabilmek için yaşamdaki değerler listesi ve ağız sağlığı eğitimine yönelik ihtiyaç önceliğini belirleyebilmek için de sağlık bilgisi öncelik belirleme listesi kullanıldı. Sağlığın korunması ve iyileştirilmesinde bireyin kendi yaşam biçimi ve değer sistemi içinde beklentileri doğrultusunda şekillenen sağlık kontrol algısı bireyin sağlığını sürdürmesinde, sağlık hizmetlerinden yararlanmasında ve uygulanan koruyucu programlara riayet etmesinde belirleyici bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Bireylerin sağlık kontrol algılarının bilinmesi ve kontrol odağının tayin edilmesi (içsel kontrollü, dışsal kontrollü ve şans kontrollü) bireylerin bu davranışı gerçekleştirme olasılığına göre sınıflanmasına ve sağlık eğitiminin eğitimsel ve motivasyonel yapılarında nelerin dikkate alınmasının gerektiğine, bireysel beklentiler yönünde harekete geçirici ve kabul edilebilir mesajların oluşturulmasına, sağlık hizmetlerinden yararlanım ve koruyucu uygulamalara olan gereksinim yönünden bireysel profilin çıkartılmasına yön gösterecektir.

Davranış ve davranışla ilgili bilişsel öğelerin ölçülebilmesi için güvenilirliği ve geçerliği saptanmış standardize edilmiş ölçeklere gereksinim vardır (11,115,160). Ülkemizde genel sağlık alanında sağlık kontrol algısını ölçmek için oluşturulmuş ve kullanılmış ölçekler olmasına rağmen ağız diş sağlığı algısını ve kontrol algısını değerlendiren geçerliği ve güvenilirliği kanıtlanmış ölçekler yoktur. Bu bağlamda, ağız sağlığı kontrol algısını değerlendirebilmek için tarafsız ve tutarlı ölçüm yapabilen, istatistiksel değerlendirmeye olanak sağlayan bir ölçek ile bu ölçeğin değerlendirilmesinde yararlanılacak ağız sağlığı davranışlarını sınıflayan ve derecelendiren bir skala, bireyin sağlığına verdiği önemi saptayabilmek için yaşamdaki değerler listesi ve ağız sağlığı eğitimine yönelik ihtiyaç önceliğini belirleyebilmek için de sağlık bilgisi öncelik belirleme listesi oluşturuldu ve örneklemimizde bilişsel düzeyde ağız sağlığı davranışlarının göstergelerini ortaya çıkaracak 5 aşamadan oluşan bir çalışma planı hazırlandı. Günümüzde ağız sağlığını geliştirme programları ve sağlık eğitimi çalışmalarına daha fazla kentlerde ağırlık verilmektedir. Bireylerin ağız sağlığı kontrol algılarını saptayarak öncelikli olarak bu bölgelerde yürütülen çalışmaların verim ve etkinliğini arttırabilmek için araştırma örneklemimizi kentli erişkinlerden oluşturduk.

İlk aşamada, sağlık kontrol algısı ve onu etkileyen faktörler araştırılarak çalışma konusu ayrıntılı olarak değerlendirildi. Ağız sağlığı kontrol algısının kişisel bir özellik olup kişisel bir özelliğin değerlendirilmesinde kişiliğin dışı açık boyutunun ( sosyal yönü ) ve içsel boyutunun ( algı, tutum, değer vb. ) dikkate alınması gerekmektedir (12, 13, 32, 46, 50, 79, 103, 107, 132, 192) . Kişilik insanın biyolojik ve ruhsal yapılarının, davranış biçimlerinin, ilgi, tutum, yetenek ve becerilerinin bir arada en karakteristik biçimde bütünlüşmesi olarak tanımlanmaktadır (86,120). Bu bağlamda, ağız sağlığı kontrol algısının ölçülmesinde bu iki boyutun yalnız başına değerlendirilemeyeceği, bireyin çevresi ile etkileşim içinde olan sosyal bir varlık olarak bir bütün halinde görülmesi gerektiği dikkate alındı. Kişiliğin ölçülmesinde gözlemsel teknikler, kişisel bildirim teknikleri, projektif teknikler ve durumsal testler kullanılmaktadır. Çalışmamızın birinci aşamasında amacımız; toplumumuzun sağlığı geliştirici yaşam biçimi, ağız sağlığı davranışları, sağlıklarını iyileştirmeye ihtiyaç duydukları sağlık alanları ve sağlıklarını kontrol eden güçler açısından bugüne kadar bilinenler haricinde değerlendirilen başlıkları saptamaktı. Çalışmamızda kişisel bildirim tekniği kapsamında anket yöntemi, anket yöntemi olarak yüzyüze görüşme tekniği, ilk aşama haricinde tüm aşamalarda bireysel değerlendirmede de likert derecelendirme ölçeği kullanıldı. İlk aşamada açık uçlu sorular ve yapılandırılmış sorulardan oluşan bir anket formu kullanıldı. Yüzyüze görüşmeler ve anket sonunda elde edilen açık uçlu soruların cevapları doğrultusunda bireysel değer ve tanımlar gruplandırıldı (66). Açık uçlu soruların değerlendirilmesi, kodlanması ve çözümlenmesi zor olmasına rağmen, bu tür sorularla kişiyi yansıtan daha orijinal ve geçerli cevaplar elde edildiği, birey bir tercihe yönlendirilmediği, kendi yanıtını kendi oluşturduğu için ve bu aşamada ihtiyacımız olan zengin bilgi kaynağını sağlayabilmek için açık uçlu sorular kullanıldı (11,66,96,120,121,166,174). Çalışmanın ikinci aşamasında

ölçek, YDL ve SİÖBL'nin maddeleri oluşturulurken, süreklilik, tek boyutluluk ve doğrusalılık olarak özetlenen psikolojik ölçeklerin temel kuralları dikkate alındı (48,96,117,166). Ölçek maddelerinin hazırlanmasında olgusal ifadelerin yerine bireylerin katılma ve katılmama olasılığını değerlendiren, bireyin geçmişteki değil o anki kontrol algısını ölçen, öz ve sade dilde ifade edilen, birden fazla yargı, düşünce içermeyen ve olumlu maddelerin kullanılmasına dikkat edildi. Bu doğrultuda geçerliği ve güvenilirliği kanıtlanmış orijinal MHLC ölçeğinin A ve B formlarının çevirisi yapıldıktan sonra ağız dış sağlığına uyarlanan, birinci aşama verileri doğrultusunda ifadeleri düzenlenen ve kapsamı araştırmacı, danışman ve A. Ü. Dil Tarih Coğrafya Fakültesi Psikoloji Bilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Nesrin Şahin'den oluşan denetleyici grup tarafından değerlendirilen 30 maddelik bir ölçek hazırlandı. Ölçmeyi amaçladığımız ağız sağlığı kontrol algısını sürekli bir değişken, tek boyutlu bir yapı olarak kabul ederek, korelasyona dayalı madde analizi yöntemi ile seçilmiş maddelere verilen bireysel yanıtlara göre bireyin ağız sağlığı kontrol algısı psikolojik bir boyut üzerinde konumlandırılmaya çalışıldı ve bireyin kendisi hakkında bilgi vermesi esasına dayanan Likert ölçekleme modeli kullanıldı. Hazırlanan ölçek ve listeler için bir deneme ölçeği düzenlendi. Deneme ölçeğinin kontrolü yapıldıktan sonra saptanan örnekleme ön deneme gerçekleştirildi (153). Bireylere kimliklerinin gizli tutulacağı bildirilerek gönüllü katılım sağlandı. Psikometrik çalışmalarda, ölçek maddelerinin analizi aşamasında her maddenin ölçme gücünü değerlendirmek için korelasyona dayalı analiz veya iç tutarlılık ölçütüne dayalı analiz yöntemi kullanılmaktadır (35,48,53,101,115, 118,120,153,157,166). Deneme ölçeğinden elde edilen veriler madde-cevaplayıcı matrisi doğrultusunda işlendikten sonra her maddenin ölçme gücünü belirlemek için korelasyona dayalı madde analizi yöntemini kullanılarak ölçek puanı ile ilişkisi düşük maddeler belirlendi. Korelasyona dayalı madde analizi yönteminde madde ve ölçek puanı arasındaki korelasyon katsayısının negatif işaretli olması, sıfıra yakın olması ve istatistiki olarak anlamlı olmaması bu maddenin istenen özelliği ölçemediğini göstermektedir (48,115,166). Bu kurallar dikkate alınarak çıkması gereken maddeler belirlendi. Yapılan analizler sonucunda yukarıda belirttiğimiz kurallar doğrultusunda 11 maddenin çıkartılmasına karar verildi. Bu aşamaya kadar genel sağlık alanında kullanılan MHLC ölçeğini ağız dış sağlığına uyarlama formatında olan çalışma, bundan sonra denetleyici grup tarafından ağız dış sağlığına yönelik bireysel ve kültürel değer ile gereksinimleri de dikkate alan yeni bir ölçeğin ağız dış sağlığı kontrol algısının ölçülmesinde daha yararlı olacağı düşünülerek yeni bir ölçek geliştirme çalışması olarak sürdürüldü.

Günümüzde sağlık ve diğer alanlarda kültürel adaptasyonda karşılaşılan sorunlar nedeniyle ölçek uyarlama çalışmalarının yerine ölçek geliştirme çalışmaları ağırlık kazanmaktadır (39,139,153,157,160). Araştırmacılar, ağız sağlığı alanında ağız sağlığının, davranışlarının, tedavi ihtiyacının, ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesinin ve sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde kullanılacak daha duyarlı ölçeklere ihtiyaç olduğunu bildirmektedir.

Yukarıda özetlediğimiz nedenlerden ötürü, 2. aşamada yapılan değerlendirme sonucu korelasyon katsayısı yüksek maddeler ( 19 madde ) ile 1. aşama veriler dikkate alınarak hazırlanan yeni maddeler ( 7 madde )' den oluşan 26 maddelik yeni bir ölçek hazırlandı. Ölçek maddelerinin anlaşılabilirliği sınanıp madde analizleri gerçekleştirildikten sonra 3. aşamada 79 kişilik bir örnekleme ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapıldı. Ölçme aracının duyarlı, birbiriyle tutarlı ve kararlı ölçme sonuçları verme gücü olan güvenilirliğini değerlendirmek için kullanılan birden çok uygulamaya dayanan eşdeğer formlar, test - tekrar test ve karma yöntem ile tek uygulamaya dayanan yarıya bölme, madde kovaryanslarına dayanan yöntemlerinden test-tekrar test yöntemi çalışmamızın 4. aşamasında ve yarıya bölme yöntemi de çalışmamızın 5. aşamasında kullanıldı. Tüm aşamalarda Likert tipi derecelendirme ölçeklerinde ölçek güvenilirliğini kestirmek için ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının bir göstergesi olan Cronbach \_ güvenilirlik katsayısı kullanıldı (11, 30, 35, 48, 69, 101, 115, 120, 122, 149, 153, 157, 158, 160, 161, 166). Ölçülmek istenen özelliği başka özellik ve özelliklerle karıştırmadan verebilme gücü olan geçerliği kanıtlanmak için kapsam geçerliği, ölçüt geçerliği ( zandaş geçerlik ve yordama geçerliği) ve yapı geçerliği yöntemleri kullanıldı (20, 30, 35, 48, 115, 120, 157, 161, 166). Çalışmamızın 2. ve 3. aşamalarında kapsam geçerliği denetleyici grup tarafından değerlendirildi. Yapılan değerlendirmeler sonucunda ölçek maddelerinin ölçmeyi düşündüğümüz özelliği saptayacak güçte olduğuna karar verildi. Çalışmanın 2, 3, 4 ve 5. aşamalarının tümünde yapı geçerliği faktör analizi yöntemi ile sınıandı (30, 35, 69, 122, 153, 157, 158, 161, 164). Ölçeğin farklı örneklemlerde gerçekleştirilen aşamalarında 5'li faktör çözümlemesi elde edildi. En son aşamada öz değeri 1'den yüksek 5 faktör saptanmasına rağmen daha kolay genelleme yapabilmek için diş hekimi uygulama ve bilgilenme odaklı dışsal kontrol faktörlerinin birleştirilmesine karar verildi. 4. ve 5. aşamada ölçeğin altölçeklerinin ve altölçek ekstrem gruplarının ağız sağlığına ait klinik muayene indeksleri, ADBF maddeleri ve listeler ile; 5. aşamada ise bunlara ilave olarak ADSD skalası ile arasındaki ilişkilere bakılarak kriter geçerliği araştırıldı.

Birinci aşamada 107 kişilik örnekleme Ek 1'de sunulan danışman ve araştırmacı tarafından hazırlanmış 24 soruluk açık uçlu ve yapılandırılmış sorulardan oluşan anket formu aracılığıyla ÇBASKO Ölçeği, ADBF, YDL ve SBÖBL'nin maddelerinin hazırlanmasında rehber alınacak bireylerin yaşam değerleri, sağlık ihtiyaçlarındaki öncelikleri, ağız diş sağlığının belirleyici faktörleri, sağlıklı yaşama biçimini oluşturan faktörler ve kontrol odağı hakkında tanımlayıcı bilgilere ulaşmak amaçlandı ve anket tekniği uygulandı. Bu aşamada; odak grup görüşmesi yerine anket tekniğinin seçilmesinin nedeni odak grup görüşmesinin küçük bir grupta gerçekleşmesi, denetim ve analiz güçlüğü, sonuçların genelleme zorluğu gibi teknik sorunlar ve algılama zorluğu, sıkılma, belirsiz ifadeler, grup içinde uyumsuzluk gibi bireysel problemleri aşabilmektir (153, 166). Anket formu hazırlanırken sorular kapalı ve açık uçlu olarak düşük eğitim düzeyindeki bireyler tarafından da anlaşılabilir şekilde, ifade olarak yalnız hazırlandı (121, 174). An-

ket formu, araştırmacı tarafından anketin uygulanma nedeni açıklandıktan sonra araştırmacı denetiminde bireylere müdahale edilmeden uygulandı. Bireylerden anlamadıkları soruları işaretlemeleri ve sorularla ilgili düşüncelerini formun alt kısmında bildirmeleri istendi. 24 soruluk formun 20 sorusu açık uçlu, 4 sorusu ise yapılandırılmış karakterdeydi. Açık uçlu ve yapılandırılmış soruların anket kapsamında birlikte kullanılmasının amacı; sağlık düzeyi, sağlıklı yaşam biçimi, kişisel bakım alışkanlıkları, sağlık kontrol odağı kavramlarının bireysel tanımları ve değerlendirilmeleri ile sağlık profesyonellerinin değerlendirmeleri arasındaki farklılıkları saptayabilmek, hazırlanacak tez materyalindeki kavram karışıklılığının önüne geçmek ve anlaşılabilirliği sağlayabilmektir. Yapılan sorularda ağız sağlığı davranışları, Sağlığı Geliştirici Yaşam Profili'nin ( Health Promotion Lifestyle Profile, HPLP) alt lekleri, Sağlığı Geliştirici İhtiyaçların Saptanması Listesi'nin (Health Promotion Needs Assessment, HPNA ) maddeleri kullanıldı. Açık uçlu sorularda ve bizim tarafımızdan yapılandırılmış sorularda aynı kavramlar sorgulanarak bireysel önemi olan konular saptanmaya çalışıldı. Açık uçlu sorularda aynı kavram farklı soru tipleriyle sorgulandı ve bireyin verdiği cevaplarda tutarlı olup olmadığı anlaşılmaya çalışıldı. Açık uçlu sorulara verilen yanıtlar danışman ve araştırmacı tarafından gruplandırılarak konu başlıkları oluşturuldu. Verilerin frekans dağılımlarına ve yüzdelik değerlerine bakıldı ( 121,174 ).

Bireylerin % 76'sının yanıt verdiği 1. soruya ( Bir kişinin sağlık düzeyi ne demektir? ) ilişkin verilerin değerlendirilmesi sonucu bireysel sağlık düzeyi tanımları sırasıyla bedensel ve ruhsal ihtiyaçların karşılanması, sağlıklı olmak, sağlık bilgisinin olması, (düzenli sağlık alışkanlıklarının devam ettirilmesi, sağlık sorunlarının olup olmaması), kendini iyi hissetmek ve yaşamını devam ettirmek, (sağlık risklerini en aza indirmek ve beslenme) olarak özetlendi ( Tablo 5). Sağlık düzeyi denildiğinde bireyler bedensel ve ruhsal gereksinimlerin karşılanma düzeyini, herhangi bir sağlık sorunu olmadan sağlıklarını ve sağlık alışkanlıklarını devam ettirme düzeyini, sağlık risklerinin sağlık bilgisinin arttırılmasıyla azaltılmasını ve kendilerini ruhsal ynden pozitif hissetme düzeyini anlamaktaydılar. Bireyler sağlık düzeylerini ifade ederken tıbbi sağlık yaklaşımını ve davranışsal yaklaşımı benimserken sosyal çevresel yaklaşımından bahsetmemekte ve bireysel faktörlere daha fazla ağırlık vermekteydiler. Oysa yapılan son çalışmalar sağlık düzeyi ve iyilik hali üzerinde sosyal destek unsurunun önemli bir etkisi olduğunu göstermektedir ( 2, 4, 40, 56, 125, 135, 148, 168, 175, 179, 181).

Bireylerin % 92'sinin yanıt verdiği 2. soruya ( Bir kişinin sağlık düzeyi nasıl anlaşılır? ) ilişkin verilerin değerlendirilmesi sonucu bireysel sağlık düzeyi göstergeleri sırasıyla sağlık kontrolleri, (fiziksel görünüm ve performans, günlük davranış ve tutumlar), verimlilik ve yeterlilik, ruh hali, sağlık sorunu yaşayıp yaşamama, ilaç kullanmadan günlük yaşantısını devam ettirme, (temizlik ve ağız diş bakımı ) olarak özetlendi ( Tablo 6). Bireylerin sağlık düzeyi göstergesi olarak sağlık kontrollerini, sağlık sorunu ya-

şamamayı ve ilaç kullanımını ifade etmesi, bireylerin medikal yaklaşımı benimsediklerini ve sağlık kontrolünde dışsal kontrol odağınının önemine inandıklarını göstermektedir. Performans, yeterlilik, günlük davranış ve tutumlar, ruh hali, temizlik ve ağız diş bakımını ifade eden bireylerin ise sağlık düzeylerinin belirleyeni olarak kişisel bakım alışkanlıkları gibi davranışsal etkenlerin ve bunlardan etkilenen fiziksel ve ruhsal sağlık öğelerinin önemine inandıkları gözlenmektedir.

Bireylerin % 82'sinin yanıt verdiği 3. soruya ( Sağlıklı yaşam biçimi ne demektir?) ilişkin verilerin değerlendirilmesi sonucu sağlıklı yaşam biçimi tanımları sırasıyla beslenmeye dikkat etme, spor yapma, mutlu - verimli ve düzenli yaşam, uyku düzeni, stresten uzak durma, (sağlık kurallarına uyma - kendine dikkat etme, ruh sağlığı), (düzenli sağlık kontrolü, temizlik, huzur - mutluluk), (fiziksel sağlık, çevre sağlığı, üretkenlik, sigara – alkol - madde bağımlısı olmamak) olarak bildirildi ( Tablo 7). Sağlıklı yaşam biçimi tanımları incelendiğinde sağlık kontrolü ve çevre sağlığı gibi sağlığın temininde önemli olan dışsal etkenler ile spor, beslenme, sağlık kurallarına riayet etme, uyku-istirahat, üretkenlik gibi bireye ait davranışsal, fiziksel ve sosyal faktörlerin önem kazandığı görülmektedir. Bireylerin fiziksel sağlığı, ruh sağlığını ayrı başlıklar altında değerlendirmesi sağlıklarını fiziksel, ruhsal ve sosyal tam iyilik hali olarak değerlendirmediklerini göstermekteydi.

Bireylerin % 85'inin yanıt verdiği 4. soruya ( Sağlıklı yaşam biçimi nasıl olur? ) ilişkin verilerin değerlendirilmesi sonucu sağlıklı yaşam biçimini sağlayan faktörler sırasıyla beslenme, spor, (stress, sosyal yaşam), (kendine bakmak, kendiyle barışık olmak, düzenli yaşam), (uyku, huzur- mutluluk, sağlık kontrolü), (üretkenlik, sigara – alkol - madde bağımlılığından uzak durma, çevre sağlığı, temizlik), (sağlık sorumluluğu, anlayış - hoşgörü, kişiler arası destek - paylaşım) olarak özetlenmekteydi ( Tablo 8). Sağlıklı yaşam biçimini sağlayan faktörler sağlık kontrolü, çevre sağlığı gibi dışsal faktörler, bireyin kendisine ait fiziksel, ruhsal, sosyal ve davranışsal faktörler ve sosyal destek olarak özetlenmektedir. Değerlendirmelerde ilk defa karşımıza çıkan kişilerarası destek, paylaşım ve sosyal yaşam kavramıyla sağlıklı yaşam biçiminin sürdürülmesinde sosyal desteğin önem kazandığı görülmektedir. Bu soruda değerlendirilen sağlık kontrolü ve sağlık sorumluluğu kavramı, sağlık kontrol algısının bir boyutu olan ve bireyi rutin sağlık kontrollerine gitmeye yönelten sağlık kontrolünde içsel faktörlerin de değerlendirilmeye alındığını göstermekteydi.

Bireylerin tümünün yanıt verdiği 6. sorunun ( İyi ağız bakımı nasıl olur? ) verilerinin değerlendirilmesi sonucu iyi ağız bakımını sağlayan faktörler sırasıyla diş fırçalama, düzenli diş hekimi kontrolüne gitme, beslenmeye dikkat etme, diş ipi kullanma, (problem yaratan dişlerden kurtulma, dili fırçalama), (karbonat ve benzeri maddelerle

dişleri temizleme, ağız sağlığına özen gösterme) olarak özetlenmekteydi (Tablo 9). Ağız bakımını sağlayan faktörler kapsamında diş fırçalama, diş ipi kullanma, dili fırçalama gibi bireye ait davranışsal faktörler, düzenli diş hekimine gitme, ağız sağlığına özen gösterme gibi bireyin ağız diş sağlığı kontrol algısı açısından içsel kontrollü olduğunu gösteren faktörlerin varlığı dikkat çekmekteydi.

Bireylerin tümünün yanıt verdiği 7. sorunun ( Ağız sağlığı düzeyinin iyi olması ne demektir? ) verilerinin değerlendirilmesi sonucu iyi ağız bakımı göstergeleri sırasıyla diş çürüğü ve ağrının olmaması, estetik olarak bakımlı – iyi dişler, dişetlerinin kanaması, (sağlık eğitimi kazanımlarının bireysel olarak uygulanması, diş ve dişetleriyle ilgili sorun yaşamama), (ağız kokusunun olmaması, düzenli diş hekimi kontrolü) ve koruyucu önlemler almak olarak özetlenmekteydi (Tablo 10). Bireylerin iyi ağız bakımı göstergelerini yaşam kalitelerini azaltan ve günlük sosyal yaşamlarını sürdürmelerini etkileyen ağrı, kanama, ağız kokusu gibi klinik semptomlar ve bakımlı ve güzel dişler olarak; düzenli diş hekimi kontrolüne gitme ve koruyucu önlemler alma gibi bireysel sorumluluk denetiminde olan 1. basamak diş hekimliği hizmetlerinden yararlanma olarak algıladıkları görülmekteydi. Bu bireylerin var olan ağız sağlığı durumlarını değerlendirirken estetik ve ağrı, kanama gibi rahatsızlıkların olmamasını dikkate aldıklarını göstermekteydi.

Bireylerin % 87'sinin yanıt verdiği 12. soruya ( Kişisel bakım alışkanlıklarının içinde neler yer alır ? ) ilişkin verilerin değerlendirilmesi sonucu kişisel bakım alışkanlıkları el - ayak ve beden temizliği, ağız diş temizliği, ( spor, beslenme ), genel temizlik, uyku, kıyafet temizliği, (dinlenme, sosyal ihtiyaçların temini, doktor kontrolü), (sigara - alkol ve madde bağımlılığından korunma, temiz çevre ve su, stressiz yaşam) olarak özetlenmekteydi ( Tablo 11). Kişisel bakım alışkanlıkları kapsamında doktor kontrolünün, çevre sağlığı, stressiz yaşam ve sosyal ihtiyaçların temini unsurlarının değerlendirilmesi bireylerin kişisel bakım alışkanlıklarını kazanmasında ve sürdürmesinde etkin olan ve sağlıklarını dolaylı olarak etkileyen dışsal faktörleri de değerlendirdiklerini göstermekteydi.

Bireylerin % 62'sinin yanıt verdiği 17. soruya ( Sağlığınızı iyileştirmeye ihtiyaç duyduğunuz alanlar nelerdir? ) ilişkin verilerin değerlendirilmesi sonucu iyileştirilmesine ihtiyaç duyulan sağlık alanları sırasıyla (stres, bedensel sağlık), beslenme, (spor, sağlık kurumlarından yararlanım - sağlık kontrolü), çevre sağlığı, (uyku, ağız diş sağlığı, ruh sağlığı, kilo kontrolü ), ( sigara - alkol ve madde kullanımı, moral, ilaç kullanımı, düzenli yaşam, kazalardan korunma ve kişilerarası destek) olarak ortaya çıktı ( Tablo 12). İyileştirilmesine ihtiyaç duyulan sağlık alanları stres, moral, düzenli yaşam gibi ruhsal sağlık alanları; beslenme, spor, uyku, kilo kontrolü, ağız diş sağlığı gibi bedensel

sağlık konuları; çevre sağlığı ve kazalardan korunma gibi sağlıkta etkili olan dışsal faktörler; ilaç kullanımı, sigara – alkol ve madde kullanımı gibi davranışsal faktörler; sağlık kontrolü ve sağlık kurumlarından yararlanım gibi sağlık hizmeti faktörleri; kişilerarası destek gibi sosyal yaşam faktörü olmak üzere sınıflanmaktaydı. Bu soruya cevap vermeyen birey sayısının çok olması anket kapsamında aynı konuda seçenekli değerlendirme yapma imkanını sağlayan 19. sorudan kaynaklandığı düşünülmektedir. Buna rağmen her iki soruya da verilen cevapların konu başlıkları arasında tutarlılık saptandı.

Bireylerin % 75'inin yanıt verdiği 18. soruya ( Kişisel sağlık bakımından ne anlıyorsunuz ? ) ilişkin verilerin değerlendirilmesi sonucu kişisel sağlık bakımı alışkanlığı tanımları sırasıyla sağlık kontrolü, sağlık için gerekenleri yapmak, sağlıklı – düzenli - dengeli yaşam, (el - yüz - beden temizliği, beslenme), (diş bakımı, spor), ( kendi vücudunu tanıma, sağlık eğitimi, akıl ve ruh sağlığı ) olarak ortaya çıktı (Tablo 13) . Kişisel sağlık bakımı kapsamında akıl ve ruh sağlığının değerlendirilmesi, bakım alışkanlıklarının sürdürülmesinde ve uygulanmasında bireysel yeterliliğin önemini, sağlık eğitiminin değerlendirilmesi ise bakım alışkanlıklarıyla ilgili bilgi ve motivasyon sağlayıcı unsur olarak sağlık eğitiminin önemini göstermekteydi. Bireysel sağlık kontrolü ve bireyin kendi vücudunu tanıması kişisel bakım alışkanlıklarının olumlu ve olumsuz sonuçlarını değerlendirebilmesine yardımcı olmaktadır.

Bireylerin % 75'inin yanıt verdiği 23. soruya ( Sağlığınızın denetimi nelere bağlıdır? ) ilişkin verilerin değerlendirilmesi sonucu sağlık denetimi odakları sırasıyla kendisi, çevre koşulları, sağlık personeli, (sosyal yaşam, sağlık kontrolü, arkadaş - akraba - aile, maddi olanaklar), (sağlık kurumları, sağlık eğitimi, beslenme), yaşamı sevmeye ve değer verme, (zaman, şans, spor, sigara - alkol ve madde kullanımı) olarak belirlendi (Tablo 14). Bu tabloya göre bireylerin sağlık kontrol odaklarını kendisini değerlendirenleri içsel, sağlık hizmeti sunan kişi - kurum ve faaliyetlerini denetim mekanizması olarak seçenleri sağlık personeli odaklı dışsal, sosyal yaşam - çevre unsurları kontrol denetim mekanizması olarak seçenleri sosyalizasyon odaklı dışsal; zaman ve şans unsurları olarak değerleri ise şans kontrol odaklı olarak sınıflandırabiliriz. Bireylerin % 32'si sağlıklarını kendilerinin kontrol ettiğine, % 43'ü ise dışsal güçlerin kontrol ettiğine inanmaktadır.

Ek 1 'de sunulan anket formundaki yapılandırılmış sorulardan 5. soruya ( Sağlıklı yaşam biçiminin elde edilmesinde ve korunmasında aşağıdakilerden hangileri etkilidir ? ) yanıt veren bireylerin verilerinin değerlendirilmesi sonucu sağlıklı yaşam biçimini sağlayan faktörler sırasıyla beslenme, sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek ve iletişim, (egzersiz, stres yönetimi) ve kendini gerçekleştirme olarak ortaya çıktı ( Tablo 15). HPLP ölçeğinin altölçeklerine göre yapılan sorgulama ile açık uçlu soruların değerlendirilmesi



dirilmesiyle saptanan başlıklar benzerlik göstermektedir. Kişiler arası destek ve iletişim açık uçlu soruda paylaşım, sosyal destek, anlayış ve hoşgörü başlıkları altında değerlendirilirken; kendini gerçekleştirme kendiyile barışık olma, kendine bakma, üretkenlik olarak değerlendirilmektedir. Beslenme hem yapılandırılmış soruda hem de açık uçlu soruda sağlıklı yaşam biçimini sağlayan en önemli faktör olarak değerlendirilmektedir. Bireyler sağlık sorumluluğunu, yapılandırılmış soruda 2. sırada, açık uçlu soruda ise sağlık sorumluluğu başlığı altında 7. sırada, sağlık kontrolü başlığı altında 5. sırada değerlendirmektedir. Kişiler arası destek ve iletişimi yapılandırılmış soruda 3. sırada, açık uçlu soruda ise sosyal yaşam başlığı altında 3. sırada, paylaşım ve kişilerarası destek başlığı altında 7. sırada değerlendirmektedir. Egzersizi yapılandırılmış soruda 4. sırada, açık uçlu soruda 2. sırada değerlendirmektedir. Stres yönetimini yapılandırılmış soruda 4. sırada, açık uçlu soruda ise stress başlığı altında 3. sırada, huzur ve mutluluk başlığı altında 5. sırada değerlendirmektedir. Kendini gerçekleştirmeyi yapılandırılmış soruda 5. sırada, açık uçlu soruda ise kendine bakmak ve kendiyile barışık olmak başlığı altında 4. sırada, üretkenlik başlığı altında ise 6. sırada görmektedir. Yapılandırılmış soruda genel kavram olarak ifade edilen başlıkların, bireyler tarafından farklı alt başlıklar şeklinde algılandığı ve ifade edildiği görülmektedir. Açık uçlu sorunun değerlendirilmesi sonucunda yapılandırılmış soruda bulunmayan çevre sağlığı ve maddi olanakların toplumumuzun sağlıklı yaşam biçiminin temininde önemli birer faktör olduğu görülmektedir.

Bireylerin % 93'ünün yanıt verdiği 8. soruya ( Ağız diş sağlığınızın korunmasında ve geliştirilmesinde aşağıdakilerden hangileri önemlidir? ) ilişkin verilerin değerlendirilmesi sonucu ağız sağlığını koruma yöntemleri sırasıyla diş fırçalama, beslenmeye dikkat etme, (fluorlu diş macunu kullanma, diş ipi kullanma), fluorlu ağız gargarası kullanma, sakız çiğneme, (diş tozu kullanma, kürdan kullanma, karbonatla ovma) olarak özetlenmekteydi (Tablo 16). Ağız bakımını sağlayan faktörler kapsamında bireyler açık uçlu soruda, yapılandırılmış soruda bulunmayan düzenli diş hekimi kontrolüne gitme, ağız sağlığına özen gösterme, dili fırçalama ve problem yaratan dişlerden kurtulma başlıklarını da değerlendirmektedir. Yapılandırılmış sorunun sakız çiğneme, kürdan kullanma ve fluorlu ağız gargarası ve diş macunu kullanma başlıkları ise açık uçlu soruda ifade edilmemiştir. Yapılandırılmış soruda ve açık uçlu soruda diş fırçalama 1. sırada değerlendirilmektedir. Yapılandırılmış soruda 2. sırada değerlendirilen beslenme, açık uçlu soruda 3. sırada; yapılandırılmış soruda 3. sırada değerlendirilen diş ipi kullanma, açık uçlu soruda 4. sırada; yapılandırılmış soruda 6. sırada değerlendirilen karbonatla ovma ise açık uçlu soruda 6. sırada değerlendirilmektedir. Açık uçlu soruda ifade edilen düzenli olarak diş hekimine kontrole gitme ve problem yaratan dişlerden kurtulma başlığı ağız sağlığının korunmasında diş hekiminin ve yapacağı uygulamaların önemine dikkat çekmektedir.

Sağlığı Geliştirici İhtiyaçların Saptanması ( Health Promotion Needs Assessment,

HPNA ) skalasının maddeleri dikkate alınarak hazırlanan 19. soruya ( Aşağıdakilerden hangisi ve hangileri öncelik gösterdiğiniz sağlık sorunlarıdır ?) yanıt veren bireylerin verilerinin değerlendirilmesi sonucu bireylerin öncelik gösterdiği sağlık konuları sırasıyla akıl ve ruh sağlığı, kişisel öz bakım, bulaşıcı olan ve olmayan hastalıklardan korunma, (beslenme, fiziksel sağlık), (kazalardan korunma, sigara,alkol ve madde kullanımı), sağlık hizmetlerinden yararlanım, sağlık çalışanlarına duyulan gereksinim ve cinsel sağlık olarak özetlenmekteydi ( Tablo 17). Yapılandırılmış sorunun değerlendirilen maddeleri kapsamında açık uçlu soruda saptanan ağız diş sağlığı, ilaç kullanımı, çevre sağlığı, kişiler arası destek başlıkları bulunmamaktadır. Yapılandırılmış soruda 1. sırada değerlendirilen akıl ve ruh sağlığı, açık uçlu soruda stres, ruh sağlığı ve moral başlığı altında değerlendirilmekteydi. Yapılandırılmış soruda 2. sırada değerlendirilen kişisel öz bakım, açık uçlu soruda ağız diş bakımı başlığı altında 5. sırada değerlendirilmekteydi. Yapılandırılmış soruda 3. sırada değerlendirilen bulaşıcı olan ve olmayan hastalıklardan korunma açık uçlu soruda ifade edilmeyen bir başlıktı. Yapılandırılmış soruda 4. sırada değerlendirilen beslenme açık uçlu soruda beslenme başlığı altında 2. sırada, kilo kontrolü başlığı altında 5. sırada değerlendirilmekteydi. Yapılandırılmış soruda 4. sırada değerlendirilen fiziksel sağlık açık uçlu soruda bedensel sağlık başlığı altında 1. sırada değerlendirilmekteydi. Yapılandırılmış soruda 5. sırada değerlendirilen kazalardan korunma açık uçlu soruda 6. sırada; yapılandırılmış soruda 5. sırada değerlendirilen sigara, alkol ve madde kullanımı açık uçlu soruda 6. sırada; yapılandırılmış soruda 6. sırada değerlendirilen sağlık hizmetlerinden yararlanım açık uçlu soruda 3. sırada değerlendirilmekteydi. Yapılandırılmış soruda 7. ve 8. sırada değerlendirilen sağlık çalışanlarına duyulan gereksinim ve cinsel sağlık açık uçlu soruda başlık olarak ifade edilmemekteydi.

20. soruya ( Ağız diş bakımını 19. sorunun cevaplarından hangisinin içinde değerlendirirsiniz? ) yanıt veren bireylerin verilerinin değerlendirilmesi sonucu 19. soru maddeleri kapsamında ağız diş bakımı sırasıyla kişisel öz bakım, beslenme, fiziksel sağlık, sigara - alkol ve madde kullanımı, ( bulaşıcı olan ve olmayan hastalıklardan korunma, sağlık hizmetlerinden yararlanım), ( kazalardan korunma, akıl ve ruh sağlığı, sağlık çalışanlarına duyulan gereksinim), cinsel sağlık başlıkları altında değerlendirilmekteydi (Tablo 18). Ağız diş bakımının kişisel öz bakım, beslenme ve sigara- alkol ve madde kullanımı başlıkları altında değerlendirilmesi bireylerin ağız sağlıklarında yaşam biçimlerinin ve davranışlarının önemli bir belirleyen olduğuna inandıklarını göstermektedir. Ağız sağlığının kişisel öz bakım, beslenme, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve sigara - alkol ve madde kullanımı başlıkları altında değerlendirilmesi DSÖ'nün de bildirdiği gibi ağız diş hastalıklarının davranışsal ve kronik hastalıklar olduğunu göstermektedir (70, 140).

Özetle; bireylerin % 45'i yaşam biçimini sağlıklı, % 35'i sağlıksız olarak ifade etmişken, % 20'si ise bu konuda düşünmediklerini bildirmekteydiler. Bireylerin % 86'sı

sağlığını korumak için önlem aldığını , % 2'si hiç almadığını , % 9 ara sıra , % 3 'ü ise çok az önlem aldığını bildirmekteydi. Hastalığın oluşmaması için ve var olan sağlıklarının daha da iyi olabilmesi için hem kendileri hem de çocukları için alacakları koruyucu tedbirlerin gerekliliğine inanmaktaydılar.

Sağlıklı yaşam biçimi denilince beslenme, spor, stresten uzak durma ve mutlu, verimli düzenli bir yaşam anlaşılmaktaydı (Tablo7). Sağlıklı yaşam biçimi, beslenmenin, sporun, stresten uzak durmanın sağlanması, sosyal ve psikolojik yaşamın düzenli olması ile sağlanabilmektedir.

Sağlığı geliştirici yaşam biçimini oluşturan faktörler HPLP ölçeğinin altölçeklerine göre sorgulandığında yaşam biçiminin sağlıklı olabilmesinde beslenme , sağlık sorumluluğu ve kişiler arası destek ilk 3 sırada yer almakta, egzersiz ve stress yönetimi de bu sıralamayı izlemekte olup bireyler kendini gerçekleştirme kavramını anlamadıklarını ifade etmekteydiler. Açık uçlu soruların değerlendirilmesi sonucunda çevre sağlığı ve maddi olanaklarında yaşam biçiminin sağlıklı olmasında önemli bir etken olduğu görülmekteydi ( Tablo 8, 15).

İnsanların sağlık konuları arasından önceliklerini belirleyebilecekleri ve ağız diş bakımını yerleştirecekleri SİÖBL'ye göre akıl ve ruh sağlığının ilk sırada yer aldığı gözlemlendi. Kişilerin öncelik gösterdiği diğer sağlık konuları, kişisel öz bakım, bulaşıcı olan ve olmayan hastalıklardan korunma, beslenme ve fiziksel sağlık olarak sıralanmaktaydı. Akıl ve ruh sağlığının 1. sırada değerlendirilmesi bireylerin ruhsal sağlığa fiziksel sağlık ve sosyal sağlıktan daha fazla öncelik gösterdiğini açıklamaktadır. Kişilerin günlük yaşamda karşılaşılabilecekleri veya kendileri için bir risk olarak değerlendirdikleri sağlık konularına ihtiyaçlarına göre bu sıralamaların oluştuğuna dikkat edilmelidir ( Tablo 17).

Ağız diş bakımı yukarıda belirttiğimiz sağlık konuları içinde yer alan kişisel öz bakım başlığı altında daha fazla değerlendirilmekteydi. İkinci değerlendirildiği sağlık konularından olan beslenme, kişilerin ağız diş hastalıklarının yaşam biçimiyle olan ilişkisi hakkında bilgi sahibi olduklarını göstermekteydi. Çürük yapıcı beslenme tarzı ve yeterli - dengeli beslenme ağız dokularının sağlığını sürdürmesinde ve geliştirmesinde etkili olmaktadır. Kişisel temizliğe dikkat etmemekten doğabilecek bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar grubunda da ağız diş hastalıkları sınıflandırılmaktaydı ( Tablo 18).

Bireylerin ağız diş sağlığı davranışının ( Diş fırçalama, diş ipi kullanma, beslen-

me, flor ) dört boyutundan hangilerini yerine getirdiklerine bakıldığında diş fırçalama, beslenme ve florlu diş macunu , diş ipi kullanma ilk 3 sırada yer almaktaydı. Kürdan kullanımının, diş tozları, karbonatla dişleri ovmanın sağlıklı olmadığı ve yapılmaması gerektiğini bildirenlerin sayısının fazla olması bireylerin ağız sağlıkları hakkındaki bilgilerinin arttığını göstermekteydi. Ağız diş sağlığı davranışı olarak sakız çiğnemeyi de değerlendiren bireylere, dişlerin fırçalanmayıp atıştırmalardan sonra sakız çiğnemenin ağız sağlığını koruyamadığının açıklanması gerekmektedir. İyi bir ağız bakımı dişlerin fırçalanması, diş hekimi kontrolü ve beslenmenin düzenlenmesi ile sağlanabilmekteydi. Ağız diş sağlığı düzeyinin iyiliği ağrı, kanama gibi şikayetlerin olmaması, estetik bakımlı ve beyaz dişlere sahip olma olarak tanımlanmaktaydı ( Tablo 9, 16 ).

Bir kişinin sağlık düzeyi denildiğinde; bedensel ve ruhsal ihtiyaçlarını karşılaması, sağlıklı olması ve sağlık konusunda bilgi sahibi olması anlaşılmaktaydı. Sağlık düzeyinin belirleyenleri düzenli sağlık kontrolü, sağlıklı bir fiziksel görünüm , sağlıklı davranış ve tutumlar ( ruhsal sağlık ), günlük yaşamındaki verim ve yeterlilik olarak değerlendirilmekteydi ( Tablo 5 ).

El - ayak temizliği, ağız diş temizliği, spor, beslenme kişisel bakım alışkanlıkları içinde değerlendirilmekteydi. Bireyler genel hijyeni, sigara ve alkol bağımlılığından korunmayı da bu aşamada değerlendirmekteydi. Bireyler kişisel sağlık bakımı olarak kişisel bakım alışkanlıklarının dışında beslenme, spor, kilo kontrolü ve akıl ruh sağlığının korunmasını anlamaktaydılar ( Tablo 11 ). Bu bağlamda bireylerin kişisel bakım alışkanlıklarını, sağlıklı olmalarını sağlayacak davranışlar olarak değerlendirdikleri gözlenmektedir.

Bireylerin % 78'i sağlıklarını iyileştirme gereksinimi duydukları alanlar olduğunu, % 12'si olmadığını, % 10'u ise bu konuda düşünmediklerini ifade etmekteydi. Bireyler sağlıklarını iyileştirmek için beslenme, rutin sağlık kontrolleri ( sağlık hizmeti alma), uyku ve dinlenme, stressiz bir yaşam, madde kullanımını önleme ve spor ve egzersiz konularında kendilerini yetersiz bulmaktaydılar. Bu alanların haricinde ağız diş sağlığı, akıl ve ruh sağlığı ile kilo kontrolü konusunda sağlıklarını iyileştirmeyi hedeflemekteydiler ( Tablo 12).

Kişilerin sağlıklarını kontrol etmeleri kendilerine, çevresel ve ekonomik koşullara, aile ve arkadaş çevresine, sağlık hizmetlerinden yararlanmaya, hayata değer verme ve bakış açısına, şansa, koruyucu sağlık davranışlarına bağlı olarak değerlendirilmekteydi ( Tablo 14 ).

Türkiye’de halk genelini kapsayan, sağlıklı yaşam biçimi ve koruyucu - çevresel sağlık hizmetlerinin kullanımına yönelik bireysel algılamaların değerlendirildiği UNDP/TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Reformları - II Araştırmaları “Hizmet Kullanıcıları” - Halk Geneli - Araştırma Raporu’nun (1997) bulgularında sizce kişisel temizliğe dikkat etmemekten doğan hastalıklar var mı? sorusuna evet cevabı veren bireyler ( % 75) diş hastalıklarını 5. sırada değerlendirmektedir. Sizi daha sağlıklı bir yaşam biçimi sürmekten alıkoyan en önemli üç faktör hangileridir ? sorusuna cevap veren bireyler ilk üç sırada maddi imkan sınırlılığını, düzenli olarak kontrole gitmemeyi ve alışkanlıkları biddirmektedir. Sizin ve ailenizin gelecekteki sağlığını üzerindeki önemini düşünerek hangi çalışmanın yapılmasını istersiniz? sorusuna cevap veren bireyler 1. sırada sağlık eğitimini değerlendirmektedir. Koruyucu sağlık kavramını biliyor musunuz? sorusuna evet cevabını (% 13) veren bireyler, koruyucu sağlığı aşılama, kişisel temizliğe dikkat etme ve düzenli sağlık kontrolünden geçme olarak değerlendirmektedir. Bizim çalışmamızda da kişisel bakım alışkanlıklarından ne anlıyorsunuz? açık uçlu sorusuna cevap veren bireyler ağız bakımını da bu kapsamda değerlendirmekte olup 20. soruda ağız bakımını en çok kişisel öz bakım başlığı altında konumlamaktadırlar. Sağlıklı yaşam biçimini sağlayan faktörler kapsamında bireyler maddi olanakları, sağlık kontrolünü, zararlı alışkanlıkların kontrolünü, çevre sağlığını ve sosyal yaşam unsurlarını değerlendirmektedirler. Bireylerin bilgi almak ve sağlıklarını iyileştirmek istedikleri konuların başında akıl ve ruh sağlığı gelmekte olup kişisel öz bakım başlığı altında değerlendirilen ağız diş sağlığı ise 5. sırada yer almaktadır. Bireylerin % 86’sı sağlığını korumak için önlem aldığını , % 2’si hiç almadığını , % 9 ara sıra , % 3 ‘ü ise çok az önlem aldığını bildirmektedir. Her iki çalışmada da sağlıklı yaşam biçiminin yeterli dengeli beslenme, kişisel bakım, spor, tütün ve içki kullanmama olarak algılanmış olması dikkat çekmektedir.

İkinci aşamada Ek 2’de sunulan orijinal MHLC Ölçeğinin A ve B formları dikkate alınarak birinci aşama değerlendirmeleri rehberliğinde denetleyici grup tarafından hazırlanan 30 maddelik ölçeğin 68 kişide anlaşılabilirliği denetlendi ve madde analizleri yapıldı. YDL, SİÖBL’nin anlaşılabilirliği ile maddelerinin frekans ve yüzdelik dağılımlarına bakıldı. MHLC formlarının Türk diline çevrilmesi aşamasında tek yönde çeviri yöntemi ile araştırmacı, danışman, Dr. Nilüfer Bora oluşan grup tarafından çevirisi yapılan formlar her iki dile de vakıf bir psikolog tarafından denetlendi (139 ). Çevirisi tamamlanan, ağız diş sağlığına uyarlanan ve 1. aşamada değerlendirilen kavramlar doğrultusunda düzenlenen formların ve listelerin anlaşılabilirliği denetlendi.

Ek 2’de sunulan ölçek formunun değerlendirilmesinde 5’li likert kullanıldı (Kesinlikle aynı fikirde değilim / Aynı fikirde değilim / Karar veremiyorum / Aynı fikirdeyim / Tamamen aynı fikirdeyim ). Eser ve ark., Türkçe’de likert tipi yanıt ölçeklerinin kullanıldığı çalışmalarda 8 yıl ve daha altında öğrenim düzeyindeki bireylerden elde edilen sonuçların tartışmalı olduğunu bildirmektedirler (49). Kağıtçıbaşı 25 yaş üstü yetiş-

kin nüfusun ortalama okullaşma oranının 3.6 yıl olduğunu bildirmektedir (77). Bu noktalar dikkate alınarak orijinal ölçeğin 6'lı likert yanıt skalası anlaşılabilirliği ve cevaplamayı kolaylaştıracak tarzda 5'li likert tarzında düzenlendi. Bireyler bu aşamada YDL ve SİÖBL'nin 10 maddesini kendileri için önem sırasına göre 1'den 10'a kadar numaralandırdı.

Ölçek maddelerinin kapsam geçerliği denetleyici grup tarafından değerlendirildi (11,48,120,166). Ölçek güvenilirliği açısından korelasyona dayalı madde analizi yöntemi ile madde-toplam puan Pearson Momentler Çarpımı korelasyon katsayılarına, ortalama ve standart sapma değerlerine bakıldı. YDL ve SİÖBL ile ağız diş bakımının yerleştirildiği sağlık konularının frekans ve yüzdelik değerlerine bakıldı (10, 162).

Ölçek soruları likert tarzda sürekli değişken karakterinde olduğu için korelasyona dayalı madde analizi işleminde soruların Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayılarının anlamlılık düzeyleri, işaretleri ve 0.20'den yüksek değere sahip olmaları dikkate alındı (48,160). 2, 4, 13, 14, 15, 18, 20. soruların Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayıları istatistiki olarak anlamlı olmadığı ( $p > 0.05$ ); 1, 19, 25 ve 26. soruların ise korelasyon katsayıları hem negatif hemde istatistiki olarak anlamlı olmadığı için çıkarılmasına karar verildi. 3, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 16, 17, 22, 23, 24, 27, 28, 29. ve 30. soruların korelasyon katsayıları  $p < 0.01$ ; 8, 21. soruların korelasyon katsayılarının ise  $p < 0.05$  düzeyinde anlamlı olduğu için kalmasına karar verildi. Kalan ölçek maddelerinin madde – toplam puan korelasyon katsayıları 0.27 ile 0.60 arasında değişmekteydi (Tablo 19).

YDL maddeleri bireylerin % 98'i tarafından değerlendirildi. Sırasıyla 1. sırada değerlendirilen YDL maddeleri; sağlık, rahat bir yaşam, (başarı duygusu, içsel uyum, mutluluk, özgürlük, öz saygı), (heyecan dolu aktif yaşam, keyif) olarak özetlenmekteydi (Tablo 20).

SİÖBL maddelerini bireylerin % 98'i değerlendirdi. Sırasıyla 1. sırada değerlendirilen SİÖBL maddeleri; akıl ve ruh sağlığı, bedensel sağlık, sağlık hizmetlerinden yararlanım, beslenme, bulaşıcı olan- olmayan hastalıklar, kişisel öz bakımı deteyleriyle öğrenme, (kazalardan korunma, sağlıkta hasta hakları), (sigara- alkol- madde kullanımı, cinsel sağlık) olarak özetlenmekteydi (Tablo 21). Bu sıralama birinci aşama sonuçlarını özetleyen Tablo 16 ile kıyaslandığında her iki aşamada da akıl ve ruh sağlığının da birinci sırada, cinsel sağlığın ise son sırada değerlendirildiği görülmekteydi.

Bireylerin % 98'i tarafından değerlendirilen SİÖBL maddeleri içinde ağız sağlığının yeri incelendi. Sırasıyla ağız sağlığının 1. sırada değerlendirildiği SİÖBL maddeleri; kişisel öz bakımı detaylarıyla öğrenme, bedensel sağlık, sağlık hizmetlerinden yararlanım, beslenme, bulaşıcı olan – olmayan hastalıklardan korunma, sağlıkta hasta hakları, sigara, alkol ve madde kullanımı, akıl ve ruh sağlığı, kazalardan korunma, cinsel sağlık olarak özetlenmekteydi ( Tablo 22). Bu sıralama birinci aşama sonuçlarını özetleyen Tablo 18 ile kıyaslandığında her iki aşamada da ağız sağlığı en çok kişisel öz bakım başlığı altında ve 1. sırada yer almaktaydı.

Orijinal MHLC ölçeğini ağız diş sağlığına uyarlayarak hazırladığımız ölçek maddelerinin anlaşılabilirliğinde yaşanan sorunlar, ağız diş sağlığının boyutlarının genel sağlık boyutlarından farklı olması ve kültürel farklılıklar nedeniyle çalışmamız; MHLC'nin Türk dili ve kültüründe ağız diş sağlığına uyarlanması yerine kendi kültürümüze ve ağız diş sağlığı alanına yönelik kontrol algısını ölçen yeni bir ölçek geliştirmeye yönelik bir çalışma olarak planlandı (131,154). İkinci aşamada, orijinal MHLC Ölçeğine bağlı olarak hazırlanan ölçek maddelerinden madde toplam puan korelasyonları yüksek sorular alındı, birinci aşamada değerlendirilen açık uçlu ve yapılandırılmış sorular dikkate alınarak denetleyici grup tarafından bizim toplumumuza özgü 26 maddelik 4'lü likert yanıt skalalı yeni bir ölçek için hazırlanan anket formu ( ek 3) kullanıldı. Savaşır'ın bildirdiği gibi yüksek eğitilmiş bireylerde bile 5'li likertle maddelerin cevaplanmasında karşılaşılan zorluklar nedeniyle çalışmanın bu aşamasında 4'lü likert kullanıldı (139). MHLC ölçeğinin 6'lı yanıt formatının kullanılmasında karşılaşılan bazı zorluklar nedeniyle Lewis ve arkadaşları (1978 ) sağlık kontrol odağı ölçeğinde 4'lü yanıt formatını, Grady ve arkadaşları ( 1983) 2'li yanıt formatını kullanmışlardır. McCallum ve arkadaşları, MHLC ölçeğinin 6'lı ve 2'li likert yanıt formatının ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği açısından değerlendirdikleri çalışmada, 2'li yanıt formatının yüksek altölçekler arası korelasyona rağmen düşük içsel tutarlılık gösterdiğini, eğitim düzeyi, motivasyon ve bilişsel kapasitesi düşük bireylerde daha faydalı olacağını, her iki yanıt formatında da altölçeklerin yüksek korelasyon gösterdiğini, bireylerin kontrol odaklarına göre gruplandırılmasında her iki yanıt formatının da benzer olduğu saptanmışlardır (99).

YDL'ndeki keyif, öz saygı, rahat bir yaşam maddeleri çıkartılarak her açıdan sağlıklı olma, herhangi bir hastalığın olmaması, her açıdan sağlıklı bir çevrede yaşam maddeleri ilave edildi. SİÖBL'nin ismi SBÖBL olarak değiştirildi ve ilk listedeki sağlıkta hasta hakları ve sağlık hizmetlerinden yararlanım maddeleri çıkartılarak yerine çevre sağlığı, ağız diş sağlığı maddeleri ilave edildi. Ek 3'de sunulan anket formu aracılığıyla 79 kişilik örnekleme; YDL, SBÖBL'nin anlaşılabilirliği, madde analizleri sonucunda madde toplam puan korelasyonları yüksek maddeler ve yeni maddelerden oluşan yeni ölçeğin madde analizleri ile ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışması gerçekleştirildi.

Ölçek soruları likert tarzda sürekli değişken karakterinde olduğu için korelasyona dayalı madde- toplam puan analizi işlemi soruların Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayıları dikkate alındı. Nihai ölçekte negatif korelasyon katsayısına sahip madde olmadığı ve 1, 4, 7, 10, 16, 23. soruların Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayılarının  $p < 0.05$  düzeyinde, diğer soruların ise  $p < 0.01$  düzeyinde anlamlı olduğu görülmekteydi ( Tablo 23).

Ölçeğin yapı geçerliğini saptamak için Temel Bileşenler Analizi ve Varimax Rotation Faktör Analizi yöntemi kullanılarak ölçek altölçekleri saptandı ( Tablo 25 ). 5 altölçekte çözümlenen ölçek yapısındaki 2, 5, 8, 11, 14, 17, 19, 20, 22, 24, 25. maddeler 1. altölçekte ( içsel kontrol – korunma odaklı ); 1, 4, 7, 10, 13, 16. maddeler 2. altölçekte ( şans ); 3, 12, 21, 23. maddeler 3. altölçekte ( Dışsal kontrol- dış hek. tarafından bilgilendirme odaklı ); 15, 18, 26. maddeler 4. altölçekte ( Dışsal kontrol- dış hek. tarafından uygulama odaklı ); 6, 9. maddeler 5. altölçekte ( Dışsal kontrol- 1. ve 2. sosyalizasyon odaklı ) yer almaktaydı. Altölçeklerinin madde sayıları 2 ile 11 arasında değişmekte olan 26 maddelik ÇBASKO ölçeğinin güvenilirlik katsayısı 0.81; altölçeklerin güvenilirlik katsayıları ise sırasıyla 0.88, 0.71, 0.61, 0.70 ve 0.72 olarak bulundu ( Tablo 24 ). Ölçek ve altölçeklerin güvenilirlik katsayıları incelendiğinde nihai şekli verilen ölçeğin güvenilirlik katsayılarının 1'e yakın olduğu görüldü ( 11,48,115,120,166,168).

#### **İçsel kontrol – korunma odaklı altölçek**

2. Düzenli olarak diş doktoruna kontrole gidersem diş çürükleri ve diş eti hastalıklarından korunurum.
5. Ağız diş sağlığında bir terslik hissettiğimde hemen diş doktoruna giderim.
8. Ağız diş sağlığım için neler yapmam gerektiğinin bilincindeyim. Şansa yada kadere bırakmam.
11. Ağız diş sağlığımdan tek sorumlu benim.
14. Dişlerim çürür ve ağırırsa kendimi suçlarım.
17. Ağız diş sağlığımın bozulmamasına yol açan en önemli şey bakım konusundaki kendi titizliğimdir.
19. Ağzıma iyi bakarsam dişlerim uzun zaman sağlıklı kalır.
20. Ağız diş sağlığım için gerekenleri yaparsam diş çürükleri ve diş eti hastalıklarından kendimi korurum.
22. Ağız diş sağlığım bozulduğunda bilirim ki, bakım için gerekenleri yapmamışımdır.
24. Ağız diş sağlığımı bozulmadan korumak ve geliştirmek için çaba sarfederim.
25. Yapılması gerekenleri yerine getirirsem dişlerimin uzun süre sağlıklı kalması mümkündür.



### **Şans odaklı altölçek**

1. Dişlerimin yapısı değişmeyeceğinden ne yaparsam yapayım çürür.
4. Ağız diş sağlığımı bozan pek çok şeyin başıma kötü şans eseri geldiğini düşünüyorum.
7. Şansım varsa ağız diş hastalıklarından çabuk kurtulurum.
10. Bozulmayacağı varsa, ne olursa olsun ağız diş sağlığım bozulmaz.
13. Ağız diş sağlığım bozulduğunda, "başa gelen çekilir" diyerek olayları kendi seyrine bırakırım.
16. Diş etlerimin yapısı değişmeyeceğinden, ben ne yaparsam yapayım hastalanır ve kanar.

### **Dışsal kontrol-diş hek. tarafından bilgilendirme odaklı altölçek**

3. Ağız diş sağlığımı ancak diş doktorundan alacağım bilgilerle sağlayabilirim.
12. Ağız diş sağlığımın ne olacağı diş doktorlarına bağlıdır.
21. Yapmam gerekenler ancak diş doktorunun söylediklerinden ibarettir.
23. Sorunum olsa da diş doktoruna gitmeme nedenim, sağlık güvencemin ve maddi olanaklarımın yetmemesidir.

### **Dışsal kontrol-diş hek. tarafından uygulama odaklı altölçek**

15. Ağzımı sağlıklı durumda tutan, diş doktorlarıdır.
18. Ağız diş hastalıklarından korunmamı ve iyileşmemi diş doktoru ve başta ailem olmak üzere yakınlarımın yardımlarına borçluyum.
26. Ağzımın sağlıklı kalabilmesinin tek yolu diş doktorunun önerilerine uymaktır.

### **Dışsal kontrol-1. ve 2. sosyalizasyon odaklı altölçek**

6. Ağız diş sağlığında ailemin uyarılarının da önemli rolü vardır
9. Ağız diş sağlığında yakın çevremdeki insanların ve arkadaşlarımın uyarılarının da rolü vardır.

Tablo 26' deki verilere göre, 1. altölçek ( içsel kontrol – korunma odaklı ) ile 2. altölçek ( Şans ) arasında anlamlı negatif ilişki (  $p=0.007$  ), 1. altölçek ( içsel kontrol – korunma odaklı ) ve 3. altölçek ( Dışsal kontrol- diş hek. tarafından bilgilendirme odaklı ) arasında anlamlı pozitif ilişki (  $p=0.017$  ), 1. altölçek ( içsel kontrol – korunma odaklı ) ve 4. altölçek ( Dışsal kontrol- diş hek. tarafından uygulama odaklı ) arasında anlamlı pozitif ilişki (  $p= 0.000$  ), 3. altölçek ( Dışsal kontrol- diş hek. tarafından bilgilendirme odaklı ) ve 4. altölçek ( Dışsal kontrol- diş hek. tarafından uygulama odaklı ) arasında anlamlı pozitif ilişki (  $p= 0.000$  ), 3. altölçek ( Dışsal kontrol- diş hek. tarafından bilgilendirme odaklı ) ve 5. altölçek ( Dışsal kontrol- 1. ve 2. sosyalizasyon odaklı ) arasında anlamlı pozitif ilişki (  $p=0.003$  ), 4. altölçek ( Dışsal kontrol- diş hek. tarafından uygulama odaklı ) ve 5. altölçek ( Dışsal kontrol- 1. ve 2. sosyalizasyon odaklı ) arasında

anlamli pozitif iliŒki bulundu (  $p=0.009$  ). Altölçekler arasında gözlenen korelasyonlar beklenen yöndeydi. Œans altölçeği ile yalnızca içsel kontrol- korunma odaklı altölçeği arasında negatif yönde bir iliŒki saptandı. Dışsal kontrol kapsamındaki altölçeklerin bir-biri ve içsel kontrolle ( dışsal kontrol-1. ve 2. sosyalizasyon odaklı hariç ) arasında pozitif yönde bir iliŒki saptandı.

YDL maddeleri bireylerin % 97'si tarafından değerlendirildi. Sırasıyla 1. sırada değerlendirilen YDL maddeleri ; özgürlük, ( heyecan dolu canlı, aktif bir yaşam, her açıdan sağlıklı bir çevrede yaşama ), ( mutluluk, başarı duygusu, saygınlık ), ekonomik açıdan rahat- refah içinde bir yaşam, her açıdan sağlıklı olma, herhangi bir hastalığın olmaması, içsel uyum ( kendisiyle barışık olma) olarak özetlenmekteydi ( Tablo 27 ). İkinci aşamada 1. sırada değerlendirilen sağlık, bu aşamada her açıdan sağlıklı olma başlığı altında 5. sırada, herhangi bir hastalığın olmaması başlığı altında 6. sırada değerlendirilmekteydi. İkinci aşamada 2. sırada değerlendirilen rahat bir yaşam, bu aşamada 4. sırada değerlendirilmekteydi. İkinci aşamada 3. sırada değerlendirilen başarı duygusu bu aşamada 3. sırada değerlendirilmekteydi. İkinci aşamada 3. sırada değerlendirilen içsel uyum bu aşamada 7. sırada değerlendirilmekteydi. İkinci aşamada 3. sırada değerlendirilen mutluluk bu aşamada 3. sırada değerlendirilmekteydi. İkinci aşamada 3. sırada değerlendirilen özgürlük bu aşamada 1. sırada değerlendirilmekteydi. İkinci aşamada 3. sırada değerlendirilen öz saygı bu aşamada 3. sırada değerlendirilmekteydi. İkinci aşamada 4. sırada değerlendirilen heyecan dolu aktif yaşam bu aşamada 2. sırada değerlendirilmekteydi. İkinci aşamada 4. sırada değerlendirilen saygınlık bu aşamada 3. sırada değerlendirilmekteydi. Bu sıralama ile ikinci aşama bulguları ( Tablo 20 ) arasında gözlenen ayrımın liste maddelerinde yapılan değişiklikten ve iki örnekleme deneklerin bireysel yaşam değerlerinin farklılığından kaynaklanabileceği düşünölmektedir.

SBÖBL maddeleri bireylerin % 94'ü tarafından değerlendirildi. Sırasıyla 1. sırada değerlendirilen SBÖBL maddeleri kazalardan korunma, bulaşıcı olan hastalıklardan korunma, bedensel sağlık - spor - egzersiz, ( kişisel öz bakımı detaylarıyla öğrenme, çevre sağlığı ), ( ağız diş sağlığı, sigara alkol ve madde kullanımı zararları, cinsel sağlık, akıl ve ruh sağlığı ), sağlıklı – yeterli / dengeli - kilo kontrolü ile ilgili beslenme olarak özetlenmekteydi ( Tablo 28 ). İkinci aşamada 1. sırada değerlendirilen akıl ve ruh sağlığı bu aşamada 5. sırada değerlendirilmektedir. İkinci aşamada 2. sırada değerlendirilen bedensel sağlık bu aşamada 3. sırada değerlendirilmekteydi. İkinci aşamada 4. sırada değerlendirilen beslenme bu aşamada 6. sırada değerlendirilmekteydi. İkinci aşamada 5. sırada değerlendirilen bulaşıcı olan- olmayan hastalıklar bu aşamada 2. sırada değerlendirilmekteydi. İkinci aşamada 6. sırada değerlendirilen kişisel öz bakımı detaylarıyla öğrenme bu aşamada 4. sırada değerlendirilmekteydi. İkinci aşamada 7. sırada değerlendirilen kazalardan korunma bu aşamada 1. sırada değerlendirilmekteydi. İkinci aşamada 8. sırada değerlendirilen sigara- alkol- madde kullanımı bu aşamada 5. sırada değer-

lendirilmektedir. İkinci aşamada 8. sırada değerlendirilen cinsel sağlık bu aşamada 5. sırada değerlendirilmektedir. Bu aşamada ağız diş sağlığı 5. sırada, çevre sağlığı ise 4. sırada değerlendirilmektedir. Bu sıralama ile ikinci aşama bulguları ( Tablo 21 ) arasında gözlenen farklılık liste isminde ve maddelerinde yapılan değişiklikten ve iki örnekteki bireylerin öncelik gösterdiği ve bilgilenmek istedikleri sağlık bilgisi konularının farklılığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Çünkü yaşam değeri, sağlık ihtiyaçları ve sağlık bilgisi öncelikleri bireysel düzeyde farklılık gösteren değişkenlerdir.

Dördüncü aşamada Ek 4' de sunulan KBF ve ADBF, listeler ve nihai ölçekten oluşan anket formu 165 kişide uygulandı ve bireylere araştırmacı tarafından gerçekleştirilen sağlık eğitimi yapıldıktan sonra klinik muayeneler ile saptanan değerler kaydedildi ve ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışması gerçekleştirildi. Bu amaçla cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, eğitim durumu, aylık hane halkı geliri, kentte yaşam süresi, hastalık şikayetleri ve sağlık güvencesi verilerini elde etmek için hazırlanan KBF, ağız sağlığı durumları ve uyguladıkları sağlık davranışlarını tespit edebilmek için yapılandırılmış 15 soruluk ADBF, yeni geliştirilen 26 maddelik 4'lü likert yanıt skalalı ölçek ile YDL ve SBÖBL kullanıldı. Klinik muayene sonuçlarının işlenmesi için dişleri belirlemeye yarayan ağız şeması ile DMFT, Gİ, Pİ, BBİ indeksinin değerlendirildiği şemaların yer aldığı muayene formu kullanıldı. Bireylerin kendi bildirdikleri ağız sağlığı durumları bazen klinikçilerin muayeneleri ile uyuşmamaktadır. Bu nedenden ötürü çalışmada hem kişisel bildirim hem de muayene indeksleri beraber kullanıldı ( 96).

Ölçek güvenilirlik çalışmasında, korelasyona dayalı madde analizi yöntemi ile madde - toplam puan korelasyon katsayılarına , Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısına ve test - tekrar test güvenilirliğine bakıldı. Ölçeğin kapsam geçerliği denetleyici grup tarafından değerlendirildi. Yapı geçerliği için Temel Bileşenler Analizi ve Varimax Rotasyon Tekniği'nin kullanıldığı faktör analizi ve 'scree plot' çalışması yapılarak 'öz değeri' 1' den yüksek faktörler belirlendi. Kapsam ve yapı geçerliği çalışmalarına ilave olarak faktörler klinik muayene indeksleri ve ADBF'ndaki 2 , 6, 7, 9, 11, 12.sorular açısından kıyaslanarak ölçeğin kendi yapısı içindeki değişkenlerin kriter değişkenleriyle olan korelasyonlarına bakılarak kriter geçerliği sağlandı. Her bir faktördeki alt ve üst ekstrem gruplar ( Alt % 27 – Üst % 27 ) klinik muayene indeksleri ve ağız diş sağlığı bildirim formundaki 2 , 6, 7, 9, 11, 12. sorular açısından kıyaslanarak ölçeğin kriter geçerliği sağlandı (11,48,109,115,118,120,166). Faktörlerin kendi aralarındaki korelasyonlar ile listelerde her açıdan sağlıklı olma ve ağız diş sağlığı maddelerini 1. sırada değerlendirenler ile değerlendirmeyenlerde klinik muayene indeksleri ve altölçek puanları açısından anlamlı bir farklılık olup olmadığına ve ölçekten alınan puanlar üzerinde yaş, cinsiyet, eğitim değişkenlerinin etkisi olup olmadığına bakıldı.

Örneklemin demografik ve sosyo – ekonomik değişkenlere göre dağılımı Tablo 30’da görülmektedir. Kadınlar örneklemin % 45.5 ‘ini erkekler % 54.5’ini oluşturmaktaydı. Örneklemin % 73’ünü 23 – 45 yaş grubu, % 49’unu evli, % 40 ‘ını bekar, % 50’sini özel sektörde işçi, % 47’sini lise mezunu, % 81’i 11 yıl veya daha fazla kent yerleşimi olan bireyler oluşturmaktaydı. Hastalık şikayetleri açısından bireyler 1. sırada ağız dış şikayetlerini değerlendirmekteydi ( Tablo 30 ). Sağlık güvencesi kapsamında SSK 1. sırada yer almaktaydı ( Tablo 30 ).

Tablo 31 ‘de ölçek maddelerinin madde - toplam puan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayılarının 0.14 ile 0.53 arasında değişmekte olduğu ve maddelerin korelasyon katsayıları  $p < 0.05$  ve  $p < 0.01$  düzeyinde anlamlılık gösterdiği görülmektedir.

Tablo 32 ‘de ölçek güvenilirlik katsayısının 0.79, altölçek güvenilirlik katsayılarının ise 0.46 ile 0.84 arasında değiştiği görülmektedir.

Tablo 33’de görüldüğü gibi ölçeğin ölçek ve altölçeklerinin test - tekrar test güvenilirlik katsayıları  $p < 0.01$  düzeyinde anlamlılık göstermektedir. Ölçeğin test - tekrar test güvenilirlik katsayısı 0.99’ dur (  $sd = 79$ ,  $p < 0.01$  ). Ölçeğin altölçeklerinin test - tekrar test güvenilirlik katsayıları sırasıyla 1.00, 0.97, 0.99, 0.99, 0.99 olarak bulundu (  $sd = 79$ ,  $p < 0.01$  ). Wolfe ve ark da DCBS skalasını kullandıkları çalışmalarında test- tekrar test güvenilirlik katsayısını 0.91 olarak bulmuşlardır (189).

Temel Bileşenler Analizi sonucunda özdeğeri 1 ‘in üzerinde olan ve toplam varyansın % 61,42 ‘sini açıklayan 7 faktör ortaya çıktı. Ölçeğin en yalın faktör örüntüsü toplam varyansın % 53.34’ini açıklayan 5 faktör çözümlemesiyle ve ‘varimaks döndürmesiyle’ elde edildi. Faktör yükleri 1. faktörde 0.51 ile 0.82 ; 2. faktörde 0.34 ile 0.73; 3. faktörde 0.41 ile 0.70; 4. faktörde 0.53 ile 0.72 ; 5. faktörde ise 0.74 ile 0.75 arasında değişmekteydi. Ölçek altölçeklerinde madde toplam puan korelasyon katsayıları  $p < 0.01$  düzeyinde anlamlıydı ( Tablo 34 ). Üçüncü aşamada saptanan faktör yapısı bu aşamada da geçerliliğini korumaktaydı.

Tablo 35 ‘de altölçekler arasındaki ilişkiler görülmektedir. 1. altölçek ( İçsel kontrol - korunma odaklı ) ile 2. altölçek ( Şans ) arasında anlamlı negatif korelasyon (  $p = 0.001$  ), 1. altölçek ( İçsel kontrol - korunma odaklı ) ile 3. altölçek ( Dışsal kontrol - dış hek. tarafından bilgilenme odaklı ) ve 4. altölçek ( Dışsal kontrol – dış hek. tarafından uygulama odaklı ) arasında anlamlı pozitif korelasyon (  $p = 0.001$  ), 1. altölçek ( İç-

sel kontrol - korunma odaklı ) ile 5. altölçek ( Dışsal kontrol – 1. ve 2. sosyalizasyon odaklı ) arasında anlamlı pozitif korelasyon (  $p=0.000$ ), 2. altölçek ( Şans ) ve 3. altölçek ( Dışsal kontrol- diş hek. tarafından bilgilenme odaklı) arasında anlamlı pozitif korelasyon, 2. altölçek ( Şans ) ile 4. altölçek ( Dışsal kontrol – diş hek. tarafından uygulama odaklı ) arasında anlamlı pozitif korelasyon (  $p= 0.007$ ), 2. altölçek ( Şans ) ve 5. altölçek ( Dışsal kontrol – 1. ve 2. sosyalizasyon odaklı ) arasında anlamlı pozitif korelasyon (  $p= 0.024$  ), 3. altölçek ( Dışsal kontrol- diş hek. tarafından bilgilenme odaklı) ile 4. altölçek ( Dışsal kontrol – diş hek. tarafından uygulama odaklı ) arasında anlamlı pozitif korelasyon (  $p=0.000$  ), 3. altölçek ( Dışsal kontrol- diş hek. tarafından bilgilenme odaklı) ile 5. altölçek ( Dışsal kontrol – 1. ve 2. sosyalizasyon odaklı ) arasında anlamlı pozitif korelasyon (  $p= 0.014$  ), 4.altölçek ( Dışsal kontrol – diş hek. tarafından uygulama odaklı ) ile 5. altölçek ( Dışsal kontrol – 1. ve 2. sosyalizasyon odaklı ) arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı (  $p=0.001$ ). İçsel kontrol – korunma odaklı altölçek ile şans altölçeği arasında negatif yönde bir ilişki, içsel kontrol - korunma odaklı altölçek ile tüm dışsal kontrol odaklı altölçekler arasında ve tüm dışsal kontrol altölçekleri arasında pozitif yönde bir ilişki söz konusuydu. İçsel kontrol odağından yüksek puan alan bireylerin teorik olarak şans dışsal kontrol odağından yüksek puan alması beklenemezdi. Çünkü içsel kontrol odaklı bireyler ağız sağlıklarının korunmasının kendi davranışlarının kontrolü altında olduğuna inanmaktaydılar. İçsel kontrol odağından yüksek puan alan bir birey dışsal kontrol odaklarının herhangi birinden de yüksek puan alabilirdi. Bu durum bireyin ağız sağlığında kontrol odaklarının varlığına olan inancını göstermekteydi. Dışsal kontrol odaklarından yüksek puan birey şans kontrol odağından da yüksek puan alabilirdi. Bu durum bireyin ağız sağlığının korunmasında dışsal faktörlere olan güçlü inancını göstermekteydi.

Ölçeğin belirli bir davranış biçimini veya belirli bir durumdaki davranışı kestirmedeki doğruluk derecesini tespit için uygulanan bir yöntem olan kriter geçerliliğini değerlendirebilmek için klinik indeksler ve ağız diş sağlığı bildirim formundaki bazı sorularla olan ilişkilere bakıldı (11, 115). Yapılan çalışmalarda diş hekimleri tarafından yapılan ağız sağlığı durumu değerlendirmesi ile bireysel ağız sağlığı değerlendirmesi arasında anlamlı farkların olduğuna dikkat çekilmektedir. Gilbert ve Nuttall klinikçiler tarafından değerlendirilen periodontal sağlık durumu ile kişisel bildirimli periodontal sağlık arasında fark olduğunu, kişisel bildirimli periodontal sağlık değerlendirmesinin gerçek durumu yansıtmadığını bildirmekte-dirler (64). Palmqvist, klinik muayene sonuçları ve kişisel ağız sağlığı bildirim sonuçları arasındaki tutarlılığı incelendiğinde protez kullanmada kişisel bildirim ve klinikçilerin değerlendirmesi arasında tutarlılık saptamış ancak ağızda var olan toplam diş sayısı, çekilmiş diş, çürük diş ve çekim neticesinde eksikliği giderilmiş diş sayısı açısından tutarsızlık saptandığı için bu kriterlerin diş doktoru tarafından değerlendirilmesi gerektiğini bildirmiştir (123). Vered ve Cohen yaptıkları çalışmada periodontal açıdan klinik değerlendirme ve bireysel ağız sağlığı değerlendirmesi arasında farklılık saptamışlardır (176). Bu gerçeği de göz önüne alarak ölçek kriter ge-

çerliğinin saptanması aşamasında bu tutarsızlığı ortadan kaldırmak ve geçerli bilgiler elde edebilmek için hem klinik muayene indeksleri hem de kişisel bildirim soruları bir arada kullanıldı.

Bu aşamada ağız muayenesinde kullanılan klinik indekslerden DMFT'nin ortalaması 8,28 , GI'in ortalaması 0,46, PI'i ortalaması 1,32, DT'nin ortalaması 2,98 ve FT'nin ortalaması ise 3,49 olarak bulundu ( Tablo 36). Örneklemin % 73'ünü 23 – 45 yaş grubu oluşturmakta olup bu grubun DMFT dağılımının Türkiye'de Ağız Diş Sağlığı Durum Analizi 1990 sonuçlarına yakın olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda saptanan bu çalışmaya nazaran daha düşük DT ve yüksek FT değerleri ülkemizde kentli erişkinler arasında koruyucu ve tedavi edici hizmetlerden daha fazla yararlanılmaya başlandığını göstermekteydi (141).

Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz klinik indeks değerleri ile 1998 yılında İngiltere'de yapılan erişkinlerin ağız sağlığı değerlendirmesi çalışmasında saptanan klinik indeks değerleri (DT= 1.5 , FT= 7) ve Borutta ve ark. tarafından ICS-II çalışmasında saptanan klinik indeks değerleri ile ( DMFT= 16.1, DT= 1.2, MT= 6.3, FT = 8.6) tutarsızlık göstermekteydi (5,28). Çalışmamızın bulguları bu çalışmalarla karşılaştırıldığında saptadığımız yüksek DT, düşük FT bireylerin koruyucu ve tedavi edici hizmetlerden etkin bir şekilde yararlanmadıklarını göstermekteydi. DT'nin yüksek olması bireylerin ağız sağlığı davranışlarına da gerekli özeni göstermediğini ve bireysel koruyucu programlara riayet edilmediğini, FT'nin düşük olması da ağızlarındaki çürük dişlere yönelik herhangi bir tedavi talebinde bulunmadıklarını ifade etmekteydi. Diş dolgusunun yapılmama nedeni tedavi maliyetinin yüksek olmasından ve varolan sağlık güvencesi kapsamındaki sağlık kurumlarından verim alınmamasından kaynaklanmaktadır. Ülkemizde geçmiş yıllara göre daha verimli kullanılan koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinden yararlanımın Avrupa ülkelerine göre daha düşük olduğu gözlenmektedir.

DMFT, GI, DT ve FT arasında cinsiyet açısından fark yoktu (Tablo 49). Akkayan yaptığı çalışmada bizim çalışma sonuçlarımızın tersine çekilmiş diş sayısının erkeklerde kadınlara nazaran daha fazla olduğunu, kadınların ağızında daha fazla çürük diş olduğunu, erkeklere nazaran daha fazla dolgulu dişe sahip olduğunu saptamıştır ( 8). Bu bizim çalışma sonuçlarımızın klinik indekslerle saptanmasından, Akkayan'ın çalışma sonuçlarının ise kişisel bildirimli olmasından ve bireysel ağız sağlığı algısını yansıtmasından kaynaklanmaktadır.

DMFT açısından yaş grupları arasında anlamlı fark vardı. Yaş arttıkça DMFT değeri de artmaktaydı. Artan yaşla birlikte ağızdaki çürük diş sayısı, çürük nedeniyle dol-

durulmuş ve çürük nedeniyle çekilmiş diş sayısı da artmaktaydı. GI açısından yaş grupları arasında anlamlı fark vardı. Artan yaşla dişeti hastalığı riski de artmaktaydı. Bu durumun ileri yaşlarda ağız bakım davranışlarının azalmasından, yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan bazı sistemik hastalıklardan ve onların tedavisinde kullanılan bazı ilaçlardan kaynaklandığı düşünülmektedir. DT açısından yaş grupları arasında anlamlı fark vardı. İlerleyen yaşla birlikte çürük diş sayısı azalmaktaydı. Bu durum yaşlanmayla beraber çürük dişlerin doldurulması yerine çekiminin tercih edilmesinden ve yerine sabit veya hareketli protezlerin yapılmasından kaynaklanmaktadır. FT açısından yaş grupları arasında anlamlı fark vardı. İlerleyen yaşla birlikte dolgulu diş sayısı azalmaktaydı ( Tablo 50 ). Diş hekimliği sağlık hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetlerinden çok tedavi edici sağlık hizmetleri üzerinde yoğunlaşmış olduğu görülmektedir. Öncelikli olarak çocuklara ve yaşlılara yönelik koruyucu ağız sağlığı hizmetlerine olan ihtiyaç göz ardı edilmektedir. Ülkemiz nüfusunun büyük kısmını genç yaş grubunun oluşturduğunu dikkate alırsak ağız diş sağlığı hizmet sisteminin koruyucu uygulamalara daha fazla önem verecek tarzda yapılanması gerekmektedir.

DMFT değeri eğitim düzeyi arttıkça azalma eğiliminde olmasına rağmen eğitim düzeyleri arasında anlamlı fark yoktu. Eğitim düzeyi yüksek bireyler ağız sağlığı davranışlarına daha fazla önem vermekte ve koruyucu uygulamalar konusunda daha fazla bilgili olup bu programlardan daha fazla yararlanmaktadırlar. GI değeri ortalaması açısından 1. eğitim grubu ( okuma yazma bilmeyen – ilkokul - ortaokul ), 2. eğitim grubu ( lise ve dengi ) ve 3. eğitim grubu ( yüksek okul - üniversite – yüksek lisans – doktora ) arasında anlamlı fark vardı. 1. eğitim grubunun GI değeri ortalaması 2. ve 3. eğitim grubundan anlamlı düzeyde fazlaydı. Eğitim düzeyi azaldıkça diş eti sağlığında hastalık şiddeti artmaktaydı ( Tablo 52 ). Eğitim düzeyi düşük bireyler ağız sağlığı davranışlarını daha az yerine getirmekte olup ağız sağlıklarının korunmasına yönelik bilgileri ve bu amaçla koruyucu uygulamaları değerlendirebilme kabiliyetleri daha azdır. PI ve PHPI değeri eğitim düzeyi arttıkça azalmaktadır. Bu durum bireylerin eğitim seviyelerinin artmasıyla diş fırçalama davranışının artması ve doğru diş fırçalamanın öğrenilmesiyle açıklanmaktadır. DT ve FT değerleri ise en fazla lise ve dengi eğitim grubunda diğer gruplara nazaran daha fazlaydı.

Klinik indeksler ve altölçekler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde; 3. altölçek ( Dışsal kontrol - diş hek. tarafından bilgilenme odaklı ) ve 4. altölçek ( Dışsal kontrol – diş hek. tarafından uygulama odaklı ) ile DMFT ve GI arasında anlamlı pozitif korelasyon bulundu ( Tablo 37). Diş çürükleri ve bundan etkilenen dişler hakkında bilgi veren DMFT değeri ile dişeti sağlığı durumunu gösteren GI değeri arttıkça, diş hekimine sağlık eğitimi almak - bilgilenmek ve tedavi amacıyla gitme durumu da artış göstermektedir. Diş ağrısı, diş çekimi, dolgu, diştaşı temizliği, dişeti hastalıkları tedavisi gibi şikayetleri gidermek ve bunlar hakkında bilgi almak için diş hekimine gidenlerin diş he-

kimi tarafından bilgilendirme odaklı ve uygulama odaklı altölçekten aldıkları puanlar da artmaktaydı. DMFT ve GI değerleri bireylerin ağızlarında ağız diş sağlığı problemlerinin varlığını göstermekteydi. Bireyler ağız sağlıklarıyla ilgili bir problem hissettikleri zaman diş hekimine gitmektedirler. Bireylerin en sık bildirdikleri ağız şikayetlerinin diş ağrısı, diş çürüğü ve kanama olduğunu ve bunların da ancak diş hekiminin müdahalesi ile giderilebileceğini göz önüne alırsak ortaya çıkan bu ilişki beklenen yöndeydi.

Düzenli diş hekimine kontrole gidenlerin yeni başlangıç çürüğü ortalaması gitmeyenlerin yeni başlangıç çürüğü ortalamasından daha az, düzenli diş hekimine kontrole gidenlerin içsel kontrol - korunma odaklı altölçekten aldıkları puan ortalamaları, gitmeyenlerin puan ortalamalarından daha fazla bulundu ( Tablo 38 ). Düzenli diş hekimine kontrole gitme aşlında bir ağız sağlığı davranışı olup bireyin içsel kontrolü yüksekse daha fazla yerine getirebileceği bir davranıştır. Bizim toplumumuzda düzenli diş hekimi kontrolüne gitme yerleşmiş bir ağız sağlığı davranışı değildir. Bireyler ağız sağlıklarında bir problem hissettiklerinde özellikle de bu problem yaşam kalitelerini ciddi düzeyde etkilediğinde ve son aşamada diş hekimine gitmektedirler. Düzenli diş hekimi kontrolüne gidenlerde kendilerine uygulanan koruyucu programlar ve hekimin önerdiği sağlık tavsiyelerine uyarak evde sürdürdükleri ağız bakım davranışları sayesinde yeni çürük başlangıçları daha fazla azalmaktadır. İçsel kontrolü yüksek bireyler ağız sağlığı davranışlarını daha fazla yerine getirmekte ve ağız sağlıklarından kendilerini daha fazla sorumlu tutmaktadırlar. Diş hekimi tarafından bilgilendirme ve uygulama odaklı dışsal kontrollü bireyler ise ağız sağlıkları ile ilgili bir problem hissettikleri zaman diş hekimine bu problem hakkında bilgilendirilmek ve bunu gidermek amacıyla gitmektedirler.

4. altölçekten ( Dışsal kontrol – diş hek. tarafından uygulama odaklı ) düşük ve yüksek puan alanlar arasında DMFT değeri ortalamaları açısından anlamlı bir fark vardı. 4. altölçekten yüksek puan alanların DMFT değeri ortalaması, düşük puan alanların ortalamasından daha fazlaydı ( Tablo 43 ). DMFT ağızdaki dişlerde bir problem olduğunu gösteren bir ölçüttür. Diş hekimi tarafından uygulama odaklı dışsal kontrollü bireylerde dolgulu, çekilmiş ve çürük diş sayısını gösteren DMFT değeri de yüksekti. Çünkü bu bireyler ağız sağlıklarından diş hekiminin sorumlu olduğuna inanmakta ve ağız sağlıklarının korunmasına yönelik bakım davranışlarını içsel kontrol odaklı bireylere göre daha az yerine getirmekteydiler.

4. altölçekten ( Dışsal kontrol – diş hek. tarafından uygulama odaklı ) düşük ve yüksek puan alanlarda GI değeri ortalamaları açısından anlamlı bir fark vardı. 4. altölçekten yüksek puan alanların GI değeri ortalaması, düşük puan alanların ortalamasından anlamlı düzeyde fazlaydı ( Tablo 44 ). GI dişeti sağlığını gösteren bir indekstir. Bu indeksten alınan yüksek puan bireyin dişeti sağlığının kötü olduğunu, dişeti hastalığının



belirtisi olan dişeti kanamasının fazla olduğunu göstermektedir. Bu durum bireyi diş hekiminden tedavi almaya yönlendirmektedir. Dişeti sağlığının kötü olması bireyin düzenli olarak diş fırçalamadığının ve diş ipi kullanmadığının göstergesidir. Bu durum dışsal kontrol odaklı bireylerin, içsel kontrol odaklı bireylere göre daha az ağız sağlığı davranışı gerçekleştirmesinden kaynaklanmaktadır.

Altölçeklerden düşük ve yüksek puan alan gruplar arasında PI, BBI, FT değeri ortalaması açısından anlamlı bir fark yoktu ( Tablo 45, 46, 48 ). 1.altölçekten ( İçsel kontrol - korunma odaklı ) düşük ve yüksek puan alan gruplar arasında DT değeri ortalamaları açısından anlamlı bir fark vardı. 1. altölçekten ( İçsel kontrol - korunma odaklı ) düşük puan alanların DT değeri ortalaması, yüksek puan alanların ortalamasından anlamlı düzeyde fazlaydı ( Tablo 47 ). İçsel kontrol odaklı bireyler ağız sağlıklarının kendi davranışlarının kontrolü altında olduğuna inanmaktaydılar. Bu bireylerde saptanan yeni çürük sayısının az olması ağız sağlığı davranışlarına daha fazla önem vermeleri ve diş hekimini kontrolüne daha fazla gitmeleriyle alakalıdır.

Erkeklerin PI değeri ortalaması kadınların PI değeri ortalamasından anlamlı düzeyde fazlaydı. Erkeklerin BBI değeri ortalaması kadınların BBI değeri ortalamasından anlamlı düzeyde fazlaydı. Bu durum erkeklerin kadınlara nazaran daha az diş fırçadıklarını ve diş fırçalamalarının ise diş yüzeyindeki bakteri plağını etkin bir şekilde kaldıracak tarzda olmadığını göstermektedir.

Bizim çalışmamızda klinik indeksler ve kişisel bildirimli sorular ile altölçekler arasında saptadığımız tarzda Borutta ve ark., da ICS - II çalışmasında diş hekimine daha fazla giden bireylerde DMFT değerinin de fazla olduğunu bulmuşlardır (29). Knecht de diabetli hastalarda yaptığı çalışmada ağız sağlığı kontrol skalasından yüksek puan alan hastaların daha sık diş hekimine gittiklerini, daha düşük plak indeksine, kök yüzey çürüğüne ve daha az çürük diş sayısına sahip olduğunu göstermiştir ( 82 ). Wolfe ve ark. da dışsal kontrolün artmasıyla plak indeksinin de arttığını saptamışlardır (190).

Bizim çalışma sonuçlarımızın tersine, Borkowska ve ark. periodontal hastalarda ağız hijyeni eğitimine hasta riayetini inceledikleri çalışmalarında, plak indeksi ve şans kontrol odağı arasında pozitif korelasyon, içsel ve dışsal kontrol odağı arasında ise anlamlı herhangi bir korelasyon saptamamışlardır ( 27). Bunun nedeninin çalışmamızın spesifik bir ağız hastalığı olan örneklemde yapılmamasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Erkeklerin 1. altölçekten ( İçsel kontrol - korunma odaklı ) aldıkları puan ortalaması kadınların puan ortalamasından anlamlı düzeyde fazlaydı. Kadınların 2. altölçekten ( Şans ) aldıkları puan ortalaması erkeklerin puan ortalamasından anlamlı düzeyde fazlaydı ( Tablo 49 ). İçsel kontrol altölçeğinden erkekler kadınlara göre daha fazla puan almışlardı. Şans altölçeğinden ise kadınlar erkeklere göre daha fazla puan almışlardı. Bu durum bizim beklediğimiz yönde bir ilişki değildi. Biz kadınların erkeklere nazaran daha fazla içsel kontrol odaklı olduğunu, erkeklerin ise kadınlara nazaran daha fazla şans kontrol odaklı olduğunu düşünüyorduk. Ortaya çıkan bu tutarsız durumun örneklemimizin çoğunluğunu oluşturan 23- 45 yaş grubu bireylerde çalışan erkek sayının fazla olmasından ve erkeğin toplumumuzda aile yaşamında etkin ekonomik güç sağlayıcı olarak daha fazla kontrol hissetmesinden kaynaklandığını varsaymakta ve kentli erişkinleri daha iyi temsil eden 5. aşama örnekleminden elde edilecek verilerle beraber değerlendirilmesinin yararlı olacağını düşünmekteyiz.

Bailey ve ark. düzenli diş fırçalama ve diş hekimine gitme sıklığını konusunda kendi değerlendirmelerini dikkate aldıklarında, bunlara yüksek düzeyde riayet eden bireylerin diğerlerine nazaran daha fazla içsel kontrollü olduğunu saptamışlardır (79). Biz de bu bulguları destekleyecek tarzda düzenli diş hekimi kontrolüne gidenlerin daha fazla içsel kontrollü olduğunu saptadık.

Bizim çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde Wolfe ve Stewart da dışsal kontrol inancı arttıkça, plak indeksi skorunun da arttığını, Ludenia & Donham ağız sağlığı statüsü, MHLC ve periodontal hastalık derecesi arasında anlamlı bir korelasyon olduğunu saptamışlardır. Ödman ve ark., bizim çalışma sonuçlarımızın tersine Nowicki - Strickland ölçeği ile plak indeksi arasında negatif korelasyon, Galgut ve ark. ise plak indeksi ile MHLC arasında korelasyon bulamamışlardır (189).

Galgut ve ark yaptıkları çalışmada, içsel ve önemli diğer kişiler dışsal odaklı bireylerin klinik indekslerinde olumlu yönde anlamlı değişim saptarken, şans kontrol odaklı olanlarda anlamlı bir değişim saptanmamışlardır. İçsel ve güçlü diğer kişiler dışsal kontrol odaklı bireylerin şans kontrol odaklı olanlara göre daha fazla programa riayet ettiklerini, şans kontrol odaklı bireylerin koruyucu uygulamaların davranışı etkileyebileceği yönündeki inançlarının daha az olduğunu, güçlü diğer kişiler dışsal kontrol odaklı bireylerin sağlık personelinin öğütlerine daha fazla önem verdiğini ve içsel kontrol odaklı bireylerin ise koruyucu uygulamaları daha kolay benimsediğini gözlemişlerdir. Ağız hijyeni eğitimi sonrası plak düzeyi ve plak skoru değişim düzeyi arasında MHLC'nin PHLC altölçeği arasında pozitif yönde, IHLC ve CHLC arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuşlardır (59). Onların çalışmaları ve bizim çalışma bulgularımız arasında klinik indeksler ve diş hekimi bilgilendirme ve uygulama odaklı dışsal kontrol al-

tölçekleri arasındaki pozitif ilişki yönünden tutarlılık gözlenmektedir.

Bizim çalışma sonuçlarımıza benzer tarzda Kent ve ark., iyi ağız sağlığı ve içsel kontrol arasında, Wolfe ve ark ( 1991 ) dışsal kontrol ve yüksek plak indeksi arasında, Wolfe ve ark ( 1996) ağız hijyeni uygulamaları ile dışsal ve içsel kontrol inancı arasında anlamlı pozitif ilişki, Scruggs ve ark ( 1989) ağız hijyeni uygulamaları ile şans kontrol inancı arasında anlamlı bir ilişki saptamamışlardır. Çalışma sonuçlarımızın tersine Borkowska ve ark., şans ile artan periodontal cep derinliği arasında ilişki saptamışlardır (82).

Son bir yıl içinde diş ağrısı çeken ve çekmeyenler arasında klinik muayene indeksleri ve altölçek puan ortalamaları arasında, son bir yıl içinde diş ağrısı dışında diş ve dişetleriyle ilgili problemi olan ve olmayanların klinik muayene indeksleri ve altölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktu ( Tablo39, 40 ). Bu durumu, bireyler içsel kontrol, diş hekimi, şans veya 1. ve 2. sosyalizasyon kontrol odaklarına sahip olsalar da diş ağrısı veya diş ve dişetleriyle ilgili bazı sağlık problemlerinin kontrol edilemeyen travma, sistemik hastalıklar vb. nedenlerden dolayı ortaya çıkabileceğini dikkate alarak açıklayabiliriz.

Diş ipi kullanma sıklığı ile DMFT ve FT arasında anlamlı pozitif ilişki vardı (Tablo 41 ). Bireylerin ağızda çürük diş sayısı, dolgulu diş sayısı arttıkça ve dişlerini kaybetmeye başladıkça ağızlarında varolan dişleri koruyabilmek için arayüz temizliğine daha fazla önem vermektedirler. Toplumumuzda son yıllarda artmasına rağmen diş ipi kullanımını yaygın bir ağız sağlığı davranışı değildir. Gerek diş hekimleri, gerekse topluma yönelik sağlık eğitimi yapanlar çalışmalarında arayüz temizliğinin önemine dikkat çekmeli ve nasıl gerçekleştirileceği konusunda birey ve topluma daha ayrıntılı bilgi vermelidir. Diş ipi kullanımı özel bir beceri, zaman isteyen ve maddi boyutu da olan bir ağız sağlığı davranışıdır. Beceri özel bir durum olmadığı takdirde zamanla geliştirilebilir, özellikle çocuklara yönelik sağlık eğitimi çalışmalarında arayüz temizliğine önem verilmeli diş ipi kullanımı davranışının daha küçük yaşlardan itibaren kazanılmasına çalışılmalıdır.

Diş ipi kullanan ve kullanmayanların klinik indeks ve altölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktu ( Tablo 42). Bu durum toplumumuzda diş ipi kullanan birey sayısının az olması ve kullananlar arasında önerilen kullanma sıklığının gerçekleşmemesi ile açıklanabilir.

1. altölçekten ( içsel kontrol – korunma odaklı) alınan puan ortalamaları açısından yaş grupları arasında anlamlı fark yoktu. Sonuçları incelediğimizde 30 – 45 yaş grubu bireylerin 18 – 29 ve 46 ve üstü yaş grubundandaki bireylerden daha fazla içsel kontrol odaklı oldukları görülmekteydi ( Tablo 51 ). Bu durum çalışan üretimde olan nüfusun fazla olmasıyla ve bu bireylerin kendilerini daha üretken, verimli ve kontrol sahibi olarak algılamasıyla açıklanabilir.

2. altölçekten ( Şans ) alınan puan ortalamaları açısından 1. yaş grubu (18 - 29 ) , 2. yaş grubu ( 30 – 45 ) ve 3. yaş grubu ( 46 ve üstü ) arasında anlamlı düzeyde fark vardır. 1. yaş grubunun 2. altölçekten ( Şans ) aldığı puan ortalaması 2. yaş grubundan anlamlı düzeyde azdı. 1. yaş grubunun 2. altölçekten ( Şans ) aldığı puan ortalaması 3. yaş grubundan anlamlı düzeyde azdı. 2. yaş grubunun 2. altölçekten ( Şans ) aldığı puan ortalaması 3. yaş grubundan anlamlı düzeyde azdı. Artan yaşla birlikte 2. altölçekten ( Şans ) alınan puan ortalaması artmaktaydı. Artan yaşla birlikte bireyler ağız sağlıklarını kontrol edilemeyen bazı faktörlere bağlanmaktadırlar. Bu durum yaşlı bireylerin diş kaybını yaşlanmanın doğal bir sonucu olduğuna inanmalarından kaynaklanmaktadır ( Tablo 51 ).

3. altölçekten ( Dışsal kontrol - diş hek. tarafından bilgilendirme odaklı ) alınan puan ortalamaları açısından 1. yaş grubu (18- 29 ) , 2. yaş grubu ( 30 – 45 ) ve 3. yaş grubu ( 46 ve üstü ) arasında anlamlı düzeyde fark vardı. 1. yaş grubunun 3. altölçekten ( Dışsal kontrol - diş hek. tarafından bilgilendirme odaklı ) aldığı puan ortalaması 2. ve 3. yaş grubundan anlamlı düzeyde azdı. 2. yaş grubunun 3. altölçekten ( Dışsal kontrol - diş hek. tarafından bilgilendirme odaklı ) aldığı puan ortalaması 3. yaş grubundan anlamlı düzeyde azdı. Artan yaşla birlikte 3. altölçekten ( Dışsal kontrol - diş hek. tarafından bilgilendirme odaklı ) alınan puan ortalaması artmaktaydı. Artan yaşla birlikte bireylerin ağız sağlıklarını kontrol etme becerileri ve ağız sağlığı davranışlarını yerine getirme kapasiteleri de azalmaktadır. Bunun doğal bir sonucu olarak da ağız sağlıklarını koruyabilmek için diş hekiminin tavsiyelerine ihtiyaç duymaktadırlar ( Tablo 51 ).

4. altölçekten ( Dışsal kontrol - diş hek. tarafından uygulama odaklı ) alınan puan ortalamaları açısından 1. yaş grubu (18- 29 ) , 2. yaş grubu ( 30 – 45 ) ve 3. yaş grubu ( 46 ve üstü ) arasında anlamlı düzeyde fark vardı. 1. yaş grubunun 4. altölçekten ( Dışsal kontrol - diş hek. tarafından uygulama odaklı ) aldığı puan ortalaması 2. ve 3. yaş grubundan anlamlı düzeyde azdı. 2. yaş grubunun 4. altölçekten ( Dışsal kontrol - diş hek. tarafından uygulama odaklı ) aldığı puan ortalaması 3. yaş grubundan anlamlı düzeyde azdı. Artan yaşla birlikte 4. altölçekten ( Dışsal kontrol - diş hek. tarafından uygulama odaklı ) alınan puan ortalaması artmaktaydı ( Tablo 51 ). Yaşın artmasıyla ağızdaki tedavi gereksinimi ve varolan dişlerin korunabilmesi için diş hekiminin uygu-

layacağı koruyucu programlara talep de artmaktadır. Toplumda ağız sağlığı bilgisinin artmasıyla bireyler arasında diş kaybının yaşlanmanın doğal bir sonucu olduğu yönündeki tutumda geçen yıllara göre olumlu yönde değişim göstermektedir ( Tablo 51 ).

Eğitim açısından şans kontrol odağı altölçeği ile diş hekimi tarafından bilgilendirme odaklı altölçek arasında anlamlı fark vardı. 2. altölçekten ( Şans ) alınan puan ortalaması açısından 1. eğitim grubu ( okuma yazma bilmeyen- ilkököl- ortaokul ), 2. eğitim grubu ( lise ve dengi ) ve 3. eğitim grubu ( yüksek okul-üniversite – yüksek lisans – doktora ) arasında anlamlı fark vardı. 1. eğitim grubunun 2. altölçekten aldıkları puan ortalaması 2. ve 3. eğitim gruplarından anlamlı düzeyde fazlaydı. 2. eğitim grubunun 2. altölçekten aldıkları puan ortalaması 3. eğitim grubundan anlamlı düzeyde azdı. 2. altölçekten aldıkları puan ortalaması ortalaması 1. eğitim grubunda diğer gruplara nazaran anlamlı düzeyde fazlaydı. 2. altölçekten aldıkları puan ortalaması en az olan eğitim grubu ise 2. eğitim grubuydu, 3. eğitim grubunun 2. altölçek puan ortalaması 2. eğitim grubundan daha fazlaydı. 3. altölçekten ( Dışsal kontrol - diş hek. tarafından bilgilendirme odaklı ) alınan puan ortalaması açısından 1. eğitim grubu ( okuma yazma bilmeyen- ilkököl- ortaokul ), 2. eğitim grubu ( lise ve dengi ) ve 3. eğitim grubu ( yüksek okul - üniversite – yüksek lisans – doktora ) arasında anlamlı fark vardı. 1. eğitim grubunun 3. altölçekten aldıkları puan ortalaması 2.ve 3. eğitim grubundan anlamlı düzeyde fazlaydı. 2. eğitim grubunun 3. altölçekten aldıkları puan ortalaması ortalaması 3. eğitim grubundan anlamlı düzeyde fazlaydı. Şans kontrol odağından alınan puan ortalamaları ortaokul ve altı eğitim düzeyinde en fazla olmak üzere, yüksekokul ve üstü ile lise ve dengi olmak üzere sıralanmaktaydı. Eğitim düzeyinin azalmasıyla 3. altölçekten alınan puan ortalaması da anlamlı düzeyde artmaktaydı ( Tablo 53 ). Eğitim düzeyi azaldıkça bireylerin diş hekiminden bilgi alma ihtiyacı da artmaktaydı. Eğitim düzeyinin azalması ile bireylerin ağız sağlıklarının kontrol altında tutulmasında şansa olan inançları da artmaktaydı. Yüksek eğitilmiş bireyler ağız sağlığının korunması konusunda daha bilgili oldukları için şans faktöründen çok kendi davranışlarını ve diş hekiminin yapacağı tavsiye ve uygulamaları dikkate almaktaydılar.

YDL maddeleri bireylerin % 96'sı tarafından değerlendirildi. Sırasıyla 1. sırada değerlendirilen YDL maddeleri sırasıyla her açıdan sağlıklı bir çevrede yaşamak, başarı duygusu, heyecan dolu canlı ve aktif yaşam, içsel uyum, ( özgürlük, mutluluk ), ekonomik açıdan rahat, refah içinde bir yaşam, saygınlık, ( her açıdan sağlıklı olma, herhangi bir hastalığın olmaması ) olarak özetlenmekteydi ( Tablo 54 ). Yaşamdaki değerler kapsamında sağlık kavramı her açıdan sağlıklı olma, herhangi bir hastalığın olmaması ve her açıdan sağlıklı bir çevrede yaşamak olarak 3 maddede değerlendirildi. Bunun nedeni bireylerin sağlık tanımlarını da değerlendirebilmektir. Her açıdan sağlıklı olmanın 1. sırada değerlendirilmesi bireylerin sağlığı fiziksel, ruhsal ve sosyal tam iyilik hali olarak gördüklerini, herhangi bir hastalığın olmamasının 1. sırada değerlendirilmesi birey-

lerin sağlıklarını bir bütün olarak görmediğini medikal yaklaşımı benimsediklerini, her açıdan sağlıklı bir çevrede yaşamayı 1. sırada değerlendirmeleri sağlıklı yaşam biçimini önemsediklerini göstermekteydi.

SBÖBL maddeleri bireylerin % 89'u tarafından değerlendirildi. Sırasıyla 1. sırada değerlendirilen SBÖBL maddeleri çevre sağlığı, sigara alkol ve madde kullanımı zararları, cinsel sağlık, ağız diş sağlığı, akıl ve ruh sağlığı, kişisel öz bakımı detaylarıyla öğrenme, bedensel sağlık, ( kazalardan korunma, beslenme ) , bulaşıcı olan hastalıklardan korunma olarak özetlenmekteydi ( Tablo 55 ). Bireylerin öncelikli olarak edinmek istedikleri sağlık bilgilerinin başında sağlıklı yaşam biçimini tehdit eden ve geliştirilmesini engelleyen çevre sağlığı, sağlıklı olmayı engelleyen madde kullanımı gelmekteydi. Bu maddelerin sıralanması dikkate alındığında günümüz koşullarında bireyin en fazla karşılaştığı ve kendini yetersiz hissettiği konular olduğu görülmektedir. Medyada, resmi ve özel sağlık kurumları tarafından yapılan düzenlenen kampanyalarda son zamanlarda çevre sağlığı, madde kullanımı ve cinsel sağlığa yönelik kampanya ve eğitim programlarının da bu sıralama da etkili olduğunu düşünmekteyiz. Diğer çarpıcı nokta da, diğer aşamalarda bireylerin ifade etmekten çekindikleri aslında kendilerinin merak ettiği ve bilgilenmeye ihtiyaçları olduğu cinsel sağlığı 3. sırada değerlendirmeleri idi. Bu yapılan eğitim programları ve kampanyalar sayesinde bireylerin cinsel sağlığı bir tabu olarak görme tutumlarının değiştini göstermekteydi. Her açıdan sağlıklı bir çevrede yaşamayı yaşamdaki değerler kapsamında 1. sırada değerlendiren bireylerin bu iki maddeyi de sağlık bilgisi öncelik sıralamasında ilk sırada belirtmesi tutarlıydı. Çalışmamızın 1. ve 2. aşamasında son sırada değerlendirilen cinsel sağlığın bu aşamada 3. sırada değerlendirilmesinin SİÖBL'nin isminin SBÖBL olarak değiştirilmesinden kaynaklandığı düşünlmektedir. Bireylerden 1. ve 2. aşamalarda öncelik gösterdikleri sağlık ihtiyacı konularını değerlendirmeleri, 3, 4. ve 5. aşamalarda ise sağlık bilgisi önceliklerini değerlendirmeleri istenildi. Sorumuzun formatından ve içeriğinden kaynaklanan bu yanıt farklılığı bize bireylerin ihtiyaç ( gereksinim ) ve bilgilenme açısından ayrı ayrı değerlendirilmesi gerektiğini göstermekteydi. Öncelik gösterdiği sağlık ihtiyacı denildiğinde sağlığı açısından risk unsuru olarak gördüğu maddeleri değerlendirmekte, öncelik gösterdiği sağlık bilgisi denildiğinde ise kendisinde eksikliğini hissettiği ve geliştirmesi gerektiğini düşndüğu maddeleri değerlendirmektedir.

Her açıdan sağlıklı olmayı ve ağız diş sağlığını 1. sırada değerlendiren ve değerlendirmeyenlerde klinik indeksler ve alt ölçek puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark yoktu ( Tablo 56 ).

Beşinci aşamada, YDL, SBÖBL, ÇBASKO Ölçeği , KBF ve ADBF'nu kapsayan anket formu 1000 kişilik örnekleme anketörler vasıtasıyla uygulanarak ölçeğin 1000 ki-

şilik bir örnekleme de geçerlik ve güvenilirlik çalışması gerçekleştirildi. Araştırma evreni İstanbul Anakent sınırları içerisinde yaşayan yetişkinler olarak tanımlandı. Araştırma hedef kitlesi, İstanbul Anakent sınırları içerisinde yaşayan 18 ve üzeri yaş kadın ve erkekler olarak belirlendi. Görüşülecek kişilerin seçimi ise ilçe, cinsiyet, yaş ve eğitim değişkenlerinden oluşturulan kota örneklem tekniğine göre yapıldı ( Tablo 1, 2, 3 ). Çalışmada olasılığa dayalı örneklem tekniği zaman maliyeti ve bütçe nedeniyle tercih edilmedi. Kota örneklem tekniğinin en önemli avantajı; hem zamandan hem de maliyetten tasarruf edilmesiydi. Kota örneklem tekniğinde görüşmeler; önceden belirlenmiş olan kotalar doğrultusunda gerçekleştirildiği için, görüşülecek kişilerin seçimi sistematik olmayıp, görüşmecinin inisiyatifindeydi. Kota örneklem tekniğinde, görüşmeci kendisine verilmiş olan kota sayılarını tamamlamakla yükümlü olduğundan, seçim aşamasında en kolay bulabileceği kişilere yönelme eğilimindedir. Bu ise belirli kesimlere yığılmayı gündeme getirebilirdi. Bu yığılmanın önlenmesi ise, mümkün olduğunca çok “kota değişkeni”nin kullanılması ile sağlanabilirdi (11). Bu nedenle de, kota örneklem tekniğinin sakıncalarını ortadan kaldırabilmek amacıyla mümkün olduğunca kota değişkenleri kontrol altında tutulmaya çalışıldı:

1. Mahalle
2. Sokak
3. Cinsiyet
4. Yaş grupları
5. Çalışma konumu

Böylece; görüşmelerin belirli kesimlerde yığılması önlenmiş ve genel yapıyı verecek biçimde dağılım sağlanması hedeflendi. 1000 kişilik örneklem büyüklüğü %95 güven aralığında, ( $p=0,5$  ;  $q=0,5$  değerleri alınmıştır) artı/eksi yüzde 3,1 hata payıyla çözümlenmeye olanak veren bir büyüklükteydi.

Ölçek ile YDL ve SİÖBL’ni içeren anket formuna ( ek 5 ) , anketör denetimini sağlayabilmek için görüşülen kişinin adı soyadı, telefonu, ikamet yerinin ilçe/ mahallesi ile anketör bilgisinin olduğu bölümle VERİ S.E.S.İ (Veri Sosyo Ekonomik Statü İndeksi ) değerlendirmesi için Hane Halkı Bilgileri bölümü eklendi.

Çalışmada, saha çalışmasını gerçekleştirecek anketörlere uygulama hatalarını gidermek için teorik ve uygulamalı eğitimi içeren pilot çalışma yapıldı. Anketör denetimi araştırma şirketi ve tez yürütücüsü tarafından gerçekleştirildi.

Ölçek güvenilirlik çalışmasında, korelasyona dayalı madde analizi yöntemi ile madde - toplam puan korelasyon katsayılarına, Cronbach Alpha katsayısına ve Spearman Brown düzeltilmiş korelasyon katsayısı ile yarı test güvenilirliğine bakıldı. Ölçeğin kapsam geçerliği denetleyici grup tarafından değerlendirildi. Yapı geçerliği için Temel Bileşenler analizi ve Varimax Rotasyon Tekniği'nin kullanıldığı faktör analizi ve 'scree plot' çalışması yapılarak 'öz değeri' 1'den yüksek faktörler belirlendi. Listelerin değerlendirilmesi dördüncü aşamada belirtilen etapları içermekteydi. ADBF'ndeki 10, 11, 12, 14, 15, 16, ve 18. sorulardan oluşturulan ADSD skalası ile ölçeğin kendi yapısı içindeki değişkenlerin ilişkilerine bakılarak kriter geçerliği sağlandı. Bu kapsamda ölçek alt ölçekleri ve ekstrem gruplarla ADBF'ndeki 11., 14. soru arasındaki ilişkilere de bakılarak iç ölçütlere dayanan kriter geçerliği de sınıandı. Bu aşamada ADBF'ndeki 10, 11, 14, 15, 16, 12. ve 18. soruları içeren ADSD skalası ölçekten alınan puanlar ve bireysel ağız sağlığı davranış düzeyi arasındaki ilişkiyi saptayabilmek amacıyla geliştirildi. ADSD skalasını geliştirme amacımız ölçeğin ağız sağlığı davranışlarının bir göstergesi olarak kullanılıp kullanılmayacağını saptamaktı. Bu amaçla ilk aşamada bu sorulara ait değişkenler (verilen cevapları) tanımlandı ve önem sırasına göre skorlandı. İkinci aşamada skala kapsamındaki soruların değişkenleri tayin edildi ve davranış, tutum ve bilgi verme durumlarına göre ağırlıklı puanlar hesaplandı. Üçüncü aşamada alınan puanlar çok iyi - çok kötü arasında 5 grupta sınıflandırıldı. Ağız diş sağlığı davranış skalası ve ölçekten alınan puanların demografik ve sosyo - ekonomik (yaş, cinsiyet, eğitim, SES) değişkenlerle olan ilişkisine bakıldı (2,101,135,157,161).

Örneklemin % 60.3'ünün sağlık güvencesi vardı (Grafik 2). Var olan sağlık güvencesi kapsamında % 35'lik değerle 1. sırada SSK, % 13'lük değerle Bağ-kur 2. sırada, % 10'lük değerle Emekli Sandığı 3. sırada yer almaktaydı (Grafik 3). 4. aşamada bireylerin en fazla bildirdikleri sağlık güvencesi de SSK'ydı. Bireylerin ağız sağlığı hizmetlerinden yararlanmalarını arttıracak yönde bu kurumun şu anki değişim süreci de dikkate alınarak verdiği ağız sağlığı hizmetinin 1. basamak koruyucu hizmetleri de kapsayacak tarzda yeniden yapılanması bireylerin ağız sağlıklarının yükseltilmesine yardımcı olacaktır.

Araştırmanın yapıldığı dönemde bildirilen sağlık şikayetleri kapsamında ağız diş sağlığı şikayetleri, romatizma ve yüksek tansiyon ilk 3 sırada yer almaktaydı (Grafik 4). Sıralama 4. aşama ile tutarlılık göstermesine rağmen bu sıralamanın araştırma konusundan etkilendiği düşünülmektedir.

Örneklemin % 27'si 30 yıl ve daha fazla, % 30'u 20 - 29 yıl, %14'ü ise 15 - 19 yıldır büyük kentte yaşam sürdürdüğünü bildirmekteydi (Grafik 5).



Bireylerin % 28,6'sı ağız diş rahatsızlığı şikayeti olduğunu % 71,4'ü ise olmadığını bildirmekteydi ( Grafik 6 ). Ağız diş rahatsızlığı şikayeti olan bireyler ilk 3 sırada diş ağrısı ve çürüğü, ( köprü ve protez yaptırma yada yenileme ile dişlerinde ağrı ve kanamayı), yemek yemede zorluğu bildirmekteydi ( Grafik 7 ). Bu sıralama 4. aşama ile tutarlıydı.

Bizim çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde, Borutta ve ark, ICS- II çalışmasında bireylerin en sık bildirdikleri şikayetleri hassasiyetten ve diş çürüğünden kaynaklanan ağrı, diş eti kanaması, ağızda yara, diş zonklaması ve diş kırıkları olarak özetlenmektedir. Yüksek eğitim düzeyindeki bireyler daha sık diş fırçalamakta ve floridli ürünler kullanmaktadır. Kadınlar erkeklerden daha sık diş fırçalamaktadır. Kişisel ağız bakımı tutumu olanlar floridli ürünleri daha fazla tercih etmekte ama diş hekimine daha az gitmektedir ( 29). Nuttall da benzer şekilde dişli hastaların en sık karşılaştıkları ağız şikayetinin diş ağrısı olduğunu, ağız sağlıklarının fiziksel sağlıklarını, psikolojik ve sosyal yaşamlarını etkilediğini ve bireylerin dişlerinde bir rahatsızlık olduğu zaman diş hekimine gitmeye eğilimli olduğunu bildirmektedir (109).

Sosyo-demografik özellikler açısından bakıldığında, ağız-diş rahatsızlığı şikayeti- nin daha çok; düşük gelirli grupta ve yaşlı kesimler arasında daha yaygın olduğu görüldü ( Tablo 58 ).

Ağız diş rahatsızlıklarından şikayetçi olanların oranı, dişlerini "çok seyrek fırçalayan ya da hiç fırçalamayan" kesim ile "diş ipi kullanmayan" kesim arasında diğer gruplara göre artış göstermekteydi ( Tablo 59 ). Bu durum bireylerin en sık bildirdikleri ağız şikayeti olan diş çürüğü ve ağrının ağız bakım davranışlarının yerine getirilemesinden kaynaklanmaktaydı. Düzenli diş fırçalayan ve diş ipi kullanan bireylerde diş çürüğü ve diş eti hastalığının nedeni olan bakteri plağı azalmaktaydı. Çalışmamızda ağız sağlığı davranışları kapsamında diş fırçalama, fluor, düzenli diş hekimine gitme, arayüz temizliği ( diş ipi ) değerlendirildi beslenme başlığına yer verilmedi. Beslenmenin de bu kapsamda değerlendirilmesi bize daha ayrıntılı sonuçlar sağlayabilirdi. Beslenme konusunda bireylerin verecekleri cevapların bu aşamada ağız sağlığından çok kilo kontrolü, sağlıklı ve dengeli beslenmeye dayalı olarak verileceği düşünüldüğü için ADBF'na beslenmeyle ilgili herhangi bir soru ilave edilmedi.

Bireylerin % 31,7'si ağızda tüm ana dişlerinin olduğunu, % 21,5'i hiç rahatsızlık duymadığı, tıpkı kendi dişi gibi köprü ya da protezi olduğunu bildirmekteydi (Grafik 8).

Gençlerden yaşlı kesime doğru gidildikçe köprü ya da protez kullanımı artmaktaydı. “Ağızımdaki tüm ana dişlerim var” biçiminde tanımlama yapanların oranının 18-24 yaş gibi çok genç kesim arasında %57 düzeyinde oluşu düşündürücüydü. Bu durum bize gençlerin yüzde 43’ünün daha bu yaşlarda ana dişlerinin bazılarını kaybettiğini göstermektedir. Nitekim, bu grup gençler arasında sınırlı düzeyde de olsa (%5) köprü / protez kullananlara rastlanmaktaydı. Bu grup gençlerin yüzde 26’sının ise bazı dişlerinin olmadığı ancak buna rağmen köprü ya da protez kullanmadığı da saptanan bulgular arasında dikkat çekmekteydi.

Sosyal tabakalanma açısından bakıldığında ise, üst sosyo - ekonomik tabakadan alt gruplara doğru ana dişlerde azalmanın arttığı da dikkat çekmekteydi. Sosyal statünün artması ile birlikte diş fırçalama eğiliminin de arttığı ve bunun karşılığı olarak da diş fırçalama sıklığının dişlerin korunması noktasında önemli farklılaşmaları da gündeme getirdiği görülmekteydi. Diş fırçalama sıklığının artması ile birlikte ana dişlerin korunma düzeyinin de arttığı görülmekteydi. Dişlerini günde 1 ya da daha fazla fırçalayan kesim arasında “tüm ana dişleri olanların” oranı yüzde 36, haftada bir ya da bir kaç kez fırçalayanlar arasında yüzde 25, çok seyrek ya da hiç fırçalamayanlar arasında ise bu oran yüzde 8,9’a kadar düşmekteydi ( Tablo 60-62).

Araştırma kapsamına giren bireylerin hemen hemen üçte biri son 1 yıl içerisinde diş ağrısı çektiğini söylemekteydi. Diş ağrısı çekenlerin oranı gençlerden yaşlılara doğru gidildikçe azalmaktaydı. Bunun yaşlı kesime doğru ana dişlerdeki azalmadan kaynaklandığı düşünülmektedir. Diş ağrısı, alt sosyo-ekonomik gruplar arasında daha fazla görülmekte ve diş fırçalama alışkanlığının artışı ile birlikte diş ağrısı çekenlerin oranının da azalması dikkat çekmekteydi ( Grafik 9, Tablo 63-65).

Bu sonuçlara benzer şekilde, Cruz ve ark., genç yaş grubunda, kadınlarda, 12 yıldan daha fazla eğitimlilerde, düşük DMFT ve eksik dişi olanlarda ağız sağlığının daha iyi olduğunu ve daha az ağız sağlığı şikayeti olduğunu bulmuştur (37). 1998 yılında İngiltere’de yapılan erişkinlerin ağız sağlığı değerlendirmesi çalışmasında da kadınların erkeklere nazaran daha fazla diş hekimi kontrolüne gittiği, %74’ünün günde en az 2 ke-re veya daha fazla, %22’sinin günde 1 kez, % 4’ünün günde 1 kereden az, %1’inin ise hiç diş fırçalamadığı, en sık bildirdikleri ağız şikayetleri ise beslenme zorluğu ve ağrı olduğu, ağız sağlığı davranışlarının yaş, cinsiyet, yaşanılan bölge, sosyal sınıf, hane halkı geliri gibi değişkenlere göre farklılık gösterdiğine dikkat çekilmiştir ( 5). Akkayan da yaptığı çalışmada kentli kadınların erkeklere göre daha fazla diş fırçaladıklarını saptamıştır (8). Rossum ve ark., bizim çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde dişli bireylerin dişsizlere ve protez kullananlara göre daha genç, daha iyi eğitim düzeyinde, daha sık diş hekimine gitmekte olduğunu, ağız bakımları için daha fazla para harcadığını, geçmişte

daha az problem yaşadığını, ağız sağlığı sorunları hakkında daha fazla bilgi edindiğini ve dişlerini korumada daha kararlı olduğunu saptamışlardır (137).

Ağız bakımında içsel motivasyonun etkinliğini değerlendirmek için Syrjala ve ark. tarafından geliştirilen skalanın kullanıldığı çalışmada bizim çalışma sonuçlarımızın değerlendirilmesi sonucu ulaştığımız görüşe uygun olarak ; kadınların erkeklere nazaran daha fazla sorumluluk duyduğunu ve dişlerini mümkün olduğu kadar uzun süre koruma fikrine sahip olduğunu saptamıştır (157).

Ölçek maddelerinin her birinin madde - toplam puan korelasyon katsayısı  $p < 0.01$  düzeyinde anlamlı olup negatif korelasyon katsayısına sahip madde yoktu ( Tablo 66 ). Madde – toplam puan korelasyon katsayısı 0,20'den düşük olan 35, 49 nolu maddelerin korelasyon katsayıları istatistiki olarak anlamlı olduğu için çıkartılmasına gerek duyulmadı. 3. ve 4. aşamalarda ölçeğin 18. maddesi olan ağız diş hastalıklarından korunmamı ve iyileşmemi diş doktorlarına ve başta ailem olmak üzere yakınlarımla yardımlarına borçluyum ifadesi, 5. aşamada 55.madde olarak ağız diş hastalıklarından korunmamı ve iyileşmemi diş doktorlarına borçluyum olarak değiştirildi. 18. maddede yer alan diş doktoru, ailem ve yakınlarım kavramlarının bir arada olması faktör analizi aşamasında problem yaratmaktaydı, bu nedenle 5. aşamada aile ve yakınlarım kelimeleri madde kapsamından çıkarıldı.

Ölçeğin Cronbach \_ güvenilirlik katsayısı 0.85 , altölçek güvenilirlik katsayıları 0.75 ile 0.89 arasında bulundu. Spearman Brown formülüne göre hesaplanan yarıya bölme güvenilirlik katsayısı 0.78 olarak bulundu ( Tablo 67 ). Ölçek güvenilirlik katsayısı ve altölçek güvenilirlik katsayıları oldukça yüksekti. McCallum ve ark. MHLC'nin 6'lı yanıt skalalı şeklinde altölçek güvenilirlik katsayılarını IHLC, 0.59; CHLC, 0.67; PHLC, 0.76 olarak 2'li yanıt skalalı şeklinde ise IHLC, 0.42; CHLC, 0.54; PHLC, 0.76 olarak bulmuşlardır (99). Ford ve ark. kentli yaşlılarda yaptıkları çalışmada altölçek güvenilirlik katsayılarını IHLC, 0.68; CHLC, 0.64; PHLC, 0.64 olarak bulmuşlardır (55). Cooper ve ark. MHLC'nin geçerlik ve güvenilirliğini test ettikleri çalışmalarında A formu için güvenilirlik katsayılarını IHLC, 0.87; CHLC, 0.76; PHLC, 0.68 olarak B formu için ise IHLC, 0.86; CHLC, 0.75; PHLC, 0.77 olarak bulmuşlardır (33). Muthny ve Tausch MHLC'nin Alman diline kültürel adaptasyonu çalışmalarında altölçek güvenilirlik katsayılarını IHLC, 0.75; PHLC, 0.73; CHLC, 0.62 olarak saptamışlardır (105). Esin endüstriyel alanda çalışan işçilerin sağlık davranışlarını incelediği doktora çalışmasında altölçek güvenilirlik katsayılarını IHLC, 0.73; PHLC, 0.64; CHLC, 0.73 olarak bulmuştur (50). Çalışmamızda 4'li yanıt skalasını kullanmamıza ve altölçek sayımız fazla olmasına rağmen bizim saptadığımız altölçek güvenilirlik katsayıları bu çalışmaların sonuçlarına göre daha yüksektir.

Temel Bileşenler Analizi sonucunda 'öz değeri' 1 'in üzerinde olan ve toplam varyansın % 57,60 'ını açıklayan 5 faktör ortaya çıktı. En yalın faktör örüntüsü toplam varyansın % 53.50'sini açıklayan 4 faktör çözümlenmesiyle ve Varimaks döndürmesiyle elde edildi ( İçsel kontrol- korunma odaklı / Dışsal kontrol- Diş hek. odaklı / Şans / Dışsal kontrol- 1. ve 2. sosyalizasyon odaklı ). Alt ölçeklerde 0.41 ile 0.90 arasında değişen madde toplam puan korelasyon katsayıları  $p < 0.01$  düzeyde anlamlılık göstermekteydi ( Tablo 68 ). Bu aşamada 4'lü faktör çözümlenmesine gidilme nedeni 3. ve 4. aşamada farklı altölçek olarak değerlendirilen 3. (Dışsal kontrol - diş hek. tarafından bilgilenme odaklı) ve 4. altölçeğin ( Dışsal kontrol- diş hek. tarafından uygulama odaklı) birleştirilmesinden kaynaklanmaktaydı. 4. aşamada ölçek kriter geçerliğini kanıtlayabilmek için kullanılan DMFT, GI, DT, FT değerlerinin diş hekimi tarafından uygulama odaklı ve diş hekimi tarafından bilgilenme odaklı altölçekte anlamlı fark göstereceği varsayımına dayanılarak bunlar farklı birer altölçek olarak değerlendirildi. Bu aşamada klinik muayene indeksleri kullanılmadığı için ve bir önceki aşamada kriter geçerliği saptandığı için ağız diş sağlığı kontrol odağının bireyin kendisi, diş hekimi, şans ve 1. 2. sosyalizasyon unsurlarından oluşan önemli diğer kişiler olarak değerlendirilmesi uygun görülmüştür. Ölçeğin faktör analizi 3, 4. ve 5. aşamalarda aynı faktör çözümlenmesini göstermektedir. Bu geliştirdiğimiz ölçeğin yapı geçerliğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Bizim çalışmamızda saptadığımız faktör çözümlenmesine benzer tarzda Pachter ve ark . 20 maddelik Ebeveyn Sağlık Kontrol Skalasının Porto Riko toplumunda kültürel adaptasyonunu gerçekleştirdikleri çalışmasında ölçeğin yapı geçerliği için uyguladıkları Temel Bileşenler Analizi ve Varimax Rotasyon tekniği ile dışsal şans ( 8 madde ), içsel ( 4 madde ), dışsal önemli diğer kişiler ( 3 madde ) , dışsal profesyoneller ( 3madde ) ve anlık ( 2 madde ) olmak üzere 5 altölçek saptamıştır (122). Esin endüstriyel alanda çalışan işçilerin sağlık davranışlarını incelediği doktora çalışmasında MHLC'nin orijinal yapısıyla tutarlı olarak içsel, önemli diğer kişiler dışsal ve şans olmak üzere 3 altölçek saptamıştır (50). Wallston ve ark. tarafından MHLC'nin C formuna 6 maddelik Tanrı kontrol odağı altölçeği eklenmiştir (178).

### **1. İçsel kontrol – korunma odaklı altölçek**

36. Düzenli olarak diş doktoruna kontrole gidersem diş çürük. ve diş eti hastalıklarından korunurum.
39. Ağız diş sağlığında bir terslik hissettiğimde hemen diş doktoruna giderim.
43. Ağız diş sağlığım için neler yapmam gerektiğinin bilincindeyim şansa ya da kadere bırakmam.
47. Ağız diş sağlığımdan tek sorumlu benim.
50. Dişlerim çürür ve ağrırsa kendimi suçlarım.
54. Ağız diş sağlığımın bozulmamasını sağlayan en önemli şey bakım konusundaki kendi titizliğimdir.

56. Ağzıma iyi bakarsam dişlerim uzun zaman sağlıklı kalır.
57. Ağız diş sağ. için gerekenleri yaparsam diş çürükleri ve diş eti hastalıklarından kendimi korurum
60. Ağız diş sağ. bozulduğunda bilirim ki, bakım için gerekenleri yapmamışımdır.
62. Ağız diş sağlığını bozulmadan korumak ve geliştirmek için çaba sarfederim.
63. Yapılması gerekenleri yerine getirirsem dişlerimin uzun süre sağlıklı kalması mümkündür.

### **2. Dışsal kontrol – diş hekimi odaklı altölçek**

37. Ağız diş sağlığımı ancak diş doktorundan alacağım bilgilerle sağlayabilirim.
48. Ağız diş sağlığımın ne olacağı diş doktorlarına bağlıdır.
51. Ağzımı sağlıklı durumda tutan, diş doktorlarıdır.
55. Ağız diş hastalık. Korunmamı ve iyileşmemi diş doktorlarına borçluyum.
59. Yapmam gerekenler ancak diş doktorunun söylediklerinden ibarettir.
64. Ağzımın sağlıklı kalabilmesinin tek yolu diş dok. önerilerine uymaktır.

### **3. Şans kontrol odaklı altölçek**

35. Dişlerimin yapısı değişmeyeceğinden ne yaparsam yapayım çürür.
38. Ağız diş sağ. bozan pek çok şeyin başıma kötü şans eseri geldiğini düşünüyorum.
42. Şansım varsa ağız diş hastalıklarından çabuk kurtulurum.
45. Bozulmayacağı varsa, ne olursa olsun ağız diş sağlığım bozulmaz.
49. Ağız diş sağ. bozulduğunda, "başına gelen çekilir" diyerek olayları kendi seyrine bırakırım
53. Diş etlerimin yapısı değişmeyeceğinden, ne yaparsam yapayım hastalanır ve kanar
61. Sorunum olsa da diş dok. gitmeme nedenim, sağlık güvencemin ve maddi olanaklarımın yetmemesidir.

### **4. Dışsal kontrol – 1. ve 2. sosyalizasyon odaklı altölçek**

41. Ağız diş sağlığımda ailemin uyarılarının da önemli bir rolü vardır.
44. Ağız diş sağlığımda yakın çevremdeki insan. ve arkadaş. uyarılarının da rolü vardır.

1. altölçek ( İçsel kontrol- korunma odaklı ) ile 2. altölçek ( Dışsal kontrol- diş

hekimi odaklı ) ve 4. alt ölçek ( Dışsal kontrol – 1. ve 2. sosyalizasyon odaklı ) arasında anlamlı pozitif ilişki , 1. altölçek ( İçsel kontrol- korunma odaklı ) ve 3. altölçek ( Şans ) arasında anlamlı negatif ilişki , 2. altölçek ( Dışsal kontrol- diş hekimi odaklı ) ve 3. altölçek ( Şans ) arasında arasında anlamlı pozitif ilişki (  $p=0.007$  ), 2. altölçek ( Dışsal kontrol- diş hekimi odaklı ) ve 4. altölçek ( Dışsal kontrol – 1. ve 2. sosyalizasyon odaklı ) ile 3.altölçek ( Şans ) ve 4. altölçek ( Dışsal kontrol – 1. ve 2. sosyalizasyon odaklı ) arasında anlamlı pozitif ilişki bulundu ( Tablo 69 ). 4. aşamada saptanan altölçekler arası ilişkiler bu aşamada da sağlandı. İçsel kontrol korunma odaklı altölçekten yüksek puan alan bireyler gözlenen pozitif ilişki yönünde dışsal kontrol altölçeklerinden de yüksek puan alabilirdi. İçsel kontrol odaklı altölçekten yüksek puan bireylerin teorik olarak şans altölçeğinden yüksek puan alması sözkonusu değildi. Dışsal kontrol odağı altölçeklerinden yüksek puan bireyler gözlenen ilişki yönünde şans kontrol odağından da yüksek puan alabilirdi.

Bu sonuçlara benzer şekilde Astrøm ve Blay, ağız hijyeni davranışları ve EHLC arasında pozitif ilişki bulmuşlardır. Bizim çalışma sonuçlarımızın tersine onlar sağlık değeri ile IHLC arasında pozitif korelasyon saptamışlardır. Biz çalışmamızda sağlık değeri ile 1. ve 2. sosyalizasyon odaklı dışsal kontrol arasında anlamlı bir ilişki saptadık (14). Armitage ve ark., bizim çalışma sonuçlarımıza benzer tarzda içsel kontrol odağı ile şans arasında anlamlı negatif korelasyon, şans ve diğer güçlü kişiler kontrol odağı arasında pozitif korelasyon saptanmışlardır (13). Raja ve ark., da bizim çalışma sonuçlarımız doğrultusunda içsel kontrol ve şans odağının birbirinden bağımsız olduğunu, içsel ve güçlü diğer kişiler kontrol odağı arasında pozitif korelasyon, şans ve önemli diğer kişiler kontrol odağı arasında da pozitif korelasyon olduğunu saptanmışlardır (131).McCallum ve ark., da içsel kontrol ve şans arasında negatif, şans ve dışsal kontrol arasında pozitif korelasyon saptamışlardır (99). Calnan yaptığı çalışmada, içsel kontrol ve dışsal kontrol arasında , dışsal kontrol ile şans arasında pozitif korelasyon saptamıştır (32). Norman da bizim çalışmamızda olduğu gibi içsel kontrol odağı ile davranış performansı arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır (107).

1, 2, 3. ve 4. altölçeklerden düşük ve yüksek puan alan gruplar ( alt % 27 – üst % 27 ) arasında anlamlı fark vardı ( Tablo 70). Çalışmamızın 4. ve 5. aşamasında ekstrem grupları oluştururken medyayı tercih etmemizin nedeni alt ve üst % 27'nin her altölçekten alınan puanlar dahilinde bireyleri daha iyi sınıflandırmasından kaynaklanmaktaydı.

ADSD skalası skorları açısından 1, 2, 3, 4. altölçekten alınan puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardı ( Tablo 71 ). ADSD skalasından 1 skorunu alan (çok iyi puan) bireylerin 1. altölçek puan ortalaması, 4 skorunu (kötü ) alan gruptan daha fazlaydı. Ağız diş sağlığı davranış skalasından 2 skorunu alan (iyi ) bireylerin 1. altölçek puan or-

talaması, 3 skorunu ( orta ) alan gruptan daha fazlaydı. Ağız diş sağlığı davranış skalasından 2 skorunu alan (iyi ) bireylerin 1. altölçek puan ortalaması, 4 skorunu ( kötü ) alan gruptan daha fazlaydı. ADSD skalasından 2 skorunu alan (iyi ) bireylerin 3. altölçek puan ortalaması, 3 skorunu ( orta ) alan gruptan daha azdı. ADSD skalasından 2 skorunu alan (iyi ) bireylerin 3. altölçek puan ortalaması, 4 skorunu ( kötü ) alan gruptan daha azdı. Şans altölçeğinden alınan puanlar azaldıkça, ADSD skalasından alınan puanlar artmaktaydı. Ağız diş sağlığı davranış skalasından 3 skorunu alan ( orta ) bireylerin 4. altölçek puan ortalaması, 4 skorunu ( kötü ) alan gruptan daha fazlaydı. Ağız diş sağlığı davranış skalasından 3 skorunu alan ( orta ) bireylerin 4. altölçek puan ortalaması, 5 skorunu ( çok kötü ) alan gruptan daha fazlaydı. ADSD skalasından alınan puanlar arttıkça, 4. altölçekten alınan puanlar da artmaktaydı. İçsel kontrol odaklı bireylerin ağız diş sağlığı davranışlarını gerçekleştirme olasılığı daha fazlaydı. Şans kontrol odaklı bireylerin ağız diş sağlığı davranışlarını gerçekleştirme olasılığı daha azdı. 1. ve 2. sosyalizasyon odaklı dışsal kontrollü bireylerin ağız diş sağlığı davranışlarını gerçekleştirme olasılığı da daha fazlaydı. İçsel kontrol odaklı ve 1. ve 2. sosyalizasyon kontrol odaklı bireyler ağız sağlıklarını korumak ve geliştirmek için ağız sağlığı davranışlarına daha fazla önem vermekteydi. 1. ve 2. sosyalizasyon kontrol odaklı bireylerde bu davranışları uygulamalarında aile, öğretmen ve diğer önemli kişilerin önemli bir rolü vardı. Diş hekimi odaklı dışsal kontrol odaklı bireyler arasında ağız diş sağlığı davranışları açısından anlamlı bir fark yoktu. Çünkü bu bireyler ağız sağlıklarının korunmasının diş hekimlerinin kontrolü altında olduğuna inanmaktaydılar.

Bu sonuçlara benzer şekilde Ellen, sağlığı geliştirici davranışları daha fazla gerçekleştiren bireylerin içsel sağlık kontrol odağı altölçeğinden aldıkları puanların daha az gerçekleştiren bireylerden anlamlı düzeyde fazla, şans altölçeğinden aldıkları puanların ise anlamlı düzeyde az olduğunu saptamıştır (46). Bizim çalışma sonuçlarımızın tersine Dinning ve Crampton, koruyucu sağlık davranışı ve dışsal kontrol arasında negatif korelasyon bulmuştur (42). Calnan da yaptığı çalışmada, bizim çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde sağlık davranışı ile şans ve içsel kontrol arasında zayıf bir ilişki, dışsal kontrol ve davranış arasında ise orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptamıştır (32). Astrom ve Blay, de bizim çalışma sonuçlarımızı doğrulayacak tarzda içsel kontrol odaklı bireylerin ağız sağlığı bilgilerinin dışşallardan daha fazla olduğunu, ağız hijyeni uygulamalarında başarılı olan ve olmayanların ayrımında içsel kontrol odağının dışsal kontrol odağına göre daha az başarılı olduğunu, ağız hijyeni davranışlarının performansında dışsal sağlık kontrol odağını daha etkin bulmuşlardır (14). Ludenia ve Donham ise bizim çalışma sonuçlarımızın tam tersini gösteren ağız hijyeni statüsü ile 'önemli diğer kişiler' kontrol odağı altölçeği arasında anlamlı negatif korelasyon saptamışlardır (97).

Diş fırçalama sıklığı açısından 1, 3. ve 4. altölçekten alınan puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardı ( Tablo 72 ). Dişlerini günde 1 kere fırçalayanların 1. altölçek-

ten aldıkları puan ortalaması, haftada bir fırçalayanlardan anlamlı düzeyde fazlaydı. Dişlerini günde 2 veya daha fazla fırçalayanların 1. altölçekten aldıkları puan ortalaması, 2-3 günde bir fırçalayanlardan anlamlı düzeyde fazlaydı. Dişlerini günde 2 veya daha fazla fırçalayanların 1. altölçekten aldıkları puan ortalaması, haftada bir fırçalayanlardan anlamlı düzeyde fazlaydı. Dişlerini günde 2 veya daha fazla fırçalayanların 3. altölçekten aldıkları puan ortalaması, günde 1 kere fırçalayanlarınkinden anlamlı düzeyde azdı. Haftada bir diş fırçalayanların 3. altölçekten aldıkları puan ortalaması, günde 1 kere fırçalayanlarınkinden anlamlı düzeyde fazlaydı. 2-3 günde bir diş fırçalayanların 3. altölçekten aldıkları puan ortalaması, günde 2 veya daha fazla fırçalayanlarınkinden daha fazlaydı. Ayda bir diş fırçalayanların 3. altölçekten aldıkları puan ortalaması günde 2 veya daha fazla fırçalayanlarınkinden daha fazlaydı. 3. altölçekten alınan puanlar arttıkça diş fırçalama sıklığı azalmaktaydı. İçsel kontrol odaklı bireyler dişlerini daha sık fırçalamaktaydı. Şans kontrol odaklı bireyler dişlerini daha az fırçalamaktaydı. İçsel kontrollü bireyler ağız sağlıklarının korunmasında kendi davranışlarını kontrol mekanizması olarak görmekteydi. Bundan dolayı da daha fazla diş fırçalamaktaydılar. Şans kontrol odaklı bireyler ağız sağlıklarının korunmasında kontrol edilemeyen güçlerin varlığına inanmakta ve ağız bakım davranışlarına gereken önemi vermemekteydi.

Çalışma sonuçlarımızın tersine, Regis ve ark., (1994) ve Macgregor ve ark., (1997) kontrol odağı ile diş fırçalama davranışı arasında, West ve ark. (1993) ise kontrol inancı ile diş hekimi randevülerine uyma arasında herhangi bir ilişki bulamamışlardır. Oysa biz çalışmamızda içsel kontrollü bireylerin daha fazla ağız sağlığı davranışlarını daha fazla gerçekleştirdiğini saptadık ( 82 ).

Çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde McLean ve Pietroni, içsel sağlık kontrol altölçeğinden yüksek puan alan bireylerin kişisel bakım programlarından daha fazla yararlanmakta olduğunu ve daha fazla riayet ettiğini, kişisel bakım için daha fazla sorumluluk hissettiğini ve kendi eylemleriyle sağlıklarını daha fazla geliştirebileceklerine inandıklarını saptanmışlardır. Dışsal sağlık kontrol odaklı bireylerin programdan daha az yarar sağladığını içsel sağlık kontrol odaklı bireylerin kişisel bakım uygulamalarını daha fazla benimsediğini göstermişlerdir (103).

1. altölçekten düşük ve yüksek puan alma ile diş hekimine kontrol amaçlı gitme ve gitmeme arasında anlamlı fark vardı. 1. altölçekten yüksek puan alanlar daha fazla kontrol amaçlı diş hekimine gitmekteydiler. 2. altölçekten düşük ve yüksek puan alma ile diş hekimine kontrol amaçlı gitme ve gitmeme arasında anlamlı fark vardı. 2. altölçekten yüksek puan alanlar daha fazla kontrol amaçlı diş hekimine gitmekteydiler. 3. altölçekten düşük ve yüksek puan alma ile diş hekimine kontrol amaçlı gitme ve gitmeme arasında anlamlı fark vardı. 3. altölçekten yüksek puan alanlar daha az kontrol amaç-



lı diş hekimine gitmekteydiler ( Tablo 73 ). İçsel kontrol odağından yüksek puan alan bireyler şikayetleri olmasa da daha fazla diş hekimi kontrolüne gitmekteydiler. Şans kontrol odağından yüksek puan alan bireyler daha az diş hekimi kontrolüne gitmekteydi. Diş hekimi odaklı dışsal kontrol altölçeğinden yüksek puan alan bireyler daha fazla diş hekimi kontrolüne gitmekteydiler.

Çalışma sonuçlarımızın tersine Kent ve ark., yaptıkları çalışmada LOC ile diş hekimi gitme arasında ilişki bulamamışlardır (79). Bailey ve ark., ise bizim çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde diş hekimine gitme sıklığını konusunda bireylerin kendi değerlendirmelerini dikkate aldıklarında, bunlara yüksek düzeyde riayet eden bireylerin diğerlerine nazaran daha fazla içsel kontrollü olduklarını saptamışlardır (92).

1. altölçekten düşük ve yüksek puan alma ile diş fırçalama sıklığı arasında anlamlı fark vardı. 1. altölçekten yüksek puan alanlar daha fazla günde 1 kere / günde 2 veya daha fazla diş fırçalamaktaydı. 1. altölçekten yüksek puan alanlar daha az 2 – 3 günde bir / haftada bir diş fırçalamaktaydı. 1. altölçekten yüksek puan alanlar daha az ayda bir/ daha seyrek / hiç diş fırçalamaktaydı. 2. altölçekten düşük ve yüksek puan alma ile diş fırçalama sıklığı arasında anlamlı fark vardı. 2. altölçekten yüksek puan alanlar daha fazla günde 1 kere / günde 2 veya daha fazla diş fırçalamaktaydı. 2. altölçekten yüksek puan alanlar daha az 2 – 3 günde bir / haftada bir ve ayda bir/ daha seyrek / hiç diş fırçalamaktaydı. 3. altölçekten düşük ve yüksek puan alma ile diş fırçalama sıklığı arasında anlamlı fark vardı. 3. altölçekten yüksek puan alanlar daha az günde 1 kere / günde 2 veya daha fazla diş fırçalamaktaydı. 3. altölçekten yüksek puan alanlar daha fazla 2 – 3 günde bir / haftada bir ve ayda bir/ daha seyrek / hiç diş fırçalamaktaydı. 4. altölçekten düşük ve yüksek puan alma ile diş fırçalama sıklığı arasında anlamlı fark vardı. 4. altölçekten yüksek puan alanlar daha fazla günde 1 kere / günde 2 veya daha fazla ve 2 – 3 günde bir / haftada bir diş fırçalamaktaydı. 4. altölçekten yüksek puan alanlar daha az ayda bir/ daha seyrek / hiç diş fırçalamaktaydı ( Tablo 74 ).Bu bulgular bize, içsel kontrol odağı yüksek bireylerin, diş hekimi kontrol odağı yüksek bireylerin ve 1. ve 2. sosyalizasyon kontrol odaklı bireylerin daha sık dişlerini fırçaladığını göstermekteydi. Şans kontrol odağı yüksek bireyler daha az sıklıkta diş fırçalamaktaydı.

1. altölçekten ve 4. altölçekten alınan puan ortalamalarında cinsiyet açısından anlamlı fark vardı. Kadınların 1.altölçekten aldığı puan ortalaması erkeklerden anlamlı düzeyde fazlaydı. Kadınların 4.altölçekten aldığı puan ortalaması erkeklerden anlamlı düzeyde fazlaydı ( Tablo 75 ). Kadınlar erkeklere göre daha fazla içsel kontrol odaklı ve 1. ve 2.sosyalizasyon kontrol odaklıydı.

Çalışma sonuçlarımızın tersine Kent ve ark. yaptıkları çalışmada, LOC ile cinsiyet arasında ilişki bulunamamışlardır (79). Astrom ve Blay de yaptıkları çalışmada cinsiyet ile IHLC ve EHLC altölçekleri arasında anlamlı korelasyon saptanmamışlardır (14).

Yaş gruplarında altölçeklerden alınan puan ortalamaları açısından anlamlı fark vardı. 18 – 34 yaş grubu bireylerin 1. altölçekten aldıkları puan ortalaması 45- 55 yaş üstü gruptan anlamlı düzeyde fazlaydı. 18 – 34 yaş grubu bireylerin 2. altölçekten aldıkları puan ortalaması 34- 44 yaş grubundan anlamlı düzeyde azdı. 18 – 34 yaş grubu bireylerin 3. altölçekten aldıkları puan ortalaması 45- 55 yaş üstü gruptan anlamlı düzeyde azdı. 18 – 34 yaş grubu bireylerin 4. altölçekten aldıkları puan ortalaması 45- 55 yaş üstü gruptan anlamlı düzeyde fazlaydı. 34- 44 yaş grubu bireylerin 4. altölçekten aldıkları puan ortalaması 45- 55 yaş üstü gruptan anlamlı düzeyde fazlaydı ( Tablo 76 ).

Gençler yaşlılara nazaran daha fazla içsel kontrol odaklıydı. Yaşlı bireyler daha fazla dış hekimi odaklı dışsal kontrollüydü. Yaşlı bireyler daha fazla şans kontrol odaklıydı. Gençler daha fazla 1. ve 2. sosyalizasyon kontrol odaklıydı. Artan yaşla birlikte ağız sağlığı sorunlarının ve ağız sağlığı davranışlarının azalması nedeniyle bireyler daha fazla diş hekimi uygulamalarına ihtiyaç duymaktaydılar. Ağızlarındaki sorunların yaşlanmanın doğal bir sonucu olduğuna inanmaları ise ağız sağlıklarında şansın önem kazanmasına neden olmaktaydı.

Çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde Ludenia ve Donham, genç hastaların daha fazla içsel kontrol odaklı olup kendi ağız bakımı uygulamalarını daha iyi yerine getirmekte olduğu saptanmışlardır (97). Gebhardt ve ark., da çalışmalarında bizim sonuçlarımızı destekleyecek tarzda yaşlı bireylerin gençlere nazaran daha fazla dışsal kontrol odaklı olduklarını bulmuşlardır (60).

Eğitim gruplarında 3. altölçekden alınan puan ortalamaları açısından anlamlı fark vardı ( Tablo 77 ). İlkokul ve daha az eğitim grubunun 3. altölçekden aldığı puan ortalaması lise mezunu gruptan ve üniversite mezunu gruptan daha fazlaydı. Ortaokul mezunu eğitim grubunun 3. altölçekden aldığı puan ortalaması lise mezunu gruptan ve üniversite mezunu gruptan daha fazlaydı. Eğitim düzeyi düşük bireyler daha fazla şans kontrol odaklıydı. Eğitim düzeyi düşük bireylerin ağız sağlığı bilgilerinin yetersiz olması, koruyucu uygulamalar konusunda biliçli olmaması, ağız sağlığı davranışları vasıtasıyla ağız sağlıklarının korunabileceği yönünde bilgilendirilmemeleri nedeniyle ağız sağlıklarında şansın önemli olduğuna inanmaktaydılar. Bizim çalışma sonuçlarımızın tersine Felton ve ark. yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi yüksek kadınlarda daha az bi-

reysel kontrol saptamışlardır (52).

SES gruplarında 1, 3. ve 4. altölçeklerden alınan puan ortalamaları açısından anlamlı fark vardı ( Tablo 78). Üst SES düzeyindeki bireylerin 1. altölçekten aldıkları puan ortalaması alt ve orta SES grubundan daha fazlaydı. Üst SES düzeyindeki bireylerin 3. altölçekten aldıkları puan ortalaması alt ve orta SES grubundan daha azdı. Orta SES düzeyindeki bireylerin 3. altölçekten aldıkları puan ortalaması alt SES grubundan daha azdı. Orta SES düzeyindeki bireylerin 4. altölçekten aldıkları puan ortalaması alt SES grubundan daha fazlaydı. SES düzeyi arttıkça içsel kontrol odaklı birey sayısı da artmaktaydı. SES düzeyi düşük bireyler daha fazla şans kontrol odaklıydı. SES düzeyi yüksek bireyler daha fazla 1. ve 2. sosyalizasyon odaklıydı. SES açısından dış hekim odaklı dışsal kontrol altölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmamasına rağmen üst SES grubundaki bireyler bu altölçekten orta ve alt SES grubundaki bireylere göre daha fazla puan almışlardı. SES'in belirleyenlerinin gelir, eğitim ve çalışma durumu ile yaşam koşulları olduğunu dikkate alırsak yüksek SES'li bireyler ağız sağlığı davranışlarını daha fazla gerçekleştirme, koruyucu uygulamalardan daha fazla yararlanma imkanına ve kendileri gibi bireylerin olduğu 1. ve 2. sosyalizasyon toplumlarından destek almaktaydılar.

Çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde Kent ve ark., yüksek SES grubundaki bireylerde düşük SES grubundaki bireylere nazaran daha fazla içsel kontrol bulunurken orta SES grubunda daha fazla dışsal kontrol ( dış hek ) saptanmışlardır (79). Keogh ve Linden de erişkenlerde yaptıkları çalışmada yüksek SES grubunda daha fazla ağız sağlığı bilgisi, ağız sağlığı davranışlarıyla ilgili daha fazla olumlu tutum saptamışlardır ( 80). Ayers de bizim çalışma sonuçlarımızı destekleyecek tarzda düşük SES'li bireylerin daha fazla dışsal kontrol odaklı olduğunu saptamıştır ( 97 ).

Medeni durum açısından 3. ve 4. alt ölçekten alınan puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardı ( Tablo 79 ). Dul- boşanmışların 3. altölçekten aldıkları puan ortalaması, bekarlardan daha fazlaydı. Evlilerin 4. altölçekten aldıkları puan ortalaması, dul – boşanmışlardan daha fazlaydı. Dul ve boşanmışlar, bekarlara göre daha fazla şans kontrol odaklıydı. Evliler dul ve boşanmışlara göre daha fazla 1. ve 2. sosyalizasyon kontrol odaklıydı.

Kentte yaşam süresi açısından 2. alt ölçekten alınan puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardı ( Tablo 80 ). 11 yıl veya daha fazla kentte yaşam süresi olanların 2. alt ölçekten aldıkları puan ortalaması, 6 – 10 yıl kentte yaşam süresi olanlardan anlamlı düzeyde fazlaydı. Kentte yaşam süresi fazla olanlar daha fazla dış hekim kontrol odaklıydı.

Kadın ve erkeklerde ağız diş sağlığı davranış skalası skorları açısından anlamlı fark vardı ( Tablo 81 ). Kadınlar erkeklere nazaran daha fazla ağız diş sağlığı davranışına sahipti. ADSD skalası skorları açısından eğitim düzeylerinde anlamlı fark vardı ( Tablo 82 ). Eğitim düzeyi azaldıkça ağız diş sağlığı davranışları da azalmaktaydı. Yaş gruplarında ADSD skalası skorları açısından anlamlı fark yoktu ( Tablo 83 ). SES gruplarında ADSD skalası skorları açısından anlamlı fark vardı ( Tablo 84 ). SES düzeyi azaldıkça ağız diş sağlığı davranışlarında azalmaktaydı.

İngilterede 1997-1998 yılları arasında gerçekleştirilen ağız sağlığının değerlendirilmesi çalışmasında, bizim çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde SES ile diş hekimi kontrolüne gitme davranışı arasında negatif , eğitim ile pozitif ilişki olduğu, erkeklerin kadınlara göre daha az diş hekimi kontrolüne gittiği saptanmıştır (108).

Sogaard ve ark., çalışma sonuçlarımıza benzer tarzda erişkinler arasında ağız hijyeni bireysel uygulamalarının arttığını, floridli ürünlerin daha fazla tercih edildiğini, diş ipi kullanımının yaşa ve cinsiyete göre farklılık gösterdiğini, kadınların erkeklere nazaran daha fazla ağız sağlığı davranışı gerçekleştirdiğini bulmuştur. ( 151)

Ellen de bizim sonuçlarımıza benzer şekilde sağlığı geliştirici davranışları daha fazla gerçekleştiren bireylerin eğitim düzeyinin daha fazla olduğunu, içsel sağlık kontrol odağı altölçeğinden aldıkları puanların daha az gerçekleştiren bireylerden anlamlı düzeyde fazla, şans altölçeğinden aldıkları puanların ise anlamlı düzeyde az olduğunu saptamıştır ( 46).

Felton ve ark., da çalışma sonuçlarımızı destekleyecek tarzda demografik değişkenlerden cinsiyetin farklı sağlık davranışları üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğunu bulmuşlardır (52).

McGraht ve Bedi, de bizim sonuçlarımız doğrultusunda ağız sağlığında yaş ve sosyal sınıfın önemli bir gösterge olduğunu ileri sürmektedirler ( 102).

Payne ve Locker çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde yaşlı bireylerin ağız sağlığı davranışlarını inceledikleri çalışmada diş fırçalama, diş ipi kullanma ve şekerli gıda tüketimi açısından cinsiyet farklılığı saptamışlardır (124).

Zavras ve ark., çalışma sonuçlarımızı destekleyecek tarzda ağız sağlığı ve tutumlarında eğitim düzeyinin önemli bir rol oynadığını kanıtlamışlardır ( 192).

Bireyler YDL maddeleri kapsamında 1. sırada sırasıyla her açıdan sağlıklı olmayı, ekonomik açıdan rahat, refah içinde bir yaşamı ve her açıdan sağlıklı bir çevrede yaşamayı değerlendirmekteydi ( Tablo 85 ). Bireylerin her açıdan sağlıklı olmayı 1. sırada değerlendirmeleri sağlığı fiziksel ruhsal ve sosyal tam iyilik hali olarak değerlendirdiklerini göstermekteydi. İçsel kontrolü ve diş hekimi odaklı kontrolü yüksek bireylerin her açıdan sağlıklı olmayı birinci sırada değerlendirmeleri sağlıklarının ruhsal, fiziksel ve sosyal yaşamlarını etkileyen yaşam kalitelerini etkileyen bir unsur olarak görmelerini ve ağız bakımlarına daha fazla dikkat etmelerini sağlamaktaydı. Şans ve 1. ve 2. sosyalizasyon kontrolü yüksek bireyler ekonomik açıdan rahat, refah içinde yaşamı 1. sırada değerlendirmeleri maddiyata önem verdiklerini ve sağlıkta dahil olmak üzere yaşamlarının her alanında başarılı olabilmek için yeterli maddi olanakların var olması gerektiğine inandıklarını göstermekteydi ( Tablo 88).

Bireyler SBÖBL kapsamında 1. sırada sırasıyla çevre sağlığını, bulaşıcı olan hastalıklardan ve kazalardan korunmayı değerlendirmekteydiler ( Tablo 86 ). Ağız diş sağlığı 6. sırada değerlendirilmekteydi. Sağlıklı yaşam biçiminin sağlanmasında bireysel kontrol dışında diğer belirleyenlerin de önemli olduğu sağlık konularında bilgilendirme ihtiyacı göze çarpmaktadır. Günümüzde çevre sağlığının korunması, bulaşıcı hastalıkların ve kazaların önlenmesine yönelik gerçekleştirilen kampanyalar, eğitim programları ve medyanın bu sıralamayı etkileyebileceği düşünülmektedir. Yukarıda sıralanan maddeler bireylerin en fazla risk altında oldukları sağlık konularıdır. Bundan dolayı da bu konular hakkında daha fazla bilgi alma önceliklerinin olması doğaldır. Ağız sağlık eğitimi çalışmalarının verimli olabilmesi için eğitim verilen grubun bu bilgiye ihtiyaç duyup duymadığını saptamamız gerekmektedir. Eğer bireylerin öncelik gösterdikleri başka sağlık konuları varsa, bizim yaptığımız ağız sağlığı eğitimi amacına ulaşamaz ve bireylerin beklentilerini karşılayamaz.

Tüm altölçeklerden yüksek puan alan bireyler yukarıdaki değerlendirmeyle tutarlı olarak çevre sağlığını 1. sırada değerlendirmekteydi. Bu durum bize toplumumuzun çevre sağlığına yönelik sağlık eğitimi programlarına olan talebini göstermekteydi.

Her açıdan sağlıklı olmayı 1. sırada ve 3. sırada değerlendirenler arasında şans ve 1. ve 2. sosyalizasyon altölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark vardı. Şans kontrol odağından yüksek puan alanlar her açıdan sağlıklı olmayı daha fazla 3. sırada değerlendirmekte ve daha az önemsemekteydiler. 1. ve 2. sosyalizasyon

kontrol odağından yüksek puan alanlar ise her açıdan sağlıklı olmayı daha fazla 3. sırada değerlendirmekteydiler ( Tablo 87). Çünkü her iki altölçektende yüksek puan alanlar ekonomik açıdan rahat, refah içinde bir yaşamı 1. sırada değerlendirmekteydiler.

Armitage ve ark., bizim çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde sağlık değeri ile yalnızca önemli diğer kişiler kontrol odağı arasında pozitif korelasyon saptanmışlar ve bunun sağlıklarına değer veren insanların sağlık personelinin öğütlerine daha fazla sadık kaldığını gösterdiğini ileri sürmüşlerdir ( 12 ).

Altölçeklerden alınan toplam puanlar içsel kontrol, dışsal kontrol - diş hek. odaklı, dışsal kontrol – 1. ve 2. sosyalizasyon odaklı ve şans olarak sıralanmaktaydı ( Tablo 90 ). Dışsal kontrol odağına ait 2 altölçek birleştirildikten sonra altölçeklerden alınan toplam puanlar içsel kontrol, dışsal kontrol ve şans olarak sınıflanmaktaydı ( Tablo 91 ). Bu sınıflandırmayı yapmamızın nedeni örnekleminizin sağlık kontrol odağı profilini net olarak tanımlayabilmektir.

Bireylerin dışsal kontrol odağından aldıkları puanlar içsel kontrol odağına göre anlamlı düzeyde fazladır. Kentli erişkinler daha fazla dışsal kontrol odaklıdır.

Çalışmamızda kentli erişkinlerden oluşan örnekleminizin, dışsal kontrol odağı altölçeğinden aldığı puan ortalaması içsel kontrol odağı altölçeğinden aldığı puan ortalamasına göre anlamlı düzeyde fazlaydı. Buna dayanarak kentli erişkinlerin ağız sağlığı kontrol algısının dışsal kontrol odaklı olduğunu söyleyebiliriz. 3, 4. ve 5. aşamalarında geliştirdiğimiz ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması sonuçları birbiri ile tutarlılık göstermekteydi. Araştırmamızda ölçeğimizin toplumun çok boyutlu ağız sağlığı kontrol algısını değerlendirmede kullanılabilir ve güvenilir bir ölçek olduğunu kanıtladık.

Ağız diş sağlığı kontrol algısı içsel kontrol, dışsal kontrol ( diş hekimi), şans ve 1. ve 2. sosyalizasyon kontrol odağı olmak üzere birden fazla kontrol boyutunu içerecek tarzda 4 odakta özetlenmektedir. İçsel kontrol odaklı bireyler ağız sağlıklarının kontrolünde kendi eylemlerinin önemli olduğuna inanmaktadırlar. Dışsal kontrol odaklı bireyler ağız sağlıklarının kontrolünden diş hekimi ve diş hekiminin yapacağı uygulamaların sorumlu olduğuna inanmaktadırlar. Şans kontrol odaklı bireyler ağız sağlıklarının kontrolünü kontrol edilemeyen güçlere bağlamaktadır. 1. ve 2. sosyalizasyon odaklı bireyler ağız sağlıklarının kontrolünde aile, arkadaş, öğretmen gibi diğer bireylerin sorumlu olduklarına inanmaktadırlar. Kadınlar erkeklere göre daha fazla içsel kontrol odaklı ve 1.

ve 2. sosyalizasyon kontrol odaklıdır. Gençler yaşlılara nazaran daha fazla içsel kontrol odaklıdır. Yaşlı bireyler daha fazla şans kontrol odaklıdır. Gençler daha fazla 1. ve 2. sosyalizasyon kontrol odaklıdır Eğitim düzeyi düşük bireyler daha fazla şans kontrol odaklıdır. SES düzeyi arttıkça içsel kontrol odaklı ve 1. ve 2. sosyalizasyon odaklı birey sayısı artmaktadır. SES düzeyi düşük bireyler daha fazla şans kontrol odaklıdır. Dul ve boşanmışlar, bekarlara göre daha fazla içsel kontrol odaklıdır. Evliler dul ve boşanmışlara göre daha fazla 1. ve 2. sosyalizasyon kontrol odaklıdır. Kentte yaşam süresi fazla olanlar daha fazla diş hekimi kontrol odaklıdır. Cinsiyet, yaş, SES, eğitim, medeni durum ve kentte yaşam süresi bireylerin ağız sağlığı kontrol algılarını etkilemektedir.

Yapılan analizler sonucu, içsel kontrol odaklı bireylerin daha fazla ağız diş sağlığı davranışları olduğunu, şans kontrol odaklı bireyler ile 1. ve 2. sosyalizasyon odaklı dışsal kontrollü bireylerin ağız diş sağlığı davranışlarını gerçekleştirme olasılığının daha fazla, şans kontrol odaklı bireylerin diş sağlığı davranışlarını gerçekleştirme olasılığının daha az olduğunu saptadık. İçsel kontrol odaklı bireyler dişlerini daha sık, şans kontrol odaklı bireyler dişlerini daha az fırçalamaktadır. İçsel kontrol odağı yüksek bireyler şikayetleri olmasa da daha fazla diş hekimi kontrolüne gitmektedirler. Şans kontrol odağı yüksek bireyler daha az diş hekimi kontrolüne gitmektedir İçsel kontrol odağı yüksek bireyler, diş hekimi kontrol odağı yüksek bireyler ile 1. ve 2. sosyalizasyon kontrol odağı yüksek bireyler daha sık diş fırçalamaktadırlar. Şans kontrol odağı yüksek bireyler daha az sıklıkta diş fırçalamaktadır. Kadınlar erkeklere nazaran daha fazla ağız diş sağlığı davranışına sahiptir. Eğitim ve SES düzeyi azaldıkça ağız diş sağlığı davranışları da azalmaktadır. Ağız sağlığı davranışları üzerinde cinsiyet, eğitim, SES ile içsel, dışsal ve 1. ve 2. sosyalizasyon kontrol odakları önemli etkiye sahiptir.

Bireyler YDL maddeleri kapsamında 1. sırada sırasıyla her açıdan sağlıklı olmayı, ekonomik açıdan rahat, refah içinde bir yaşamı ve her açıdan sağlıklı bir çevrede yaşamayı değerlendirmekteydiler. Her açıdan sağlıklı olmayı 1. sırada ve 3. sırada değerlendirenler arasında şans ve 1. ve 2. sosyalizasyon altölçeğinden alınan puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark vardır. Her açıdan sağlıklı olmayı 3. sırada değerlendirenler daha fazla şans kontrol odaklıdır. Her açıdan sağlıklı olmayı 1. sırada değerlendirenler daha az 1. ve 2. sosyalizasyon kontrol odaklıdır ( Tablo 87). Şans kontrol odaklı ve 1. ve 2. sosyal kontrol odaklı bireyler arasında sağlık değeri açısından farklılık vardır.

Bireyler SBÖBL kapsamında 1. sırada sırasıyla çevre sağlığını, bulaşıcı olan hastalıklardan ve kazalardan korunmayı değerlendirmektedirler ( Tablo 86 ).

Bireylerin ağız sağlığı kontrol algılarının cinsiyet, yaş, SES, eğitim, medeni durum ve kentte yaşam süresi gibi faktörlerden; ağız sağlığı davranışlarının da cinsiyet, eğitim, SES ile içsel, diş hekimi ve 1. ve 2. sosyalizasyon dışsal kontrol odağı faktörlerinden etkilenmesi, bireylerin ağız sağlıklarını kontrol etme ve sağlıklı davranışlar kazanmalarını amaçlayan ağız sağlığını geliştirici çalışmalarda dikkate alınmalıdır.

İçsel kontrol, diş hekimi odaklı dışsal kontrol ve 1. ve 2. sosyalizasyon dışsal kontrol odaklı bireylerin şans kontrol odaklı bireylere göre ağız diş sağlığı davranışlarına daha fazla önem verdikleri, daha fazla diş hekimine kontrole gittikleri ağız sağlığı eğitimi uygulamalarının bilgisel ve motivasyonel içeriğinin planlanmasında dikkate alınmalıdır. Ağız sağlığı davranışları açısından risk taşıyan eğitim düzeyi ve SES'i düşük gruplarda öncelikli ağız sağlığı eğitimi programları planlanmalıdır .

Kadınların erkeklere göre daha fazla içsel kontrollü olması, ağız sağlığı davranışlarında içsel kontrol odağının dışında 1. ve 2. sosyalizasyon dışsal kontrol odağının da etkili olması toplumumuzda risk grubu olarak saptanan çocuklara yönelik koruyucu uygulamalara yeni bir boyut getirmektedir. Çocukların ağız sağlığı davranış ve tutumlarının gelişiminde 1. ve 2. sosyalizasyon öğeleri önemli bir rol oynamaktadır. 1. sosyalizasyonda çocuğun ağız sağlığı davranışlarını kazanımında annenin sorumluluğu daha ön plandadır . Araştırmacılar, dışsal kontrollü, düşük gelirli annelerin çocuklarında daha fazla diş çürüğü olduğunu, yüksek eğitim düzeyli annelerin, düşük eğitim düzeyli annelerden daha az dışsal kontrol odaklı olduğunu, çocuklarının beslenme ve diş fırçalama davranışlarının düzenlenmesinde daha fazla aktif olduğunu saptamışlardır (3,34, 36, 126,129,130,133,130,142,159). 2. sosyalizasyonda ise ağız sağlığı davranışlarının kazanımında öğretmenlerin sorumluluğu ön plandadır. Yapılan çalışmalarda, öğretmenlerin annelerden daha fazla ağız sağlığı bilgisine sahip olduğu ve çocukların ağız sağlığı davranışlarının geliştirilmesinde daha önemli olabilecekleri, okuldaki ağız sağlığı eğitiminin çocuklar üzerinde daha fazla etkili olduğu saptanmıştır (7, 25,171). Adair ve ark., çocukların diş fırçalama ve sınırlı şekerli gıda tüketimi ile ilgili sağlık davranışlarını kazanmasında ebeveynlerin çocuklarının bu davranışlarını kontrol edebilme algısının çok önemli bir gösterge olduğunu, diş çürüğü olan ve olmayan çocukların ebeveynleri arasında bu iki davranışa yönelik tutumlar arasında anlamlı fark olduğunu vurgulamaktadır (3). Pine ve ark. çocuklarda görülen diş çürükleri dağılımının dengesizliğini araştırdıkları çalışmada ebeveynlerin tutumlarının çocuklarının ağız sağlığı davranışları üzerinde nasıl etkili olduğunu ve ağız sağlığı hizmetlerinin sağlanması üzerinde diş hekimlerinin tutumlarının etkisini araştırmışlardır (129). Çocukların ağız sağlığının geliştirilmesinde ilk planda ebeveynlerin tutumları ve kontrol algıları, ikinci planda diş hekimlerinin koruyucu ve restoratif tedaviye yönelik tutumları gelmektedir. Aile, diş hekimi ve öğretmen üçlüsü çocukların ağız diş sağlığının iyileştirilmesinde ve olumlu ağız sağlığı davranışlarının kazanımında birbirini etkileyen bir dayanışmaya sahiptir. Ülkemizde



gerçekleştirilen Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim Programında çocuklara sorulan evde diş fırçalamanı hatırlatan var mı, okulda diş fırçalamanı hatırlatan var mı ? sorularına verilen cevaplarda aile ortamında anne, okul ortamında da öğretmenin harekete geçirici bir güç olduğunu göstermektedir. Çocuklara ilk diş fırçalamalarını söyleyen ilk önce anne olmak üzere, baba ve öğretmen olarak sıralanmaktadır (6). Çocukların ağız sağlığı davranışlarını kazanmalarında annenin ağız sağlığına yönelik tutum ve davranışlarının yadsınamayacak bir gücü vardır. Türkiye’de Ağız Diş Sağlığı Kapasitesinin Arttırılması Amaçlı Bilecik Projesinin veli anketi sonuçları incelendiğinde bireylerin tamamına yakını diş fırçalama alışkanlığının kazandırılmasının ailenin görevi olduğunu ve anne babanın örnek olması gerektiğini bildirirken, yarısına yakınının ara sıra diş fırçaladığını bildirmesi eğitimin önemine ve sağlık eğitiminde çocuklarına kazandıracakları yarar, itici güç olarak kullanılabilir. Çocuğun ağız diş sağlığı davranışlarının ve tutumunun geliştiği dönemde ebeveynlerin çocuğa bir model olması gerekmektedir. Diş fırçalama alışkanlığının kendi görevi olduğunu ve çocuğa örnek olması gerektiğini bildiren ebeveynlerin, % 45’inin arasına, %27’sinin günde bir kez, % 18’inin günde birkaç kere diş fırçaladığını bildirmesi 1. sosyalizasyonda ailede diş fırçalama alışkanlığının öneminin bilinmesine rağmen yapılmadığının göstergesidir ( 171). Bu bağlamda, ebeveynlerin çocuklarının ağız diş sağlığı davranışlarından kendilerini sorumlu hissetmeleri bu performansı sergilemeleri için yeterli oldukları anlamına gelmemektedir. Ülkemizde kısa vadede, 1. sosyalizasyonda ağız sağlığı davranışlarının kazandırılabilmesi mümkün görünmemektedir ( 171) . 1. sosyalizasyonda sağlık kontrol odağı dikkate alınarak planlanmış ebeveynlere yönelik kapsamlı sağlık eğitimi programlarına ihtiyaç vardır. 1. sosyalizasyon kapsamında kadınların erkeklerden daha fazla içsel kontrol odaklı olması, annenin çocuklarının ağız sağlığı davranışları kazanımında daha önemli bir rolü olduğuna dikkat çekmektedir. Annenin çocuklarının ağız sağlığı davranışlarına yönelik tutum ve kontrol algısı eğitim düzeyi, yaş ve SES tarafından etkilendiği göz önüne alınmalıdır. Ülkemizde üniversiteler, resmi kurumlar ve bazı özel kurumlar tarafından yürütülen bazı çalışmalar olmasına rağmen, öncelikle eğitim düzeyi ve SES’i düşük annelere yönelik hamilelik dönemini de kapsayan bilgi ve motivasyonu arttırmayı amaçlayan sağlık eğitimi çalışmaları içinde ağız sağlığı eğitimine daha fazla önem verilmelidir. Çalışmamızın sonuçlarına göre; ağız sağlığı davranışları üzerinde diş hekimininde önemli bir rolü olduğu görülmektedir. Bu aşamada, diş hekiminin muayenehane ortamında hastasına verdiği sağlık eğitimi, yaptığı koruyucu uygulamalar ve bizzat kendi davranış ve tutumları etkili olmaktadır. Diş hekiminin yapacağı uygulamalarda hastalarının kontrol odaklarını bilmesi tedavinin planlanmasına ve başarısına katkıda bulunacaktır. Yapılan çalışmalarda içsel kontrol odaklı bireylerin koruyucu uygulama ve programlara daha fazla riayet ettiğini göstermektedir. Çalışmamızda kullandığımız geçerliğini ve güvenilirliğini kanıtladığımız ölçek henüz muayenehane ortamında bireysel ağız sağlığı kontrol algısı profilini belirleyecek tarzda yapılandırılmamıştır. Çalışma amacımıza göre kentli erişkinlerin ağız sağlığı kontrol algısı profilini çıkaracak tarzda değerlendirilmiştir. Bireysel kullanımı için, bireyin her altölçekten aldıkları puanlar dikkate alınarak sınıflandırılma yapılması gerekmektedir. Ölçeğin içsel kontrol odaklı altölçeği ile dışsal kontrol odaklı altöl-

çekleri arasında pozitif yönde, içsel kontrol odağı altölçeği ile şans kontrol odağı altölçeği arasında negatif yönde, dışsal kontrol odaklı altölçekler ile şans kontrol odaklı altölçekler arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu kabul edersek bu altölçekler arasında farklı kombinasyonlar oluşacaktır. Örneğin bir kişi içsel kontrol odağı altölçeğinden, 1. ve 2. sosyalizasyon kontrol odağı altölçeğinden yüksek diğer altölçeklerden düşük puan alabilir veya şans kontrol odağı altölçeği ve dışsal kontrol altölçeklerinden yüksek içsel kontrol altölçeğinden düşük puan alabilir. Ölçeğin klinik uygulamalarda bireysel düzeyde kullanılabilmesi için bireysel kontrol profillerinin tespit edilmesi gerekmektedir.

Çalışmamızın 1. aşamasında, kişilerarası destek, paylaşım ve sosyal yaşam olarak ifade edilen ve sağlıklı yaşam biçiminin sürdürülmesinde önemli bir unsur olarak görülen sosyal destek kavramı karşımıza çıkmaktadır. Pender ( 1996 ) sosyal desteği kişiler arası karşılıklı etkileşim olarak tanımlamaktadır. Sosyal destek bir kişinin yaşamı boyunca algıladığı fiziksel ve duygusal yardımı ifade etmektedir. Bireylerin karşılıklı etkileşim halinde buldukları sosyal gruplar aynı zamanda sosyal destek grupları olarak da adlandırılmaktadır. Bu gruplar sağlığı geliştirici ve sürdürücü sağlık davranışları üzerinde koruyucu bir mekanizmaya sahip olup üyelerinin bireysel güçlerinin desteklenmesine ve uzun süreli amaçlarını gerçekleştirmelerine yardımcı olmaktadır. Çalışmamızda sosyal destek unsuru olarak, 1. sosyalizasyonda aile, 2. sosyalizasyonda öğretmen, arkadaşlar, diş hekimi ve güçlü diğer kişiler karşımıza çıkmaktadır. Wang ve Laffrey sosyal destek ve kişisel bakım alışkanlığı arasında pozitif ilişki saptamışlardır (179). Bu konuyla ilgili diğer çalışmalarda sağlık davranışı, genel sağlık, iyilik hali ve ağız sağlığı üzerinde sosyal desteğin olumlu ve anlamlı etkisi olduğu saptanmıştır. Sosyal destek sağlığı geliştirici yaşam biçimi ve bireysel sağlık sorumluluğunu olumlu yönde destekleyecek bir yapıya sahiptir. Sağlığı geliştirici ortamlar kapsamında sosyal destek sağlayan gruplarının yadsınamayacak katkıları vardır (2, 4, 7, 40, 56, 125, 135, 148, 168, 175, 181). Hem genel sağlık hem de ağız sağlığı davranışları üzerinde, sağlık hizmetlerinden yararlanımda, kişisel bakım alışkanlıklarında SES'in önemli bir etkisi vardır ( 4, 15, 26, 38, 44, 84, 169, 175, 180, 181, 185, 187 ).

Ülkemizde koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan payın çok düşük olması, ülke çapında diş hekimi dağılımının homojen olmaması, yardımcı personelin azlığı, ağız diş sağlığına yönelik etkin bir sigorta sisteminin olmaması ağız diş sağlığı düzeyinin geliştirilmesi ve bu hedeflere ulaşmada toplum katılımının sağlandığı etkin ağız sağlığı eğitimi programlarına olan ihtiyacı vurgulamaktadır (25,111,140).

Ağız sağlığını koruyucu ve geliştirici davranışların benimsenmesinde ve sürdürülmesinde bireylerin ağız sağlığına yönelik kontrol algıları önem kazanmaktadır. Bireylerin ağız sağlığı algıları ile klinikçilerin ağız sağlığı değerlendirmeleri arasındaki fark

vardır. Klinikçilerin değerlendirmeleri bireysel değer, inanç ve gereksinimleri yansıtmaktadır (37,43,64,65,67,73,89,90,93,94,95,113,116,123,134,170). Bu saptamalara göre planlanan ağız sağlığını koruyucu ve iyileştirici programlar bireyin beklentilerine hitap etmemektedir. Bireylerin öncelik gösterdiği ağız sağlığı konuları kapsamında eğitim programlarının hazırlanması daha verimli olacaktır.

Şimdiye kadar yapılan sağlık eğitimi çalışmalarında genellikle HBM'ye göre ancak içsel kontrol odaklı bireylerin algılayabileceği tarzda verdiğimiz sağlık eğitimi çalışmalarının toplumun ağız sağlığı kontrol algısının dışsal kontrol odaklı olduğu kabul edilerek bilgi ve motivasyonel yapılarının desteklenmesi gerekmektedir (58, 79, 104, 151, 181). Dışsal kontrollü bireylerde ağız sağlıklarının temininde diş hekiminden alacakları tavsiyelerin önemli olduğu ve ağız sağlıklarının korunmasında hekimin uygulayacağı koruyucu uygulamaların daha fazla etkin olduğu göz önüne alınarak rutin diş hekimisi kontrollerinin sağlanmasına çalışılmalıdır. Bu durum diş hekimliği hizmetlerinin de koruyucu uygulamalara daha fazla önem verecek tarzda yapılmasını gerektirmektedir. Diş hekimlerinin kendilerine başvuran hastalara muayenehane ortamında ağız sağlığı eğitimi vermeleri ve koruyucu uygulamalar konusunda kendilerine tavsiyelerde bulunmaları gerekmektedir. Diş hekimleri koruyucu programlar ve sağlık eğitimi konusunda meslek içi eğitimler sayesinde bilgilendirilmelidir.

Topluma yönelik olarak üniversiteler, sağlık kuruluşları ve özel sektör tarafından yapılan ağız sağlığı eğitim programları ve kampanyalar öncelikli olarak içsel sağlık kontrol odağı düşük olan ve daha az ağız sağlığı davranışı bilgisi ve kapasitesi olan eğitim düzeyi ve SES'i düşük gruplarda verilmelidir. Özel sektör tarafından düzenlenen kampanyalarda diş fırçası ve macun dağıtmanın dışında, bireylerin bilgilenecekleri sağlayacak eğitim materyalleri ve broşürler hazırlanmalıdır. Bu sektörün diş hekimlerinin koruyucu uygulamalar ve sağlık eğitimi konusunda bilgilenecekleri mesleki eğitim programlarına sponsor olmaları, okullarda ve toplum katılımının sağlandığı yerlerde ağız sağlığı bilgisini arttıracak eğitim materyallerinin hazırlanmasına destek olmaları toplumun ağız sağlığının geliştirilmesinde daha etkili olacak ve ağız sağlığını geliştirici ortamların oluşmasına katkıda bulunacaktır. Diş Hekimleri Odaları toplumun ağız sağlığı kontrol algısının dışsal kontrol odaklı olduğunu göz önüne alarak meslektaşlarının ağız sağlığının geliştirilmesinde ne kadar önemli bir unsur olduğunu kabul etmeli ve var olan potansiyelin mesleki eğitimleri kapsamında sağlık eğitimi ve koruyucu programlar hakkındaki bilgilerinin desteklenmesini ve yeni bilgiler konusunda aydınlatılmasını sağlamalıdır.

Ağız sağlığının geliştirilmesi çalışmaları farklı branşlar arasında işbirliğini gerektirmektedir. Annelerin hamilelik döneminden itibaren jinekologlar ve pediatristler ile

birlikte diş hekimlerinin ortak çalışma alanları oluşturmaları gerekmektedir. Jinekologlar ve pediatristler çocukların diş çürüklerini azaltmak için gereksiz flour tableti yazmak yerine anne adayını diş hekimine yöneltmeli veya kendi branşları kapsamında verdikleri kişisel hijyen eğitimi içinde ağız sağlığı eğitimini bu konuda yeterli diş hekimlerinden alacakları yardımlar vasıtasıyla gerçekleştirmelidirler.



A decorative graphic consisting of a series of parallel diagonal stripes in a light pink color, forming a wide, horizontal band across the middle of the page. The stripes are arranged in a pattern that creates a sense of depth and movement.

## 2.5. SONUÇ

### 2.5.1. Sonuçlar

- ÇBASKO leği kentli erişkinlerin ağız diş sağlığı kontrol algısını len, geçerliği ve gvenirliği 5 aşamada kanıtlanmış bir lektir.

- leğin kriter geerliğini saptamak için geliştirdiğimiz ADSD skalası ile BAS-KO leği arasında yapılan istatistik analizler geliştirdiğimiz ölçeğin toplumun ağız sağlığı davranışlarının bir göstergesi olabileceğini ortaya koymuştur.

- Örnekleminizde kentli erişkinlerin ağız sağlığı kontrol algısı dışsal kontrol odaklıdır. Kentli erişkinler ağız sağlığının korunmasında kontrol mekanizması olarak diş hekimini, onun yaptığı uygulamaları ve 1. ve 2. sosyalizasyon unsurlarını görmektedir.

- Kentli erişkinlerin ağız sağlığı kontrol algısı cinsiyet, yaş, SES, eğitim, medeni durum ve kentte yaşam süresi gibi sosyo demografik faktörlerden etkilenmektedir.

- Kentli erişkinlerin ağız sağlığı davranışları cinsiyet, eğitim, SES gibi sosyo ekonomik değişkenlerden ve içsel, dışsal ve 1. ve 2. sosyalizasyon kontrol odakları olarak sınıflanan ve kişilik faktörü olarak değerlendirilen ağız sağlığı kontrol algısından etkilenmektedir.

- İçsel kontrol odaklı, diş hekimi dışsal kontrol odaklı ve 1. ve 2. sosyalizasyon kontrol odaklı bireyler şans kontrol odaklı olanlara göre daha fazla ağız sağlığı davranışı gerçekleştirmektedir.

- Çalışmamızda 1. ve 2. sosyalizasyon olarak tanımlanan sosyal destek unsurlarının ağız sağlığının korunmasında önemli birer unsur olduğu ölçeğin yapı geçerliği aşamasında gerçekleştirilen faktör analizi sonucunda kanıtlandı. 1. ve 2. sosyalizasyon unsurları sağlık değerinin oluşmasında, ağız sağlığı kontrol algısının gelişmesinde ve sağlık davranışlarının öğrenilmesi ve kazanılmasında önemli bir etkiye sahiptirler.

- Bireylerin sağlıklı olmayı sağlayacak davranışları ve uygulamaları benimsemesinde, sağlığına verdiği değer ile sağlık algıları önemlidir. Bu unsurlar davranışın tahmin

edilmesinde ve uygulamalara riayet etmede önemli birer faktör olarak vurgulanmaktadır. Çalışmamızda kentli erişkinlerin YDL maddeleri kapsamında 1. sırada sırasıyla her açıdan sağlıklı olmayı, ekonomik açıdan rahat, refah içinde bir yaşamı ve her açıdan sağlıklı bir çevrede yaşamayı değerlendirdiklerini saptadık. Her açıdan sağlıklı olmanın değerlendirilmesi bireylerin sağlığı fiziksel, ruhsal ve sosyal tam iyilik hali olarak gördüklerini, ekonomik açıdan rahat, refah içinde bir yaşamın değerlendirilmesi maddi koşulların sağlık üzerinde etkili önemli faktör olduğunu, her açıdan sağlıklı bir çevrede yaşamının değerlendirilmesi sağlıklı yaşam biçimini önemsediklerini göstermektedir. Dışsal kontrol odaklı ve 1. ve 2. sosyal kontrol odaklı bireyler arasında sağlık değeri açısından farklılık vardır. İçsel kontrolü ve dış hekimi odaklı kontrolü yüksek bireylerin her açıdan sağlıklı olmayı birinci sırada; şans ve 1. ve 2. sosyalizasyon kontrolü yüksek bireyler ise ekonomik açıdan rahat, refah içinde yaşamı 1. sırada değerlendirmektedirler. Bu nedenle, sağlık kontrol algısını ölçmeye yönelik ölçeklerin kullanıldığı çalışmalarda bireysel sağlık algısı ve sağlık değeri ölçütlerinin de beraber kullanılması gerekmektedir.

- Bireylerin ihtiyaç ( gereksinim ) ve bilgilenme açısından ayrı değerlendirilmesi gerekmektedir. Öncelik gösterdiği sağlık ihtiyacı denildiğinde birey sağlığı açısından risk unsuru olarak gördüğü maddeleri değerlendirmekte, öncelik gösterdiği sağlık bilgisi denildiğinde ise kendisinde eksikliğini hissettiği ve geliştirmesi gerektiğini düşündüğü maddeleri değerlendirmektedir.

- Beslenme, tez çalışmamızın 1. aşamasında hem yapılandırılmış soruda hem de açık uçlu soruda sağlıklı yaşam biçimini sağlayan en önemli faktör olarak, sağlıklarını iyileştirmek için öncelik gösterdikleri bir konu olarak ve ağız diş sağlığını yerleştirdikleri bir sağlık konusu olarak karşımıza çıkmaktadır.

- Kişisel bakım alışkanlıkları kapsamında el – ayak temizliği, ağız diş temizliği, spor, beslenme değerlendirilmektedir.

- Kentli erişkinler ağız diş sağlığı davranışı başlığı altında sırasıyla diş fırçalama, beslenmeye dikkat etme, floridli ağız bakım ürünlerini ve diş ipi kullanma, florolu ağız gargarası kullanma, sakız çiğneme ve diş tozu - kürdan kullanma –karbonatla ovmayı değerlendirmektedir.

- Bireyler yaşadıkları ağız sağlığı problemleri arttıkça arayüz temizliğine daha fazla önem vermektedir.

- DMFT ile dişeti sağlığını gösteren GI değeri arttıka bireylerin diş hekimine sağlık eğitimi almak - bilgilenmek ve tedavi olmak amacıyla gitme durumları da artmaktadır.

- Düzenli diş hekimine kontrolune gidenlerde daha az yeni başlangıç çürüğü saptanmıştır ve düzenli diş hekimine kontrolune giden bireyler diğerlerine nazaran daha fazla içsel kontrol odaklıdır.







## 2.5.2. Öneriler

### 2.5.2. Öneriler

- Topluma yönelik sağlık eğitimi çalışmalarında kullanılacak eğitim mesajı ile eğitimin bilgi ve motivasyonel yapısı toplumun dışsal kontrol odaklı olduğu dikkate alınarak hazırlanmalıdır.

- Geliştirdiğimiz ölçek kullanılırken üzerinde etkisi olduğunu belirttiğimiz sosyo-ekonomik değişkenler de dikkate alınmalı ve sonuç bu değişkenlerle birlikte değerlendirilmelidir.

- Topluma yönelik olarak üniversiteler, sağlık kuruluşları ve özel sektör tarafından yapılan ağız sağlığı eğitim programları öncelikli olarak içsel sağlık kontrol odağı düşük olan ve daha az ağız sağlığı davranışı bilgisi ve kapasitesi olan eğitim düzeyi ve SES'i düşük gruplarda verilmelidir. Özel sektör tarafından düzenlenen kampanyalarda da diş fırçası ve macun dağıtımının dışında, bireylerin bilgileneceklerini sağlayacak eğitim materyalleri ve broşürler hazırlanmalıdır. Diş hekimlerinin koruyucu uygulamalar ve sağlık eğitimi konusunda bilgilenecekleri mesleki eğitim programlarına sponsor olmaları, okullarda ve toplum katılımının sağlandığı yerlerde ağız sağlığı bilgisini arttıracak eğitim materyallerinin hazırlanmasına destek olmaları toplumun ağız sağlığının geliştirilmesinde daha etkili olacak ve ağız sağlığını geliştirici ortamların oluşmasına katkıda bulunacaktır.

- Diş Hekimleri Odaları toplumun ağız sağlığı kontrol algısının diş hekimi odaklı dışsal kontrollu olduğunu göz önüne alarak meslektaşlarının ağız sağlığının geliştirilmesinde ne kadar önemli bir unsur olduğunu kabul etmeli ve var olan potansiyelin mesleki eğitimleri kapsamında sağlık eğitimi ve koruyucu programlar hakkındaki bilgilerin desteklenmesini ve yeni bilgiler konusunda aydınlatılmasını sağlamalıdır.

- Bireysel ve toplumsal düzeyde yapılan sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirmeye yönelik programlarda sağlık ihtiyaçları ve sağlık bilgisi almak istenen konular arasındaki bireysel ve toplumsal algılama farklılığına dikkat edilmelidir. Topluma yönelik çalışmalarda sağlık ihtiyaçları önceliği, bireysel düzeyde yapılan çalışmalarda ise sağlık bilgisi önceliğinin dikkate alınması planlanan ağız sağlığı çalışmalarına olan ihtiyacın belirlenmesinde ve bilgilendirme açısından öncelik verilmesi gereken ağız sağlığı konularının saptanmasına katkı sağlayacaktır.

- Diş hekimlerinin verdikleri ağız sağlığı hizmeti 1. basamak sağlık hizmetleri kapsamında düzenlenmeli ve hizmet kapsamında sağlık eğitimine daha fazla önem verilmelidir.

- Özellikle ilköğretim çocuklarına yönelik kişisel bakım alışkanlıklarının geliştirilmesi amaçlı programlar ve kampanyalarda ağız diş bakımı üzerinde daha fazla durulmalı ve bilgi verilmelidir. El – yüz temizliği gibi alışkanlık haline gelmiş kişisel bakım davranışlarıyla birlikte ağız diş bakımının da vurgulanması çocukların ağız sağlığı davranışlarını içselleştirmelerini ve gerçekleştirme olasılıklarını da arttıracaktır.

- Gerek diş hekimleri, gerekse topluma yönelik sağlık eğitimi yapanlar çalışmalarında arayüz temizliğinin önemine, çürük yapmayacak tarzda beslenmeye dikkat çekmeli ve nasıl gerçekleştirileceği konusunda birey ve topluma daha ayrıntılı bilgi vermelidir.

- Ağız sağlık eğitimi çalışmalarında ve ağız sağlığını geliştirici programlarda bireyin yanında ağız sağlığının kontrolünden sorumlu tuttuğu diş hekimi, aile ve okul ortamı üzerinde de yoğunlaşmak gerekmektedir.

- Diş hekimlerinin kendilerine başvuran hastalara muayenehane ortamında ağız sağlığı eğitimi vermeleri ve koruyucu uygulamalar konusunda kendilerine tavsiyelerde bulunmaları gerekmektedir.

- Ülkemizde diş çürükleri ve dişeti hastalıkları açısından risk grubunda olan ilkökul çocuklarına yönelik koruyucu çalışmalarda veli desteğinin etkin bir şekilde sağlanmadığı ve öğretmen desteğinin ağız sağlığını geliştirici davranışların geliştirilmesi açısından daha etkin olduğu kanıtlanmıştır. Bu nedenle bizim çalışmamızda önemli bir unsur olarak karşımıza çıkan aileye yönelik çocuklarının ağız sağlığı davranışları üzerindeki kontrol inançlarını arttıracak ve olumsuz ağız sağlığı inançlarını değiştirecek sağlık eğitimi çalışmaları planlanmalıdır.

- Okul ortamında bir kontrol unsuru olarak değerlendirilen öğretmenlerin ağız sağlığı bilgilerinin artırılmasına, eğitim programı kapsamında ağız sağlığının işlendiği ders saatlerinin ayrılmasına ve öğretmenlerin okul çocuklarına davranışları ile örnek olmasına çalışılmalıdır.

- Çalışmamızda 1. sosyalizasyon unsuru olan annenin çocuğun ağız sağlığı davranışları ve tutumları üzerindeki etkisi dikkate alınarak, annelerin hamilelik döneminden itibaren jinekologlar ve pediatristler ile birlikte diş hekimlerinin ortak çalışma alanları oluşturmaları gerekmektedir.

- Geliştirilen ölçek ancak toplumun ağız sağlığının değerlendirilmesinde kullanılabilir. Klinik uygulamalarda bireysel ağız sağlığı kontrol odaklarının saptanabilmesi için bireysel profillerin saptanması gerekmektedir.





### **3.1. ÖZET**

### 3.1. ÖZET

Bu çalışma kentli erişkinlerde bilişsel düzeyde ağız sağlığı davranışlarının göstergelerini ortaya çıkarmak üzere 5 aşamadan oluşan psikometrik ve tanımlayıcı bir araştırma olarak planlandı. Bu amaçla ağız sağlığının çok boyutlu yapısını da dikkate alan ve ağız diş sağlığı kontrol odaklarını belirlemeye yönelik Çok Boyutlu Ağız Diş Sağlığı Kontrol Odağı Ölçeği (ÇBASKOÖ) ve bu ölçeği değerlendirmemize yarayacak ağız sağlığı davranışlarını değerlendiren bir skala, bireyin sağlığına verdiği önemi saptayabilmek için yaşamdaki değerler listesi ve ağız sağlığı eğitimine yönelik ihtiyaç önceliğini belirleyebilmek için de sağlık bilgisi öncelik belirleme listesi oluşturuldu. Araştırmanın beş aşaması da İstanbul Anakent İl sınırları içinde Mart 2002-Ocak 2004 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırmanın beşinci aşamasında araştırma evreni 18 yaş ve üzeri kadın ve erkek yetişkinler olarak tanımlandı.

Birinci aşamada, ölçek sorularının hazırlanmasına rehber olmak amacıyla 107 kişilik bir örnekleme anket yöntemi kullanılarak tanımlayıcı bir ön çalışma gerçekleştirildi. İkinci aşamada, ÇBASKO ölçeği ile Yaşamdaki Değerler Listesi (YDL) ve Sağlık İhtiyaçları Öncelik Belirleme Listesi'nin (SİÖBL) anlaşılabilirliği 68 kişilik bir örnekleme denetlendi ve korelasyona dayalı madde analizi yöntemi ile ölçek maddelerinin analizleri yapıldı. Üçüncü aşamada madde analizleri sonucu madde - toplam puan korelasyon katsayıları yüksek maddeler ve yeni maddelerden oluşan ağız diş sağlığı kontrol algısını ölçen 26 maddelik yeni bir ölçek geliştirilmesine karar verildi. Ölçeğinin madde analizleri yapıldıktan sonra 79 kişilik bir örnekleme geçerlik ve güvenilirlik çalışması gerçekleştirildi. Dördüncü aşamada ölçeğin kriter geçerliğinin saptanmasında kullanılmak üzere klinik muayeneler yapıldı ve 165 kişilik bir örnekleme geçerlik ve güvenilirlik çalışması gerçekleştirildi.

Beşinci aşamada, 1000 kişilik örnekleme tez yürütücüsü denetiminde Mayak Worldwide Research Araştırma Şirketinin anketörleri vasıtasıyla ölçek uygulandı ve örnekleme geçerlik ve güvenilirlik çalışması gerçekleştirildi.

Birinci aşama verileri ile diğer aşamalarda kullanılan YDL, SİÖBL ve SBÖBL'nin değerlendirilmesinde frekans ve yüzdeler dağılımlara bakıldı. Ölçek maddelerinin saptanmasında korelasyona dayalı madde analizi tekniği kullanıldı. Ölçeğin geçerliğini saptamak için 3, 4. ve 5. aşamalarda faktör analizi yöntemi ile yapı geçerliğine, kapsam geçerliğine ve kriter geçerliğine bakıldı. Ölçek güvenilirlik çalışmasında ölçek ve altölçeklerin Cronbach alpha güvenilirlik katsayısına, test - tekrar test ve yarım test güvenilirliğine bakıldı. 4. ve 5. aşamalarda ADSD skalası ve ölçek ile demografik ve sosyo-ekonomik değişkenlerin ilişkisine bakıldı. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 10.0

paket programı aracılığıyla gerçekleştirildi.

ÇBASKO ölçeğinin yapılan analizler sonucunda kentli erişkinlerin ağız diş sağlığı kontrol algısını ölçmede geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmıştır. Kentli erişkinlerin ağız sağlığı kontrol algısı dışsal kontrol (diş hekimi ve 1. - 2. sosyalizasyon) odaklıdır. Kentli erişkinlerin ağız sağlığı kontrol algısı cinsiyet, yaş, SES, eğitim, medeni durum ve kentte yaşam süresi gibi sosyo demografik faktörlerden etkilenmektedir. Bireyler YDL maddeleri kapsamında her açıdan sağlıklı olmayı ve sağlıklı bir çevrede yaşamayı, ekonomik açıdan rahat ve refah içinde bir yaşamı değerlendirmektedir. Kentli erişkinler SBÖBL kapsamında öncelikli olarak çevre sağlığını, bulaşıcı olan hastalıklardan ve kazalardan korunmayı değerlendirmektedir. Kişisel öz bakım başlığı altında değerlendirilen ağız diş bakımı ve davranışları sırasıyla diş fırçalama, beslenmeye dikkat etme, floridli ağız bakım ürünlerini ve diş ipi kullanma, florlu ağız gargarası kullanma, sakız çiğneme ve diş tozu - kürdan kullanma - karbonatla ovma olarak sınıflanmaktadır.

Araştırma sonuçları ADSD Skalası ve ÇBASKO Ölçeğinin toplumun ağız sağlığı davranışlarının bir göstergesi olarak kullanılabileceğini, örneğimizdeki kentli erişkinlerin dışsal kontrol odaklı olma özelliklerinin ağız sağlığı eğitimi çalışmalarında dikkate alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.



## 3.2. İNGİLİZCE ÖZET



## SUMMARY

This psychometric and descriptive study is planned to be conducted in five stages and designed to expose indicators oral health behaviour of adults at cognitive level in urban areas. For this reason Multidimensional Oral Health Locus of Control Scale was designed to determine the multidimensional structure of oral health and oral health locus of control and a scale is designed to help the evaluation of oral health behaviour, two lists were designed to investigate the importance of health and perception and priority degree of oral health education need in individual's perception. All stages of this study were completed in İstanbul from March 2002 to January 2004. At the fifth stage of research the survey sample consisted of 1000 women and men age of 18 and above

At the first stage, to guide to prepare the scale questions a descriptive preliminary study was done in the sample size of 107. At the second stage to find out the recognition of Multidimensional Oral Health Locus of Control Scale (MOHLCS), Life Priority List (LPL), Health Necessity Priority Determination List (HNPD L) were inspected in the sample size of 68 and scale items were analyzed using item- total correlations method. At the third stage according to item analyzes with the items that have highest item-sum score correlation coefficients and oral health locus of control perception evaluation items a new 26 itemed scale was decided to be developed. After item analysis was completed, validity and reliability analysis of scale in the sample size of 79 was done. At the fourth stage, to determine predictive validity of scale clinical examinations were done and in the sample size of 165. Validity and reliability analysis of scale was completed.

At the fifth stage, the scale was carried out by pollster's of Mayak Wordlwide Research Company under the control of the researcher and validity and reliability analysis were completed in the sample size of 1000.

Frequency and percentage of fist stage datas and the evaluations of LPL, HNPL and poverty of oral health education list (POHE) were estimated. To determine items of the scale item analysis, including item total correlations was used. To construct validity of the scale, predictive and content validity method were examined. Cronbach's alpha, the test – retest and split-half reliability were assessed to determine the reliability of scale and subscale. At the fourth and fifth stage the relationship between the scores of the scale and oral health behaviour scale with socio- demographic variables were tested. For analyzing the data SPSS 10.0 was used.

The MOHLCS is proved to be the reliable and valid instrument to measure oral health control perception in adults in urban areas. Oral health locus of control in adults in urban areas is external controlled (dentist and 1. - 2. socialization) focused. Oral health locus of control perception were affected from sex, age, Social Economical Statu (SES), education, marital status and duration of living and socio-economical factors in adults in urban areas. In all perspective to be healthy, economical - comfort in lifestyle and living in an healthier enviroment were estimated by the subjects. In the scope of POHE environmental health, to avoid infectious disease and accident were estimated first. Oral health behaviour were classified as tooth brushing, diet control, using tooth floss and fluoridated moutwashes, tooth-powder, toothpicks and chewing gums.

As a result, oral health behavior scale and MOHLCS could be used as oral health behavior indicators in population programs. According to the characteristic of urban adults, who were externally locus of control must be taken into consideration in designing and application of oral health education program.





### **3.3. KAYNAKLAR**

1. Act Health Promotion. Health Promotion Approaches. Available at: <http://healthpromotion.act.gov.au/whati.../approaches.ht>, Accessed June 29, 2004.

2. Acton GJ, Malathum P. Basic Needs Status and Health Promoting Self- Care Behavior in Adults. *Western Journal of Nursing Research* 2000;22(7):796-812.

3. Adair P, Pine CM, Burnside G et al. Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary among ethnically and socio-economically diverse groups. *Community Dental Health* 2004; 21(Suppl 1): 102-11.

4. Adams MH, Bowden AG, Humphrey DS, McAdams LB. Social Support and Health Promotion Lifestyles of Rural Women . *Journal of Rural Nursing and Health Care* [serial online]. Available at: <http://www.rno.org/journal/volume1/issue1/adams.html>. Accessed September 20, 2002.

5. Adult Dental Health Survey. Oral Health in the United Kingdom 1998. Office for National Statistics

6. Ağız ve Diş Sağlığı Eğitimi Projesi ( 1997 – 2001). TC. Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı, Ankara, 1997.

7. Al- Hussaini R, Al – Kandari M, Hamadi T, Al- Mutawa A, Honkala S. Dental Health Knowledge, Attitudes and Behaviour among Students at the Kuwait University Health Sciences Centre. *Med Princ Pract* 2003;12:260-65.

8. Akkayan T. Kent ve Sağlık. İ. Ü. Edebiyat Fak. Antropoloji Bölümü, Ocak: 1995.

9. Amman MT, Ünsal P, Saydam GB, Oktay İ. Oral health and ist relationship with sociodemographic factors- an emprical study in Osmaneli – Gölpaazarı area in Turkey. *International Public Health Congress “Health 21 In Action “*, İstanbul, 2000.

10. Arıcı H. İstatistik Yöntemler ve Uygulamalar. Meteksan , Ankara,1998; 9 –19.

11. Arık A. Psikolojide Bilimsel Yöntem (genişletilmiş 2. baskı), Çantay Kitabevi, İstanbul, 1998; 115-243.

12. Armitage CJ, Norman P, Conner M. Can the Theory of Planned Behaviour mediate the effects of age, gender and multidimensional health locus of control? *British Journal of Health Psychology* 2002; 7: 299-316.

13. Armitage CJ, Conner M. The theory of planned behaviour: Assessment of predictive validity and 'perceived control'. *British Journal of Social Psychology* 1999; 38: 35-54.

14. Astrom AN, Blay D. Multidimensional Health Locus of Control Scales: Applicability among Ghanaian Adolescents. *East African Medical Journal* 2002; 79(3):128-133.

15. Astrom AN, Rise J. Socio-economic differences in patterns of health and oral health behavior in 25 years old Norwegians. *Online Journal Springer – Verlag* 2001, <http://link.springer.de/link/service/journals/00784/contents/.../s007840000102ch100.htm>, 27 Ocak 2003.

16. Atchison KA. Understanding the "Quality" in Quality Care and Quality of Life. In: Inglehart MR, Bagramian RA (eds). *Oral Health –Related Quality of Life*. Quintessence Publishing Co, Inc., USA, 2002; 13-28.

17. Baltaş Z. Sağlık Psikolojisi. Remzi Kitabevi, İstanbul, 2000; 33-45.

18. Bandura A. The Self-System in Reciprocal Determinism. *American Psychologist* 1978; April: 344 – 58.

19. Bandura A. Self- efficacy in changing Societies. Cambridge University Press, USA, 1995: 202 – 231.

20. Baykal A. Davranış Ölçümünde Yapısal Geçerlik Göstergesi. *Türk Psikoloji*

Dergisi 1994; 9(33):45-50.

21. Beaglehole R, Bonita R, Kjellström T. Temel Epidemiyoloji. DSÖ Cenevre 1993. Çeviren: Nazan Bilgel, Nobel & Güneş Tıp Kitabevi , Çapa, 1997.

22. Bermudez J. Personality and Health – Protective Behaviour. European J of Personality 1999; 13:83-113.

23. Birren JE, Cunningham WR, Yamamoto K. Psychology of adult development and aging. Ann. Rev. Psychology 1983; 34:543 – 75.

24. Bond MH, Smith PB. Cross – cultural Social and Organization Psychology. Annu. Rev. Psychol 1996; 47:205 – 35.

25. Bora N. İlköğretim Evresinde Ağız Dış Sağlığı Eğitiminde Bilgi İşleme Modeli'nin Etkinliğinin Klinik ve Epidemiyolojik Olarak İncelenmesi. İ. Ü. Sağlık Bilimleri Enst, Doktora Tezi, İstanbul, 2001.

26. Borg V, Kristensen TS. Social class and self – rated health: can the gradient be explained by differences in life style or work environment? Soc. Sci. Med 2000; 51:1019 - 30.

27. Borkowska ED, Watts TLP, Weinman J. The Relationship of Health Beliefs and Psychological Mood to Patient Adherence to Oral Hygiene Behaviour. Journal of Clinical Periodontology 1998; 25: 187- 93.

28. Borutta A, Schreiber A, Brocker M. Einschätzung der lebensqualität in abh ngigkeit vom oralen gesundheitszustand, von pers nlichen wahrnehmungen und dem gesundheitsverhalten. Acta Med Dent Helv 1996;1:202 – 9.

29. Borutta A, K nzel W, Larsen R. Oral health outcomes. The 1991 German Section of the WHO Second International Collaborative Study. WHO Collaborative Center for Prevention of Oral Diseases Dental School Erfurt. Friedrich Schiller University of

Jena. Germany, 1995; 1 – 117.

30. Boyacıoğlu G, Savaşır I. Kişilerarası Şemalar ˆlçeđinin Geçerlik ve Gˆvenirlik ˆalıřması. Tˆrk Psikoloji Dergisi 1995; 10(35): 40-58.

31. Bulut A, Nalbant H, ˆokar M. Ergenlerin Sağlık Bilincinin Geliştirilmesi Projesi. Ergenler ve Sağlık Durumu Raporu. Taslak Kadın ve ˆocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi. İ. ˆ. Tıp Fakˆltesi , Şubat 2002.

32. Calnan M. Control over health and patterns of health – related behaviour. Soc. Sci. Med 1989; 29(2) : 131-136.

33. Cooper D, Fraboni M. Toward a more Valid and Reliable Health Locus of Control Scale. Journal of Clinical Psychology 1988; 44(4): 536-540.

34. Cousins JH, Power TG, Ezzel - Olvera N. Mexican-American Mothers' Socialization Strategies: Effects of Education, Acculturation and Health Locus of Control. J. of Experimental Child Psychology 1993; 55:258 – 76.

35. Cox L. The Health Self – Determinism Index. Nursing Research 1985; 34(3):177 – 83.

36. Cresson G, Pitrou A. The role of family in creating and maintaining healthy lifestyles. In: Bandura B, Kickbusch I. Health Promotion Research: WHO Regional Publications. European Series: No: 37: 213- 227.

37. Cruz GD, Galvis DL, Kim M, Le- Geros RZ, Barrow SL, Tavares M, Bachman R. Self – perceived oral health among three subgroups of Asian – Americans in New York City: a preliminary study. Community Dent Oral Epidemiol 2001; 29:99-106.

38. Currie CE, Elton RA, Todd J, Platt S. Indicators of socioeconomic status adolescents: the WHO Health Behaviour in Scholl –aged Children Survey. Health Education Research 1997; 12(3):385-97.

39. Dağ İ. Kontrol Odağı Ölçeği (KOÖ): Ölçek Geliştirme, Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. Türk Psikoloji Dergisi 2002; 17(49):77-90.

40. Dean K. Self – care components of lifestyles: The importance of gender, attitudes and the social situation. Soc. Sci. Med 1989; 29(2):137 – 52.

41. Demirhindi O, Baltaş Z, Şinasi A. Koruyucu Sağlık Davranışı Üzerine Bir Değerlendirme. 5. Ulusal Psikoloji Kongresi. Psikoloji- Seminer Dergisi Özel Sayısı 1990; 8:65-72.

42. Dinning WD, Crampton J. The Krantz Health Opinion Survey: correlations with preventive health behaviors and intentions. Psychological Reports 1989; 64:59 – 64.

43. Dolan TA, Gooch BF, Bourque IB. Associations of self reported dental health and general health measures in the Rand Health Insurance Experiment. Community Dent Oral Epidemiol 1991; 19:1-8.

44. Duncan GJ, Daly MC, McDonough P, Williams DR. Optimal indicators of socioeconomic status for health research. American Journal of Public Health 2002; 92(7): 1151-1157.

45. Elder JP, Ayala GX, Harris S. Theories and Intervention Approaches to Health Behavior Change in Primary Care. American Journal of Preventive Medicine 1999; 17(4): 278-84.

46. Ellen KC. The Determinants of Health Behavior. Rush University, Collage of Nursing, PhD Thesis, USA, 1981.

47. Ergenlerin Sağlık Bilincinin Geliştirilmesi Projesi. Öğretim Programları ve Ders Kitaplarında Ergen Sağlığı Konuları ( mevcut durum ) T. C Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı, Ankara, Şubat 2002.



48. Erkuş A. Psikometri Üzerine Yazılar. Türk Psikologlar Derneği Yayınları No: 24, 1. basım, Ankara, Şubat 2003.

49. Eser E; Fidaner H, Fidaner C ve ark. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL 100, WHOQOL-BREF. 3P Psikiyatri – Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 1999;5(1):2-20.

50. Esin MN. Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi. İ. Ü. Sağlık Bilimleri Enst, Doktora Tezi, İstanbul, 1997.

51. Fekadu Z, Kraft P. Self – Identity in planned behavior perspective: past behavior and its moderating effects on self – identity – intention relations. Social Behavior and Personality 2001; 29(7): 671 – 86.

52. Felton GM, Parsons MA, Barcotes MG. Demographic Factors: Interaction Effects on Health – Promoting Behaviour and Health Related Factors. Public Health Nursing 1997; 14(6): 361-67.

53. Fenlon MR, McCartan IS. Validity of a patient self – completed health questionnaire in a primary care dental practice. Community Dent Oral Epidemiol 1992; 20:130-32.

54. Flammer A. Developmental analysis of control beliefs. In: Bandura A. Self – efficacy in Changing Societies. Cambridge University Press: 1995:69 – 113.

55. Ford ME, Havstad SL, Hill DD. Assessing the reliability of four standard health measures in a sample of older urban adults. Research on Aging 2000; 22(6):774 – 96.

56. Franks P, Thomas LC, Shields CG. Social Relationship and Health: The Relative Roles of Family Functioning and Social Support. Soc. Sci. Med. 1992; 34(7): 779-88.

57. Fredricks AJ, Dossett DL. Attitude-Behavior Relations: A Comparison of the Fishbein – Ajzen and the Bentler – Speckart Models. Journal of Personality and Social

Psychology 1983; 45(3):501 – 12.

58. Freeman R. The determinants of dental health attitudes and behaviors. *British Dental Journal* 1999; 187(1): 15 – 18.

59. Galgut PN, Waite IM, Pokropek AT, Barnby J. The relationship between the multidimensional health locus of control and the performance of subjects on a preventive periodontal programme. *J Clin Periodontol* 1987; 14:171-175.

60. Gebhardt WA, Doef MP, Paul LB. The Revised Health Hardiness Inventory (RHHI-24): psychometric properties and relationship with self reported health and health behavior in two Dutch samples. *Health Education Research* 2001; 16(5):579-92.

61. Gerdtham UG, Johannesson M. New estimates of the demand for health: results based on categorical health measure and Swedish micro data. *Soc. Sci. Med* 1999; 49:1325 – 32.

62. Gift HC, Atchison KA, Dayton CM. Conceptualizing oral health and oral health – related quality of life. *Soc. Sci. Med* 1997; 44(5): 601 – 608.

63. Gilbert GH, Duncan RP, Vogel WB. Determinants of dental care use in dentate adults: Six monthly use during a 24 – month period in the Florida Dental Care Study. *Soc. Sci. Med* 1998; 47(6): 727 – 37.

64. Gilbert A, Nuttall NM. Self – reporting of periodontal health status. *British Dental Journal* 1999;186(5): 241-44.

65. Gilbert GH, Duncan RP, Heft MW, Dolan TA, Vogel WB. Multidimensionality of Oral Health in Dentate Adults. *Medical Care* 1998; 36(7): 988- 1001.

66. Gilmore GD, Campbell MD. *Needs Assessment Strategies*. 2. ed. WCB-McGraw Hill Press, USA, 1996; 27 – 51.

67. Goldstein MS, Siegel JM, Boyer R. Predicting Changes in Perceived Health Status. *Am. J. Public Health* 1984; 74 (6):611 – 14.

68. Granberg D, Holmberg S. The Intention - Behavior Relationship among U. S and Swedish Voters. *Social Psychology Quarterly* 1990; 53(1): 44 – 54.

69. Gözüm S, Aksayan S. Öz- Etkililik -Yeterlilik Ölçeğinin Türkçe Formunun Güvenilirlik ve Geçerliliği. *Atatürk Ü. HYO Dergisi* 1999; 2(1):1-14.

70. Health 21- health for all in the 21st century. *European Health for all series No:6*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen,1999.

71. Health and ill – health Attitudes and Behaviour. Available at: <http://www.garysturt.free-online.co.uk/healat2.htm>. Accessed March 26, 2004.

72. Health Education and Health Promotion HS1403. Available at: [http://www.jcv.edu.au/school/phtm/occuther/subjects/Sue%20Divine/hs1403\\_LW3.htm](http://www.jcv.edu.au/school/phtm/occuther/subjects/Sue%20Divine/hs1403_LW3.htm). Accessed January13, 2004.

73. Heft MW, Gilbert GH, Shelton BJ, Duncan RP. Relationship of dental status, sociodemographic status, and oral symptoms to perceived need for dental care. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31:351-60.

74. John Heron, Catharsis in human development. Chapter 4: Human needs and behaviour. Available at: [www.co-cornucopia.org.uk/coco/articles/cathars/cathar4.htm](http://www.co-cornucopia.org.uk/coco/articles/cathars/cathar4.htm). Accessed May 21, 2004.

75. Ireland Dental Health Foundation: The year 2000 oral health status of Irish adults, including tooth brushing behaviour and reported preventive regimes to prevent tooth decay, are contained in the following tables. Available at:<http://www.dentalhealth.ie/english/statistics.html>. Accessed October17, 2002.

76. İnceoğlu M. Tutum Algı İletişim. Versa Yayıncılık, Ankara, 1993.

77. Kağıtçıbaşı Ç. İnsan Faktörünün Gelişmesinde Sosyal Bilimlerin Rolü: Aracı-  
lı Destek Modeli. F Atacan .Mübeccel Kınay İçin Yazılar, Bağlam Yayınları, İstanbul,  
2000:281-91.

78. Kasapoğlu MA. Sağlık Sosyolojisi. (Türkiye'den Araştırmalar). Sosyoloji  
Derneği Yayınları VI, Ankara 1999.

79. Kent GG, Matthews RG, White FH. Locus of control and oral health. JADA  
1984; 109: 67-69.

80. Keogh T, Linden GJ. Knowledge, attitudes and behavior in relation to dental  
health of adults in Belfast, Northern Ireland. Community Dent Oral Epidemiol 1991;  
19:246 – 48.

81. Knecht MC, Syrjala A-MH, Laukkanen P, Knuuttila MLE. Self – efficacy as a  
common variable in oral health behavior and diabetes adherence. Eur J Oral Sci 1999;  
107:89-96.

82. Knecht M. Psychological features characterizing oral health behavior, diabetes  
self-care health status among IDDM patients. Oulu University Library, Available at:  
<http://herkules oulu.fi/isbn9514256301/html>. Accessed May 20, 2002.

83. Koç M, Yavuzer Y, Demir Z, Çalışkan M. Gelişim ve Öğrenme. Nobel Yayın  
Dağıtım, Ankara, Ekim 2001.

84. Koivusilta LK, Rimpela A, Rimpela MK. Health related lifestyle in adolescen-  
ce- origin of social class differences in health? Health Education Research 1999;  
14(3):339-55.

85. Kok G. Health motivation: health education from a social psychological point  
of view. In: Maes S, Spielberg CD, Pefares PB, Sarason IG (eds). Topics in Health  
Psychology. John Wiley & Sons Ltd, 1988:295 – 300.

86. Koptagel – İlal G. Davranış Bilimleri. Tıpsal Psikoloji (4. baskı). Nobel Tıp Kitabevleri , İstanbul, 2001.

87. Küçükbayır DG. Sağlıkta ve Hastalıkta Kontrol Algısı Ölçeği. A. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2000.

88. Kwan SYL, Holmes MAM. An exploration of oral health beliefs and attitudes of Chinese in West Yorkshire: a qualitative investigation. Health Education Research 1999; 14(4):453-460.

89. Lawrence HP. Cross- cultural perceptions of oral health and oral health related quality of life. Community Dental Health 2001; 18:207-208.

90. Lee HJ. Health perceptions of middle, “new middle,” and older rural adults. Fam Community Health 1993;16(1):19 – 27.

91. Lee EO, Gu MO. Health Beliefs model and sick role behaviour of Korean chronically ill patients. Taehan Kanho 1990; 29 (3): 49-63.

92. Liddell A, May B. Some characteristics of regular and irregular attenders for dental check – ups. British Journal. of Clinical Psychology 1984;23:19 – 26.

93. Liu H, Singer RE, Winston JL, Hyde JD, Cerone CM. Associations between Periodontal Health and Demographics Self- Reported Oral Hygiene Habits/ Practices and Overall Satisfaction with Oral Health. (Procter & Gamble, Mason, OH, and USA.), Available at: <http://dentalcare.com/soap/journals/pgresrch/posters/iadr02/pp3661.htm>. Accessed October17, 2002.

94. Locker D. Issues in measuring change in self perceived oral health status. Community Dent Oral Epidemiol 1998; 26:41 – 47.

95. Locker D, Clarke M, Payne B. Self-perceived Oral Health Status, Psychological Well – being and Life Satisfaction in an Older Adult Population. J Dent Res 2000;

79(4):970-75.

96. Lockerbie L, Lutz W. Community Health Survey. A Practical Guide for Health Workers. International Epidemiological Association, Switzerland, 1986; 2-83.

97. Ludenia K, Donham GW. Dental Outpatients: Health Locus of Control Correlates. *Journal of Clinical Psychology* 1983; 39(6): 854-858.

98. Marshall GN, Collins BE, Crooks VC. A Comparison of Two Multidimensional Health Locus of Control Instruments. *Journal of Personality Assessment* 1990; 54(1&2):181-190.

99. McCallum DM, Keith BR, Wiebe DJ. Comparison of Response Formats for Multidimensional Health Locus of Control Scales: Six Levels Two Levels. *Journal of Personality Assessment* 1988; 52(4): 732-736.

100. McGoldrick PM. Principles of health behaviour and health education. In: Pine CM. *Community Oral Health*. Wright, Great Britain, 1997:188 – 205.

101. McGrath C, Bedi R. An evaluation of a new measure of oral health related quality of life – OHQoL-UK (W). *Community Dental Health* 2001; 18:138 – 43.

102. McGrath C, Bedi R. Dental services and perceived oral health: are patients better off going private? *Journal of Dentistry* 2003;31(3):217-221.

103. McLean J, Pietroni P. Self Care – Who does best? *Soc. Sci. Med.* 1990; 30(5):591-96.

104. Meachanic D. Issues in promoting health. *Soc. Sci. Med* 1998; 48:711 – 18.

105. Muthny FA, Tausch B. Adaptation der Multidimensional Health Locus of Control Scales (MHLC) für den deutschen Sprachraum. *Zeitschrift für Differentielle und*

Diagnostische Psychologie 1994; 15(1):3 – 15.

106. Noack H. Conceptualizing and measuring health: In: Bandura B, Kickbusch I. Health Promotion Research: WHO Regional Publications. European Series: No: 37:85 – 112.

107. Norman P. Health Locus of Control and Health Behavior: an Investigation into the Role of Health Value and Behaviour – Specific Efficacy Beliefs. Personality and Individual Differences 1995; 18(2): 213- 18.

108. NSW Health survey 1997 and 1998 Oral Health. Available at:[http://www.health.nsw.gov.au/public-health/nswhs/oral/oral\\_intro.htm](http://www.health.nsw.gov.au/public-health/nswhs/oral/oral_intro.htm). Accessed October 18, 2002.

109. Nuttall NM. Initial development of scale to measure dental indifference. Community Dent Oral Epidemiol 1996; 24:112-16.

110. Nuttall NM, Steele JG, Pine CM, White D, Pitts NB. The impact of oral health on people in the UK in 1998. British Dental Journal 2001; 190(3):121-26.

111. Oktay İ. Ağız Diş Sağlığının İyileştirilmesi ve Geliştirilmesi. TDBD 2000; 59: 50-51.

112. Okyavuz ÜH. Sağlık Psikolojisi. Türk Psikologlar Derneği Yayınları No: 19, Ankara, 1999; 1-37.

113. Oral Health in America: A Report of the Surgeon General. Available at: <http://www.nidr.nih.gov/sgr/sgrohweb/chap6.htm>. Accessed February 2, 1998.

114. Ouellette JA, Wood W. Habit and Intention in Everyday Life: The Multiple Processes by Which Past Behavior Predicts Future Behavior. Psychological Bulletin 1998; 124(1): 54 – 74.

115. Öner N. Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler. Boğaziçi Üni Yayınevi ( 1. baskı ), İstanbul ,1994;10 – 20.

116. Östberg AL, Halling A, Lindblad U. A gender perspective of self perceived oral health in adolescents: associations with attitudes and behaviors. Community Dental Health 2001;18:110 – 16.

117. Özçelik DA. Ölçme ve Değerlendirme (3. baskı). ÖSYM yayınları, Ankara, 1998; 9-25.

118. Özdamar K. SPSS ile Biyoistatistik (3. baskı). Kaan Kitabevi, Eskişehir, 1999.

119. Özerkan AG, Akıncı T, Aytepe Z, Aktören O ve ark. İstanbul İli İlköğretim Okulları Öğrencilerinin Ağız Diş Sağlığı Bulgularının Değerlendirilmesi. 1. İstanbul Çocuk Kurultayı Araştırmalar Kitabı. İstanbul Çocuk Vakfı, 1999:121.

120. Özgüven İE. Psikolojik Testler (4. baskı). PDREM Yayınları, Ankara, 2000.

121. Özgüven İE. Bireyi Tanıma Teknikleri (4. baskı). PDREM Yayınları, Ankara, 2002.

122. Pachter LM, Sheehan J, Cloutier MM. Factor and subscale structure of a parental health locus of control instrument ( Parental Health Beliefs Scales) for use in a mainland United States Puerto Rican community. Soc. Sci. Med 2000; 50:715 – 21.

123. Palmqvist S, Söderfeldt B, Arnbjerg D. Self – assessment of dental conditions: validity of a questionnaire. Community Dent Oral Epidemiol 1991; 19: 249-51.

124. Payne BJ, Locker D. Oral self – care behaviors in older dentate adults. Community Dent Oral Epidemiol 1992; 20:376 – 80.



125. Pender NJ. Expressing Health Through Lifestyle Patterns. *Nursing Science Quarterly* 1990; 3(3) :115- 122.

126. Pender NJ, Pender AR. *Health Promotion in Nursing Practice*. 2.ed. Norwalk, California, 1987:37 – 55.

127. Perry C, Baranowski T, Parcel GS. How Individuals, Environments and Health Behavior Interact: Social Learning Theory. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK (eds). *Health Behavior and Health Education*. Jossey – Bass, San Francisco, 1991; 161-187.

128. Petty RE, Wegener DT, Fabrigar LR. Attitudes and attitude change. *Annu. Rev. Psychol* 1997; 48:609 – 47.

129. Pine CM, Adair PM, Peterson PE et al. Developing explanatory models of health inequalities in childhood dental caries. *Community Dental Health* 2004; 21(Suppl 1): 86-95.

130. Pratt L. The social support functions of the family. In: Bandura B, Kickbusch I. *Health Promotion Research: WHO Regional Publications. European Series: No: 37:229- 49.*

131. Raja SN, Williams S, McGee R. Multidimensional Health Locus of Control Beliefs and Psychological Health for a sample of Mothers. *Soc. Sci. Med* 1994; 39(2): 213 – 220.

132. Regis D. Self – concept and conformity in theories of health education. Available at:<http://www.ex.ac.uk/sheu/PhD/Contents.html>. Accessed September 18, 1998.

133. Reisine S, Litt M. Social and psychological theories and their use for dental practice. *International Dental Journal* 1993; 43: 279-287.

134. Reisine ST, Bailit HL. Clinical Oral Health Status and Adult Perceptions of

Oral Health. Soc. Sci. Med. 1980; 14(6): 597-605.

135. Ren SX, Skinner K, Lee A, Kazis L. Social support, social selection and self – assessed health status: results from the veteran’s health study in the United States. Soc. Sci. Med 1999; 48:1721 – 34.

136. Rock DL, Meyerowitz BE, Maisto SA, Wallston KA: The Derivation and Validation of Six Multidimensional Health Locus of Control Scale Clusters. Research in Nursing & Health 1987; 10: 185-95.

137. Rossum MJM, Kalk W, Felling AJA, Hof MA. Dental health behavior and attitudes an application of correspondence analysis. Community Dent Oral Epidemiol 1991; 19:321 –23.

138. Sağlık Eğitimi ve Yönetimi. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı , Ankara, Eylül 2001: 292

139. Savaşır I. Ölçek Uyarlamasındaki sorunlar ve Bazı Çözüm Yolları. Türk Psikoloji Dergisi 1994; 9(33): 27 – 32.

140. Saydam GB. Türkiye’de Ağız Diş Sağlığı Hastalıkları Düzeyi ve Gereken İlk Adım: Sağlık Eğitimi. TDBD 2000; 59: 47-49.

141. Saydam G, Oktay İ, Möller I. Türkiye’de ağız diş sağlığı durum analizi. Türk Ağız Diş Sağlığı -001 (DSÖ). Seçil Ofset, İstanbul, 1990.

142. Schneewind KA. Impact of family processes on control beliefs. In: Bandura A. Self- Efficacy in Changing Societies. Cambridge University Press, 1995; 114 – 48.

143. Schwarzer R, Fuchs R. Self Efficacy and Health Behaviors. In: Conner M, Norman P (eds). Predicting Health Behavior Research and Practice with Social Cognition models. Open Ü. Press, Buckingham, 1995; 1 – 29.

144. Sertçelik E. Üniversiteli gençlerin sağlık davranışlarının değerlendirilmesi. İstanbul: İ. Ü. Sağlık Bilimleri Enst , Yüksek Lisans Tezi,1993.

145. Sheeran P, Orbell S. Self-schemas and the theory of planned behaviour. European Journal of Social Psychology 2000; 30:533-550.

146. Sheeran P, Trafimow D, Armitage CJ. Predicting behaviour from perceived behavioural control: Tests of the accuracy assumption of the theory of planned behaviour. British Journal of Social Psychology 2003; 42: 393-410.

147. Shou L, Locker D. Principles of oral health promotion. In: Pine CM. Community Oral Health. Wright, Great Britain, 1997:178 – 187.

148. Siegrist J. Place, social exchange and health: proposed sociological framework. Soc. Sci. Med 2000; 51:1283 – 93.

149. Skaret E, Raadal M, Kvale G, Berg E. Reliability and validity of Dental Indifference Scale in population of 18 – years – old in Norway. Community Dent Oral Epidemiol 2000; 28:330-335.

150. Soe KK, Gelbier S, Robinson PG. Reliability and validity of two oral health related quality of life measures in Myanmar adolescents. Community Dental Health 2004; 21 (4): 306 11.

151. Sjøgaard AJ, Grytten J, Holst D. Recent changes in health related dental behaviors in Norway. Community Dent Oral Epidemiol 1991; 19:241-45.

152. Sjøgaard AJ. Theories and models of health behaviour. In: Pine CM. Community Oral Health. Wright, Great Britian, 1997:27-63.

153. Sørensen S, Pinquart M. Developing a measure of older adult's preparation for future care needs. J. Aging and Human Development 2001; 53(2): 137 – 65.

154. Steenkiste MV. Die Einstellung zur Zahn-gesundheit and Zahngesundheitlichen Prävention bei Deutschen und Türkischen Eltern. Oralprophylaxe 2003; 25:160-67.

155. Steenkiste MV. Zahngesundheitliches Verhalten bei Deutschen und Türkischen Vorschulkindern. Oralprophylaxe 2003; 25:121- 28.

156. Strickland BR. Internal – External Expectancies. American Psychologists 1989; 1 – 12.

157. Syrjälä A-MH, Syrjala LK, Knuuttila M. Intrinsic motivation in dental care. Community Dent Oral Epidemiol 1992; 20:333 – 37.

158. Syrjälä A-MH, Knecht MC, Knuuttila MLE. Dental self – efficacy as a determinant to oral health behaviour, oral hygiene and HbA1 c level among diabetic patients. Journal of Clinical Periodontology 1999;26:616-21.

159. Szatko F, Wierzbika M, Dybizbanska E, Struzycka I, Frankowska EI. Oral health of Polish three- years- olds and mother’s oral health-related knowledge. Community Dental Health 2004; 21:175-80.

160. Şahin N. Psikoloji Araştırmalarında Ölçek Kullanımı. Türk Psikoloji Dergisi 1994; 9(33): 19 – 26.

161. Şahin NH, Durak A. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri İçin Uyarlanması. Türk Psikoloji Dergisi 1995; 10(34): 56-73.

162. Şenocak M. Biyoistatistik . İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul, 1997.

163. Tabak RS. Sağlık Eğitimi. Songür, İstanbul, 2000.

164. Talbot F, Nouwen A, Gauthier J. Is Health Locus of Control a 3 – Factor or a 2- Factor Construct? Journal of Clinical Psychology 1996; 52(5): 559-568.

165. Tannahill A, Tannahill C, Downie R.S. Health Promotion Models and values. 2.ed. Oxford University Press, New York, 1998.

166. Tezbaşaran AA. Likert Tipi Ölçek Geliştirme Kılavuzu. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1997.

167. Trafimow D, Fishbein M. The Importance of Risk in Determining the Extent to Which Attitudes Affect Intentions to Wear Seat Belts. J. of Applied Social Psychology 1994; 24(1): 1 – 11.

168. Trafimow D, Duran A. Some test of the distinction between attitude and perceived behavioural control. British Journal of Social Psychology 1998; 37:1 – 14.

169. Tuinstra J, Groothoff JW, Heuvel WJA, Post D. Socio- economic differences in health risk behavior in adolescence: Do they exist? Soc. Sci. Med 1998; 47(1):67 – 74.

170. Tsakos G, Marcenes W, Sheiham A. Cross – cultural differences in oral impacts on daily performance between Greek and British older adults. Community Dental Health 2001; 18:209-213.

171. “Türkiye’de Ağız Diş Sağlığı Kapasitesinin Artırılması Amaçlı Bilecik İli Uygulama Projesi” Özet Sonuçları. TDBD 2004; 79: 43-46.

172. UNDP /TC Sağlık Bakanlığı “Hizmet Kullanıcıları” – Halk Geneli- Araştırma Raporu. Strateji Mori, İstanbul, Ekim1997.

173. University of South Florida Community and Family Health. Multidimensional health locus of control (MHLC) scales. Available at: [http://hsc.usf.edu/~kmbrown/MHLC\\_Scale.htm](http://hsc.usf.edu/~kmbrown/MHLC_Scale.htm). Accessed October 22, 2002.

174. Ünsal P. Psikolojide Anket Araştırması ve Analiz Yöntemlerine Giriş, İ. Ü. Edebiyat Fakültesi, İstanbul, 1997.

175. Veenstra G. Social capital, SES and health: an individual -level analysis. *Soc. Sci. Med* 2000; 50:619 – 29.

176. Vered Y, D.Sgan – Cohen H. Self perceived and clinically diagnosed dental and periodontal health status among young adults and their implications for epidemiological survey. *BMC Oral Health* 2003;3(1):3:3. Available at:<http://biomedcentral.com/1472-6831/3/3>. Accessed October , 2004.

177. Walfe GR, Stevart JE, Hartz GW. Relationship of dental beliefs and oral hygiene. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991;19:112 – 15.

178. Wallston KA, Malcarne VL, Flores L, Hansdottir I, Smith CA, Stein MJ, Weisman MH, Clements PJ. Does God Determine Your Health? The God Locus of Control Scale. *Cognitive Therapy and Research* 1999; 23(2): 131 – 42.

179. Wang HH, Laffrey SC. A predictive Model of Well- Being and Self – Care for Rural Elderly Women in Taiwan. *Research in Nursing & Health* 2001; 24:122-32.

180. Wardle J, Steptoe A. Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles. *Journal of Epidemiology Community Health* 2003; 57(6): 440-443.

181. Watt RG. Emerging theories into the social determinants of health: implications for oral health promotion. *Community Dent Oral Epidemiology* 2002; 30:241-47.

182. Weinstein P. Humanistic Application of Behavioral Strategies in Oral Hygiene Instruction. *Clinical Preventive Dentistry* 1982; 4(3):15-19.

183. Weintraub JA. Uses of oral health related quality of life measures in public health. *Community Dental Health* 1998;15: 8 – 12.

184. White BA. Use of oral health quality of life measures in managed dental care organizations. *Community Dental Health* 1998; 15:27 – 31.

185. Whittle JA, Whittle KW. Household income in relation to dental health and dental health behaviors: the use of Super Profiles: Community Dental Health 1998; 15:150 – 54.

186. WHO: Health promotion and oral health. Available at: [http://www.who.int/oral\\_health/strategies/hp/en/](http://www.who.int/oral_health/strategies/hp/en/). Accessed May14, 2004.

187. Williamson DL. Health behaviors and health: evidence that the relationship is not conditional on income adequacy. Soc. Sci. Med 2000; 51:1741 – 54.

188. Williams R. Concepts of Health: an Analysis of Lay Logic. Sociology 1983;17(2): 185 – 205.

189. Wolfe GR, Stewart JM, Hartz GW. Relationship of dental coping beliefs and oral hygiene. Community Dent Oral Epidemiol 1991; 19:112-15.

190. Wolfe GR, Stewart JM, Hartz GW. Use of Dental Coping Scale to measure cognitive changes following oral hygiene interventions. Community Dent Oral Epidemiol 1996; 24: 37-41.

191. Yaşam Kalitesi Göstergeleri. Türkiye Bilimler Akademisi Raporları, Sayı 6, Ankara, 2004.

192. Zavras AI, Vrahopoulos TP, Souliotis K, Silvestros S, Vrotsos I. Advances in oral health knowledge of Greek navy recruits and their socioeconomic determinants. Online BMC Oral Health 2002;2(4): 1-9, Available at: [http:// www.biomedcentral.com/1472-6831/2/4](http://www.biomedcentral.com/1472-6831/2/4). Accessed May 13, 2004.



## **3.4. EKLER**



Yaş: Eğitim Durumu:  
 Cinsiyet: Medeni Durum:  
 Meslek: Çocuk Sayısı:  
 Sağlık Sigortası: Var ( ) Yok ( )  
                           a.Özel Sağlık Sigortası  
                           b.Kamu Sağlık Sigortası( S.S.K, Bağ-kur,Emekli Sandığı)

1. Sizce, bir kişinin sağlık düzeyi ne demektir?
2. Sizce, bir kişinin sağlık düzeyi nasıl anlaşılır?
3. Sağlıklı yaşam biçimi ne demektir?
4. Sağlıklı yaşam biçimi nasıl olur?
5. Sağlıklı yaşam biçiminin elde edilmesinde ve korunmasında aşağıdakilerden hangileri etkilidir? ( Birden fazla işaretleyebilirsiniz. )
  - a. Sağlık sorumluluğu
  - b. Egzersiz yapma
  - c. Beslenme
  - d. Kendini gerçekleştirme
  - e. Kişiler arası iletişim ve destek
  - f. Stres yönetimi
6. Sizce iyi bir ağız bakımı nasıl olur?
7. Sizce ağız diş sağlığı düzeyinin iyi olması ne demektir?
8. Ağız diş sağlığınızın korunmasında ve geliştirilmesinde aşağıdakilerden hangileri önemlidir? ( Birden fazla işaretleyebilirsiniz. )
 

( ) Diş fırçalama	( ) Beslenme
( ) Diş tozu kullanma	( ) Diş ipi kullanma
( ) Kürdan kullanma	( ) Karbonatla ovma
( ) Florlu macun kullanma	( ) Sakız çiğnenmesi
( ) Florlu ağız gargarası kullanma	
9. Sizce ağız diş bakımı, kişisel bakım alışkanlıkları içinde mi düşünülmelidir?
 

( ) Evet      ( ) Hayır      ( ) Fikrim yok
10. Sizce yaşama biçiminiz sağlıklı mı?
 

( ) Evet      ( ) Hayır      ( ) Üstünde düşünmedim.

11. Cevabınız " hayır " ise lütfen sebeplerini yazınız.

12. Sizce kişisel bakım alışkanlıklarının içinde neler yer alır?

13. Sağlığınızı korumak için önlem alır mısınız?

14. Cevabınız " hayır " ise lütfen sebeplerini yazınız.

14. Sağlık sorumluluğu sizce ne demektir?

15. Kendini gerçekleştirme kavramından ne anlıyorsunuz?

16. Sağlığınızı iyileştirmede öncelikleriniz var mıdır?

17. Sağlığınızı iyileştirmeye ihtiyaç duyduğunuz alanlar nelerdir?

18. Kişisel sağlık bakımından ne anlıyorsunuz?

19. Aşağıdakilerden hangisi veya hangileri sizin öncelik gösterdiğiniz sağlık sorunlarıdır? (Önem sırasına göre numaralayınız. Örneğin; 1 en başta, 10 önem sırasına göre en sonda gelen)

- Kazalardan korunma
- Bulaşıcı olan – olmayan hastalıklar
- Sağlık hizmetlerinden yararlanım
- Kişisel sağlık bakımı
- Cinsel sağlık
- Akıl ve ruh sağlığı
- Beslenme
- Fiziksel sağlık
- Sigara, alkol ve madde kullanımı
- Sağlık çalışanlarına duyulan gereksinim

**21. Kişinin kendi sağlığının denetimi ( kontrolü) ne demektir?**

**22. Sizce, terim olarak "denetim" veya " kontrol " kavramlarından hangisi kullanılmalıdır?**

**23. Sağlığınızın denetimi nelere bağlıdır?**

**24. Sizce, terim olarak " diş hekimi " veya " diş doktoru" kavramlarından hangisi kullanılmalıdır?**



## Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı

*Lütfen, anlaşılmayan soruların yanına soru işareti koyunuz.*

- 1) Ağız diş sağlığım bozulduğunda kendi gayretimle iyileştirebilirim.  
 Tamamen aynı fikirdeyim  
 Aynı fikirdeyim  
 Karar veremiyorum  
 Aynı fikirde değilim  
 Kesinlikle aynı fikirde değilim
  
- 2) Dişlerimin çürüyeceği varsa ne yaparsam yapayım, çürür.  
 Tamamen aynı fikirdeyim  
 Aynı fikirdeyim  
 Karar veremiyorum  
 Aynı fikirde değilim  
 Kesinlikle aynı fikirde değilim
  
- 3) Düzenli olarak diş hekimine kontrole gidersem, diş çürükleri ve dişeti hastalıklarından korunurum.  
 Tamamen aynı fikirdeyim  
 Aynı fikirdeyim  
 Karar veremiyorum  
 Aynı fikirde değilim  
 Kesinlikle aynı fikirde değilim
  
- 4) Ağız diş sağlığımı olumsuz etkileyen pek çok şey tesadüfen beni bulur.  
 Tamamen aynı fikirdeyim  
 Aynı fikirdeyim  
 Karar veremiyorum  
 Aynı fikirde değilim  
 Kesinlikle aynı fikirde değilim
  
- 5) Ağız diş sağlığında bir terslik hissettiğimde hemen diş doktoruna giderim.  
 Tamamen aynı fikirdeyim  
 Aynı fikirdeyim  
 Karar veremiyorum  
 Aynı fikirde değilim  
 Kesinlikle aynı fikirde değilim
  
- 6) Ağız diş sağlığımın yeterli olmasını ancak diş doktoruna danışarak sağlayabilirim.  
 Tamamen aynı fikirdeyim  
 Aynı fikirdeyim  
 Karar veremiyorum  
 Aynı fikirde değilim  
 Kesinlikle aynı fikirde değilim

- 7) Ağız diş sağlığımın bilincindeyim, tesadüflere bırakmam, bu konudaki kontrolü kaybetmem.  
( ) Tamamen aynı fikirdeyim  
( ) Aynı fikirdeyim  
( ) Karar veremiyorum  
( ) Aynı fikirde değilim  
( ) Kesinlikle aynı fikirde değilim
- 8) Ağız diş sağlığımın temininde tek sorumlu benim.  
( ) Tamamen aynı fikirdeyim  
( ) Aynı fikirdeyim  
( ) Karar veremiyorum  
( ) Aynı fikirde değilim  
( ) Kesinlikle aynı fikirde değilim
- 9) Ağız diş sağlığımın temininde ailemin önemli bir rolü vardır.  
( ) Tamamen aynı fikirdeyim  
( ) Aynı fikirdeyim  
( ) Karar veremiyorum  
( ) Aynı fikirde değilim  
( ) Kesinlikle aynı fikirde değilim
- 10) Ağız diş sağlığımın temininde yakın çevremdeki insanların ve arkadaşlarımla rolü vardır.  
( ) Tamamen aynı fikirdeyim  
( ) Aynı fikirdeyim  
( ) Karar veremiyorum  
( ) Aynı fikirde değilim  
( ) Kesinlikle aynı fikirde değilim
- 11) Dişlerim çürür ve ağrırsa kendimi suçlarım.  
( ) Tamamen aynı fikirdeyim  
( ) Aynı fikirdeyim  
( ) Karar veremiyorum  
( ) Aynı fikirde değilim  
( ) Kesinlikle aynı fikirde değilim
- 12) Ağız diş sağlığında bir bozukluk olursa bu benim suçumdur.  
( ) Tamamen aynı fikirdeyim  
( ) Aynı fikirdeyim  
( ) Karar veremiyorum  
( ) Aynı fikirde değilim  
( ) Kesinlikle aynı fikirde değilim
- 13) Ne yaparsam yapayım dişlerim hastalanacaksa hastalanır  
( ) Tamamen aynı fikirdeyim  
( ) Aynı fikirdeyim  
( ) Karar veremiyorum  
( ) Aynı fikirde değilim  
( ) Kesinlikle aynı fikirde değilim

- 14) Şansım varsa ağız diş hastalıklarından çabuk kurtulurum.  
( ) Tamamen aynı fikirdeyim  
( ) Aynı fikirdeyim  
( ) Karar veremiyorum  
( ) Aynı fikirde değilim  
( ) Kesinlikle aynı fikirde değilim
- 15) Ağız diş sağlığım bozulduğunda olayları normal seyrine bırakırım.  
( ) Tamamen aynı fikirdeyim  
( ) Aynı fikirdeyim  
( ) Karar veremiyorum  
( ) Aynı fikirde değilim  
( ) Kesinlikle aynı fikirde değilim
- 16) Ağız diş sağlığımın denetimi diş doktorlarının elindedir.  
( ) Tamamen aynı fikirdeyim  
( ) Aynı fikirdeyim  
( ) Karar veremiyorum  
( ) Aynı fikirde değilim  
( ) Kesinlikle aynı fikirde değilim
- 17) Ağızımı sağlıklı konumda tutan diş doktorlarıdır.  
( ) Tamamen aynı fikirdeyim  
( ) Aynı fikirdeyim  
( ) Karar veremiyorum  
( ) Aynı fikirde değilim  
( ) Kesinlikle aynı fikirde değilim
- 18) Şansım varsa ağız diş sağlığım bozulmaz.  
( ) Tamamen aynı fikirdeyim  
( ) Aynı fikirdeyim  
( ) Karar veremiyorum  
( ) Aynı fikirde değilim  
( ) Kesinlikle aynı fikirde değilim
- 19) Ağız diş sağlığımın iyi olması büyük ölçüde bu konuda talihli olmamdadır.  
( ) Tamamen aynı fikirdeyim  
( ) Aynı fikirdeyim  
( ) Karar veremiyorum  
( ) Aynı fikirde değilim  
( ) Kesinlikle aynı fikirde değilim
- 20) Ağız diş sağlığımı etkileyen en önemli şey benim bu konuda yaptıklarımdır.  
( ) Tamamen aynı fikirdeyim  
( ) Aynı fikirdeyim  
( ) Karar veremiyorum  
( ) Aynı fikirde değilim  
( ) Kesinlikle aynı fikirde değilim

- 21) Ağız diş sağlığının bozulmamasını etkileyen en önemli şey bu konuda yaptığım iyi bakımdır.
- ( ) Tamamen aynı fikirdeyim  
( ) Aynı fikirdeyim  
( ) Karar veremiyorum  
( ) Aynı fikirde değilim  
( ) Kesinlikle aynı fikirde değilim
- 22) Ağız diş sağlığım için gerekenleri yaparsam diş çürükleri ve dişeti hastalıklarından kendimi korurum.
- ( ) Tamamen aynı fikirdeyim  
( ) Aynı fikirdeyim  
( ) Karar veremiyorum  
( ) Aynı fikirde değilim  
( ) Kesinlikle aynı fikirde değilim
- 23) Ağız diş sağlığım bozulduğunda bilirim ki bakım için gerekenleri yapmamışım.
- ( ) Tamamen aynı fikirdeyim  
( ) Aynı fikirdeyim  
( ) Karar veremiyorum  
( ) Aynı fikirde değilim  
( ) Kesinlikle aynı fikirde değilim
- 24) Ağız diş hastalıklarından korunmamı ve iyileşmemi diş doktorlarına ve başta ailem olmak üzere, yakınlarımla yardımlarına borçluyum.
- ( ) Tamamen aynı fikirdeyim  
( ) Aynı fikirdeyim  
( ) Karar veremiyorum  
( ) Aynı fikirde değilim  
( ) Kesinlikle aynı fikirde değilim
- 25) Ağız diş sağlığıma ne kadar dikkat edersem edeyim, dişlerim yine de çürür ve dişetlerim hastalanır.
- ( ) Tamamen aynı fikirdeyim  
( ) Aynı fikirdeyim  
( ) Karar veremiyorum  
( ) Aynı fikirde değilim  
( ) Kesinlikle aynı fikirde değilim
- 26) Ağız diş sağlığımın bozulması tamamen kadere bağlıdır.
- ( ) Tamamen aynı fikirdeyim  
( ) Aynı fikirdeyim  
( ) Karar veremiyorum  
( ) Aynı fikirde değilim  
( ) Kesinlikle aynı fikirde değilim
- 27) Yapılması gerekenleri yerine getirirsem dişlerimin uzun süre sağlıklı kalması mümkündür.
- ( ) Tamamen aynı fikirdeyim  
( ) Aynı fikirdeyim  
( ) Karar veremiyorum  
( ) Aynı fikirde değilim  
( ) Kesinlikle aynı fikirde değilim

28) Ağzıma iyi bakarsam dişlerim uzun zaman sağlıklı kalır.

- Tamamen aynı fikirdeyim
- Aynı fikirdeyim
- Karar veremiyorum
- Aynı fikirde değilim
- Kesinlikle aynı fikirde değilim

29) Yapmam gerekenler ancak diş doktorumun söylediklerinden ibarettir.

- Tamamen aynı fikirdeyim
- Aynı fikirdeyim
- Karar veremiyorum
- Aynı fikirde değilim
- Kesinlikle aynı fikirde değilim

30) Ağzımın sağlıklı kalabilmesinin tek yolu diş doktorunun önerilerine uymaktır.

- Tamamen aynı fikirdeyim
- Aynı fikirdeyim
- Karar veremiyorum
- Aynı fikirde değilim
- Kesinlikle aynı fikirde değilim



## YAŞAMDAKİ DEĞERLER LİSTESİ

Lütfen aşağıdaki listeyi dikkatlice inceleyin ve sizin için en önemli olan değeri seçin . Seçtiğiniz değerın solundaki boşluğa 1 yazın. Sonra sizin için ikinci en önemli olan değeri seçin ve soldaki boşluğa 2 yazın. Lütfen diğerleri için de kalan rakamları aynı şekilde 10' a kadar yerleştirin.

- 3 Başarı Duygusu
- 10 Heyecan Dolu Bir Yaşam ( Canlı, aktif bir hayat )
- 8 İçsel Uyum ( Kendisiyle barışık olma)
- 4 Mutluluk
- 7 Özgürlük (Seçimlerinde özgür olma)
- 6 Öz saygı
- 2 Rahat Bir Yaşam
- 1 Sağlık
- 5 Saygınlık
- 9 Keyif

## SAĞLIK İHTİYAÇLARI ÖNCELİK LİSTESİ

Aşağıdaki sağlık konularından kendiniz için bilgi sahibi olmak istediklerinizi önem sırasına göre numaralayınız. (Örneğin; 1 en başta, 10 önem sırasına göre en sonda gelen)

- 6 Kazalardan korunma
- 10 Bulaşıcı olan-olmayan hastalıklardan korunma
- 8 Sağlık hizmetlerinden yararlanım
- 2 Kişisel öz bakımı ( kişisel hijyen) detaylarıyla öğrenme
- 4 Cinsel sağlık
- 1 Akıl ve ruh sağlığı
- 9 Beslenme
- 3 Bedensel sağlık
- 5 Sigara, alkol ve madde kullanımı zararları
- 7 Sağlıkta hasta hakları

Ağız diş bakımını, yukarıdaki sağlık konularından hangisinin içinde gördüğünüzü belirtiniz.

④ Kişisel öz bakımı ( kişisel hijyen ) detaylarıyla öğrenme

\*Yaş: ..... Cinsiyet: ..... Meslek: ..... Eğitim Durumu: ..... Sağlık Güvencesi: .....

## YAŞAMDAKİ DEĞERLERİN SIRALANMASI

*Lütfen aşağıdaki değerleri, sizin için en önemli olanı 1 ile işaretleyerek en az önemli olanı 10 olacak şekilde sıralayınız.*

- Her açıdan sağlıklı bir çevrede yaşamak
- Başarı duygusu
- Heyecan dolu canlı ve aktif bir yaşam
- İçsel uyum (kendisiyle barışık olma)
- Mutluluk
- Özgürlük (seçimlerinde özgür olma)
- Her açıdan sağlıklı olma
- Saygınlık
- Herhangi bir hastalığın olmaması
- Ekonomik açıdan rahat, refah içinde bir yaşam

## SAĞLIK BİLGİSİ ÖNCELİK SIRASI

*Aşağıdaki sağlık konularından kendiniz için bilgi sahibi olmak istediklerinizi önem sırasına göre numaralayınız.*

*(Örneğin, 1 en başta, 10 önem sırasına göre en sonda gelen)*

- Çevre sağlığı
- Kazalardan korunma
- Bulaşıcı olan hastalıklardan korunma
- Kişisel öz bakımı (kişisel hijyen) detaylarıyla öğrenme
- Cinsel sağlık
- Akıl ve ruh sağlığı
- Beslenme (sağlıklı-yeterli/dengeli-kilo kontrolü ile ilgili beslenme)
- Bedensel sağlık-spor-egzersiz
- Sigara, alkol ve madde kullanımı zararları
- Ağız diş sağlığı

## Çok Boyutlu Ağız Diş Sağlığı Kontrol Udadı

Aşuğıda ağız diş sağlığı gidişatını etkileyen bazı faktörlerden söz edilmektedir. Lütfen, her maddeyi okuyunuz ve sizin için ne kadar geçerli (uygun) olduğunu 1 (kesinlikle katılmıyorum) ve 4 (kesinlikle katılıyorum) arası dereceli ölçek ile değerlendirin. Bu ölçek bir doktora tezi için kullanılacaktır.

Katkımız için teşekkür ederiz.

1. Kesinlikle katılmıyorum,
2. Biraz katılıyorum,
3. Katılıyorum,
4. Kesinlikle katılıyorum.

1) Dişlerimin yapısı değişmeyeceğinden ne yaparsam yapayım çürür.	1	2	3	4
2) Düzenli olarak diş doktoruna kontrole gidersem diş çürükleri ve diş eti hastalıklarından korunurum.	1	2	3	4
3) Ağız diş sağlığı ancak diş doktorundan alacağım bilgilerle sağlayabilirim.	1	2	3	4
4) Ağız diş sağlığı bozan pek çok şeyin başıma kötü şans eseri geldiğini düşünüyorum.	1	2	3	4

Yaş: ..... Cinsiyet: ..... Meslek: ..... Eğitim Durumu: ..... Sağlık Güvencesi: .....

## YAŞAMDAKİ DEĞERLERİN SIRALANMASI

*Lütfen aşağıdaki değerleri, sizin için en önemli olanı 1 ile işaretleyerek en az önemli olanı 10 olacak şekilde sıralayınız.*

- Her açıdan sağlıklı bir çevrede yaşamak
- Başarı duygusu
- Heyecan dolu canlı ve aktif bir yaşam
- İçsel uyum (kendisiyle barışık olma)
- Mutluluk
- Özgürlük (seçimlerinde özgür olma)
- Her açıdan sağlıklı olma
- Saygınlık
- Herhangi bir hastalığın olmaması
- Ekonomik açıdan rahat, refah içinde bir yaşam

## SAĞLIK BİLGİSİ ÖNCELİK SIRASI

*Aşağıdaki sağlık konularından kendiniz için bilgi sahibi olmak istediklerinizi önem sırasına göre numaralayınız.*

*(Örneğin, 1 en başta, 10 önem sırasına göre en sonda gelen)*

- Çevre sağlığı
- Kazalardan korunma
- Bulaıcı olan hastalıklardan korunma
- Kişisel öz bakımı (kişisel hijyen) detaylarıyla öğrenme
- Cinsel sağlık
- Akıl ve ruh sağlığı
- Beslenme (sağlıklı-yeterli/dengeli-kilo kontrolü ile ilgili beslenme)
- Bedensel sağlık-spor-egzersiz
- Sigara, alkol ve madde kullanımı zararları
- Ağız diş sağlığı

## Çok Boyutlu Ağız Diş Sağlığı Kontrol Odağı

Aşağıda ağız diş sağlığın gidişatını etkileyen bazı faktörlerden söz edilmektedir. Lütfen, her maddeyi okuyunuz ve sizin için ne kadar geçerli (uygun) olduğunu 1 (kesinlikle katılmıyorum) ve 4 (kesinlikle katılıyorum) arası dereceli ölçek ile değerlendirin. Bu ölçek bir doktora tezi için kullanılacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

1. Kesinlikle katılmıyorum,
2. Biraz katılıyorum,
3. Katılıyorum,
4. Kesinlikle katılıyorum.

1) Dişlerimin yapısı değişmeyeceğinden ne yaparsam yapayım çürür.	1	2	3	4
2) Düzenli olarak diş doktoruna kontrole gidersem diş çürükleri ve diş eti hastalıklarından korunurum.	1	2	3	4
3) Ağız diş sağlığımı ancak diş doktorundan alacağım bilgilerle sağlayabilirim.	1	2	3	4
4) Ağız diş sağlığımı bozan pek çok şeyin başıma kötü şans eseri geldiğini düşünüyorum.	1	2	3	4
5) Ağız diş sağlığında bir terslik hissettiğimde hemen diş doktoruna giderim.	1	2	3	4
6) Ağız diş sağlığımda ailemin uyarılarının da önemli bir rolü vardır.	1	2	3	4
7) Şansım varsa ağız diş hastalıklarından çabuk kurtulurum.	1	2	3	4
8) Ağız diş sağlığım için neler yapmam gerektiğinin bilincindeyim. Şansa ya da kadere bırakmam.	1	2	3	4
9) Ağız diş sağlığında yakın çevremdeki insanların ve arkadaşlarımın uyarılarının da rolü vardır.	1	2	3	4
10) Bozulmayacağı varsa, ne olursa olsun ağız diş sağlığım bozulmaz.	1	2	3	4
11) Ağız diş sağlığımın tek sorumlu benim.	1	2	3	4
12) Ağız diş sağlığımın ne olacağı diş doktorlarına bağlıdır.	1	2	3	4
13) Ağız diş sağlığım bozulduğunda, "başına gelen çekilir" diyerek olayları kendi seyrine bırakırım.	1	2	3	4
14) Dişlerim çürür ve ağrırsa kendimi suçlarım.	1	2	3	4
15) Ağzımı sağlıklı durumda tutan, diş doktorlarıdır.	1	2	3	4
16) Diş etlerimin yapısı değişmeyeceğinden, ne yaparsam yapayım hastalanır ve kanar.	1	2	3	4
17) Ağız diş sağlığımın bozulmamasına yol açan en önemli şey bakım konusundaki kendi titizliğimdir.	1	2	3	4
18) Ağız diş hastalıklarından korunmamı ve iyileşmemi diş doktorlarına borçluyum.	1	2	3	4

- 19) Ağzıma iyi bakarsam dişlerim uzun zaman sağlıklı kalır.
- 20) Ağız diş sağlığım için gerekenleri yaparsam diş çürükleri ve diş eti hastalıklarından kendimi korurum.
- 21) Yapmam gerekenler ancak diş doktorumun söylediklerinden ibarettir.
- 22) Ağız diş sağlığım bozulduğunda bilirim ki, bakım için gerekenleri yapmamışımdır.
- 23) Sorunum olsa da diş doktoruna gitmeme nedenim, sağlık güvencemin ve maddi olanaklarımın yetmemesidir.
- 24) Ağız diş sağlığımı bozulmadan korumak ve geliştirmek için çaba sarf ederim.
- 25) Yapılması gerekenleri yerine getirirsem dişlerimin uzun süre sağlıklı kalması mümkündür.
- 26) Ağzımın sağlıklı kalabilmesinin tek yolu diş doktorunun önerilerine uymaktır.

1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

## KİŞİSEL BİLDİRİM FORMU

Adı Soyadı:

Cinsiyeti:  Kadın  Erkek

Yaş:

18 – 22 yaş  23 – 30 yaş  30 – 45 yaş  46 – 55 yaş  56 – 65 yaş

66 yaş ve üstü

Medeni Durum:

Evli  Bekar  Dul / Boşanmış

Meslek:

Ev kadını  Küçük / Orta ticaret serbest meslek  Özel sektörde işçi  
 Emekli  Kamu sektöründe memur  Öğrenci  İşsiz  
 Özel sektörde memur  Kamu sektöründe işçi  
 Uzmanlık gerektiren meslekler  İşsiz fakat gelir sahibi  Diğer

Eğitim:

Okur–yazar değil  Okur- yazar  İlkokul  
 Orta okul ve dengi  Lise ve dengi  Yüksekokul  
 Üniversite  Yüksek Lisans / doktora

Aylık Hane Halkı Net Geliri :

Kaç yıldır büyük kentte oturuyorsunuz?

1 – 5 yıl  6 – 10 yıl  11 yıl ve daha fazla

**Aşağıdaki hastalıklardan hangilerinden şikayetçisiniz?**

- Kalp ve damar     Yüksek tansiyon     Kanser     Sarılık     Şeker  
 Romatizma     Kemik ve kas     Ağız ve diş     Böbrek hastalıkları

**Sağlık güvenceniz var mı?**

- Yok     SSK     Bağ-kur     Emekli Sandığı     Özel sigorta





## Ağız Diş Sağlığı Durumu Bildirim Formu

1. **Ağızınızdaki dişlerin durumu hakkında bilgi verir misiniz ?**
  - a) Ağızımda tüm ana dişlerim var.
  - b) Ağızımda bazı dişlerim çekilmesine rağmen , yapılmış köprüm / protezim yok.
  - c) Kendi dişlerim gibi rahat kullandığım köprü ve protezlerim var.
  - d) Ağızımda hiç kendi dişim yok, protez kullanıyorum.
  - e) Ağızımda ne kendi dişim, ne de protezim var.
  - f) Diğer
2. **Düzenli diş hekimi kontrolüne gider misiniz ?**
  - a) Evet
  - b) Hayır
3. **Cevabınız evet ise ne sıklıkta diş hekimine gidirsiniz?**
  - a) 6 ayda bir düzenli olarak ( Yılda 2 kere )
  - b) Yılda bir kez
  - c) 2 – 3 yılda bir
4. **Diş hekimine düzenli kontrole gitmemenizin nedeni aşağıdakilerden hangisi veya hangileridir?**
  - a) Şikayetim olsa da, maddi olanaklardan dolayı gidemiyorum.
  - b) Şikayetim olmadığı için gitmiyorum.
  - c) Bir sağlık güvencem olmadığı için gitmiyorum.
  - d) Diş hekimine gitmenin gerekli olduğuna inanmıyorum.
  - e) Ağrı duyacağım için gitmiyorum.
  - f) Diş hekimine gitmek için vaktim yok.
  - g) Diş hekimine gitmek beni huzursuz ve gergin yapıyor.
5. **Son 5 yıl içerisinde**
  - a) Diş hekimine hiç gitmedim.
  - b) Diş hekimine gitmeyi bilerek ihmal ettim.
  - c) Hastalık ve diğer kaçınılmaz nedenlerden dolayı diş hekimi kontrollerimi iptal ettim.
  - d) Hiç aksatmadan tüm kontrollerime gittim.
6. **Son bir yıl içerisinde diş ağrısı çektiniz mi?**
  - a) Evet
  - b) Hayır
7. **Son bir yıl içinde diş ağrısından başka dişleriniz ve diş etlerinizle ilgili sağlık probleminiz oldu mu ?**
  - a) Evet
  - b) Hayır
8. **Diş ve diş etlerinizle ilgili bir sağlık probleminiz olduğunda aşağıdaki kurumlardan hangisini tercih edersiniz ?**
  - a) Özel diş hekimi muayenehanesi
  - b) Diş Hekimliği Fakültelerinin polikliniklerini
  - c) Özel diş poliklinikleri ve hastanelerini
  - d) Diş teknisyenlerini

9. Dişlerinizi genellikle hangi sıklıkta fırçalıyorsunuz ?
- Günde bir kere
  - Günde 2 kere veya daha fazla
  - 2 – 3 günde bir
  - Haftada bir
  - Ayda bir
  - Hiç diş fırçalamıyorum.
10. Diş fırçalama alışkanlığınızı kendi açınızdan değerlendirir misiniz?
- Diş fırçalamaktan hoşlanmıyorum.
  - Diş fırçalamanın bir faydası olduğuna inanmıyorum.
  - Diş fırçalamayı severek ve gerekli olduğuna inanarak düzenli uyguluyorum.
  - Diş fırçalamayı maalesef gün içinde unutuyorum.
11. Diş ipi kullanıyor musunuz ?
- Evet
  - Hayır
12. Cevabınız evet ise ne sıklıkta kullanıyorsunuz?
- Haftada bir
  - Haftada birkaç kez
  - Günde bir kere veya daha fazla
  - Ayda bir kere veya daha fazla
13. Fluoridli diş macunu kullanıyorsunuz mu?
- Daima kullanıyorum.
  - Bazen kullanıyorum.
  - Hiç fluoridli diş macunu kullanmadım.
  - Diş macunumun içinde florid olup olmadığını bilmiyorum.
14. Şu anda ağız diş sağlığıyla ilgili bir şikayetiniz var mı?
- Evet
  - Hayır
15. Cevabınız evet ise, şu andaki şikayetleriniz, aşağıdakilerden hangisi ya da hangileridir?
- Diş ağrısı ve çürük
  - Diş etlerinde ağrı ve kanama
  - Hassasiyet
  - Yemek yemede rahatsızlık
  - Köprü ve protez yaptırmak / yenilemek için
  - Ağızda yara
  - Çene eklemi ağrısı
  - Dişlerde çapraşıklık
  - Estetik problemler
  - Konuşma fonksiyonundaki bozukluk

Öğrencinin;

Adı soyadı:

Okulu:

Sınıfı:

Doğum tarihi:

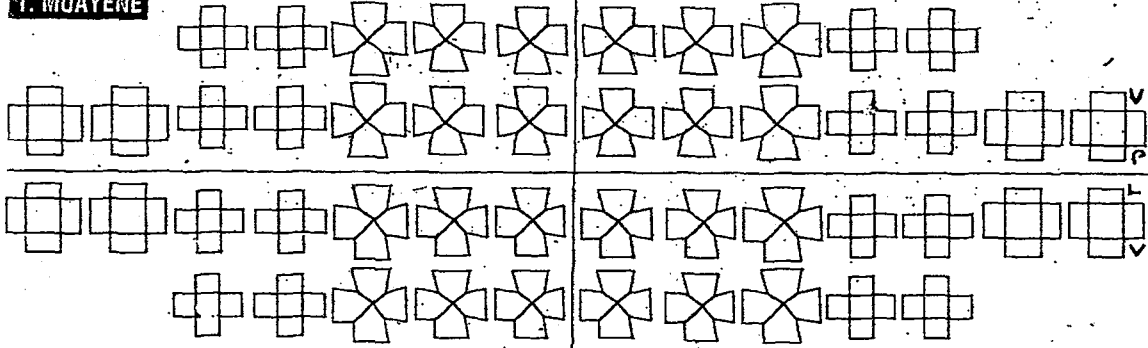
Muayene eden nekım

Adı soyadı: f

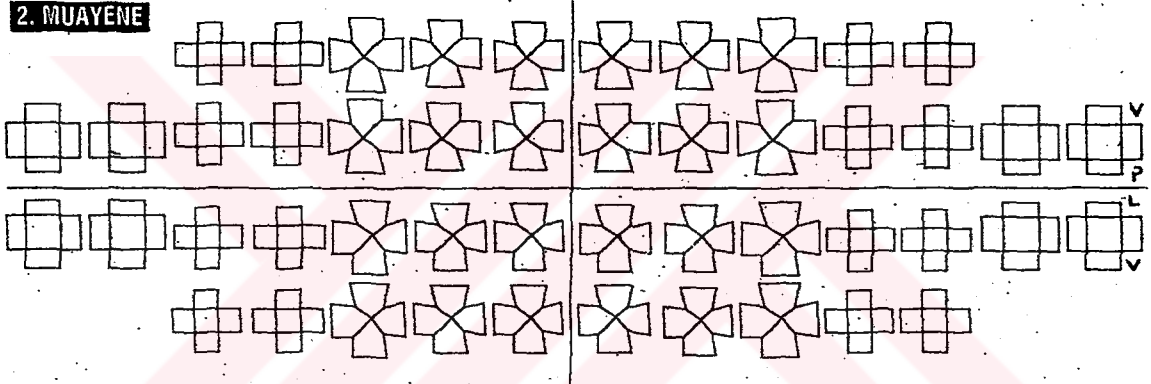
No

Muayene tarihi:

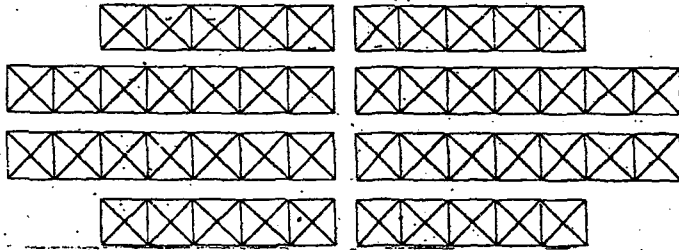
### 1. MUAYENE



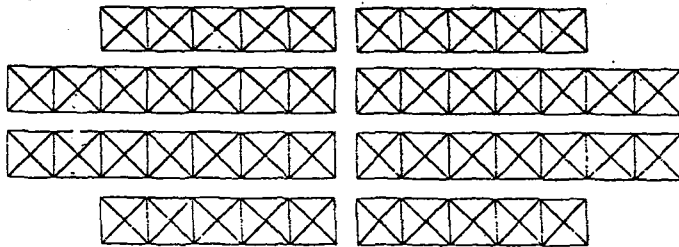
### 2. MUAYENE



GİNGİVAL İNDEKSİ (GI) 1. MUAYENE



GİNGİVAL İNDEKSİ (GI) 2. MUAYENE



V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V				
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V				

Gingival İndeks (Silness-Löe)  
0: Normal dişeti.

1: Hafif iltihap; renkte hafif değişiklik, hafif ödem, sonda ile temasta kanama yok.

2: Orta derecede iltihap; kırmızlık, ödem ve parafistik; sonda ile temasta kanama.

3: Şiddetli iltihap; bariz kırmızlık ve ödem, kendi kendine kanamaya eğilim.





mayak worldwide research  
Kullanıcılarımıza Hizmeti Sağlayan Kurumumuzdur.

**TOPLUM AĞIZ DIŞ SAĞLIĞI VE DAVRANIŞ  
ARAŞTIRMASI SORU FORMU  
(Doktora Tezi)**

**(X-1)  
Anket No:**  
(Bu bölümü  
boş bırakınız)

**Görüşülen kişinin:**

Adı Soyadı : .....

Telefonu : (Kod:0 ) ..... (Kod:0 ) .....

**Görüşülen kişinin oturduğu evin:**

(X-2) İlçesi ..... Tarih ...../...../2003

Mahallesi ..... Anketör .....

(X-3) Mahalle S.E.S. Kodu: (Bu bölümü boş bırakınız)

1( ) A 2( ) B 3( ) C1 4( ) C2 5( ) D

1. Cinsiyeti: (X-4) 1( ) Kadın 2( ) Erkek
2. Açık yaşı: (X-5) ..... yaş
3. Gruplandırılmış yaşı:  
(X-6) 1( ) 18-24 yaş 2( ) 25-34 yaş 3( ) 35-44 yaş 4( ) 45-54 yaş 5( ) 55+yaş
4. Öğrenim durumu: (X-7)
  - 1( ) Okur yazar değil
  - 2( ) Okul bitirmemiş ancak okur-yazar
  - 3( ) İlkokul bitirmiş
  - 4( ) Ortaokul bitirmiş
  - 5( ) Lise bitirmiş
  - 6( ) Yüksekokul (2 yıllık)
  - 7( ) Üniversite (en az dört yıllık fakülte vb.)
  - 8( ) Yüksek lisans/doktora
5. Medeni durumu: (X-8) 1( ) Evli 2( ) Bekar 3( ) Dul/boşanmış
6. Sağlık güvenceniz var mı?  
(X-9) 1( ) Yok  
( ) Var → Nereden?  
2( ) SSK 3( ) Bağ-Kur 4( ) Emekli sandığı 5( ) Özel sigorta 6( ) Yurtdışı
7. Kaç yıldır büyük kentte yaşıyorsunuz? (X-10) ..... yıldır
8. Aşağıdaki hastalıklardan hangilerinden şikayetçisiniz? (BİR DEN FAZLA İŞARETLENEBİLİR)  
(X-11)
 

1( ) Kalp ve damar	4( ) Romatizma	7( ) Kanser
2( ) Sarılık	5( ) Şeker	8( ) Ağız ve diş
3( ) Yüksek tansiyon	6( ) Böbrek hastalıkları	9( ) Kemik ve kas
9. Ağızındaki dişlerin durumu hakkında bilgi verir misiniz? (KART GÖSTERİNİZ)  
(X-12)
  - 1( ) Ağızındaki tüm ana dişlerim var
  - 2( ) Ağızındaki bazı dişlerim çekilmesine rağmen, yapılmış köprüm/protezim yok
  - 3( ) Kendi dişlerim gibi rahat kullandığım köprü ve protezlerim var
  - 4( ) Ağızımda hiç kendi dişim yok, protez kullanıyorum
  - 5( ) Ağızımda ne kendi dişim, ne de protezim var
  - 6( ) Diğer

**X-13 Kontrol 7856**

10. Dişlerinizde bir sorun olduğu zaman hemen diş hekimine gider misiniz?

(X-14)

1( ) Evet

2( ) Hayır (Sorunuz) → Neden? (X-15)

(KART GÖSTERİNİZ! Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

1( ) Şikayetim olsa da maddi olanaksızlık nedeniyle gidemiyorum

2( ) Bir sağlık güvencem olmadığı için gitmiyorum

3( ) Ağrı duyacağımı düşündüğüm için gitmiyorum

4( ) Diş hekimine gitmek için vaktim yok

5( ) Diş hekimine gitmek beni gergin ve huzursuz yapıyor

11. Şikayetiniz olmasa da diş hekimine kontrol amaçlı gider misiniz ?

(X-16)

1( ) Hayır (Sorunuz) → Diş hekimine düzenli kontrole gitmemenizin nedeni aşağıdakilerden hangisi? (X-17)

(KART GÖSTERİNİZ)

1( ) Maddi olanaksızlıklardan dolayı gidemiyorum

2( ) Diş hekimine kontrol amaçlı gitmenin gerekli olduğuna inanmıyorum

3( ) Diş hekimine gitmek için vaktim yok

4( ) Diş hekimine gitmek beni huzursuz ve gergin yapıyor

5( ) Diğer

2( ) Evet (Sorunuz) → Hangi sıklıkta di\_ hekimine gidirsiniz? (X-18)

1( ) 6 ayda bir düzenli olarak (yılda iki kere)

2( ) Yılda bir kez

3( ) 2-3 yılda bir

4( ) Daha seyrek

12. Son 1 yıl içerisinde diş ağrısı çektiniz mi? (X-19)

1( ) Evet 2( ) Hayır

13. Diş ve diş etlerinizle ilgili bir sağlık probleminiz olduğunda aşağıdaki kurumlardan hangisini tercih edersiniz?

(X-20)

1( ) Özel diş hekimi muayenehanesini

4( ) Diş hekimliği fakültelerinin polikliniklerini

2( ) Özel diş poliklinikleri ve hastanelerini

5( ) Diş teknisyenlerini

3( ) SSK, Devlet hastanelerini

14. Dişlerinizi genellikle hangi sıklıkta fırçalıyorsunuz?

(X-21)

1( ) Günde bir kere

5( ) Ayda bir

2( ) Günde 2 veya daha fazla

6( ) Daha seyrek

3( ) 2-3 günde bir

7( ) Hiç diş fırçalamıyorum

4( ) Haftada bir

15. Di\_ fırçalama alışkanlığıyla ilgili aşağıdaki ifadelerden hangilerinin sizin davranışınıza uyduğunu söyler misiniz?

(ANKETÖR DİKKAT! Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

(X-22)

1( ) Diş fırçalamaktan hoşlanmıyorum

2( ) Diş fırçalamanın bir faydası olduğuna inanmıyorum

3( ) Diş fırçalamayı severek ve gerekli olduğuna inanarak düzenli uyguluyorum

4( ) Diş fırçalamayı maalesef gün içinde unutuyorum

16. Diş ipi kullanıyor musunuz?

(X-23)

1( ) Hayır

( ) Evet (Sorunuz) → Hangi sıklıkta kullanıyorsunuz?

2( ) Günde bir kere

3( ) Birkaç gün arayla

4( ) Haftada bir kez

5( ) Ayda bir kez veya daha fazla

6( ) Diş ipinin ne olduğunu bilmiyorum.

X-24 Kontrol 7856

17. Fluoridli diş macunu kullanıyor musunuz?

(X-25)

- 1( ) Daima kullanıyorum  
2( ) Bazen kullanıyorum

3( ) Hiç fluoridli diş macunu kullanmadım

4( ) Diş macununun içinde florid olup olmadığını bilmiyorum

18. Şu anda ağız diş sağlığınızla ilgili herhangi bir şikayetiniz var mı?

(X-26)

1( ) Hayır

2( ) Evet (Sorunuz) → Hangi şikayetleriniz var? (ANKETÖR! Lütfen seçenekleri tek tek okuyunuz. Şikayeti olduğu her durum için "X" işareti koyunuz)

(X-27)

- 01( ) Diş ağrısı ve çürük  
02( ) Diş etlerinde ağrı ve kanama  
03( ) Hassasiyet  
04( ) Yemek yemede rahatsızlık  
05( ) Köprü ve protez yaptırma ya da yenileme ihtiyacım var  
06( ) Ağızda yara  
07( ) Çene eklemi ağrısı  
08( ) Dişlerde çapraşıklık  
09( ) Estetik problemler  
10( ) Konuşma fonksiyonundaki bozukluk

19. Şimdi size bazı ifadelerin sıralandığı bir kart vereceğim. Bu kartta yazılı olan değerlerden sizin için önemli olan ilk 3 tanesini lütfen önem derecesine göre sırasıyla söyleyiniz? (ANKETÖR DİKKAT! Her sütuna bir seçenek işaretlenecek. Okuma yazma bilmeyenlere kart göstermeyiniz, seçenekleri tek tek okuyunuz)

	1. Derece Önemli olan (X-28)	2. Derece Önemli olan (X-29)	3. Derece Önemli olan (X-30)
01. Her açıdan sağlıklı bir çevrede yaşamak	01( )	01( )	01( )
02. Başarı duygusu	02( )	02( )	02( )
03. Heyecan dolu, canlı ve aktif bir yaşam	03( )	03( )	03( )
04. İçsel uyum (kendisiyle barışık olmak)	04( )	04( )	04( )
05. Mutluluk	05( )	05( )	05( )
06. Özgürlük	06( )	06( )	06( )
07. Her açıdan sağlıklı olma	07( )	07( )	07( )
08. Saygınlık	08( )	08( )	08( )
09. Herhangi bir hastalığın olmaması	09( )	09( )	09( )
10. Ekonomik açıdan rahat, refah içinde bir yaşam	10( )	10( )	10( )

20. Kartta yazılı olan sağlık konuları arasında hangileri hakkında sağlık eğitimi almak istersiniz? Sizin için önemli olan ilk 3 tanesini lütfen önem derecesine göre sırasıyla söyleyiniz? (ANKETÖR DİKKAT! Her sütuna bir seçenek işaretlenecek. Okuma yazma bilmeyenlere kart göstermeyiniz, seçenekleri tek tek okuyunuz)

	1. Derece Önemli olan (X-31)	2. Derece Önemli olan (X-32)	3. Derece Önemli olan (X-33)
01. Çevre sağlığı	01( )	01( )	01( )
02. Kazalardan korunma	02( )	02( )	02( )
03. Bulaşıcı olan hastalıklardan korunma	03( )	03( )	03( )
04. Kişisel öz bakımı (kişisel hijyen) detaylarıyla öğrenme	04( )	04( )	04( )
05. Cinsel sağlık	05( )	05( )	05( )
06. Akıl ve ruh sağlığı	06( )	06( )	06( )
07. Beslenme (sağlıklı-yeterli/dengeli-kilo kontrolü ile ilgili beslenme)	07( )	07( )	07( )
08. Bedensel sağlık (spor, egzersiz)	08( )	08( )	08( )
09. Sigara, alkol ve madde kullanımı zararları	09( )	09( )	09( )
10. Ağız ve diş sağlığı	10( )	10( )	10( )

X-34 Kontrol 7856

21. Şimdi size ağız diş sağlığının gidişatını etkileyen bazı faktörlerden söz edeceğim. Lütfen okuduğum her ifadenin sizin için ne kadar geçerli (uygun) olduğunu şu kartta yazan ifadeleri kullanarak belirtiniz. (KART GÖSTERİNİZ)

4. Kesinlikle katılıyorum 3. Biraz katılıyorum 2. Katılmıyorum 1. Kesinlikle katılmıyorum

Dişlerimin yapısı değişmeyeceğinden ne yaparsam yapayım çürür	X-35	1( )	2( )	3( )	4( )
Düzenli olarak diş doktoruna kontrol gidersem diş çürükleri ve diş eti hastalıklarından korunurum	X-36	1( )	2( )	3( )	4( )
Ağız diş sağlığımı ancak diş doktorundan alacağım bilgilerle sağlayabilirim	X-37	1( )	2( )	3( )	4( )
Ağız diş sağlığımı bozan pek çok şeyin başıma kötü şans eseri geldiğini düşünüyorum	X-38	1( )	2( )	3( )	4( )
Ağız diş sağlığında bir terslik hissettiğimde hemen diş doktoruna giderim	X-39	1( )	2( )	3( )	4( )
<b>KONTROL DEĞİŞKENİ</b>	<b>X-40</b>	<b>7 8 5 6</b>			
Ağız ve diş sağlığında ailemin uyarılarının da önemli bir rolü vardır	X-41	1( )	2( )	3( )	4( )
Şansım varsa ağız diş hastalıklarından çabuk kurtulurum	X-42	1( )	2( )	3( )	4( )
Ağız diş sağlığım için neler yapmam gerektiğinin bilincindeyim şansa ya da kadere bırakmam	X-43	1( )	2( )	3( )	4( )
Ağız diş sağlığında yakın çevremdeki insanların ve arkadaşlarımla uyarılarının da rolü vardır	X-44	1( )	2( )	3( )	4( )
Bozulmayacağı varsa, ne olursa olsun ağız diş sağlığım bozulmaz	X-45	1( )	2( )	3( )	4( )
<b>KONTROL DEĞİŞKENİ</b>	<b>X-46</b>	<b>7 8 5 6</b>			
Ağız diş sağlığımdan tek sorumlu benim	X-47	1( )	2( )	3( )	4( )
Ağız diş sağlığımın ne olacağı diş doktorlarına bağlıdır	X-48	1( )	2( )	3( )	4( )
Ağız diş sağlığım bozulduğunda, "başa gelen çekilir" diyerek olayları kendi seyrine bırakırım	X-49	1( )	2( )	3( )	4( )
Dişlerim çürür ve ağrırsa kendimi suçlarım	X-50	1( )	2( )	3( )	4( )
Ağzımı sağlıklı durumda tutan, diş doktorlarıdır	X-51	1( )	2( )	3( )	4( )
<b>KONTROL DEĞİŞKENİ</b>	<b>X-52</b>	<b>7 8 5 6</b>			
Diş etlerimin yapısı değişmeyeceğinden, ne yaparsam yapayım hastalanır ve kanar	X-53	1( )	2( )	3( )	4( )
Ağız diş sağlığımın bozulmamasını sağlayan en önemli şey bakım konusundaki kendi titizliğimdir	X-54	1( )	2( )	3( )	4( )
Ağız diş hastalıklarından korunmamı ve iyileşmemi diş doktorlarına borçluyum	X-55	1( )	2( )	3( )	4( )
Ağzıma iyi bakarsam dişlerim uzun zaman sağlıklı kalır	X-56	1( )	2( )	3( )	4( )
Ağız diş sağlığım için gerekenleri yaparsam diş çürükleri ve diş eti hastalıklarından kendimi korurum	X-57	1( )	2( )	3( )	4( )
<b>KONTROL DEĞİŞKENİ</b>	<b>X-58</b>	<b>7 8 5 6</b>			
Yapmam gerekenler ancak diş doktorunun söylediklerinden ibarettir	X-59	1( )	2( )	3( )	4( )
Ağız diş sağlığım bozulduğunda bilirim ki, bakım için gerekenleri yapmamışumdur	X-60	1( )	2( )	3( )	4( )
Sorumum olsa da diş doktoruna gitmeme nedenim, sağlık güvencemin ve maddi olanaklarımla yetmemesidir	X-61	1( )	2( )	3( )	4( )
Ağız diş sağlığımı bozulmadan korumak ve geliştirmek için çaba sarf ederim	X-62	1( )	2( )	3( )	4( )
Yapılması gerekenleri yerine getirirsem dişlerimin uzun süre sağlıklı kalması mümkündür	X-63	1( )	2( )	3( )	4( )
Ağzımın sağlıklı kalabilmesinin tek yolu diş doktorunun önerilerine uymaktır	X-64	1( )	2( )	3( )	4( )
<b>KONTROL DEĞİŞKENİ</b>	<b>X-65</b>	<b>7 8 5 6</b>			

Şimdi de haneniz ve evinizle ilgili tamamen istatistiki amaçlı olarak kullanacağımız bazı sorular sormak istiyorum.

22. Evinizde aşağıda sayacaklarımdan hangileri var? (X-66)

- 1( ) Otomatik çamaşır makinesi      2( ) Bulaşık makinesi      3( ) Bilgisayar      4( ) Video  
5( ) VCD, DVD player      6( ) Müzik seti      7( ) Fotoğraf makinesi

23. Size ya da ailenizden birine ait ya da onun kullanımında olan otomobil var mı? (X-67) 0( ) Yok 1( ) Var

24. Oturduğunuz ev size mi ait yoksa kira mı? (X-68) 1( ) Kendimize ait 2( ) Kira 3( ) Diğer

25. Hanenizin ortalama aylık geliri kaç TL'dir. Lütfen hanenizdeki çalışan tüm bireylerin gelirlerini, kira, faiz gibi diğer gelirleri de düşünerek ortalama aylık hane gelirinizi belirtiniz.

(X-69) ..... TL.

X-70 Kontrol 7856



## HANE HALKI BİLGİLERİ

Siz de dahil olmak üzere evinizde toplam kaç kişi yaşıyor?..... kişi (X-71)

Siz de dahil olmak üzere hanede yaşayan 15 VE ÜZERİ YAŞTAKİLERİN SAYISINI YAZINIZ:..... kişi (X-72) ANKETÖR DİKKAT! Aşağıdaki tabloda bu sayı kadar kişinin bilgisi alınmış olmalıdır. Lütfen kontrol ediniz.

Şimdi de 15 ve üzeri yaşta tüm aile bireylerinin; "AİLE REİSİNE GÖRE" akrabalık derecelerini, cinsiyetlerini, yaşlarını, çalışma konularını ve eğitim durumlarını öğrenmek istiyoruz. (LÜTFEN, ailenizde yaşayan 15 ve üzeri yaşta tüm bireylerin kimler olduğunu AİLE REİSİNDEN BAŞLAYARAK (Aile reisine göre akrabalık derecesini yazarak, eşi, annesi, babası, kardeşi vb.) 1. sütuna işleyiniz. Daha sonra her bir birey için ayrı ayrı (TABLOYU YATAY İZLEYEREK) aşağıdaki soruları YANITLAYINIZ)

(DİKKAT! EĞİTİM DÜZEYİNDE TÜM KİŞİLERİN SON BİTİRDİĞİ OKULU İŞARETLEYİNİZ. Yani diploması alınan okul işaretlenecek. Lise terk birisi için Ortaokul bitirmiş işaretlenmesi, Üniversite'de öğrenci olan birisi için "lise bitirmiş" işaretlenmesi gibi)

Dikkat! Görüşüğünüz kişi aşağıdaki tabloda kaçınıcı sırada yazıldı:..... (X-73)

Aile reisine göre akrabalık derecesi (Eşi, oğlu, kızı, annesi, babası vb. gibi)	CİNSİYET		Doğum Tarihi (yıl)	ÇALIŞMAYANLAR								ÇALIŞMA KONUMLARI										EĞİTİM DURUMU					
	1. Erkek	2. Kadın		1. Evkadını	2. Öğrenci	3. Emekli	4. İşsiz	5. Çocuk	6. Çiftçi (en fazla 1 işçi çalıştırın)	7. Çiftçi (1'den fazla işçi çalıştırın)	8. Kendi başına çalışan	9. İşveren (en fazla 5 işçi çalıştırın)	10. İşveren (5'den fazla işçi çalıştırın)	11. Serbest meslek (doktor, avukat vb.)	12. Yönetici (en fazla 5 kişiden sorumlu)	13. Yönetici (5'den fazla kişiden sorumlu)	14. Büro elemanı /Menur	15. İşçi	1. Okul bitirmemiş	2. İlkokul	3. Ortaokul	4. Lise	5. Yüksekokul	6. Okul öncesi (Çocuk)			
01 (X 74 - 77) AİLE REİSİ	1	2		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	2	3	4	5	6			
02 (X 78 - 81)	1	2		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	2	3	4	5	6			
03 (X 82 - 85)	1	2		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	2	3	4	5	6			
04 (X 86 - 89)	1	2		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	2	3	4	5	6			
05 (X 90 - 93)	1	2		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	2	3	4	5	6			
06 (X 93 - 96)	1	2		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	2	3	4	5	6			
07 (X 98 - 101)	1	2		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	2	3	4	5	6			
08 (X 102 - 105)	1	2		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	2	3	4	5	6			
09 (X 106 - 109)	1	2		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	2	3	4	5	6			
10 (X 110 - 113)	1	2		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	2	3	4	5	6			

ANKETİMİZ BİTİMİŞTİR. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

### 3.5. ÖZGEÇMİŞ

## ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Kadriye Bahtışen Peker  
Doğum Tarihi : 4. 11. 1972  
Doğum Yeri : İstanbul  
Medeni Durum : Evli  
Adres : Sarıgöl mahallesi, Nazlı Sok. Huzur Apt. No: 26/6 G.O.P  
Telefon : 0212 417 75 37 - 0212 414 20 20 / 30336  
E- mail : pekerenis@yahoo.com

### Eğitim:

İlk öğrenimimi Yıldıztabya İlkokulu'nda, orta öğrenimimi ( 1983-1986 ) Rami Orta Okulu'nda, Lise eğitimimi ( 1986–1989 ) Çemberlitaş Kız Lisesinde tamamladım. 28.06.1994 yılında İ. Ü. Diş Hekimliği Fakültesi'nden derece ile mezun oldum. 1996 yılında İ.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Toplum Ağız Diş Sağlığı B. D. ' da doktora eğitime başladım. KPDS yabancı dil sınavını veremediğim için uzaklaştırıldığım doktora programına 2001 – 2002 öğretim yılında tekrar başladım. 26.12.2002 tarihinden itibaren araştırma görevlisi olarak Toplum Ağız Diş Sağlığı B. D.'da görev yapmaktayım. Diş-hekimliğinde Klinik Dergisi'nin Teknik Kurulu'nda görevliyim.

### Bilimsel Toplantılar ve Eğitimler:

- I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu, 2004, Ankara
- “Türkiye’de Ağız Diş Sağlığı Kapasitesinin Artırılması Amaçlı Bilecik İli Uygulama Projesi”
- İ. Ü. Onkoloji Enstitüsünde uygulanan Norm Kadro Projesi ve İş Analizi çalışmaları
- Eğitimcilerin Eğitimi Kursu, Kasım 2003, Bursa
- Okul Ağız Diş Sağlığı Araştırması Sağlık Eğitimi Sonuçları, İlköğretim Çağında Okul Sağlığı Toplantısı, Ekim 2003, İstanbul
- Ağız Diş Sağlığını Geliştirmeyi Amaçlayan İlköğretim Çağındaki Çocuklara Yönelik Eğitim Projesi Kapsamında Çalışacak Olanlara Yönelik Eğitim, Ekim 2003, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü

### Yayınlar

1. Bahtışen K. P. Erdöndü R. Bireysel Koruyucu Uygulamaların Dentin Hassasiyetindeki Rolü Diş Hekimliğinde Klinik Dergisi 2003; 16: 68-72
2. Oktay İ, Bahtışen K.P. Baş Boyun Kanseri Nedeniyle Radyoterapi Gören Hastalarda Kombine Koruyucu Programlar. İ.D.O Dergisi 2004; 94:40-43