

**BİREYLERİN AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞINA
İLİŞKİN TUTUM VE DAVRANIŞLARININ
İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLERLE İNCELENMESİ:
AFYONKARAHİSAR İLİ ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Fatma ATALAY

Danışman

Doç. Dr. Sinan SARAÇLI

İSTATİSTİK ANABİLİM DALI

Haziran 2019

AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ

FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**BİREYLERİN AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞINA İLİŞKİN TUTUM VE
DAVRANIŞLARININ İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLERLE
İNCELENMESİ: AFYONKARAHİSAR İLİ ÖRNEĞİ**

Fatma ATALAY

Danışman

Doç. Dr. Sinan SARAÇLI

İSTATİSTİK ANABİLİM DALI

Haziran 2019

TEZ ONAY SAYFASI

Fatma ATALAY tarafından hazırlanan "Bireylerin Ağız ve Diş Sağlığına İlişkin Tutum ve Davranışlarının İstatistiksel Yöntemlerle İncelenmesi: Afyonkarahisar İli Örneği" adlı tez çalışması lisansüstü eğitim ve öğretim yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca 14/06/2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından oy birliği ile Afyon Kocatepe Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü **İstatistik Anabilim Dalı'nda YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Danışman	: Doç. Dr. Sinan SARAÇLI	İmza
Başkan	: Dr. Öğr. Üyesi Cengiz GAZELOĞLU Süleyman Demirel Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fak.	
Üye	: Doç. Dr. İbrahim KILIÇ Afyon Kocatepe Üniversitesi, Veteriner Fak.	
Üye	: Doç. Dr. Sinan SARAÇLI Afyon Kocatepe Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fak.	

<p>Afyon Kocatepe Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.</p> <p>..... Prof. Dr. İbrahim EROL Enstitü Müdürü</p>

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİM SAYFASI

Afyon Kocatepe Üniversitesi

Fen Bilimleri Enstitüsü, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içindeki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda ilgili eserlere bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu,
- Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
- Ve bu tezin herhangi bir bölümünü bu üniversite veya başka bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı

beyan ederim.

14/06/2019



Fatma ATALAY

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

BİREYLERİN AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞINA İLİŞKİN TUTUM VE DAVRANIŞLARININ İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLERLE İNCELENMESİ: AFYONKARAHİSAR İLİ ÖRNEĞİ

Fatma ATALAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi

Fen Bilimleri Enstitüsü

İstatistik Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Sinan SARAÇLI

Bu çalışmada, bireylerin ağız ve diş sağlığı konusundaki bilgi ve korkuya dayalı tutum ve davranışları incelenerek tutumlarının, davranışları üzerindeki etkilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla Afyonkarahisar il merkezinde faaliyet göstermekte olan özel diş kliniklerine, 2019 yılı Nisan-Mayıs aylarında tedavi amaçlı gelen toplam 350 hastaya uygulanan anket aracılığı ile veriler toplanmıştır. Toplanan verilere, betimleyici istatistiksel analizlerin dışında açıklayıcı faktör analizi, doğrulayıcı faktör analizi ve yapısal eşitlik modellemesi uygulanarak bireylerin bilgiye ve korkuya dayalı tutum ve davranış boyutları belirlenerek ağız ve diş sağlığı konusundaki davranışları üzerinde etkili olan tutumları belirlenmiştir. Çalışmadan elde edilen sonuçlarına göre, korkuya dayalı davranışları üzerinde korkuya dayalı tutumları en etkili faktör olarak belirlenirken, bilgiye dayalı davranışları üzerinde ise bilgiye dayalı tutumları en etkili faktör olarak belirlenmiştir. Elde edilen diğer bulgular ilgili çizelge ve şekillerde verilmiştir.

2019, viii + 52 sayfa

Anahtar Kelimeler: Ağız ve Diş Sağlığı, Tutum ve Davranış, Yapısal Eşitlik Modellemesi,

ABSTRACT

M. Sc. Thesis

ANALYSIS OF THE ATTITUDES AND BEHAVIOR OF INDIVIDUALS ON ORAL AND DENTAL HEALTH BY STATISTICAL METHODS: SAMPLE OF AFYONKARAHİSAR PROVINCE

Fatma ATALAY

Afyon Kocatepe University

Graduate School of Natural and Applied Sciences

Department of Statistics

Supervisor: Assoc. Prof. Sinan SARAÇLI

In this study, it was aimed to determine the effects of attitudes on behaviors of individuals by examining their attitudes and behaviors based on information and fear on oral and dental health. For this purpose, data was collected from a total of 350 patients who were treated for treatment in April-May 2019 in private dental clinics in Afyonkarahisar. In addition to the descriptive statistical analysis, descriptive factor analysis, confirmatory factor analysis and structural equation modeling were applied to the collected data. Attitudes and behaviors of individuals based on knowledge and fear were determined and their attitudes which had an effect on oral and external health behaviors were determined. According to the results obtained from the study, fear-based attitudes were determined as the most effective factor on the behaviors based on fear, whereas knowledge-based attitudes were determined as the most effective factor on knowledge-based behaviors. Other findings are given in related tables and figures.

2019, viii + 52 pages

Keywords: Oral and dental health, Attitude and behavior, Structural equation modeling

TEŐEKKÖR

Bu tezin planlanması, yürütülmesi, verilerin analiz edilmesi ve değerlendirilmesinde verdiği destekten dolayı değerli danıőmanım Sayın Doç. Dr. Sinan SARAÇLI 'ya,

Hayatımın her aşamasında sevgi ve desteğini esirgemeyen, hep yanımda olan eőime ve oğluma teőekkürlerimi sunarım.

Fatma ATALAY

AFYONKARAHİSAR, 2019

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....	viii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1 Ağız ve Diş Sağlığı.....	2
2.2 Diş Çürüğü	3
2.3 Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Uygulamaları	4
2.4 Ağız ve Diş Sağlığı Uygulamaları	6
2.4.1 Diş Fırçalama Alışkanlığı.....	6
2.4.2 Diş Macunları ve Fırçalama	7
2.4.3 Diyet Alışkanlıkları	8
2.4.5 Rutin (Düzenli) Diş Hekimi Kontrolleri.....	9
2.5 Bireylerde Ağız ve Diş Sağlığı Bilgi Düzeyleri	9
2.6 Bireylerde Ağız ve Diş Sağlığı Korku Düzeyleri	11
2.7 Tutum ve Davranış	13
2.7.1 Tutum	13
2.7.2 Davranış.....	13
2.8 Bireylerin Ağız ve Diş Sağlığı Tutum ve Davranışları.....	15
3. MATERYAL ve METOT	16
3.1 Anakütle ve Örneklem	16
3.2 Verilerin toplanması	16
3.3 Verilerin analizi.....	16
3.4 İstatistiksel Analizler.....	17
3.4.1 Faktör Analizi	17
3.4.2 Faktör Analizine İlişkin Temel Kavramlar	18

3.4.2.1 Kolerasyon matrisi	18
3.4.2.2 Öz Değer.....	18
3.4.2.3 Ortak Faktör Varyansı	18
3.4.2.4 Faktör Yük Değeri.....	18
3.4.3 Açıklayıcı Faktör Analiz	19
3.4.4 Doğrulayıcı Faktör Analizi.....	20
3.4.5 Yapısal Eşitlik Modellemesi	21
4. BULGULAR	24
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	39
6. KAYNAKLAR.....	41
ÖZGEÇMİŞ.....	51
EKLER	52

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

Simgeler

α	Cronbah's Alfa
P	Anlam Seviyesi
%	Yüzde
\bar{x}	Örnekleme Ortalama
χ^2	Ki-Kare

Kısaltmalar

AFA	Açıklayıcı Faktör Analizi
pH	Asidite
BD	Bilgiye Dayalı Davranış
BT	Bilgiye Dayalı Tutum
D	Davranış
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
KD	Korkuya Dayalı Davranış
KT	Korkuya Dayalı Tutum
SD	Serbestlik Derecesi
SS	Standart Sapma
T	Tutum
TDB	Türk Diş Hekimleri Birliği
YEM	Yapısal Eşitlik Modellemesi
ORT	Ortalama

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 4.1 Tutuma ilişkin DFA analizi sonuçları	28
Şekil 4.2 Davranışa ilişkin DFA analizi sonuçları	29
Şekil 4.3 Korkuya Dayalı Davranış ile Tutumun alt boyutlarına ilişkin YEM sonuçları.	35
Şekil 4.4 Bilgiye Dayalı Davranış ile Tutumun alt boyutlarına ilişkin YEM sonuçları.	37

ÇİZELGELER DİZİNİ

Sayfa

Çizelge 4.1 Bireylerin demografik özelliklerine ilişkin frekans ve yüzde dağılımları	24
Çizelge 4.2 Tutum ölçeğine ait AFA sonuçları Cronbach's Alfa değerleri ve bazı betimleyici istatistikler	25
Çizelge 4.3 Davranış ölçeğine ait AFA sonuçları Cronbach's Alfa değerleri ve bazı betimleyici istatistikler	26
Çizelge 4.4 Bireylerin demografik özelliklerine göre bilgiye dayalı tutum ve davranışları ile korkuya dayalı tutum ve davranışlarına ilişkin ortalama, standart sapma (s.s) değerleri ve demografik özellikler göre farklılığın sınanmasına ilişkin bulgular... 30	
Çizelge 4.5 Bilgiye dayalı tutum ortalamalarının hangi eğitim düzeyindeki bireyler için farklı olduğunun belirlenmesine yönelik En Küçük Önemli Fark Testi sonuçları	33
Çizelge 4.6 Korkuya dayalı davranış ve Tutum'a ilişkin kurulan modele ait Standartlaştırılmış Parametre Tahminleri, t istatistikleri ve hipotezler	36
Çizelge 4.7 Bilgiye Dayalı Davranış ve Tutum'a ilişkin kurulan modele ait Standartlaştırılmış Parametre Tahminleri, t istatistikleri ve hipotezler	38
Çizelge 4.8 Kurulan DFA ve YEM modelleri için uyum kriterlerine ait değerler	38

1. GİRİŞ

Tüm dünyada ve ülkemizde de en sık görülen halk sağlığı sorunlarının başında ağız ve diş hastalıklarının yer aldığı görülmektedir (Aydemir ve Ceylan 1999).

Bunun en önemli nedenleri olarak ulaşım olanakları, ekonomik problemler, farkındalık, eğitim ve dental korku gibi temel toplumsal problemler öne çıkmaktadır. 1992 yılında Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Koordinatörlüğü tarafından yapılan araştırma sonucuna göre; gelişmiş ülkelerde nüfusun diş hekimine gitme sıklığı yılda 5 iken, ülkemizde bu oran 0.7'dir. Türk Diş Hekimler Birliği'nin resmi internet sitesindeki verilere göre; nüfusun %47.11'inin son bir yılda, %12.5'inin ise yaşam boyu hiç diş hekimine gitmediği tespit edilmiştir (Büyük vd. 2018).

1992 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan bu araştırma sonuçlarına bakıldığında ülkemizde ağız ve diş sağlığı problemlerinin gelişmiş ülkelere oranla daha yaygın olduğu görülür. Son yıllarda sağlık alanında yapılan harcamalar, toplumun bilinçlenmesi için yapılan koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri sayesinde Türk toplumu olarak iyi yönde bir ilerleme kaydedilmiştir.

Toplum olarak bilinçlendikçe birey bazında bilgi düzeyimizin arttığı ağız ve diş sağlığı hakkında bildiğimiz yanlış düşüncelerden kaynaklı korkuların da azaldığı görülmektedir. Bireyler bilgi, kanaat ve inançlarını ortaya çıkarmak istedikleri zaman bunu tutum ve davranışları ile belli etmeye çalışırlar.

Bu çalışmada, Afyonkarahisar il merkezinde faaliyet göstermekte olan özel ağız ve diş sağlığı kliniklerine tedavi amaçlı gelen bireylerin ağız ve diş sağlığı konusundaki tutum ve davranışlarını ölçmek amacıyla bir anket uygulanmıştır. Uygulanan anket sonucunda bireylerin ağız ve diş sağlığıyla ilgili tutumlarının davranışları üzerindeki etkilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Ağız ve Diş Sağlığı

Ağız ve diş sağlığı tanımını açmak gerekirse; dişler, diş etleri ve onları destekleyen sert ve yumuşak doku (mukozal doku ve kemik doku) , dil, dudak, tükürük bezleri, kaslar ve eklemler tarafından iskelete tutunan tüm uzuvlarımızın sağlığını anlayabiliriz (Satcher 2000). Ağız kavitesi içerisinde bulunan bütün bu yapılar, insanların konuşma, tat alma, nefes alma, yeme ve içme gibi hayati fonksiyonlarını yerine getirebilmeyi sağlayan kısımdır. Ağız boşluğunun sağlığının bozulması insanların bu işlevleri yerine getirmesini engelleyebilir. Sonuç olarak, bireylerin günlük işlerini yapmalarını engelleyebilir. Aynı zamanda bireyin sosyal yaşamını da etkileyebilir ve kişilerarası iletişimde bozulmaya yol açabilmektedir (Beaglehole 2009, Kaya 2014).

Genel sağlığın önemli bileşenleri, vücut için gerekli temel besin maddelerinin sağlanmasında kritik rol oynayan çiğneme ve yutkunma fonksiyonuna sahip olan ağız ve diş sağlığı açısından da önemlidir. Birçok ölümcül mikroorganizmayı barındıran ağız boşluğu, aynı zamanda çoğu iltihap için de giriş yeridir. Bu nedenle, genel sağlık için iyi bir oral hijyenin sağlanması gerekmektedir (Genderson *et al.* 2013, Kumar *et al.* 2014).

Ağız ve diş sağlığının bozulması hemen bir rahatsızlığa neden olmamaktadır, ancak uzun dönemde birçok sağlık problemine öncülük etmektedir. Ağız ve diş sağlığının bozulması ile beraber kardiyovasküler hastalıklar, enfeksiyöz hastalıklar, sindirim sistemi hastalıkları, solunum hastalıkları, kanser vb. birçok hastalıkta öncü risk faktörü olmaktadır (Kılınç ve Günay 2010).

Literatüre bakıldığında ağız ve diş sağlığının bozulmasındaki etiyolojik faktörlerden en önemlisinin dental plak olduğu görülmektedir (Öztunç vd. 2000). Ağız sağlığının bozulmasının en önemli nedenlerinden başında gelen dental plak birikiminin önüne geçilememesi sonucunda içerisinde bulunan organizmaların zararlı ürünler üretmesidir. Bu nedenle yapılan araştırmaların sonucuna bakıldığında plak birikiminin engellenmesinin ağız sağlığının kazanılması ve sürdürülmesi için zaruri olduğu

anlaşılmaktadır (Källestål *et al.* 1990, Özmeriç vd. 1994). Bireylerin bağlı olduğu toplum, yaş, cinsiyet, beslenme alışkanlıkları, sistemik hastalıklar, kültürel ve sosyoekonomik durumlar gibi etkenlerin de ağız ve diş sağlığında önemli bir faktör gösterilmektedir (Källestål *et al.* 1990, Pattanaporn and Navia 1998, Tulunoğlu vd. 1999, Gibson and Williams 1999).

Tedavi edilmemiş diş çürükleri sadece ağız sağlığını olumsuz etkilememektedir. Diş çürükleri, bireyin yaşam kalitesinin azalmasına ve vücuttaki diğer sistemleri de etkileyerek genel sağlığın da bozulmasına neden olduğu görülmektedir (Ayhan *et al.* 1996, Mattheus and Shannon 2015).

Ağız ve diş sağlığı çalışmaları tüm toplumlarda önemli bir yere sahiptir. Bu çalışmaların özellikle yarınlarımızın güvencesi ve geleceği çocuklarımız ve onların birer yol haritası olan anne ve babalarının üzerinde yoğunlaştırılmasının ayrıca önem taşıdığı saptanmıştır. Bireysel bilinçlenmenin çocukluk çağında kazanılması sayesinde yaşam kalitesi artmış sağlıklı bir toplumun gelişmesi için çok önemlidir (Ishikawa *et al.* 1997). Bu sebeple, ağız ve diş sağlığının önemi hakkında bilinçlenme özellikle çocukların erken yaşlardan itibaren ağız sağlığı hakkında eğitilmesi ile başlamaktadır. Çocuklarla birlikte, çocuklarımızın eğitiminde önemli bir aktör olan aileleri ve öğretmenleri başka bir hedef grubu oluşturmaktadırlar (Boran 2009, Özyürek vd. 2015).

2.2 Diş Çürüğü

Diş çürüğü genel olarak, fermente olabilen karbonhidratların dental plaktaki asidojenik bakteriler tarafından sentez edilmesi ile birlikte oluşan organik asitler tarafından diş sert dokularının (mine, dentin, sement) demineralizasyon süreci olarak görülmektedir (Kidd and Fejerskov 2003). Literatürde tanımlanan diş çürüğü, ağız ortamında bulunan bakterilerin diş yüzeyine yerleşerek besinlerden kaynaklanan şekerleri sindirmesi sonucu oluşan asit ürünlerinin diş sert dokularında meydana getirdiği biyolojik değişikliklerdir. Ağız ortamındaki pH değişikliklerinin dişin sert dokularını sürekli etkilediği belirlenmiştir. Ağız ortamında ve dişin biyolojik yapısında, kritik pH seviyesinde değişime neden olan faktörlerin engellenmediği durumda, dişi çevreleyen

mine katmanında bulunan minerallerin yok olduğu gözlemlenmiş ve diş çürüğünün en başta gelen göstergelerinden olan mine katmanı kaybı sonucu kaviteasyon olduğu gözlemlenmiştir (Karabekiroğlu ve Ünlü 2017).

Dünyanın en yaygın bakteriyel iltihabı olarak kabul edilen diş çürüğü, multi faktöriyel bir hastalıktır. Diğer bir ifade ile diş çürüğü birçok faktörün etkisi ile meydana gelen bir olaydır. Bu nedenle ağız ve diş hastalıkları ve kronik hastalıkların risk faktörleri benzerdir. Sağlıksız beslenme, tütün kullanımı, alkol kullanımı her iki hastalık grubunda da görülen risk faktörleridir. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü ağız ve diş hastalıklarını önlemeye yönelik çalışmaların kronik hastalıklarla mücadele programlarına eklenmesini tavsiye etmektedir (Petersen 2007, Kılınç ve Günay 2010, Ramirez *et al.* 2010).

Diş çürükleri, sadece gelişmekte olan ülkelerde değil aynı zamanda gelişmiş olan ülkelerinde en önemli toplum sağlığı problemleri arasında başı çekmektedir. Dünya Sağlık Örgütünün verilerine bakıldığında, diş çürüğü bulunma oranının gelişmiş ülkelerde okul çağındaki bulunan çocukların %60-90'ını ve yetişkin bireylerde ise de büyük çoğunluğu etkilediğini bildirmektedir (WHO 2000). 1990 verilerine göre Türkiye'de yapılan araştırmalarda bu oranın yetişkin bireylerde %96'larda olduğu saptanmıştır. 2000 yılında dünya sağlık örgütünün ağız-diş sağlığı hedeflerinde bulunan altı yaş çocuklarda bulunmaması hedeflenen diş çürüğü oranı %50'dir ve yine 2020 yılında hedeflenen oran ise %80'lere ulaşmasıdır. Türkiye'deki duruma bakıldığında ise, altı yaş çocuklarında diş çürüğü bulunma oranının %85 olduğu ilerleyen yaşlarda bu oranın arttığı bildirilmiştir (Saydam vd. 1990). Koruyucu diş hekimliği uygulamalarının özellikle gelişmekte olan ülkelerde yaygınlaşmamış olması bu oranların artmasının en önemli nedenlerinden biridir ve bunun sonucunda ciddi ekonomik, sosyal ve sağlık sorunları meydana gelmektedir (Öztunç vd. 2000).

2.3 Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Uygulamaları

Koruyucu hizmetler kişinin sağlığını kaybetmeden önce mevcut sağlığını korumaya yönelik verilen hizmetleri kapsamaktadır. Hastalık oluştuğundan sonra tedavi için gerekli hizmetlerin altyapısı oluşturulması ve tedavi için harcama maliyetlerinden daha düşük maliyet gerektirir. Uygulanabilmesi için daha az donanım ve sarf malzeme gerektirdiği

gibi ayaktan uygulanabilme özelliğine sahiptir (Tazegül vd. 2006). Ağız ve diş sağlığı koruyucu hizmetleri kişilerin yanlarına gidilerek taramalar şeklinde gerçekleştirilebilmektedir. Fırçalama işlemi koruyucu ağız sağlığı hizmetleri en başında gelmektedir. Çocuklara verilen düzenli fırçalama eğitimi ile kazanılan alışkanlık okullarda yapılan taramalarda ikincil kazanç olması beklenmektedir (Tazegül vd. 2006).

Fırçalamanın tek başına yeterli olmadığı durumlarda koruyucu ağız sağlığı hizmetlerinde genel olarak anti bakteriyel özelliği ve içeriği bulunan ağız suları ve diş macunları kullanımı tavsiye edilmelidir. Kullanılan ağız suları ve diş macunlarının içeriğinde florür ilavesi olması tercih edildiği belirlenmektedir. Son dönemde diş macunu, diş fırçası ve farklı ağız suları ile uygulanan diş ve ağız kavitesinde bulunan dokuları kapsayan mevcut sağlıklı halin devamını sağlamaya yönelik uygulamalar olarak belirlenmiştir. Diş plağını kaldırma etkinliğini sağlaması ile başlayan diş çürüğünü önlemeye kadar devam eden uygulama olarak karşımıza çıkmaktadır. Diş ipi kullanımı ve diş fırçalama gibi mekanik yöntemlerin, özellikle dişlerin ara yüz bölgelerinde yetersiz kalması sonucu kimyasal yöntemlere olan ilginin arttığı saptanmıştır. Diş macunları ve ağız sularının içeriğinde bulunan özellikle antimikrobiyal ve diğer bileşenlerin, plak kontrolünde mekanik yöntemlerle birlikte daha etkili oldukları belirlenmiştir. Bunun sonucunda da, diş macunu ve ağız sularının kullanımının arttığı görülmektedir (Tazegül vd. 2006, Nathe 2009).

Koruyucu ağız-diş sağlığı bakımı, üç farklı düzeyde sınıflandırılabilir (Nathe 2009).

- -Birincil koruyucu ağız diş sağlığı bakımı; hastalığın oluşmasını engellemek, hastalık seyrini geriye döndürmek veya ikincil koruyucu tedavilere gereksinim olmadan hastalık sürecini durdurmayı kapsamaktadır. Bu düzey oral hijyen olarak tanımlanabilir.
- -İkincil koruyucu ağız diş sağlığı bakımı; hastalık sürecinin durdurulmasını ve/veya mümkün olduğunca normal dokulara yakın bir şekilde restore edilmesi için kullanılan rutin tedavi metotlarını kapsamaktadır. Bu düzey restoratif tedavi olarak tanımlanabilir.

- -Üçüncül koruyucu ağız diş sağlığı bakımı: kaybedilen dokuların yerine konmasını ve hastanın rehabilitasyonunu kapsamaktadır. Bu düzey rekonstrüktif tedavi olarak tanımlanabilir.

Ülkemizde mevcut sağlık hizmetlerinin yapısına bakıldığında, ağız diş sağlığı hizmetleri yapısında koruyucu bir sistemin bulunmadığı izlenmektedir. Hastaların beklentileri ve anlık ihtiyaçları doğrultusunda bir tedavi süreci oluşmaktadır. Diş hekimliği fakültelerinde, diş ve çevre dokularda meydana gelen hastalıkların tedavisine yönelik eğitim verildiğinden diş hekimliği hizmeti, Türkiye'de, sadece hastalıkların tedavisine odaklı algılanmakta ve diş hekimleri, hastanın gerekli tedavisini tamamlama hedefinde çalışmaktadırlar. Diş hekimleri, gerek yoğunluktan gerekse eğitim yıllarında odaklanması için gerekli hedefin doğru verilmemesinden koruyucu yaklaşımdan yoksun olarak hastalığın sebebi üzerinde değil tedavisi üzerinde durmaktadırlar. Ağız ve diş sağlığında koruyucu programlar en sık rastlanan diş çürükleri ile diş eti hastalıkları üzerine odaklanmalıdır. Diş plağı; diş çürükleri ve diş eti hastalıklarının oluşumunda birincil faktör olması sebebiyle koruyucu programlar plağın diş yüzeylerinden düzenli ve tam olarak uzaklaştırılmasını amaçlamalıdır. Ayrıca dişin sert dokularına, çürüklere karşı direnç kazandırma ile ilgili uygulamalar (flor vb. uygulamalar), koruyucu diş hekimliğinin öncelikli görevleridir (Nathe 2009).

Ağız ve diş sağlığında temel korunma, bireylerin diş ve dişeti hastalıklarının artmasının sebebi olan sosyal, kültürel ve ekonomik faktörlerin elimine edilmesini hedeflemelidir. Koruyucu diş hekimliğinde ana ve öncelikli hedef; toplumun bilinçlendirilmesi, bireylerin bilgi düzeyinin artırılması ve koruyucu diş hekimliğinin yazılı hedeflerde kalmayıp aktif bir şekilde uygulamaya geçirilmesi olmalıdır (Nathe 2009).

2.4 Ağız ve Diş Sağlığı Uygulamaları

2.4.1 Diş Fırçalama Alışkanlığı

Dişlerimizi, ideal olarak günde üç kez sabah, öğle ve akşam olarak fırçalamak gerektiği belirtilmektedir. Yoğun iş temposu nedeniyle gün ortasında fırçalama eksikliği de çok yaşanmaktadır. Gece fırçalayarak yatmak gece boyunca ağız içinde bakteri üremesi üzerine önemli bir etkisi bulunmaktadır. Sabah uyanınca dişleri fırçalamak gerekir ki genelde yanlış olarak kahvaltıdan sonra fırçalama konusunda literatür de farklı görüşler mevcuttur. Literatüre bakıldığında; “Diş fırçalamanın, çürük riskini anlamlı olarak azalttığı bilimsel bir doğrudur. Günde iki kez dişlerini fırçalayan ve bu alışkanlığı erken yaşta kazanan bireylerin daha az çürüğü olduğu gösterilmiştir” (Altun vd. 2005).

Diş fırçalama işlemini genel olarak tanımladığımızda; Diş fırçalamaya başlamadan önce sağlığa uygunluk açısından öncelikle eller yıkanır. Diş hekiminin kişilere özgü tavsiye ettiği uygun boyut ve sertlikte bir diş fırçasının üzerine fındık büyüklüğünde diş macunu yayılır. Ağıza su alınmadan ve özellikle diş fırçası su ile temas ettirilmeden kuru olarak fırçalama işlemine başlanır. Ağız açık şekilde alt ve üst diş fırçası dişlere 45 derece açı yapacak şekilde konumlanır dişler her çene ayrı olmak üzere dişetinden diş doğru fırçalanır. Fırçalama işlemini bütün dişlerimizin iç ve dış yüzeyleri ile çiğneme yüzeylerinden en az 3-4 defa geçecek şekilde uygulanır. Bu sırada dilimizin üzeri de fırçalanır. Fırçalama işlemi tamamlandıktan sonra ağızımızı su ile çalkalayıp, diş fırçamızın özellikle baş kısmını bol temiz su ile yıkamalıyız. Diş fırçası mekanik olarak büyük ölçüde temizlik sağlamış olsa da tam olarak yeterli olmamaktadır (Çelik 2013).

2.4.2 Diş Macunları ve Fırçalama

Diş macunları günlük ağız ve diş temizliğinin olmazsa olmaz bir parçasıdır. Diş macunları diş fırçasının yaptığı mekanik temizliğin yanında kimyasal bir temizlik sağlamakta ve bunun sonucu olarak da dişeti iltihabı ve çürük oluşumu gibi ağız hastalıklarının meydana gelmesini engellemektedir. Diş macunlarının içeriğinde; aktif ajanlar, çeşitli tuzlar, sodyum sitrat ve değişik florür bileşikleri bulunmaktadır. Her diş macunu içerisinde bulunan bu maddeler farklılıklar gösterebilmekte, sadece kimyasal olarak değil ayrıca parçacık büyüklüğü ve formu olaraktan farklılık gösterebilmektedirler. Bu farklılıklar, dişlerin temizlenmesinde ve özellikle dişle olan sürtünme ile temizlenme etkisi bakımından önemlidir. Diş macununun kimyasal özellik

taşıyan içeriğinde bulunan maddeler çürüğün önlenmesinde, dişlerde meydana gelen hassasiyetin tedavi edilmesinde ve sigara çay vs. gıdalardan kaynaklanan kazanılmış renklemelerin giderilmesinde etkilidir. Kimyasal ajanların plak kontrolü için kullanımındaki etkisi bu ajanların doğrudan diş üzerinde biriken plağı yok ederek olmakta ya da plak meydana gelmeden diş yüzeyinde kimyasal olarak plak birikimini engellemeye yönelik olmaktadır (Çelik 2013).

2.4.3 Diyet Alışkanlıkları

Ağız ve diş sağlığının sürekliliği; dengeli, düzenli ve bol lifli besinlerle beslenmemiz gerekir. “Gelişmekte olan ülkelerin genel sorunu haline gelen karbonhidratlı besinlerin artan miktarda tüketilmesinin yanı sıra paketlenmiş gıda endüstrisinin kontrol edilemez bir şekilde büyümesi diş çürüğünün giderek artmasına sebep olmaktadır. Ekonomik gelişimin ve kentleşmenin sonucunda, yaşam biçiminde ve beslenme şeklinde hızlı değişiklikler gözlenmiştir. Kentleşmenin aşırı ve düzensiz beslenmeye ve neticesinde ağız hastalıklarına önemli ve dünya çapında etkisi olmuştur. Beslenme ve diyet, ağız sağlığını birçok yönden etkileyebilir. Diyete bağlı olarak gelişen ağız diş hastalıkları, diş çürüklerini, minenin gelişim bozukluklarını, periodontal hastalıkları ve dental erozyonu içerir (Ünlüer *et al.* 2007).

Çürük oluşturma potansiyeli indeksi; çürük yapma potansiyelini belirlemek amacıyla hayvan deneyleri, demineralizasyon / remineralizasyon modelleri ve insanlarda yapılan plak asidojenitesi çalışmalarının sonuçlarına göre oluşturulmuştur. Çürük Oluşturma Potansiyeli İndeksi (Cariogenic Potential Index, CPI) geliştirilmiştir. Bu indekse göre, sakkarozun CPI değeri olan 1,0 referans olarak alınmaktadır. Çürük yapma indeksi 1'in altında ise o besin maddesinin sakkarozdan daha düşük, Çürük yapma indeksi 1'in üzerinde ise o besin maddesinin sakkarozdan daha fazla kariyojenik olduğu kabul edilmektedir. İndeks değerinin 0,4'den küçük olması o besin maddesinin düşük çürük yapma potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir. Fermente olabilen karbonhidrat miktarı fazla olan, ağızda kalma süresi uzun olan, en ufak bileşimlerine kadar parçalanabilen, plak pH'ını 5,5'in altına düşüren kraker, ekme, tatlandırılmış kahvaltılık gevrekler, pasta, kurabiye, kurutulmuş meyve ve patates cipsi gibi rafineri

edilmiş besin maddeleri kariyojenitesi yüksek besin maddeleri arasında yer almaktadır. Yüksek düzeyde protein, orta düzeyde yağ, minimal düzeyde karbonhidrat, yüksek konsantrasyonda kalsiyum ve fosfat içeren lifli gıdalar, plak pH'ı 6,0'dan yüksek olan ve tükürük sekresyonunu aktive eden süt, peynir, et, yumurta, fıstık ve bazı sebze çeşitleri gibi besin maddeleri ise kariyojenitesi düşük gıdalar olarak sınıflandırılmaktadır."1 Çürük yapma potansiyelleri içerdiği karbonhidrat, glikoz yanı sıra ağızda kalma süreleri de etkilidir. Bisküvi kraker gibi gıdalar küçük parçalara ayrılarak dişlerin asında ya da çiğneyici yüzeyde birikmesi de çürük potansiyelini artırmaktadır. (Yamashita 1982, Mundorff-Shrestha *et al.* 1994).

2.4.5 Rutin (Düzenli) Diş Hekimi Kontrolleri

Diş hekimine sadece sorun olduğunda değil, kontrol ve koruyucu diş hekimliği uygulamaları için de gidildiğinde, yapılacak uygulamalar kısa ve ağrısız olacağı için ileride oluşacak diş hekimi korkusu da engellenmiş olur. Birçok ebeveyn çocuğunun dişlerinde çürük olmadığı için diş hekimine götürmeyi gerek görmemektedir. Bu sebeple çocuklarda düzenli diş hekimi kontrolüne gitmeyi hayatı boyunca gerek görmemektedir. Düzenli diş hekimi kontrollerinde; diş hekimi tarafından bireyin ihtiyaçları çerçevesinde diş fırçalama şekli ve sıklığı, fluor ve fissür örtücü gibi koruyucu diş hekimliği uygulamaları ile ilgili detaylı bilgiler verecek ve bu sayede ileriki yaşamda çürüksüz bir diş yapısına sahip olunması sağlanacaktır. Kontrollerde yapılan ağız içi muayeneleri bir probleme bağlı diş hekimine gidilmesi esnasında şikâyet odaklı muayene ile oldukça farklıdır. Kontrol muayenelerinde diş yapısını, dişeti ve yanak-dudak gibi yumuşak dokularını ve çene ilişkisini detaylı olarak incelenmesinin imkânı olacaktır (Çelik 2013).

2.5 Bireylerde Ağız ve Diş Sağlığı Bilgi Düzeyleri

Ağız ve diş sağlığı profesyonellerinin sağlık durumunu ölçen birçok çalışma vardır. Bu çalışmalar temel olarak periodontal sağlığın genel sağlık üzerine etkileri ile ilgilidir. Ayrıca, bebeklerin ağız ve diş sağlığı, seyahat süresi ve florlu macun kullanımı bu tür

çalışmalarla sınırlıdır (Çalışkan vd. 2002, Kılınç ve Günay 2010, Rabiei *et al.* 2012, Adeghe *et al.* 2012, Koşan vd. 2017).

Sağlık bütünsel bir kavram olarak anlaşılmaktadır. Ağız ve diş sağlığı, genel vücut sağlığıyla bir bütün şeklinde kabul edilir. Literatürde yapılan birçok çalışma ağız ve diş sağlığı koşullarının ve hastalıklarının evde, okulda, işte ve yaşamın tüm kesiminde insanları etkileyerek yaşam standartlarını etkilediği bulunmuştur (Vishwanathaiah 2016, Büyük vd. 2018). Dünyada ve ülkemizde, diş hekimlerinin muayene ve tedavisinin ulaşım, ekonomik sorunlar, öncelik sırası ve farkındalık gibi nedenlerle sınırlı olduğu görülmektedir. 1992 yılında Sağlık Bakanlığı sağlık projesinin koordinatörü tarafından yapılan soruşturma sonuçlarına göre; Sanayileşmiş ülkelerde, ülkemizde dişçilik ziyareti sıklığı 5 kişidir 0.7. Türk Diş hekimleri Birliği'ne göre; Geçen yıl nüfusun % 47.11 olduğu ve hastaların % 12.5'inin dişçiye gitmediği tespit edildi (TDB 2015). Bu durumda halk sağlığı yaklaşımı, erişkin ve çocuklarda ağız ve diş sağlığının korunması, daha iyi bir noktaya gelmesi gibi konularda önemli bir yer tutar (Tekçiçek 2014).

Ağız ve diş sağlığında meydana gelen problemler genel olarak bebeklikten başlayıp ihtiyarlık dönemine kadar devam eder. Dünya Sağlık Örgütü ülkelerinin ağız sağlığı seviyelerinin belirlenmesinde de çocukluk çağına göre incelendiğinde; 5, 12, 15 yaş gruplarının ağız ve diş sağlığı seviyelerinin belirlenmesinin yeterli olduğu görülmüştür (WHO 2013). Özellikle 11-12 yaş arası çocuklarda daimi dişlerin düşmesi ağızdaki dişler tamamlanmaktadır. Bu nedenle, çocuklarda kalıcı diş çürüğünün tespiti ve koruyucu sağlık davranışının gelişimi için önemli bir süre olduğu görülebilir (Namal vd. 2009). Okul çağındaki çocuklarda görülen ağız ve diş sağlığı sorunlarının başında; yerleşim bozuklukları, diş eti hastalıkları, diş çürüğü, travma ve yaralanmalar olarak görülmektedir (Pekcan 2015).

Diş çürükleri genel olarak, çocuklarda en sık gözlenen kronik hastalıklardan biri olduğu belirtilmiştir (Bhardwaj *et al.* 2013, Tekçiçek 2014). Tekçiçek (2014)'de yaptığı çalışmasında; diş çürüğünün saman nezlesinden yedi kat, astımdan beş kat daha sık görüldüğü belirlenmiştir. Diş çürümesi sebebiyle erken bir diş kaybı, okula devamsızlık, konuşma bozukluğu, büyüme geriliği ve okulda konsantrasyon kaybı görülebilir.

Literatürdeki kaynaklara göre, öğrenciler diş problemleri sebebiyle yılda yaklaşık 51 milyon saat kaybediyorlar (Amschler 2003, Jackson *et al.* 2011, Tekçiçek 2014). Ülkemizin nüfusunun büyük bir kısmını, Okul çağı çocukları oluşturmaktadır (TÜİK 2015). Çocuklarda, iyi ağız ve diş sağlığı için davranış değişikliklerine yol açabilecek uzun süreli ve düzenli sağlık eğitimi olmalıdır. Bu eğitim için en uygun yerler, çocuklara aynı koşullar altında ve aynı ortamda öğretilen okullardır (Haque *et al.* 2016). Güler ve arkadaşları (2012) yaptıkları bir çalışmada, okul ortamında ağız sağlığı ve diş sağlığı konusunda, tüm okul, aile ve sosyal çevre ile ilgili sorunları tespit etmek ve etkili ağız ve diş sağlığı eğitimi programları geliştirmek için eğitim sağlamakla ilgilenmektedirler. Olumlu diş sağlığı davranışlarının gelişimine katkıda bulunduğu tespit edilmiştir.

2.6 Bireylerde Ağız ve Diş Sağlığı Korku Düzeyleri

Korku ve anksiyete birbirlerini tetikleyerek meydana gelen ve bunun sonucunda da ağız ve diş sağlığı uygulamalarında hekime ve hastaya tedavinin işleyişinde önemli sorunlar oluşturan faktörlerdir. Korku, bireylerin başına gelen tehlikeli durumlarda oluşan hayatta kalma içgüdüüne bağlı meydana gelen duygusal bir tepkidir (Boorin 1995). Korkuda tehlikenin kaynağı doğrudan mevcut iken anksiyetede böyle bir durum söz konusu değildir (Köroğlu ve Durkan 2010). Anksiyete ise tehdit sonucu meydana gelebilecek zararın çok az olarak tanımlandığı, görünmez olduğu hatta olmadığı, duygusal bir tecrübe olarak tanımlanır (Boorin 1995). Anksiyete, hastaların ifade etmede zorlandığı bir huzursuzluk, panik ve endişe hali olarak da tanımlanabilir (Köroğlu ve Durkan 2010). Anksiyete sonucunda diş hekimine gelen hastalarda birçok fiziksel ve davranışsal problemler (terleme, tansiyon düşmesi, titreme, baş dönmesi vb.) ortaya çıkmaktadır bunun sonucunda da hasta ve hekim için büyük bir problem oluşturmaktadır (Ayer *et al.* 1989).

Dental enjektör, kesici ve delici aletlerin varlığı, hekimin bireysel tutumu işlemlerin uzun sürmesi, anksiyete koşullarını meydana getiren faktörlerdir (Abrahamsson *et al.* 2003). Hastanın beklentileri, tedavi sürecinin kontrolünün dışında olması ve hastanın

diş tedavilerinin işleyişi hakkında bilgi düzeyi stresi arttıran diğer faktörlerdendir (Ünlüyol ve Kocabalkan 2010).

Anksiyetenin etyolojisinde rol oynayan diğer faktörler; geçmişteki travmatik deneyimler, çevre (muayene odası, kullanılan aletlerin sesi ve görüntüsü, ortamın kokusu), düşük ağrı eşiği, hekimin hastaya yaklaşımı (güvensizlik, hekimi yetersiz bulma), sosyal etkileşimler (ebeveyn, kardeş ve arkadaşların negatif etkisi, dramatize edilmiş çizgi filmler ve televizyon programları), kötü deneyimlerin ön plana çıkması şeklinde sıralanabilir (Ay vd. 2005).

Dental anksiyete etiyolojik olarak homojen bir grup değildir ve oluşumu farklı yollarla gerçekleşmektedir (Abrahamsson *et al.* 2000). Bunlardan bazıları olumsuz bilgilenme (mitler ve bilişsel çarpıtmalar), olumsuz deneyimlere şahit olma (davranışçı modelleme) ve olumsuz şartlanmadır (davranışçı öğrenme). Diş hekimi ile geçmişte yaşanan olumsuz bir deneyimin dental anksiyetenin olumsuz şartlanmasında önemli bir katkısı bulunmaktadır (Poulton *et al.* 2000). Rousset vd. (1997) çalışmalarında, dental korku oluşumunun çocukluk çağına kadar uzanabildiğini bildirmişlerdir.

Diş hekimliği uygulamalarında meydana gelen modern gelişmeler ve diş tedavilerinin, yüksek başarısına ve etkin lokal uyuşturma ve ağrı kesici ilaçların kullanıma girmesine rağmen, diş tedavileri ile ilgili korku ve anksiyete problemi pek çok hastada yaşanmaya devam etmektedir (Gerschman and Giebartowski 1991).

Çok fazla diş hekimi korkusuna sahip hastalar, tedavilerini erteleme eğilimindedirler. Ayrıca, bu tip hastalar, tedavi işlemleri sırasında son derecede uyumsuz bir hasta profili oluştururlar (Kaako *et al.* 1999). Çok fazla diş hekimi korkusuna sahip hastalar, ihtiyacı olduğunu ve ağız sağlıklarının iyi olmadığını bildikleri halde tedaviden kaçınmakta ve bunun sonucunda da ağız sağlık durumunun ve yaşam kalitesinin daha kötü olmasına yol açmaktadır (Corah 1969, Vassend 1993, Kumar *et al.* 2014).

Anksiyetenin etyoloji ve bulguları kültürel farklılıklar gösterebilir (Çağırankaya ve Kansu 2005). Literatüre bakıldığında diş hekimi korkusu hakkında yapılan

araştırmalarda, toplumların farklı sosyal ve ekonomik düzeylere sahip olması, yaş ve cinsiyet farklılıkları nedeniyle, dental korku düzeyi hakkında net bir bulgu elde edilememektedir (Kaako *et al.* 1999, ubuku ve Ercan 2008). Dental anksiyete ve korku, hemen hemen tüm toplumlarda oldukça yaygın bir sorundur. Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan yetişkin popülasyonda yapılan bir çalışmada yaklaşık olarak %20, Birleşik Krallıkta yapılan diğer bir çalışmada ise %25 oranında anksiyetenin diş hekimi randevuların iptal ya da ertelemesinden sorumlu olduğu bildirilmiştir. Benzer Şekilde katılımcılarda %10-20 gibi yüksek oranlarda dental anksiyete saptanan birçok çalışma mevcuttur (Sohn and İsmail 2005, Humphris *et al.* 2009).

2.7 Tutum ve Davranış

2.7.1 Tutum

Toplumsal kültürümüzü belirleyen bazı ögeler vardır bu ögeler içerisinde önemi yüksek olanları toplum içerisinde paylaşılan değerler, inançlar, tutum ve davranışlar Şeklinde sıralayabiliriz. Bu toplumsal ögeler kişiden kişiye farklılık gösterebilmektedir. Bireyin yaşanmişlıklarıyla farklılık gösteren, mantıksal bir süreç içeren ve bireyin tecrübelerine dayanan soyut düşünceleri değer olarak tanımlayabiliriz. İnançları ise bireylerin kendi dünyaları içerisinde bir olgu ile ilgili oluşturdukları duygusal ağlar bütünü olarak görebiliriz. Tüm bu tanımlamalara bakıldığında bireylerin tutum ve davranışları üzerinde değerler kadar inançlarında büyük bir etkisi vardır diyebiliriz. Tutum kavramından bahsedecek olursak her hangi olgu ve olaya karşılık bireyin bu olguyla alakalı psikolojik olarak duygu, düşünce ve davranışlarında meydana gelen bir eğilimdir. Bireyin tutumu eğer ki geçmişine dayalı değer de daha çok çevresel etkilere(faktörlere) dayanıyorsa bunun değerimi çok daha kolay olabilmektedir (Güvenç 1972).

2.7.2 Davranış

Davranış, varlıkların deneyebileceği veya yapabileceği Őeylerin hepsi olarak tanımlanabilir. Başka bir Şekilde söyleyecek olursak bir organizma tarafından yapılan

her türlü eyleme davranış denebilir. Örnek vermek gerekirse yemek, yürümek, bisiklete binmek, hayal kurmak, uyumak gibi varlıklar tarafından yapılan her türlü eyleme de davranış denilebilmektedir. Etrafımızdaki varlıkların yemek, uyumak, yürümek gibi daha çok gözlemlenebilir davranışları olduğu kadar öğrenmek, unutmak, hatırlamak gibi direkt olarak gözlemlenemeyen davranışlarının da olduğu bilinir (Lashley and Lee-Ross 2003).

Araştırmacılar davranışı üç gruba ayırmışlardır. Bunlardan birincisi **doğrudan gözlenebilen** davranışlar olarak isimlendirilir. Bunlara örnek konuşma, yürüme ve uyuma gösterilebilir. Bu davranışlar gözlenebildiği gibi sayısal olarak ifade de edilebilir. İkincisi **doğrudan gözlenemeyen** davranışlar olarak isimlendirilir. Bu gruptaki davranışlar dolaylı yollarla gözlenebilir veya hissedilebilir. Bunlara örnek hatırlama, öğrenme, unutma gibi davranışlar gösterilebilir. Üçüncüsü ise **sinir sistemi nedeniyle** açığa çıkan davranışlardır. Bunlar kaslar vasıtasıyla duyu organlarında meydana gelir (Lashley and Lee-Ross 2003).

Davranışlar her zaman tutumlara bakılarak tahmin edilemeyebilir. Davranışın ortaya çıktığı süreçte tutumdan farklı unsurlarında bu davranışı etkilediği söylenebilir. Örneğin, bir bireylerin ağız ve diş sağlığına verdiği önemin yüksek olduğu bilinirken diş hekimi kontrollerine gitmeme oranları da yüksek olabilir.

Bireylerin davranışları genellikle iki önemli belirleyiciye bağlıdır. Bunlar bireysel etki ve sosyal etkidir (Lashley and Lee-Ross 2003).

Bireysel etki, bireyin sergileyeceği davranışın olumlu ve olumsuz yönlerini kendi içerisinde muhakemesini yapmasıdır. Sosyal etki ise, bireyin bu davranışı sergileyip, sergilememesine göre karşılaşıacağı sosyal baskıyı düşünerek bir muhakeme yapmasıdır. Birey, bu ölçümleri yaptıktan sonra bir davranışta bulunup bulunmayacağına karar verebilmektedir. Buradan da anlaşılacağı üzere, bireyin bir davranışı sergilemesinde tutumun etkili olduğu düşünülse de esasında tutumun ardında yatan davranışsal inançlar vardır (Lashley and Lee-Ross 2003).

2.8 Bireylerin Ağız ve Diş Sağlığı Tutum ve Davranışları

Diş hekimliği hizmetlerinin yaygınlaştırılması, bireyin sosyoekonomik düzeyi ve kişisel hijyen uygulama bilincinin artışı ile gelişmiş ülkelerde çürük sıklığı hızla azalmaya başlamıştır. Gelişmekte olan ülkelerde ise diş çürüğü sıklığı üzerine çalışmalar bu eğilimi göstermede her ülkede yeterli değildir (Öztunç vd. 2000, Yabao *et al.* 2005). Ülkemizde ağız diş sağlığı politikası ise çürüğün oluşmadan önce tedavi edilmesine yönelik değildir. Oysaki ağız ve diş sağlığı hastalıkları oluşmadan önlenemeyen hastalıklar grubuna girmektedir. Hastalık nedenlerinin ortadan kaldırılmaması, bireylerin ağız ve diş sağlığıyla ilgili bilgi düzeylerinin düşük olması, bireylerin diş tedavilerine ilişkin korkularının olması gibi nedenlerle hastada yeni çürüklerin veya ikincil çürüklerin oluşması engellenememektedir. Ağız ve diş sağlığını korumanın iyi bir ağız hijyeni ile sağlanabildiği söylenebilir. Diş hekimleri ağız sağlıkları konusunda topluma örnek olmalı ve halkı bilgilendirecek düzeyde olmalılardır (Kwan and Williams 1996, Cortes *et al.* 2002).

3. MATERYAL ve METOT

3.1 Anakütle ve Örneklem

Bu çalışmanın anakütlesini, 2019 yılı Nisan-Mayıs ayları döneminde, Afyonkarahisar il merkezinde faaliyet göstermekte olan özel ağız ve diş sağlığı kliniklerine tedavi amaçlı gelen 18-50+ yaş aralığındaki bireyler oluşturmaktadır. Bu anakütle içerisinde sistemik örnekleme yöntemiyle belirlenen 358 hastaya, uygulanması için bir anket formu hazırlanmıştır.

3.2 Verilerin toplanması

Hazırlanan anket formu 2019 yılı Nisan-Mayıs aylarında Afyonkarahisar il merkezinde faaliyet göstermekte olan özel ağız ve diş sağlığı kliniklerine, tedavi amaçlı gelen toplam 358 hastaya uygulanarak ilgili veriler toplanmıştır. Anket formlarında gözlemlenen doldurulmamış ve eksik bölümler çıkarıldıktan sonra analizler toplam 350 birey üzerinden gerçekleştirilmiştir. İlgili anket formunda bireylerin demografik özelliklerinin yanında ağız ve diş sağlığına ilişkin tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla 5' li Likert tipinde (1. Hiç katılmıyorum, 5. Tamamen Katılıyorum) soruların yer aldığı bir ölçek kullanılmıştır. Ölçekte yer alan soruların bir kısmı alanında uzman diş hekimlerine danışılarak, araştırmacı tarafından hazırlanmış olmakla birlikte, Ay vd. (2005), Tezel ve Yaman (2010), Pekiner (1999), Yüksel (2018)'in çalışmalarından derlenmiştir.

3.3 Verilerin analizi

Bu amaçla toplanan verilere, betimleyici istatistiksel analizlerin dışında açıklayıcı faktör analizi, doğrulayıcı faktör analizi ve yapısal eşitlik modellemesi uygulanarak bireylerin bilgiye ve korkuya dayalı tutum ve davranış boyutları belirlenerek, bireylerin ağız ve diş sağlığı konusundaki davranışları üzerinde etkili olan tutumları belirlenmiştir. Çalışmanın uygulama kısmında SPSS ve LISREL paket programlarından yararlanılmıştır.

3.4 İstatistiksel Analizler

3.4.1 Faktör Analizi

Daniel (1988) yılında faktör analizini, kovaryans yapılarının incelendiği bir grup değişkenin aralarındaki ilişkileri, açıkça gözlenemeyen daha az sayıdaki değişkenlerle açıklanmasını sağlayan ve bu değişkenleri de faktör adıyla nitelendirilen bir teknik olarak tanımlamaktadır (Stapleton 1997). Rennie (1997) ise, faktör analizini, gözlenen değişkenler arasındaki ilişkileri temel alan bu ilişkiyi de daha az sayıdaki faktörlerle açıklamayı hedefleyen, bunu hedeflerken de maksimum varyansın açıklanmasını amaçlayan bir hesaplama düşüncesine sahip analitik teknik olarak tanımlamaktadır (Toktay 2017).

Faktör analizi, 1930-1950 yılları arasında başta matematiğin gelişmesiyle, 1950'den sonra da bilgisayar alanındaki gelişmelerle birlikte kendini göstermeye başlamış bir analiz türüdür. İlk olarak psikoloji bilim dalında daha sonra da farklı alanlarda kullanılmaya başlanmıştır. Araştırmacılar özellikle sosyal bilimlerde yapılan çalışmalarda kullanmak adına faktör analizini geliştirmiştir (Toktay 2017).

Faktör analizi, çok değişkenli bir analiz tekniği olup aralarında ilişki bulunduğu düşünülen çok sayıdaki değişkenin doğrudan gözlenemeyen daha az sayıdaki değişken veya değişkenler ile yorumlanabilmesine olanak sağlar. Son dönemde eğitim araştırmalarında oldukça sık kullanılan bu tekniğin temelleri ilk olarak Spearman tarafından 1904 yılında “General Intelligence, Objectively Determined and Measured” adlı çalışma ile ortaya atılmıştır (Ford vd. 1986). Bu çalışma ile Spearman bireylerin çeşitli zihinsel etkinliklerine bakarak incelediğinde bu zihinsel etkinlikler arasında ortak bir nokta bulmuş ve insan zekâsının tek bir faktör ile açıklanabileceğini savunmuştur. Oysaki 1927 yılında kendi çalışmasını geliştirerek insan zihninin tek bir faktörle açıklanamayacağını, genel ve özel olmak üzere 2 faktörden oluşabileceğini faktör analizini kullanarak ifade etmiş bununla ilgili “İnsanın Yetenekleri” adlı bir kitap kaleme almıştır. İlerleyen zamanda Spearman’ın ortaya attığı bu tekniği geliştiren araştırmacılar Zekâ gibi karmaşık bir yapının işleyişinde birden çok faktörün rol alması gerektiğini ifade etmiştir (Özgüven 1994).

3.4.2 Faktör Analizine İlişkin Temel Kavramlar

3.4.2.1 Kolerasyon matrisi

Gözlenen değişkenlerden elde edilen matrise kolerasyon matrisi, faktörlerden elde edilen matrise üretilmiş kolerasyon matrisi denir. Bu iki matrisin arasındaki farka hata kolerasyon matrisi denir. Hata kolerasyon matrisindeki hata ne kadar küçük çıkarsa bu üretilen ve gözlenen matrisler arasındaki uyumu gösterir. Bu sonuç yapılan faktör analizinin ne kadar iyi olduğuyula alakalıdır (Hovardaoğlu 2000, Tabachnick and Fidell 2001, Büyüköztürk 2002, Kline 2014).

3.4.2.2 Öz Değer

Her bir faktörün yüklerinin kareleri toplamı ve bu faktörler tarafından açıklanan varyans oranının hesaplanmasında, faktör sayısına karar verilmesinde kullanılan bir katsayı olarak öz değer hesaplanır (Tatlıdil 1992, Tabachnick and Fidell 2001, Büyüköztürk 2002).

3.4.2.3 Ortak Faktör Varyansı

Faktör analiziyle ilgili üç varyanstan söz edilebilir bunlar ortak faktör varyansı, özgül varyans ve hata varyansı isimlerini alır (Hovardaoğlu 2000, Kline 2014). Testin güvenilirliğinin yorumlanabilmesi ortak faktör varyansı ve özgül varyansın toplamıyla mümkündür. Bir değişkenin faktör yük değerlerinin kareleri toplamı değişkene ilişkin faktörlerin açıkladığı ortak varyansa eşittir (Hovardaoğlu 2000, Büyüköztürk 2002).

3.4.2.4 Faktör Yük Değeri

Faktör yük değeri, değişkenlerin faktörlerle ilişkisini açıklayan sayısal değer olarak adlandırılabilir. Değişkenlerin içerisinde bulunduğu faktör yük değerlerinin yüksek çıkması beklenir. Bazı değişkenlerin faktör yük değerlerinin yüksek oluşuna bakılarak bu değişkenler hakkında bir faktörle ilişkilidir denebilir. Eğer böyle bir durum var ise bu değişkenlerin ilişkilendirildikleri faktörü (kavramı) ölçtüğü söylenebilir. Bir

değişkenin 0.3'lük faktör yükü, faktör tarafından açıklanan varyansın %9 olduğunu gösterir. Buna göre değişkenlerin işareti dikkate alınmadan 0.30 ile 0.59 arası yük değeri orta düzey büyüklük, 0.60 ve üzeri yük değeri yüksek olarak kabul edilebilir. Değişkenlerin faktör yük değerleri bir kolerasyon değeri olduğu düşünülürse istatistiksel anlamlılık bakımından da incelenebilir (Büyüköztürk 2002, Kline 2014).

3.4.3 Açıklayıcı Faktör Analiz

Açıklayıcı faktör analizinin amacı değişkenler kümesi üzerinde faktör yapısının ve modelinin tanımlanmasıdır. Bu analiz Spearman'ın 1900'lü yıllarda yaptığı çalışmalarına dayanmaktadır. Literatürde aksi belirtilmediği sürece Spearman'ın tanımladığı faktör analizi kavramı açıklayıcı faktör analizi olarak adlandırılır. Açıklayıcı faktör analizinde faktörlerin sayısı, ilgili yapı, gözlenen ve gözlenmeyen değişkenler arasındaki ilişki vs. hakkında önsel spesifik herhangi bir varsayım ya da beklenti yoktur. Açıklayıcı faktör analizi (AFA) araştırmacının beklentilerini gerektirmez ve analizler bu beklentilerle şekillenmez. AFA'da her bir ölçüm modeli önemli derecede bir ya da birden fazla faktörle ilişkilendirilir. Bu şekilde çözüm yapmaya çalışan yaklaşıma basit yapı yaklaşımı denir. Çünkü matematiksel denklige sahip sınırsız sayıda çözüm vardır. Açıklayıcı faktör analizinde bir çözümden diğerine daha basit bir yapıya ulaşmak amacıyla yapılan metotlara faktör rotasyonu adı verilir (Avşar 2007).

AFA'nın uygulanmasında şeklini belirleyen farklı varsayımlar vardır. Rotasyon ilk çözümden denklik olarak uygun fakat birçok faktörle ilişki düzeyi önemsiz, yalnız bir faktörle dikkate değer ilişkiye sahip çözümü bulmaya çalışır. Açıklayıcı faktör analizinde araştırmacılar dik faktörleri ortaya çıkarmışlardır. Faktörlerin dik (ortagonal) olması varsayımı birbirleri ile ilişkisiz / bağımsız olmaları anlamına gelir. Eğiklik (oblimin) varsayımının da ise faktörler birbirleri ile ilişkilidir. AFA'da bileşenlerin belirlenmesinde ise genellikle kullanılan yöntem Temel Bileşenler yöntemidir. Eğer temel bileşenler analizinde olduğu gibi tek varyans olmadığı varsayılırsa faktör modeldeki hata kısmı yok olur. Bu durum da ölçüm belirsizliğini ele almanın ve ölçüm belirsizliğinin gerçekte var olan ihtimalinin öneminden dolayı AFA yapısal denklem modelleri kullanıcıları için uygun bir analiz olmamaktadır (Avşar 2007).

Açıklayıcı faktör analizinde en iyi çözümü seçme ve faktörleri isimlendirme temelde var olan zorluklardır. Faktör analitik yaklaşımı veri doğrulama için kullanıldığında açıklayıcı faktör analizi hakkında karışıklık (confussion) meydana gelir. Bu formların en kötüsü bu yaklaşımın “Burada ne olduğu belli değil, belli bir mana çıkarmak için çok fazla ölçüm var. Bundan dolayı faktör analizi yapalım, ölçümleri daha kısıtlı bir değişkenler kümesine indirgeyelim ve bakalım ortaya ne çıkacak.” şeklindeki yaklaşımdır. Bu tür yaklaşımlar olumsuz şekilde nitelendirilmişlerdir (Avşar 2007).

AFA güçlü bir önsel model varlığında da kullanılır. Son çalışmalar AFA faktör analizi tekniklerinin doğrulayıcı faktör analizi (DFA)'ya geçişte faydalı bir ön basamak olduğunu gösteriyor (Avşar 2007).

Genel itibariyle AFA'nın birçok özelliği yapısal denklem modelleri (YEM) yaklaşımı kullanıcılarının bir metodolojide kullanmak istemedikleri durumlardır. Ancak bu teknikler yapısal denklem modellerinin mantıksal oluşumunda fazlasıyla katkı sağlamıştır (Avşar 2007).

3.4.4 Doğrulayıcı Faktör Analizi

Araştırmacılar genellikle DFA'yı AFA'dan daha faydalı bulurlar. Çünkü;

- a)Teori direkt olarak analizle test edilebilir,
- b)Varsayım olarak modelin uyum derecesi birçok farklı yöntemle yenilenebilir.

Bu nedenlerle DFA önsel teori varlığı ile daha faydalıdır. Uygulamada çeşitli çalışmalarda hem AFA hem DFA analizlerinden çeşitli kısımlar da kullanılmasına rağmen bu iki tekniğin ortak kullanıldığı durumlar bakımından iki tekniği birbirinden ayırma daha faydalıdır. Açıklayıcı faktör analizinin sınırları doğrulayıcı faktör analizinin gelişmesiyle fazlasıyla aşılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) faktörler arası ilişkinin belirlenmesini geliştirici bir teoridir. Doğrulayıcı faktör analizinde araştırmacı bazı kısıtlar uygular. Bu kısıtlar faktörler üzerinde yüklü olan hangi

gözlenen değişkenlerin olduğu, bu ortak faktörlerin korelasyonlu olup olmadığı, hangi bağımsız faktörlerin ilişkili olduğunu belirlemek şeklinde ifade edilir (Avşar 2007).

İstatistiksel testler modeldeki verilerin kısıtlarla tutarlı olup olmadığını veya oluşturulan modeli verilerin doğrulayıp doğrulamadığını saptamak için kullanılır. Bu durum analizin doğrulayıcı olarak adlandırılmasının nedenidir. Günümüzde AFA'da, DFA'da faydalı yöntemlerdir. İki analizden hangisi ile çalışacağımız ilgili veri yapısı ve herhangi spesifik teoriye sahip olup olmamamıza göre değişecektir. Teorisi olan ve sadece DFA'yı kullanacak olan araştırmacılar da AFA'ya hâkim olmak zorundadır. Çünkü DFA'ya uzman olmak onun tarihsel habercisi olan AFA'yı anlamayı gerektirir. DFA'nın özelliklerini özetlersek (Avşar 2007);

- a) Doğrulayıcı faktör analizi gözlenen verilerden ziyade araştırmanın temelini oluşturan ilgili karakterlerden sonuca dayalı çıkarımlar yapar.
- b) Doğrulayıcı faktör analizi varyansı özellik ve karakterlere göre ayırır.
- c) Doğrulayıcı faktör analizi çeşitli formülasyonlara ve alternatif modellerin testine olanak sağlar.
- d) Doğrulayıcı faktör analizi her an kullanılabilen / uygun özet istatistiklerin oluşturulmasını sağlar.
- e) Doğrulayıcı faktör analizi ölçüm hatalarını tahmin edebilmemiz için bu ölçüm hatalarını modele dahil eder.

DFA'nın kullanılmasından kaynaklı avantajlar diğer modellerle karşılaştırıldığında bu çok metotlu modeller içerisinde önemini hissettirmektedir (Avşar 2007).

3.4.5 Yapısal Eşitlik Modellemesi

Yapısal eşitlik modellemesi gözlenen ve gözlenemeyen değişkenler arasındaki nedensellik ve korelasyon ilişkilerinin bir araya geldiği modellerin test edilmesini amaçlayan istatistiksel bir tekniktir. Faktör analizi, varyans analizi, kovaryans analizi ile çoklu regresyon analizi gibi analizlerin birleşmesiyle oluşan çok değişkenli bir yöntemdir (Tüfekçi ve Tüfekçi 2006).

Yol analizi genetikçi Sewall Wright tarafından 1920 yılında genetik bilimi için geliştirilen modellerin etkilerini araştırıp incelemek için geliştirilmiştir (Lleras 2005). Yol analizi ve yapısal eşitlik modeli arasında bir ilişki olduğunu Duncan 1966 yılında göstermiştir. Sosyolojik araştırmalar yaparken yol analizini kullanmanın ne kadar faydalı olduğu hakkında örnekler Duncan tarafından verilmiştir (Duncan 1966).

Yapısal eşitlik modellemesi gibi sistematik ve kapsamlı şekilde çalışan ikinci nesil veri analiz teknikleri (Bagozzi and Fornell 1982), regresyon gibi birinci nesil istatistiksel tekniklere kıyasla, birçok bağımlı ve bağımsız değişkenden oluşan karmaşık araştırma problemlerini dahi tek seferde modellemesini çözümler (Anderson and Gerbing, 1988). Özellikle karmaşık modellerin üzerinde başarı kaydettiği, birden fazla analizi tek seferde yapabildiği, incelenen modeldeki ilişkiler ağına yönelik varsa yeni düzenlemeler için yol gösterdiği, aracılık ve düzenleyicilik (moderasyon) etkilerini incelemeyi kolaylaştırdığı, ölçüm hatalarını hesaba katıyor olması gibi nedenlerden dolayı yapısal eşitlik modellemesi gibi yöntemler yeni modellerin geliştirilmesinde sürecinde kullanılmaktadır. Regresyon analizi gibi birinci nesil analiz tekniklerinde bağımlı değişkendeki değişimin ne kadarlık kısmının bağımsız değişkenler tarafından açıklandığı ortaya koyulabilir. Dahası bağımlı ve bağımsız değişkenlerin bulunduğu ve bu değişkenlerin arasında doğrudan ve dolaylı yoldan ilişkilerin olduğu çok basamaklı bir modelde, regresyon analizi yöntemiyle doğrudan etkiler tespit edilebilir fakat değişkenler üzerindeki dolaylı etkiler tespit edilemez. Dolayısıyla doğrusal regresyon gibi geleneksel yöntemlerde bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkilerin sadece tek bir düzeyde ele alınması, yapısal eşitlik modellemesi yönteminde ise, her bir ilişki düzeyinin değerlendirilebilmesi söz konusudur. Bu iki model arasındaki farklılıklardan yalnızca birisidir. Yapısal eşitlik modellemesi yöntemiyle analiz edilen bir model, regresyon analizi yöntemiyle yapılabilsede dahi regresyon analizinde her bir değişkenler arasındaki ilişki için bir regresyon analizine gerek duyulurken, LISREL ve benzeri programlarla yapılan analizler de, değişkenler arasında kurulan bütün ilişkiler tek bir analizle ortaya konabilmektedir. Bunlara ek olarak yol analizinde (path analysis) ölçmeden kaynaklanan hata miktarı elimine edilebilmektedir. Hata payının devre dışı bırakılması, yapısal eşitlik modellemesine dayalı olan tüm analiz yöntemlerinin en önemli avantajlarından birisidir (Tatlıdil 1992, Yener 2007, Dursun ve Kocagöz 2010).

YEM ile ilgili piyasaya 1976 yılında sürülen program LISREL programıdır. 1980'lerden sonra AMOS, EQS ve SAS gibi birçok program piyasaya çıkmıştır ve çözümleme aşamasında kullanıcılara alternatif çözümler sunmaya başlamışlardır (Akıncı 2007, Gazeloğlu 2016).

4. BULGULAR

Çizelge 4.1 Bireylerin demografik özelliklerine ilişkin frekans ve yüzde dağılımları

		Frekans (Sayı)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	210	60,0
	Erkek	140	40,0
Yaş	18-25	88	25,1
	26-33	89	25,4
	34-41	84	24,0
	42-49	47	13,4
	50+	42	12,0
Eğitim Düzeyi	İlkokul	26	7,4
	Ortaokul	21	6,0
	Lise	93	26,6
	Üniversite	159	45,4
	Yüksek Lisans	35	10,0
	Doktora	16	4,6
Toplam		350	100

Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin frekans ve yüzdelerine göre dağılımları Çizelge 4.1’de sunulmuştur. Çizelge 4.1 incelendiğinde, katılımcıların %60,0’ının kadın ve %40,9’unun erkek olduğu görülmektedir. Aynı şekilde %25,1’inin 18-25 yaş, %25,4’ünün 26-33 yaş, %24,0’ının 34-41 yaş, %13,4’ünün 42-49 yaş ve %12,0’ının 55 yaşının üzerinde olduğu görülmektedir. Ayrıca %7,4’ünün ilkokul, %6,0’ının ortaokul, %26,6’sının lise, %45,4’ünün üniversite, %10,0’ının yüksek lisans ve %4,6’sının ise doktora mezunu olduğu görülmektedir.

Tutum ve Davranış boyutlarına ilişkin AFA’ya ait bulgular ve bazı betimletici istatistikler Çizelge 4.2 ve 4.3’te verilmiştir.

Saraçlı (2011) Faktör analizinde yapılan döndürme türleri arasında Varimax metoduna ilişkin döndürmenin en iyi sonucu verdiğini vurgulaması üzerine, veri yapısına da bağlı olarak bu çalışmada da Varimax döndürmesi uygulanarak ilgili faktörler belirlenmiştir.

Çizelge 4.2 Tutum ölçeğine ait AFA sonuçları, Cronbach's Alfa değerleri ve bazı betimleyici istatistikler

Faktörler/Maddeler	Faktör Yüğü	Özdeğer	Açıklanan Varyans (%)	α	Ort.	s.s.
KT Korkuya dayalı Tutum						
KT1. Anestezik iğnenin görüntüsü beni endişelendirir.	0.873				2.93	1.42
KT2. Anestezik iğnenin batma hissi beni korkutur.	0.836				3.05	1.42
KT3. Diş hekiminin canımı yakacağı konusunda endişelenirim.	0.820	3.193	31.934	0,853	2.85	1.37
KT4. Diş hekimi randevusunu günler öncesinden düşünerek sıkıntı hissederim.	0.785				2.66	1.40
KT5. Hekim koltuğundayken ölüm korkusu gibi kötü düşünceler aklıma gelir.	0.636				2.12	1.23
BT Bilgiye dayalı Tutum						
BT1. Ağız ve diş sağlığı genel vücut sağlığı ile etkileşim içindedir.	0.800				4.08	1.05
BT2. Diş fırçasının kişiye özel olması ağız ve diş sağlığı için önemli bir etkindir.	0.765				4.45	0.98
BT3. Ağız ve diş sağlığında genetik faktörlerin etkili olduğunu düşünüyorum.	0.732	2.725	27.252	0.770	3.89	1.03
BT4. Bireylerin ağız ve diş sağlığı durumuna göre farklı diş macunu kullanması gerektiğini bilirim.	0.719				3.83	1.08
BT5. Türk toplumunda ağız ve diş sağlığı problemlerinin yaygın olduğunu düşünüyorum.	0.583				4.00	1.15

Çizelge 4.3 Davranış ölçeğine ait AFA sonuçları, Cronbach's Alfa değerleri ve bazı betimleyici istatistikler

Faktörler/Maddeler	Faktör Yüğü	Özdeğer	Açıklanan Varyans (%)	α	Ort.	s.s.
KD Korkuya dayalı Davranış						
KD1. Kullanılan aletlerin sesleri beni rahatsız ettiği için müzik dinlerim.	0.707				2.45	1.32
KD2. Korku ile dental objeleri yutabilirim.	0.692				2.03	1.16
KD3. Diş tedavim sırasında canım acımasa bile strese bağlı bayılabilir ya da kontrolümü kaybedebilirim.	0.747				2.27	1.31
KD4. Kullanılan aletleri görmek beni korkuttuğu için gözlerimi kapatırım.	0.798				2.63	1.44
KD5. İşlem sırasında ağzımda biriken su boğulma hissi verir.	0.617	4.174	29.813	0,844	2.69	1.34
KD6. Diş hekiminin muayenehanesinde beklerken kendimi gergin hissettiğim için başka şeylerle ilgilenirim. (tv izlemek, dergi okumak vs.)	0.699				2.87	1.38
KD7. Diş hekiminin muayenehanesinde beklerken kalp atışlarım artar, ellerim terler.	0.709				2.63	1.34
KD8. İşlem sırasında stres sebebiyle tedavimi yarıda bırakabilirim.	0.525				2.01	1.20
BD Bilgiye dayalı Davranış						
BD1. Dişlerimi düzenli şekilde günde 2 defa fırçalarım.	0.830				3.89	1.22
BD2. Ağız hijyeni için sadece diş fırçalamak yetmez bunun yanında gargara da kullanırım.	0.690				3.20	1.23
BD3. Ağız ve diş sağlığımın kontrolü için düzenli olarak 6 ayda bir diş hekimine giderim.	0.698				3.15	1.32
BD4. Ağız hijyeni için sadece diş fırçalamak yetmez bunun yanında diş ipi de kullanırım.	0.714	2.958	21.130	0.821	3.24	1.29
BD5. Ağız ve diş sağlığıma gereken önemi veririm.	0.743				4.10	1.14
BD6. Diş fırçamı düzenli olarak 6 ayda bir değiştiririm.	0.672				4.06	1.19

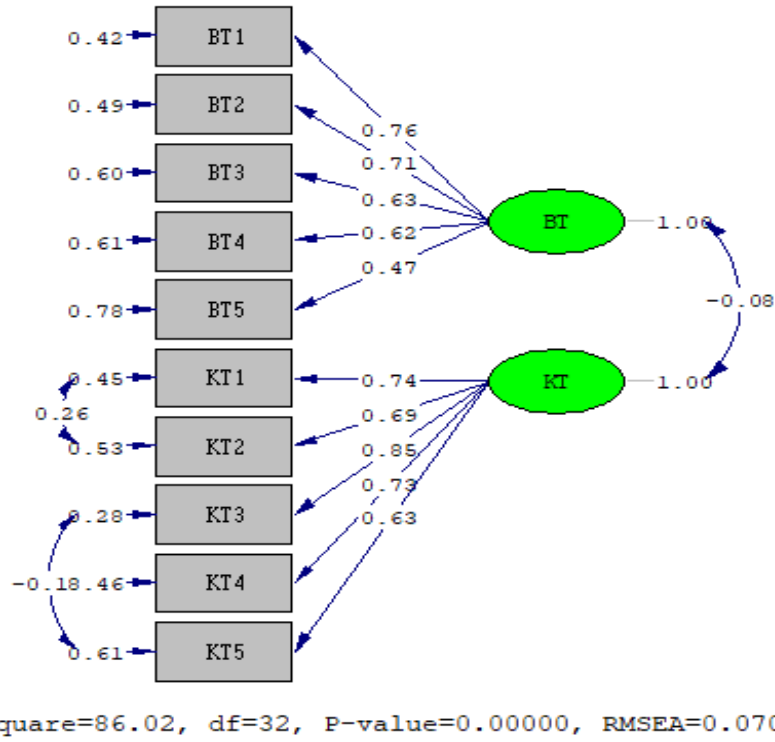
Çizelge 4.2 ve 4.3 incelendiğinde kullanılan ölçekte daha fazla soru olmasına rağmen, açıklayıcı faktör analizi uygulanırken teorik çerçevede tutum ve davranış olarak 4 faktörde toplanması beklenen soruların daha fazla faktörde kendini gösterdiği görülmüştür. Bunun yanında korkuya dayalı tutum, bilgiye dayalı tutum, korkuya dayalı davranış ve bilgiye dayalı davranışa ait soruların oluşturduğu faktörün birbirleri içerisinde yer almasından dolayı (Varimax döndürmesi yapıldıktan sonra) tutum iki faktör ile toplam 10 soru, davranış da iki faktör ile toplam 14 soru ile açıklanabilmiştir. Korkuya dayalı davranışları 8 madde ile bilgiye dayalı davranışları 6 madde ile bilgiye dayalı tutumları 5 madde ile korkuya dayalı tutum ise 5 madde ile açıklanabilmiştir.

Her bir madde için katılımcıların verdiği cevaplara bağlı olarak hesaplanan ortalama ve standart sapma değerleri de yine Çizelge 4.2 ve 4.3'te verilmiştir. AFA sonuçlarında tutum boyutuna ait 2 faktör toplam varyansın % 59.186'sını, davranış boyutuna ait 2 faktör ise toplam varyansın %50.944'ünü açıklamaktadır.

Faktörler içerisindeki yüklerine bakıldığında korkuya dayalı tutum boyutu için 0.873'lük yük değeri ile KT1 "Anestezik iğnenin görüntüsü beni endişelendirir." değişkenin, korkuya dayalı davranış boyutu için 0.798'lik yük değeri ile KD4 "Kullanılan aletleri görmek beni korkuttuğu için gözlerimi kapatırım." değişkenin en etkili değişkenler olduğu görülmektedir, Aynı şekilde bilgiye dayalı davranış boyutu için 0.830'lük yük değeri ile BD1 "Dişlerimi düzenli şekilde günde 2 defa fırçalarım." değişkenin, bilgiye dayalı tutum boyutu için ise 0.800'lük yük ile BT1 "Ağız ve diş sağlığı genel vücut sağlığı ile etkileşim içindedir." değişkenlerinin en etkili değişkenler olduğu görülmektedir.

AFA'da yer alan tutum boyutuna ilişkin maddelerin geneli için güvenilirlik katsayısı olan Cronbach's Alpha değeri 0.720, davranış boyutuna ilişkin Cronbach's Alpha değeri ise 0.730 olarak hesaplanmıştır ki bu değerler kullanılan ölçeğin güvenilir olduğunun bir göstergesidir. Her bir faktöre ait özdeğerler, varyans açıklama oranları, Cronbach's Alpha değerleri ve bazı betimleyici istatistikler de Çizelge 4.2 ve Çizelge 4.3'ten görülebilir.

Tutumun alt boyutlarının yer aldığı DFA analizi sonuçları Şekil 4.1’de verilmektedir.



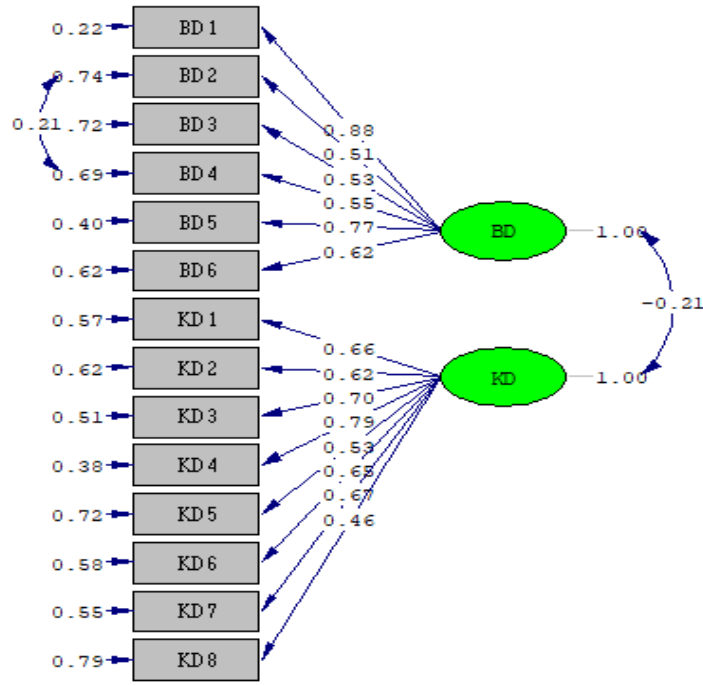
Şekil 4.1 Tutuma ilişkin DFA analizi sonuçları

Tutumun alt boyutları olan korkuya dayalı tutum (KT), bilgiye dayalı tutum (BT) için Şekil 1’de verilen doğrulayıcı faktör analizi sonuçları incelenmektedir. Buna göre bireylerin bilgiye dayalı tutumları üzerinde en etkili değişkenin 0.76’lık katsayı yükü ile BT1 “Ağız ve diş sağlığı genel vücut sağlığı ile etkileşim içindedir.” değişkeni olduğu görülmektedir. Bu değişkeni 0.71’lik yük ile BT2 “Diş fırçasının kişiye özel olması ağız ve diş sağlığı için önemli bir etkidir.” değişkeninin takip ettiği görülmektedir.

Bireylerin korkuya dayalı tutumları üzerinde ise en etkili değişkenin 0.85’lik katsayı yükü ile KT3 “Diş hekiminin canımı yakacağı konusunda endişelenirim.” değişkeni olduğu, bu değişkeni 0.74’lik katsayı yükü ile KT1 “Anestezik iğnenin görüntüsü beni endişelendirir.” değişkeninin takip ettiği görülmektedir.

Bu kriterler dışında χ^2 (Ki Kare)=86.02, sd (Serbestlik Derecesi)=32 olmak üzere; $\chi^2/sd = 2.69 < 3$ değeri de model uygunluğunun belirlenmesinde kullanılan diğer bir kriter olup, modelin istatistiki açıdan uygun olduğunun diğer bir göstergesidir.

Davranışın alt boyutlarının yer aldığı DFA analizi sonuçları Şekil 4.2 de verilmektedir.



Chi-Square=191.77, df=75, P-value=0.00000, RMSEA=0.067

Şekil 4.2 Davranışa ilişkin DFA analizi sonuçları

Davranışın alt boyutları olan korkuya dayalı davranış (KD), bilgiye dayalı davranış (BD) için Şekil 4.2’de verilen doğrulayıcı faktör analizi sonuçları incelenmektedir. Ele alınan bireylerin bilgiye dayalı davranışları üzerinde en etkili değişkenin 0.88’lik katsayı yükü ile BD1 “Dişlerimi düzenli şekilde günde 2 defa fırçalarım.” değişkeni olduğu görülmektedir. Bu değişkeni 0.77’lik yük ile BD5 “Ağız ve diş sağlığıma gereken önemi veririm.” değişkeni takip etmektedir.

Bireylerin korkuya dayalı davranışları üzerinde ise en etkili değişkenin 0.79’luk katsayı yükü ile KD4 “Kullanılan aletleri görmek beni korkuttuğu için gözlerimi kapatırım.” değişkeni olduğu, bu değişkeni 0.70’lik katsayı yükü ile KD3 “Diş tedavim sırasında canım acımasa bile strese bağlı bayılabilir ya da kontrolümü kaybedebilirim ” değişkeni takip etmektedir.

Bu kriterler dışında $\chi^2=191.77$, $sd=75$ olmak üzere; $\chi^2/sd = 2.56 < 3$ değeri de model uygunluğunun belirlenmesinde kullanılan diğer bir kriter olup, modelin istatistiki açıdan uygun olduğunun diğer bir göstergesidir.

Çalışmanın uygulama kısmında kurulan DFA'ya ait uyum kriterlerinin yer aldığı Çizelge 4.8 incelendiğinde tutum ve davranışa ilişkin tüm kriterlerin şartları sağladığı, dolayısıyla modelin istatistiksel olarak anlamlı bir model olduğunu söylemek mümkündür.

Katılımcıların demografik özelliklerine göre bilgiye dayalı tutum ve davranışları ile korkuya dayalı tutum ve davranışlarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri demografik özelliklere göre farklılığının sınanmasına ilişkin t-testi ve varyans analizlerine ilişkin bulguları Çizelge 4.4'te verilmiştir.

Çizelge 4.4 Bireylerin demografik özelliklerine göre bilgiye dayalı tutum ve davranışları ile korkuya dayalı tutum ve davranışlarına ilişkin ortalama, standart sapma (s.s) değerleri ve demografik özelliklere göre farklılığın sınanmasına ilişkin bulgular

CİNSİYET	BD (Bilgiye Dayalı Davranış)		BT (Bilgiye Dayalı Tutum)		KD (Korkuya Dayalı Davranış)		KT (Korkuya Dayalı Tutum)		GENEL	
	Ort.	s.s.	Ort.	s.s.	Ort.	s.s.	Ort.	s.s.	Ort.	s.s.
Kadın	3,75	0,86	4,16	0,69	2,49	0,93	2,76	1,09	3,20	0,53
Erkek	3,40	0,91	3,89	0,84	2,38	0,88	2,69	1,09	3,01	0,54
p	0,000*		0,001*		0,286		0,622		0,001*	
YAŞ										
18-25	3,70	0,9	4,07	0,75	2,36	0,91	2,71	1,07	3,12	0,57
26-33	3,66	0,86	4,10	0,70	2,34	0,83	2,64	1,12	3,09	0,53
34-41	3,53	0,86	4,00	0,78	2,43	0,95	2,75	1,13	3,10	0,51
42-49	3,66	0,84	4,19	0,53	2,74	0,96	2,96	1,00	3,32	0,45
50+	3,43	1,09	3,85	1,07	2,54	0,90	2,60	1,08	3,05	0,61
p	0,469		0,267		0,107		0,513		0,120	
EĞİTİM DURUMU										
İlkokul	3,40	1,04	3,85	0,76	2,51	0,79	2,52	1,00	3,02	0,51
Ortaokul	3,07	1,00	3,81	0,67	2,72	0,96	2,70	0,95	3,03	0,50
Lise	3,64	0,92	3,88	0,75	2,58	0,84	2,89	1,07	3,18	0,52
Üniversite	3,67	0,81	4,17	0,74	2,37	0,93	2,73	1,10	3,15	0,57
Y. Lisans	3,66	0,89	4,15	0,90	2,38	0,96	2,57	1,17	3,11	0,47
Doktora	3,57	1,03	4,26	0,68	2,07	0,95	2,31	1,16	2,95	0,54
p	0,063		0,015*		0,141		0,290		0,447	

p < 0,05*

- **H₀:** Bireylerin ağız ve diş sağlığına ilişkin puan ortalamaları cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık göstermez.

Çizelge 4.4'e bakıldığında bireylerin bilgiye dayalı davranış, bilgiye dayalı tutum ve genel ağız ve diş sağlığına ilişkin puanları cinsiyete göre farklılık gösterirken ($p < 0,05$), korkuya dayalı davranış ve korkuya dayalı tutum düzeyleri cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermediği istatistiksel olarak %95 güvenirlikle söylenebilir ($p > 0,05$). Bireylerin bilgiye dayalı davranış düzeylerine bakıldığında, kadınların ($\bar{x} = 3,75$), erkeklere ($\bar{x} = 3,40$) göre daha yüksek, bilgiye dayalı tutum düzeyleri incelendiğinde, kadınların ($\bar{x} = 4,16$), erkeklere ($\bar{x} = 3,89$) göre daha yüksek, ağız ve diş sağlığı düzeylerinin genel ortalamasına bakıldığında ise, kadınların ($\bar{x} = 3,20$), erkeklere ($\bar{x} = 3,01$) göre daha yüksek davranış ve tutum düzeyine sahip oldukları görülmüştür.

- **H₀:** Bireylerin ağız ve diş sağlığına ilişkin puan ortalamaları yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık göstermez.

Çizelge 4.4 incelendiğinde, bireylerin bilgiye dayalı davranış, bilgiye dayalı tutum, korkuya dayalı davranış, korkuya dayalı tutumları ve genel ağız ve diş sağlığı düzeyleri yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık göstermediği istatistiksel olarak %95 güvenirlikle söylenebilir ($p > 0,05$).

Yaş grupları bazında incelendiğinde bilgiye dayalı tutum ve bilgiye dayalı davranış puan ortalamalarının 50 yaş üzeri bireylerde en düşük olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre bireylerin yaşı arttıkça bilgi düzeylerinin azaldığı söylenebilir, diğer taraftan yaş grupları bazında korkuya dayalı tutum ve korkuya dayalı davranış ortalamalarına bakıldığında en yüksek ortalamalar 42-49 yaş aralığında görülmektedir. Bu sonuca göre 42-49 yaş aralığındaki bireylerin ağız ve diş tedavisi konusunda en elverişsiz yaş grubu olduğu söylenebilir.

Son olarak bireylerin ağız ve diş sağlığına ilişkin puan ortalamalarının eğitim düzeylerine göre bir farklılık gösterip göstermediğine ilişkin Çizelge 4.4'te verilen varyans analizi sonuçlarına bakıldığında, bireylerin ağız ve diş sağlığı konusunda

bilgiye dayalı tutum ve bilgiye dayalı davranış puan ortalaması eğitim durumu bazında incelendiğinde en düşük puan ortalaması ortaokul kategorisinde görülmektedir. Bunun yanında bilgiye dayalı davranış puan ortalaması en yüksek üniversite kategorinde bilgiye dayalı tutum ortalaması ise en yüksek doktora kategorisinde görülmektedir. Korkuya dayalı tutum ve korkuya dayalı davranış incelendiğinde ise en düşük puan ortalaması doktora kategorisinde görülmektedir. Bu sonuçlara bakılarak eğitim düzeyi düştüğünde bireylerin bilgi seviyesi azalmakta eğitim düzeyi yükseldikçe bilgi seviyesi de onunla birlikte yükselmekte denilebilir. Korkuya dayalı tutum ve korkuya dayalı davranış sonuçlarına da bakıldığında ağız ve diş sağlığı üzerinde eğitim düzeyi arttıkça bilgi seviyesi artmakta, bilgi seviyesi attıkça korku seviyesinin düşmekte olduğu söylenebilir.

Bilgiye dayalı tutum ortalamalarının hangi eğitim düzeyindeki bireyler için farklılık gösterdiğinin belirlenmesi amacı ile gerçekleştirilen En Küçük Önemli Fark Testi sonuçları Çizelge 4.5'te verilmektedir.

- H_{01} : Bilgiye dayalı tutum düzeyleri ilkokul mezunu ile ortaokul mezunu bireylerin eğitim düzeyi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.
- H_{02} : Bilgiye dayalı tutum düzeyleri ilkokul mezunu ile lise mezunu bireylerin eğitim düzeyi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.
- H_{03} : Bilgiye dayalı tutum düzeyleri ilkokul mezunu ile üniversite mezunu bireylerin eğitim düzeyi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.
- H_{04} : Bilgiye dayalı tutum düzeyleri ilkokul mezunu ile lisansüstü mezunu bireylerin eğitim düzeyi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.
- H_{05} : Bilgiye dayalı tutum düzeyleri ilkokul mezunu ile doktora mezunu bireylerin eğitim düzeyi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.
- H_{06} : Bilgiye dayalı tutum düzeyleri ortaokul mezunu ile lise mezunu bireylerin eğitim düzeyi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.
- H_{07} : Bilgiye dayalı tutum düzeyleri ortaokul mezunu ile üniversite mezunu bireylerin eğitim düzeyi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.
- H_{08} : Bilgiye dayalı tutum düzeyleri ortaokul mezunu ile lisansüstü mezunu bireylerin eğitim düzeyi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

- H₀₉: Bilgiye dayalı tutum düzeyleri ortaokul mezunu ile doktora mezunu bireylerin eğitim düzeyi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.
- H₀₁₀: Bilgiye dayalı tutum düzeyleri lise mezunu ile üniversite mezunu bireylerin eğitim düzeyi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.
- H₀₁₁: Bilgiye dayalı tutum düzeyleri lise mezunu ile lisansüstü mezunu bireylerin eğitim düzeyi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.
- H₀₁₂: Bilgiye dayalı tutum düzeyleri lise mezunu ile doktora mezunu bireylerin eğitim düzeyi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.
- H₀₁₃: Bilgiye dayalı tutum düzeyleri üniversite mezunu ile lisansüstü mezunu bireylerin eğitim düzeyi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.
- H₀₁₄: Bilgiye dayalı tutum düzeyleri üniversite mezunu ile doktora mezunu bireylerin eğitim düzeyi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.
- H₀₁₅: Bilgiye dayalı tutum düzeyleri lisansüstü mezunu ile doktora mezunu bireylerin eğitim düzeyi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Çizelge 4.5 Bilgiye dayalı tutum ortalamalarının hangi eğitim düzeyindeki bireyler için farklı olduğunun belirlenmesine yönelik En Küçük Önemli Fark Testi sonuçları

Değişken	(I) Eğitim Düzeyi	(J) Eğitim Düzeyi	<i>p</i>
Bilgiye Dayalı Tutum	İlkokul	Ortaokul	0,439
		Lise	0,729
		Üniversite	0,449
		Y. Lisans	0,562
		Doktora	0,123
	Ortaokul	Lise	0,535
		Üniversite	0,096
		Y. Lisans	0,172
	Lise	Doktora	0,031*
		Üniversite	0,069
		Y. Lisans	0,251
	Üniversite	Doktora	0,036*
		Y. Lisans	0,957
		Doktora	0,208
	Lisansüstü	Doktora	0,260

p < 0,05*

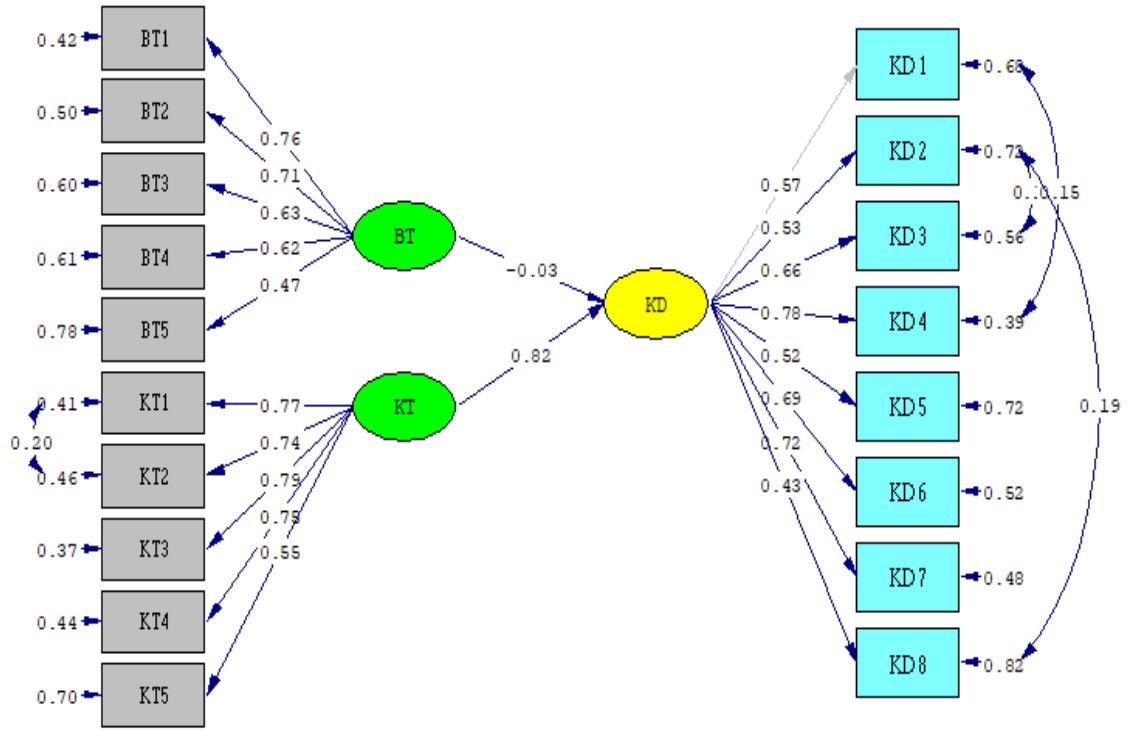
Çizelge 4.5 incelendiğinde, bireylerin bilgiye dayalı tutum ortalamaları eğitim düzeyi bakımından, ortaokul mezunu ile doktora mezunu bireyler ve lise mezunu ile doktora mezunu bireyler arasında istatistiksel olarak %95 güvenirlikle anlamlı bir farklılık gösterdiği söylenebilir ($p<0,05$).

Çalışmada kullanılan tutum ve davranış ölçeklerinde yer alan soruların (maddelerin / değişkenlerin) ankete katılan bireyler için güvenirliliğinin araştırılması amacıyla ilgili maddelere Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) uygulanmıştır. Daha sonra da tutumun iki alt boyutu olan bilgiye dayalı tutum (BT) , korkuya dayalı tutum (KT) ile davranışın iki alt boyutu olan bilgiye dayalı davranış (BD), korkuya dayalı davranış (KD) üzerindeki etkilerini belirlemek amacı ile Yapısal Eşitlik Modellemesinden yararlanılarak çözümlenmeler gerçekleştirilmiştir.

Korkuya dayalı davranış ile tutum arasındaki ilişkinin belirlenmesi için kurulan yapısal eşitlik modellemesine ait sonuçlar Şekil 4.3 ve Çizelge 4.6'te verilmektedir. Korkuya dayalı tutumun ya da bilgiye dayalı tutumun artması ile bireylerin korkuya dayalı davranışlarının da artacağı düşüncesi ile bu gizil değişkenler için oluşturulan alternatif araştırma hipotezleri aşağıdaki gibi oluşturulmuştur.

- **H_{1a}**:Bireylerin bilgiye dayalı tutumları arttıkça korkuya dayalı davranışları azalır.
- **H_{1b}**:Bireylerin korkuya dayalı tutumları attıkça korkuya dayalı davranışları da artar.

Şekil 4.3'te yer alan yapısal eşitlik modellemesinde görüleceği üzere kurulan modelin uygunluğunu iyileştirmek (kabul edilebilir bir uyumdan mükemmel bir uyum sınırları içerisine çekebilmek) ya da uygun olmayan bir modeli uygun (yollara ait t istatistikleri açısından da anlamlı) bir hale getirebilmek için çıktıda belirtilen ve teorik olarak da anlamlı olan önerilere bağlı olarak bazı modifikasyonlar (maddelere ait hata kovaryansları serbest bırakılmıştır) yapılmıştır. Benzer olarak Şekil 4.4'te verilen ve tutum ile bilgiye dayalı davranışın alt boyutları arasındaki ilişkinin modellendiği analiz için de birtakım modifikasyonlar yapılmıştır.



Chi-Square=358.76, df=128, P-value=0.00000, RMSEA=0.072

Şekil 4.3 Korkuya Dayalı Davranış ile Tutumun alt boyutlarına ilişkin YEM sonuçları.

Şekil 4.3 incelendiğinde, DFA'ya benzer olarak bireylerin Bilgiye dayalı tutumları üzerinde en etkili değişkenin 0.76'lık katsayı yükü ile BT1 "Ağız ve diş sağlığı genel vücut sağlığı ile etkileşim içindedir." Değişkeni olduğu görülmektedir. Korkuya dayalı tutumları üzerinde 0.79'luk katsayı yükü ile KT3 "Diş hekiminin canımı yakacağı konusunda endişelenirim." değişkeninin en etkili değişken, korkuya dayalı davranış üzerinde ise 0.78'lik katsayı yükü ile KD4 "Kullanılan aletleri görmek beni korkuttuğu için gözlerimi kapatırım." değişkeninin en etkili değişken olduğu görülmektedir.

Bilgiye dayalı tutumda meydana gelen bir birimlik artışın bireylerin korkuya dayalı davranışında 0.03 birimlik bir azalmaya sebep olurken, bireylerin korkuya dayalı tutumda ki 1 birimlik artışın korkuya dayalı davranışta 0.82 birimlik bir artışa sebep olacağı söylenebilir.

Şekil 4.3'te kurulan YEM'e ait hipotez testlerinin sınanmasında kullanılan t istatistiği değerleri ve sonuçları Çizelge 4.6'te verilmiştir.

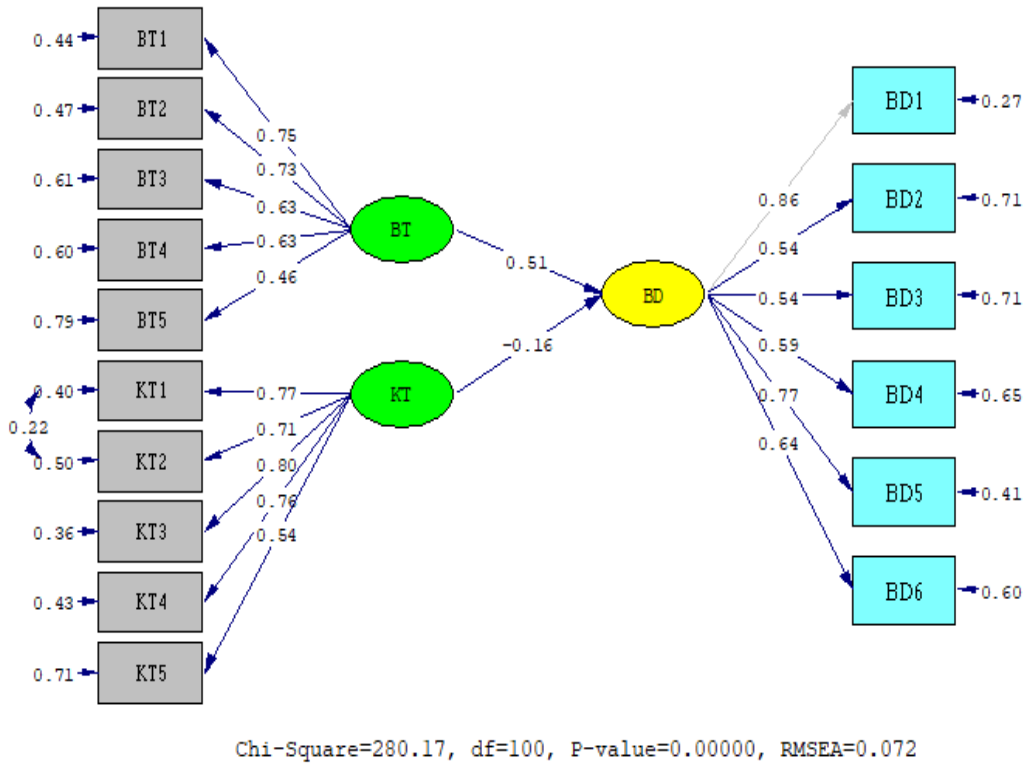
Çizelge 4.6 Korkuya dayalı davranış ve Tutum'a ilişkin kurulan modele ait Standartlaştırılmış Parametre Tahminleri, t istatistikleri ve hipotezler

Hipotezler	Yollar	Standartlaştırılmış		Sonuç
		Parametre Tahminleri	t istatistiği	
H _{1a}	(BT)→(KD)	-0.03	-0.63	Doğrulanmadı
H _{1b}	(KT)→(KD)	0.82	9.60	Doğrulandı

Çizelge 4.6 incelendiğinde H_{1a} hipotezinde yer alan iddianın doğrulanmazken, H_{1b} hipotezinde yer alan iddianın istatistiksel olarak doğrulandığı görülmektedir.

Bilgiye dayalı davranış ile Tutum arasındaki ilişkinin belirlenmesi için kurulan Yapısal eşitlik modellemesine ait sonuçlar Şekil 4.4 ve Çizelge 4.7'da verilmektedir. Bilgiye dayalı tutum ile korkuya dayalı tutum da meydana gelecek bir artışın bireylerin bilgiye dayalı davranışlarında da bir artışa sebep olacağı düşüncesi ile bu gizil değişkenler için oluşturulan alternatif araştırma hipotezleri aşağıdaki gibi oluşturulmuştur.

- **H_{1c}**:Bireylerin bilgiye dayalı tutumları arttıkça bilgiye dayalı davranışları da artar.
- **H_{1d}**:Bireylerin korkuya dayalı tutumları arttıkça bilgiye dayalı davranışları azalır.



Şekil 4.4 Bilgiye Dayalı Davranış ile Tutumun alt boyutlarına ilişkin YEM sonuçları.

Şekil 4.4 incelendiğinde, DFA sonuçlarına ve korkuya dayalı davranışa ait YEM’e benzer olarak bireylerin bilgiye dayalı tutumları üzerinde 0.75’lik katsayı yükü ile BT1 “Ağız ve diş sağlığı genel vücut sağlığı ile etkileşim içindedir.” değişkeninin etkili değişken olduğu görülür. Korkuya dayalı tutumları üzerinde ise 0.80’lik katsayı yükü ile KT3 “Diş hekiminin canımı yakacağı konusunda endişelenirim.” değişkeninin yine en etkili değişken, bilgiye dayalı davranış üzerinde 0.86’lık katsayı yükü ile BD1 “Dişlerimi düzenli şekilde günde 2 defa fırçalarım.” değişkeninin en etkili değişken olduğu görülmektedir.

Bilgiye dayalı tutumda bir birimlik artışın bireylerin bilgiye dayalı davranışında 0.51 birimlik bir artışa sebep olurken, bireylerin korkuya dayalı tutumdaki 1 birimlik artışın bilgiye dayalı davranışta 0.16 birimlik bir azalmaya sebep olacağı söylenebilir.

Şekil 4.4’te kurulan YEM’e ait hipotez testlerinin sınanmasında kullanılan t istatistiği değerleri ve sonuçları Çizelge 4.7’te verilmiştir.

Çizelge 4.7 Bilgiye Dayalı Davranış ve Tutum'a ilişkin kurulan modele ait Standartlaştırılmış Parametre Tahminleri, *t* istatistikleri ve hipotezler

Hipotezler	Yollar	Standartlaştırılmış		Sonuç
		Parametre Tahminleri	<i>t</i> istatistiği	
H _{1c}	(BT)→(BD)	0.51	8.23	Doğrulandı
H _{1d}	(KT)→(BD)	-0.16	-2.87	Doğrulandı

Çizelge 4.7 incelendiğinde H_{1c} ve H_{1d} hipotezlerinde yer alan iki iddianın da istatistiksel olarak doğrulandığı görülmektedir.

Çizelge 4.8 Kurulan DFA ve YEM modelleri için uyum kriterlerine ait değerler.

Uyum Kriterleri	Mükemmel Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	T	D	T-KD	T-BD
RMSEA	0 < RMSEA < 0.05	0.05 ≤ RMSEA ≤ 0.10	0.070	0.067	0.072	0.072
NFI	0.95 < NFI ≤ 1	0.90 < NFI ≤ 0.95	0.95	0.94	0.94	0.92
NNFI	0.97 < NNFI ≤ 1	0.95 ≤ NNFI ≤ 0.97	0.95	0.95	0.95	0.94
CFI	0.97 < CFI ≤ 1	0.95 ≤ CFI ≤ 0.97	0.97	0.96	0.96	0.95
SRMR	0 ≤ SRMR < 0.05	0.05 ≤ SRMR ≤ 0.10	0.070	0.060	0.078	0.069
GFI	0.95 < GFI ≤ 1	0.90 ≤ GFI ≤ 0.95	0.95	0.93	0.90	0.91
AGFI	0.90 < AGFI ≤ 1	0.85 ≤ AGFI ≤ 0.90	0.92	0.90	0.86	0.88

(Kaynak: Schermelleh-Engel and Moosbrugger, 2003).(RMSEA:Root Mean Square Error of Approximation, NFI: Normed Fit Index, NNFI: Non-Normed Fit Index, CFI: Comparative Fit Index, SRMR: Standardized Root Mean Square Residual, GFI: Goodness of Fit Index, AGFI: Adjusted Goodness of Fit Index)

Çalışmanın uygulama kısmında kurulan DFA ve YEM'e ait uyum kriterlerinin yer aldığı Çizelge 4.8 incelendiğinde tutuma ilişkin, davranışa ilişkin, tutum ve korkuya dayalı davranışa ilişkin, tutum ve bilgiye dayalı davranışa ilişkin tüm kriterlerin şartları sağladığı genellikle kabul edilebilir uyum içerisinde buldukları görülüyor. Dolayısıyla bu sonuçlara bakıldığında DFA ve YEM'nin istatistiksel olarak anlamlı modeller olduğunu söylemek mümkündür.

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Verilerin analizinden yararlanılan ölçek, ortalama ve standart sapmalarının kategorik değişkenler bazındaki değerlerine ait tanımlayıcı istatistiksel analizler incelendiğinde, bilgiye ve korkuya dayalı tutum ve davranışları bakımından genellikle kadınların, üniversite mezunu olan bireylerin ve yaş kategorisi bakımından da 42-49 yaş gurubundaki bireylerin diğer bireylere göre daha yüksek bilgiye sahip ve buna paralel olarak davranış sergiledikleri söylenebilir.

Elde edilen bulgular açıklayıcı faktör analizi sonuçları bakımından incelendiğinde bireylerin korkuya dayalı tutumları üzerinde, en çok anesteziğin görüntüsünün endişelendirdiği, korkuya dayalı davranışları üzerinde en çok kullanılan aletlerin seslerinin rahatsız ettiği için müzik dinlemeleri, bilgiye dayalı davranışları üzerinde en çok dişlerini düzenli olarak günde 2 defa fırçalamaları ve bilgiye dayalı tutumları üzerinde ise en çok ağız ve diş sağlığının genel vücut sağlığı ile etkileşim içinde olduğu ortaya çıkmıştır.

Yapısal eşitlik modellemesi sonuçları incelendiğinde, bireylerin bilgiye dayalı tutumlarındaki olumlu gelişmelerin bilgiye dayalı davranışlarında da olumlu gelişmeye sebep olduğu görülmektedir.

Arslan ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada Erciyes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin sınıfları yükseldikçe diş hekimi kontrolüne gitme sıklığının, dişlerini fırçalama sıklığının ve diş fırçası dışında kullanılan ağız bakım ürünlerinin arttığı gözlemlenmiştir. Buda gösteriyor ki bilgiye dayalı tutum arttıkça bilgiye dayalı davranışta artmaktadır. Çalışmadan elde edilen sonuçlarda yapılan bu çalışmayla benzerlik göstermektedir (Arslan vd. 2008).

Yapısal eşitlik modellemesine göre diğer bir sonuç olarak bireylerin korkuya dayalı tutumlarındaki artışların bilgiye dayalı davranışlarında olumsuz etkiye sebep olduğu istatistiksel olarak söylenebilir.

Ünlüyol ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada diş tedavisi öncesinde hastaların endişe duyduğu durumdan kaynaklı olarak kişilerin kendilerine yapılacak olan tedaviye bakış açılarının değiştiği ortaya konmuştur (Erten vd. 2006). Yapılan bir çalışmada korku düzeyi arttıkça tedaviden kaçınma durumu ortaya çıkmaktadır. Buda çalışmadan elde edilen bireylerde korkuya dayalı tutum artarken bilgiye dayalı davranışın azalmasıyla benzerlik göstermektedir (Ünlüyol ve Kocabalkan 2010).

Yapısal eşitlik modellemesine göre diğer bir sonuç olarak bireylerin korkuya dayalı tutumlarındaki artışın korkuya dayalı davranışları üzerinde de bir artışa sebep olduğu bunun yanında bilgiye dayalı tutumlarındaki bir artışın ise, korkuya dayalı davranışları üzerinde bir azalışa sebep olduğu istatistiksel olarak söylenebilir.

Bodrumlu E. ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada 16 yaş üstü bireylerin %50-72'sinin korkuya dayalı tutumları nedeniyle korkuya dayalı davranışlarının arttığı gözlemlenmiştir. Aynı şekilde Todd ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise bu oran %41'dir. Bizim çalışmamızda da korkuya dayalı tutuma bağlı olarak korkuya dayalı davranışlarda artış görülmüştür. Pek çok araştırmada (Thomson et al. 1996, Stabholz and Peretz 1999, Peretz and Efrat 2000, Ekanayake and Dharmawardena 2003) diş hekimi korkusunun kadınlarda daha yaygın olduğu görülmekte. Yapılan bu çalışmaya katılan bireylerde de cinsiyet bazında, korkuya dayalı tutum ve davranışlarına bakıldığında kadınların puan ortalamalarının daha yüksek olmasına rağmen kadınlar ve erkekler arasında anlamlı bir fark olmadığı gözlemlenmiştir (Bodrumlu vd. 2006).

6. KAYNAKLAR

- Abrahamsson, K.H., Berggren, U. and Carlsson, S.G. (2003). Psychosocial Aspects of Dental and General Fears in Dental Phobic Patients. *Acta Odontol Scand*, **58**: 37-43.
- Adeghe, H.A., Ehigiator, O., Azodo, C.C. and Ehizele, A.O. (2012). Nigerian clinical level medical students' knowledge of dental specialty. *Annals of medical and health sciences research*, **2(2)**: 157-160.
- Akıncı, E.D. (2007). Yapısal eşitlik modellerinde bilgi kriterleri. Doktora Tezi, Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Altun, C., Güven, G., Başak, F. ve Akbulut, E. (2005). Altı-onbir yaş grubu çocukların ağız-diş sağlığı yönünden değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, **47(2)**: 114-118.
- Amschler, D.H. (2003). A hidden epidemic: dental disparities among children. (Commentaries). *Journal of School Health*, **73(1)**: 38-41.
- Anderson, J.C. and Gerbing, D.W. (1988). Structural Equation Modeling in Practice: A Review and Recommended Two-Step Approach. *Psychological Bulletin*, **103(3)**: 411.
- Arslan S., Ülker M., Elmalı F., Öztürk A., Günay O. (2008). Diş hekimliği fakültesi öğrencilerinde çürük prevalansı, ağız diş sağlığı tutum ve davranışları ve dental anksiyetenin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, **35(2)**: 53-60.
- Avşar, F. (2007). Doğrulayıcı Faktör Analizi Ve Beck Depresyon Envanteri Üzerine Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Ay, Z.Y., Erdek, Y., Öztürk, M., Kılınç, G., Bozkurt, Y. ve Yılmaz, R. (2005). Süleyman Demirel Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine Başvuran Hastalarda Dental Korku Düzeyinin İncelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, **8(1)**: 12-18

- Aydemir, H. ve G. Ceylan, K.G. (1999). Orta Karadeniz Bölgesinde Yaşayan Bireylerin Ağız-Diş Sağlığı Düzeyi. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, **9(1)**: 96-99.
- Ayer Jr, W., Domoto, P.K., Gale, E.N., Joy Jr, E.D. and Melamed, B.G. (1939). Overcoming dental fear: strategies for its prevention and management. *Journal of the American Dental Association*, **107(1)**: 18-27.
- Ayhan, H., E. Suskan and Yıldırım, S. (1996). The effect of nursing or rampant caries on height, body weight and head circumference. *J clin pediatr dent*, **20(3)**: 209-212.
- Bagozzi, R.P. and Fornell, C. (1982). Theoretical concepts, measurements and meaning A second generation of multivariate analysis, C. Fornell, Editor, New York.
- Beaglehole, R. (2009). The oral health atlas: mapping a neglected global health issue. FDI World Dental Federation.
- Bhardwaj, V.K., Sharma, K.R., Luthra, R.P., Jhingta, P., Sharma, D. and Justa, A. (2013). Impact of school-based oral health education program on oral health of 12 and 15 years old school children. *Journal of education and health promotion*, **2**: 33.
- Bodrumlu, E., Sümer, A.P., Sümer, M. ve Köprülü, H. (2006). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesine başvuran bireylerde dental korkunun değerlendirilmesi. *Hacettepe Dişhekimliği Fakültesi Dergisi*, **1**: 51-56.
- Boorin, M.R. (1995). Anxiety. Its manifestation and role in the dental patient. *Dental clinics of North America*, **39(3)**: 523-539.
- Boran, Z. (2009). 11-12 yaş çocuklarda ağız ve diş sağlığı eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi. Diş hekimliği Programı Yayınlanmamış Bitirme Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Büyük, D.Ş., Çetinkaya, A., Özmen, D., Taylan, A. ve Uyar, F. (2018). 11-12 Yaş Grubu Çocukların Ağız ve Diş Sağlığı Konusundaki Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, **11(2)**: 78-86.

- Büyüköztürk, Ş. (2002). Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi*, **8(4)**: 470-483.
- Corah, N. (1969). Assessment of a dental anxiety scale. *J. Dent. Res*, **48**: 496.
- Cortes, F.J., Nevot, C., Ramon, M.J. and Cuenca, E. (2002f). The evolution of dental health in dental students at the University of Barcelona. *J Dent Edu*, **66(10)**: 1203-1208.
- Çağırankaya, L.B. ve Kansu, Ö. (2005). Diş Hekimliği Öğrencilerinde Dental Anksiyetenin Sebep ve Sonuçları. *Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, **29(1)**: 8-11.
- Çalışkan, D., Yaşar, F. ve Tunçbilek, A. (2002). AÜ TF 9-10 s0mestr 0ğrencilerinin ağız ve diş sağlığı konusunda bilgi d0zeyleri. *Ankara Üniversitesi Tıp Fak0ltesi Mecmuası*, **55(2)**: 137-142.
- Çelik, H.C. (2013). Ağız ve Diş Sağlığı Merkezine M0racaat Eden Hastaların Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hakkında Bilgi D0zeyleri (Denizli Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi 0rneği). Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstit0s0, İstanbul.
- Çubukçu, Ç.E. ve Ercan, İ. (2008). Tıp Fak0ltesi B0nyesindeki Ağız ve Diş Sağlığı Birimine Başvuran Çocuklarda Sosyodemografik Fakt0rlerin Dental Anksiyete 0zerine Etkisi. *Journal of Current Pediatrics/G0ncel Pediatri*, **6(2)**: 53-57
- Daniel, L.G. (1988). Comparisons of Exploratory and Confirmatory Factor Analysis. Paper Presented at the annual meeting of the Southwest Educational Research Association, Little Rock.
- Duncan, O.D. (1966). Path analysis: Sociological examples. *American journal of Sociology*, **72(1)**: 1-16.
- Dursun, Y. ve Kocag0z, E. (2010). Yapısal Eşitlik Modellemesi Ve Regresyon: Karşılaştırmalı Bir Analiz. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fak0ltesi Dergisi*, **35**: 1-17.

- Ekanayake, L., and Dharmawardena, D. (2003). Dental anxiety in patients seeking care at the University Dental Hospital in Sri Lanka. *Community dental health*, **20(2)**: 112-116.
- Erten, H., Akarslan, Z.Z. ve Bodrumlu, E. (2006). Dental fear and anxiety levels of patients attending a dental clinic. *Quintessence international*, **37(4)**.
- Ford, J.K., MacCallum, R.C. and Tait, M. (1986). The application of exploratory factor analysis in applied psychology: A critical review and analysis. *Personnel psychology*, **39(2)**: 291-314.
- Gazeloğlu, C. (2016). Yapısal Eşitlik Modellemesinde Sıralı Kategorik Verilerin Ağırlıklandırılmış ve Ağırlıklandırılmamış Parametre Tahmin Yöntemleri ve Bilgi Kriterlerinin Örneklem Hacimlerine Göre Karşılaştırılması. Doktora Tezi, Eskişehir Anadolu Üniversitesi, Fen Bilimleri Üniversitesi, Eskişehir.
- Genderson, M.W., Sisco, L., Markowitz, K., Fine, D. and Broder, H.L. (2013). An overview of children's oral health-related quality of life assessment: from scale development to measuring outcomes. *Caries research*, **47(1)**: 13-21.
- Gerschman, J. and Giebartowski, J. (1991). Effect of electronic dental anesthesia on pain threshold and pain tolerance levels of human teeth subjected to stimulation with an electric pulp tester. *Anesthesia progress*, **38(2)**: 45-49.
- Gibson, S. and Williams, S. (1999). Dental caries in pre-school children: associations with social class, toothbrushing habit and consumption of sugars and sugar-containing foods. *Caries research*, **33(2)**: 101-113.
- Güler, Ç., Eltas, A., Güneş, D., Görgeç, V.A. ve Ersöz, M. (2012). Malatya İlindeki 7-14 Yaş Arası Çocukların Ağız-Diş Sağlığının Değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2(2)**: 19-24.
- Güvenç, B. (1972). İnsan ve Kültür: Antropolojiye Giriş. Türk Sosyal Bilimler Derneği Yayınları, Ankara.
- Haque, S.E., Rahman, M., Itsuko, K., Mutahara, M., Kayako, S., Tsutsumi, Islam, M.J. and Mostofa, M.G. (2016). Effect of a school-based oral health education in preventing untreated dental caries and increasing knowledge, attitude, and

practices among adolescents in Bangladesh. *Bio Med Central Oral Health*, **16(1)**: 44.

- Hovardaoğlu, S. (2000). Davranış bilimleri için araştırma teknikleri. VE-GA Yayınları.
- Humphris, G.M., Dyer, T.A. and Robinson, P.G. (2009). The modified dental anxiety scale: UK general public population norms in 2008 with further psychometrics and effects of age. *BMC oral health*, **9(1)**: 20.
- Ishikawa, T., Kuwahara, S. and Nagasaka, N. (1997). Effects of training in management of child behavior for dental hygiene students. *ASDC journal of dentistry for children*, **64(6)**: 435-438.
- Jackson, S.L., Vann, W.F., Kotch, J.B., Pahel, B.T. and Lee, J.Y. (2011). Impact of poor oral health on children's school attendance and performance. *American journal of public health*, **101(10)**: 1900-1906.
- Kaako, T., Getz, M. and Martin, M.D. (1999). Dental anxiety among new patients attending a dental school emergency clinic. *J Dent Educ*, **63(10)**: 748.
- Källestål, C., L. Matsson, L. and Holm A.K. (1990). Periodontal conditions in a group of Swedish adolescents (I). A descriptive epidemiologic study. *Journal of clinical periodontology*, **17(9)**: 601-608.
- Karabekiroğlu, S. ve Ünlü, N. (2017). Toplum Bazlı Koruyucu Ağız Diş Sağlığı Programlarında Erken Dönem Koruyucu Uygulamaların Yeri ve Önemi. *Ege Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dergisi*, **38(2)**: 89-100.
- Kaya, S. (2014). Ağız ve Diş Sağlığı Hastalarında Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Kılınç, G. ve Günay, T. (2010). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin ağız diş sağlığı konusunda bilgi düzeyleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **24(3)**: 131-137.
- Kidd, E.A. and Fejerskov, O. (2003). Dental caries: The disease and its clinical management. Blackwell Munksgaard.
- Kline, P. (2014). An easy guide to factor analysis. Routledge.

- Koşan, Z., Akgül, N., Bedir, B., Çalikoğlu, E.O., Yılmaz, S. ve Derelioğlu, S.D. (2017). Tıp Ve Diş Hekimliği Fakültelerinde Ağız – Diş Sağlığı Eğitimi Yeterli Mi? Öğrencilerin Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması, *Turk J Public Health*, **15(3)**: 201-212.
- Koroğlu, D.A. ve Durkan, R. (2010). Diş Hekimliği Uygulamalarında Karşılaşılan Dental Anksiyete Sendromunun Etiyolojisinin ve Tedavi Yöntemlerinin Değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, **3**: 205-212
- Kumar, P., Kumar, P., Dixit, A., Grupta, V., Singh, H. and Sargaşyan, V. (2014). Cross sectional evaluation of awareness of prevention of dental caries among general paediatricians in Ghaziabad district, India. *Annals of medical and health sciences research*, **4(3)**: 302-306.
- Kwan, S. and Williams, S.A. (1996). The Dental Health of First-Year Dental Student in Leeds, UK, Over A Period of 16 Years. *Caries Res*, **30**: 267-312.
- Lashley, C. and D. Lee-Ross, D. (2003). Diversity management in organization. *Organization Behaviour for Leisure Services*, 203-218.
- Lleras, C. (2005). Path analysis. *Encyclopedia of social measurement*, **3(1)**: 25-30.
- Mattheus, D. and Shannon, M. (2015). Oral health outcomes for children in Hawaii: Not Much to Smile About. *J Dent Probl Solut* **2 (3)**: 114.
- Mundorff-Shrestha, S.A., Featherstone, J.D., Eisenberg, A.D., Cowles, E., Curzon, M.E., Espeland, M.A. and Shields, C.P. (1994). Cariogenic potential of foods. *Caries Research*, **28(2)**: 106-115.
- Namal, N., Ertem-Vehid, H., Vehid, S. ve Can, G. (2009). Altı-on iki yaş grubu çocukların diş sağlığını etkileyen anneye ait faktörlerin araştırılması. *Çocuk Dergisi*, **9(3)**: 123-126.
- Nathe, C. (2009). Introduction to primary preventive dentistry. Harris NO, Franklin Garcia-Godoy F, Nielsen C, (Edt). Primary Preventive Dentistry, 7th (Edt). Upper Saddle River, NJ. Pearson Prentice Hall.
- Özgüven, İ. (1994). Psychological testing. Ankara: Yeni Doğu printing house.

- Özmeriç, N., Göfteci, B., Kurtiş, B. ve Bal, B. (1994). Arayüz bakımı ve periodontal sağlık. *Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, **11(2)**: 33-38.
- Öztunç, H., Haytaç, M.C., Özmeriç, N. ve Uzel, İ. (2000). Adana ilinde 6-11 yaş grubu çocukların ağız-diş sağlığı durumlarının değerlendirilmesi. *Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, **17(2)**: 1-6.
- Özyürek, A., Cinar, M., Yavuz, N., Bektaş, M. ve Çetin, A. (2015). İlkokul Öğrencileri ve Annelerinin Ağız ve Diş Sağlığı Konusundaki Bilgi ve Uygulamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, **30**: 34-48.
- Pattanaporn, K. and Navia, J.M. (1998). The relationship of dental calculus to caries, gingivitis, and selected salivary factors in 11- to 13- year- old children in Chiang Mai, Thailand. *Journal of periodontology*, **69(9)**: 955-961.
- Pekcan, H. (2015). Okul Sağlığı İçinde Halk Sağlığı Temel Bilgiler 1. 3. Baskı, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.
- Pekiner, N. (1999). İstanbul'un sosyo-ekonomik yönden farklı iki ilköğretim okulunda uygulanan ağız ve diş sağlığı eğitiminin sonuçlarının karşılaştırılması olarak değerlendirilmesi. Doktora Tezi, MÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Peretz, B. and Efrat, J. (2000). Dental anxiety among young adolescent patients in Israel. *International journal of paediatric dentistry*, **10(2)**: 126-132.
- Petersen, P.E. (2008). World Health Organization global policy for improvement of oral health- World Health Assembly 2007. *International dental journal*, **58(3)**: 115-121.
- Poulton, R., Waldie, K.E., Craske, M.G., Menzies, R.G. and Mcgee, R. (2000). Dishabituation Processes in Height Fear And Dental Fear: An Indirect Test of The Non-Associative Model of Fear Acquisition. *Behaviour Research And Therapy*, **38(9)**: 909-919
- Rabiei, S., Mohebbi, S.Z., Patja, K. and Virtanen, J.I. (2012). Physicians' knowledge of and adherence to improving oral health. *BMC Public Health*, **12(1)**: 855.

- Ramirez, J.H., Arce, R. and Contreras, A. (2010). Why must physicians know about oral diseases? *Teaching and learning in medicine*, **22(2)**: 148-155.
- Rennie, K.M. (1997). Exploratory And Confirmatory Rotation Strategies in Exploratory Factor Analysis. Paper Presented At The Annual Meeting Of The Southwest Educational Research Association (Austin, January).
- Rousset, C., Lambin, M. and Manas, F. (1997). The Etiological Method As A Means for Evaluating Stress in Children Two to Three Years of Age During A Dental Examination. *ASDC J Dent Child*. **64(2)**: 99-106.
- Saraçlı, S. (2011). Faktör analizinde yer alan döndürme metotlarının karşılaştırmalı incelenmesi üzerine bir uygulama. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **1(3)**: 22-26.
- Satcher, D. (2000). Oral health in America: a report of the Surgeon General. Rockville, MD: National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health.
- Saydam, G., Oktay, İ. and Möller, I. (1990). Türkiye'de ağız diş sağlığı durum analizi. Tür-Ağız-Sağ-001 (DSÖ) Seçil Ofset İstanbul.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H. and Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of psychological research online*, **8(2)**: 23-74.
- Sohn, W. and Ismail, A.I. (2005). Regular Dental Visits and Dental Anxiety in An Adult Dentate Population. *Journal of the American Dental Association*, **136(1)**: 58-66.
- Stabholz, A. and Peretz, B. (1999). Dental anxiety among patients prior to different dental treatments. *International dental journal*, **49(2)**: 90-94.
- Stapleton, C.D. (1997). Basic Concepts and Procedures of Confirmatory Factor Analysis. Paper presented at the Annual Meeting of the Southwest Educational Research Association (Austin, TX, January 23-25).
- Tabachnick, B.G. and Fidell, L.S. (2001). Using multivariate statistics (Vol. 5). Nedham Heights, MA: Allyn & Bacon.

- Tatlıdil, H. (1992). Uygulamalı çok değişkenli istatistiksel analiz. Engin Yayınları.
- Tazegül, S., Koçak, M.M., Topuz, Ö., Özcan, S., Altun, A.Ö. ve Erten, H. (2006). Üç Farklı Solüsyonun Streptococcus mutans ve Enterococcus faecalis Üzerine Antimikrobiyal Etkinliklerinin Değerlendirilmesi. *EÜ Diş. Hek. Fak. Der.*, **27**: 153-158.
- TDB (2015). Türk Diş Hekimleri Birliği. http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/basin_icerik.php?yer_id=5&id=64. Erişim Tarihi:15.08.2016
- Tekçiçek, M. (2014). Okul sağlığı programlarında ağız diş sağlığının önemi ve kapsamı. Halk Sağlığı Günleri III. Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu 4-9 Eylül (Kongre kitabı), Ankara.
- Tezel, A. ve Yaman, S. (2010). Erzurum İli İlkokul 4. ve 5. Sınıf Çocuklarının Ağız ve Diş Sağlığı Konusundaki Bilgi Tutum ve Davranış Düzeyinin Araştırılması. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **1(1)**: 36-45.
- Thomson, W.M., Stewart, J.F., Carter, K.D. and Spencer, A.J. (1996). Dental anxiety among Australians. *International dental journal*, **46(4)**: 320-324.
- Toktay, Y. (2017). Çok Değişkenli İstatistik Analiz Yöntemler: Faktör Analizi ve Diskriminant Analizinin Iğdır Üniversitesi Öğrencileri Üzerine Uygulaması. Yüksek Lisans Tezi, Iğdır Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Iğdır.
- Tulunoğlu, Ö., H. Bodur ve N. Akal (1999). Aile eğitim düzeyinin okul öncesi çocuklardaki ağız diş sağlığı uygulamaları üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, **16(2)**: 27-32.
- Tüfekçi, N. ve Tüfekçi, Ö. K. (2006). Bankacılık sektöründe farklı olma üstünlüğünün ve müşteri sadakatinin yarattığı değer: Isparta ilinde bir uygulama. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **2(4)**: 170-183.
- TÜİK. (2015). İstatistiklerle Çocuk. http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=11&KITAP_ID=26 9. Erişim Tarihi: 20.04.2019

- Ünlüer, Ş., Gökalp, S. ve Doğan, B.G. (2007). Oral health status of the elderly in a residential home in Turkey. *Gerodontology*, **24(1)**: 22-29.
- Ünlüyol, A.Y. ve Kocabalkan, E. (2010). Diş tedavisi öncesi endişenin hastanın tedaviye bakış açısına etkisi. *Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, **27(3)**: 167-174.
- Vassend, O. (1993). Anxiety, pain and discomfort associated with dental treatment. *Behaviour research and therapy*, **31(7)**: 659-666.
- Vishwanathaiah, S. (2016). Knowledge, Attitudes, and Oral Health Practices of School Children in Davangere. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, **9(2)**: 172-176.
- WHO. (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. World Health Organization.
- WHO. (2013). Oral health surveys: basic methods. World Health Organization.
- Yabao, R.N., Duante, C.A., Velandria, F.V., Lucas, M., Kassu, A., Nakamori, M. and Yamamoto S. (2005). Prevalence Of Dental Caries And Sugar Consumption Among 6-12 Y-Old Schoolchildren in La Trinidad, Benguet, Philippines. *Eur J Clin Nutr*, **59(12)**: 1429.
- Yamashita, A., (1982). The clinical application of a new adhesive resin (MMA-4-META-TBB-O) to an adhesion bridge (adhesion splint)(author's transl). *Shikai tenbo= Dental outlook*, **59(4)**: 671-682.
- Yener, H. (2007). Personel performansına etki eden faktörlerin yapısal eşitlik modeli (YEM) ile incelenmesi ve bir uygulama. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Yüksel, R. (2018). Amasya İlindeki Sınıf Öğretmenlerinin Ağız ve Diş Sağlığı Konusundaki Bilgi ve Davranışları. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Fatma ATALAY
Doğum Yeri ve Tarihi : TİRE-22.03.1984
Yabancı Dili : İngilizce
İletişim (Telefon/E-posta) : (05306093077 / fatmabgs@hotmail.com)

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl)

Lise : Tire Kutsan Anadolu Lisesi (1998-2002)
Lisans : Süleyman Demirel Üniversitesi (2004-2008)

EKLER

Ek 1. Etik Kurul Kararı

T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
FEN VE MÜHENDİSLİK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ
KURULU KARARLARI

TOPLANTI SAYISI:03

KARAR TARİHİ:09.05.2019

KARAR 2019/4

Üniversitemiz Fen Bilimleri Enstitüsü İstatistik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Fatma ATALAY'ın "Bireylerin Ağız ve Diş Sağlığına İlişkin Tutum ve Davranışlarının İstatiksel Yöntemlerle İncelenmesi: Afyonkarahisar İli Örneği" başlıklı yüksek lisans tezi kapsamında kullanacağı veri toplama araçlarında, etik açıdan bir sakınca tespit edilemediğine, katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.



Prof.Dr. İbrahim MUTLU
Fen ve Mühendislik Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu Başkanı