



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

3-6 YAŞ ARASI ÇOCUKLARI OLAN ANNELERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE ERKEN ÇOCUKLUK ÇAĞI AĞIZ SAĞLIĞI ETKİ ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Ecem KULAKSIZ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL / 2022





T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

3-6 YAŞ ARASI ÇOCUKLARI OLAN ANNELERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE ERKEN ÇOCUKLUK ÇAĞI AĞIZ SAĞLIĞI ETKİ ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Ecem KULAKSIZ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Güzin ZEREN ÖZTÜRK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL / 2022

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER ..... **i**

TEŞEKKÜR ..... **iv**

KISALTMALAR **1**

TABLO LİSTESİ **2**

GRAFİK VE ŞEKİL TABLOSU **3**

ÖZET **4**

ABSTRACT **5**

1.GİRİŞ VE AMAÇ **6**

2.GENEL BİLGİLER **7**

2.1. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI 7

2.1.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı 7

2.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER 8

2.3. TÜRKİYE'DE VE DÜNYADA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI 8

2.4. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ÖLÇÜM YÖNTEMLERİ 10

2.5. AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI 11

2.5.1 Ağız Diş Sağlığı Kavramı 11

2.5.2. Çocuklarda Ağız Diş Sağlığını Etkileyen Faktörler 11

2.5.3. Diş Çürüğü 11

2.5.4 Diş Çürüğünü Önleme 12

2.6.AĞIZ SAĞLIĞI YAŞAM KALİTESİ 12

2.6.1 Ağız Sağlığına Bağlı Yaşam Kalitesi Kavramı 12

2.6.2 Çocuklarda Ağız Sağlığına Bağlı Yaşam Kalitesi 14

3.GEREÇ VE YÖNTEM 15

3.1.ARAŞTIRMANIN YERİ VE ŞEKLİ 15

3.2 ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜ 15

3.3. VERİ TOPLAMA FORMU 16

3.3.1. Erken Çocukluk Çağı Ağız Sağlığı Etki Ölçeği (ECOHIS) 17

3.3.2 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY32) 17

3.4.İSTATİSTİKSEL ANALİZ 18

3.5.ETİK KURUL ONAYI 18

4. BULGULAR 19

4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİ ANALİZİ 19

4.2. KATILIMCILARIN SOY VE ECOHİS ALT BOYUTLARININ VERİ ANALİZİ 22

4.3. KATILIMCILARIN AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİ DÜZEYİ ANKET SORULARINA VERİLEN CEVAPLARIN VERİ ANALİZİ 23

4.4.KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİNİN SOY VE ECOHİS ÖLÇEĞİNİN TOPLAM PUANLARI İLE KARŞILAŞTIRIŞMASI 24

4.5. KATILIMCILARIN SOY VE ECOHİS ÖLÇEKLERİNİN ALT GRUPLARININ KARŞILAŞTIRILMASI 31

4.6. KATILIMCILARIN SOY GRUPLARI İLE AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİ SORULARINA VERİLEN CEVAPLARIN KARŞILŞTIRILMASI 34

5. TARTIŞMA 35

5.1. KATILIMCILARIN SOY VE ECOHİS ALT BOYUTLARININ TARTIŞILMASI 35

5.2. KATILIMCILARIN AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİ DÜZEYİNİN TARTIŞILMASI 36

5.3. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİNİN SOY VE ECOHİS TOPLAM PUANLARI İLE TARTIŞILMASI 37

5.3.1. Yaş Grupları İle SOY ve ECOHİS Toplam Puanlarının Karşılaştırılması 37

5.3.2 Katılımcıların Eğitim Durumu İle SOY ve ECOHİS Toplam Puanlarının Karşılaştırılması 38

5.3.3. Katılımcıların Gelir Durumu İle SOY ve ECOHİS Toplam Puanlarının Karşılaştırılması 39

5.3.4. Katılımcıların Çocuk Sayısına Göre SOY ve ECOHİS Toplam Puanlarının Karşılaştırılması 39

5.4. KATILIMCILARIN AĞIZ SAĞLIĞI UYGULAMALARI İLE SOY VE ECOHİS TOPLAM PUANLERIN KARŞILAŞTIRILMASI 40

5.5. KATILIMCILARIN SOY DÜZEYLERİ İLE ECOHİS ALT GRUPLARININ TARTIŞILMASI 41

5.6. KATILIMCILARIN SOY DÜZEYİ İLE AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİ SORULARINA VERİLEN CEVAPLARIN TARTIŞILMASI 42

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 43

7. KAYNAKÇA 45

8. ANKET FORMU 51

TEŞEKKÜR

Asistanı olmaktan onur ve gurur duyduğum, uzmanlık eğitimim boyunca her konuda desteğini hissettiğim, aile hekimliğini sevdiren ve benimseten saygıdeğer hocam Doç. Dr. Güzin Zeren Öztürk'e,

Asistanlık sürecinde eğitimime katkı sağlamış olan tüm diğer Aile Hekimliği Kliniği Hocalarına,

Kliniğimde ve rotasyonlarımda her zaman desteklerini hissettiğim uzmanlarıma ve birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum asistan arkadaşlarıma,

Tüm hayatım boyunca her yardıma ihtiyacım olduğunda yanımda ve her aldığım kararda arkamda olan, sevgilerini ve desteklerini her zaman hissettiğim aileme, annem Sema Sarı'ya, babam Mehmet Ali Sarı'ya, kardeşim ve aynı zamanda meslektaşım Berçim Sarı'ya,

Tanıştığımız günden bugüne sevgisini ve desteğini koşulsuz sunan sevgili meslektaşım, eşim Okay Kulaksız'a,

Sonsuz teşekkürlerimle.

Dr. Ecem KULAKSIZ

İstanbul 2022

KISALTMALAR

%: Yüzde

ASBYK: Ağız Sağlığına Bağlı Yaşam Kalitesi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ECOHİS: Erken Çocukluk Çağı Ağız Sağlığı Etki Ölçeği

HL: Health Literacy

HLS-EU: The European Health Literacy Survey

METER:Medical Term Recognition Test

max: Maximum

med: Medyan

min: Minimum

n: Sayı

ort: Ortalama

REALM:Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine

SBÜ: Sağlık Bilimleri Üniversitesi

SD: Standart Sapma

SOY: Sağlık Okuryazarlığı

TC: Türkiye Cumhuriyeti

TL: Türk Lirası

TOFHLA: Test of Functional Health Literacy in Adults

TSOY-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

WHO: World Health Organization

OHRQoL: Oral Health Related Quality of Life

TABLO LİSTESİ

Tablo 1:Ölçek ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler 22
Tablo 2.Ölçeklerin Kesme Puanına Göre Gruplandırılması (N=218) 22
Tablo 3. Ağız Sağlığı Bilgi Düzeyi Anket Sorularına ilişkin Frekans Dağılımı 23
Tablo 4. Katılımcıların Ölçekler ve Alt Boyut Puanlarının Yaş Açısından Karşılaştırılması 24
Tablo 5. Katılımcıların Ölçekler ve Alt Boyut Puanlarının Çocuk Yaş Açısından Karşılaştırılması 24
Tablo 6. Katılımcıların Ölçekler ve Alt Boyut Puanlarının Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması 25
Tablo 7. Katılımcıların Ölçekler ve Alt Boyut Puanlarının Gelir Durumu Açısından Karşılaştırılması 26
Tablo 8. Katılımcıların Ölçekler ve Alt Boyut Puanlarının Aile Tipi Açısından Karşılaştırılması 27
Tablo 9. Katılımcıların Ölçekler ve Alt Boyut Puanlarının Çocuk Sayısı Açısından Karşılaştırılması 27
Tablo 10. Katılımcıların Ölçekler ve Alt Boyut Puanlarının Diş Fırçalama Sıklığı Açısından Karşılaştırılması 28
Tablo 11. Katılımcıların Ölçekler ve Alt Boyut Puanlarının Çocuklarına Diş Fırçası Alınma Zamanları Açısından Karşılaştırılması 28
Tablo 12. Katılımcıların Ölçekler ve Alt Boyut Puanlarının Çocuğun Diş Fırçalama Sıklığı Açısından Karşılaştırılması 29
Tablo 13. Katılımcıların Ölçekler ve Alt Boyut Puanlarının Çocuklarında Diş Çürüğü Bulunma Durumu Açısından Karşılaştırılması 29
Tablo 14. Katılımcıların ECOHİS Toplam ve Alt Boyut Puanlarının SOY Grup Açısından Karşılaştırılması 31
Tablo 15. SOY Grupları ile Bilgi Sorularına Verilen Yanıtların Karşılaştırılması 34

GRAFİK VE ŞEKİL TABLOSU

Şekil 1:Katılımcıların Kişi Sayısına Göre Yaş Dağılımları 19
Şekil 2: Katılımcıların Çocuklarının Kişi Sayısına Göre Yaş Dağılımı 19
Şekil 3:Katılımcıların Eğitim Durumu Dağılım Yüzdeleri 20
Şekil 4:Katılımcıların Gelir Durumu Dağılım Yüzdeleri 20
Şekil 5: Çocukların İlk Diş Fırçasına Sahip Olma Yaşı Dağılım Yüzdeleri 21

ÖZET

Amaç: Çalışmamızın amacı 3- 6 yaş arası çocukları olan annelerin sağlık okuryazarlığı ile Erken Çocukluk Çağı Etki Ölçeği arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Gereç ve yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Polikliniklerine 3 aylık zaman diliminde başvuran 3-6 yaş arası çocuğu olan 218 anneye tarafımızca literatür araştırması yapılarak oluşturulan Veri toplama formunun ardından Erken Çocukluk Çağı Ağız Sağlığı Etki Ölçeği (ECOHIS) ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY32) yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. İstatistiksel analiz için SPSS 25.0 paket programı kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan bireylerin ortalama yaşının 33,08 (SD:5,80); eğitim düzeyinin %7,3 (n=16) okuma yazma bilmediği %49,2 (n=107) lise ve üstü olduğu görülmüştür. Bireylerin SOY düzeyleri ise; %22,9'si yetersiz SOY, %68,8'i sınırlı SOY, %6'sı yeterli SOY ve %2,3'ü mükemmel SOY olarak gözlenmiştir. Çalışmamızda eğitim durumu ve gelir düzeyi arttıkça SOY düzeyleri ve çocukların ağız sağlığına bağlı yaşam kalitelerinin arttığı gözlenmiştir. ($p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$) Katılımcıların çocuk sayısı arttıkça SOY düzeylerinin düştüğü saptanmış olup diş fırçalama sıklığı düzenli olan annelerin fırçalamayanlara göre SOY düzeyi yüksek bulunmuştur.($p<0,001$, $p<0,001$) Diş çürüğü olan çocukların ECOHİS puanları yüksek saptanırken annelerinin ise SOY düzeyi düşük saptanmıştır.($p<0,001$, $p<0,001$). Çalışmamızda ECOHİS ölçeği ile SOY düzeyi arasında ilişki bulunmuş, annelerin SOY düzeyleri arttıkça ECOHİS toplam puanların azaldığı görülmüştür. ($p<0,001$)

Sonuç: Annelerin SOY düzeylerinin artışının çocukların ağız sağlığı yaşam kalitesine olumlu yönde etki yaptığı göz önünde bulundurulmalıdır. Bireylerin SOY düzeyinin artırılması için gerekli çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık okuryazarlığı, ağız sağlığı, ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi, diş çürüğü

ABSTRACT

Aim: The aim of sour study was to investigate the relationship between the health literacy and The Early Childhood Oral Health İmpact Scale of mothers with children aged 3 to 6.

Materials and Methods: Our study was 218 mothers with children between the aged 3 to 6 who applied to the Health Sciences University Şişli Hamidiye Health Application and Research Center Family Medicine Polyclinics in a 3 month period. Data Collection Form, which were created literature research, The Early Childhood Oral Health İmpact Scale (ECOHİS) and Heath Literacy Scale of Turkey (TSOY-32) were used by face-to-face interview methods. SPSS 25.0 package program was used for statistical methods.

Results: The average age of mothers participating in the study was 33,08 (SD:5,80). It was observed that 7,3% (n=16) of the education level was illiterate and 49,2% (n=107) was at the high school and above level. The HL levels of individuals were observed as 22,9% insufficient HL, 68,8% limited HL, 6% sufficient HL 2,3% perfect HL. In our study, it was found that as the educational status and income level of the participants increased, the levels of HL and children's oral health qualty of life increased. ($p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$) İt was determined that as number of children of the participants increased , the level of HL decreased and the level of HL was found to be higher in the mothers whose teeth brushing frequency was regular compared to those who did not brush.. ($p<0,001$, $p<0,001$) While ECOHİS scores of the children with dental caries were found to be high, the HL level of their mothers was found to be low. ($p<0,001$, $p<0,001$) In our study, a relationship was found between the ECOHİS and HL level and it was observed that the ECOHİS total scores decreased as the HL levels of the mothers increased. ($p<0,001$)

Conclusion:It should be considered that the increase in the level of HL of the mothers has a positive effect on the oral heath quality of life of the children. Necessary studies should be carried out to increase the level of the HL of individuals.

Keywords: Health literacy, oral health, oral health qualty of life, dental carries

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık okuryazarlığı, günümüzde ciddiye alınması gereken bir kavram olup 1974 yılında ilk kez bu kavramdan bahsedilmiştir.(1) Sağlık okuryazarlığı; sağlık hizmetine erişim için bilgi , motivasyon ve yeterliliği günlük yaşantımıza uygulamak amacıyla sağlık bilgilerini anlamayı ve değerlendirebilmeyi aynı zamanda yaşam boyunca hastalıktan korunmak için sağlığı geliştirmeyi ve yaşam kalitesini iyileştirmeyi kapsar.(2) Sağlık okuryazarlığı; DSÖ'ye göre 'bireylerin yaşam kalitelerini daha iyi hale getirmek amacıyla ve uygun sağlık kararları verebilmek için sağlıkla ilgili bilgilere kolayca ulaşabilmesi ve bilgilerin anlayıp kullanılması için gerekli sosyal becerilere ve yeterliliklere sahip olması olarak tanımlanır.(3) Toplumun yaşam kalitesinin iyileştirilme ve geliştirilmesinde ilk olarak çocukluk döneminden başlayarak bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının öğretilmesi gerekmektedir.(4) Sağlıklı yaşam kalitesinin bileşenleri arasında ağız ve diş sağlığının önemi oldukça büyüktür.

Ağız ve diş sağlığı sorunları; bireylere sosyal, ekonomik ve psikolojik problemler oluşturan ve yaşam kalitesine olumsuz etkileri olan bir halk sağlığı sorunudur.(5) Bu sorunun önlenmesi için ebeveynlerin ağız sağlığı ile ilgili koruyucu bilgileri bilmesi gerekmektedir. Ebeveynlerin ağız sağlığı uygulama bilgi düzeyleri ile çocukların ağız sağlığı yaşam kalitesinin ilişkisi mevcuttur.

Bireyin genel yaşam kalitesini oluşturan etmenler arasında ağız sağlığı yaşam kalitesinin önemi büyüktür. Sağlıkla ilgili diğer bileşenlerden farklı olarak orofasiyal bölgede mevcut ağrı/rahatsızlık gibi deneyimler sonucunda bireyin kendisinin iyilik halini nasıl ifade ettiğini anlatan bir terimdir.(6) Ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesini tanımlamak üzere erişkinler ve çocuklar için ayrı ayrı ölçekler geliştirilmiştir. Erken Çocukluk Çağı Ağız Sağlığı Ölçeği (ECOHİS) çocuklar için geliştirilen ölçeklerden biridir. Bu çalışmamızda ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin Erken Çocukluk Çağı Ağız Sağlığı Etki Ölçeği ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

2.1.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı

Günümüz sağlık sisteminde bireylerin sağlık hizmetleri ve hakları konusunda sorumluluk almaları beklenmektedir. Sağlık sistemi hakkında bilgi sahibi olmaları, hastalığın önlenmesi ve sağlığın gelişmesi ile ilgili mevcut uygulamaları günlük hayatlarına taşımaları gerekmektedir. Fakat eğitimsizlik, kültürel çatışmalar, her geçen gün ilerleyen teknoloji, yaş gibi faktörler sağlık sistemine ulaşımı ve sağlık hizmetlerinden faydalanmayı etkileyebiliyor. Tüm bu süreçlerin ilerlemesinde sağlık okuryazarlığı önemli bir rol oynuyor.(7)

Dünyada ilk kez sağlık okuryazarlığı kavramı ilk defa Simond tarafından 1974 yılında ortaya atılmıştır.(1) DSÖ sağlık okuryazarlığını; 1998 yılında "sağlıklı iyilik halinin korunması ve devam ettirilmesi için bireyin sağlık uygulamalarına ulaşma, kavrama ve günlük yaşamına uyarlama yeterliliği" olarak tanımlamıştır.(8) Amerikan Tıp Derneği 1999 yılında sağlık okuryazarlığını; "bireylerin sağlık sistemi ile ilgili açıklamaları okuyabilmesi, ilaç kutularının bildirdiği bilgileri okuyup kavraması, sağlık çalışanlarının bireylere açıkladığı söylemlerin anlaşılması" şeklinde tanımlamıştır.(9) Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) ise 2004 yılında, "Sağlık okuryazarlığı düzeyi; bir bireyin sağlıkla ilgili bilgisini ulaşabilme, kavrama ve doğru sağlık seçeneğine karar verebilmek için uygun hizmetleri kullanabilme yetisidir" şeklinde tanımlamıştır.(8) En son 2012'de, Sorensen ve ark tüm yapılan tanımları bir araya getirerek "okuryazarlıkla ilgili, bireylerin sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında karar almak, yaşam kalitelerini daha iyi hale getirmek için sağlıklarını iyileştirme ve hastalanmayı önlemek amacıyla doğru sağlık bilgisine ulaşma ve bilgiyi uygulamayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterliliktir." şeklinde tanımlamıştır.(10)

Türkiye'de ise 2011 yılında yayımlanan sağlık okuryazarlığı Sağlığın Teşviki Sözlüğü'nde "Bireylerin, sağlıklı yaşama yönlendirecek ve devam ettirecek şekilde bilgiye ulaşma ve uygulama yeteneği ve motivasyonunu oluşturan bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder."(11)

2.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyesi birçok bileşene bağlıdır. Bireylerin sağlık okuryazarlığı yaşadığı topluma, aldığı eğitime, bireyin kültürel özelliklerine, sağlık sistemine ve toplumsal bütüne göre değişiklik göstermektedir.(10) Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörleri 'bireysel' ve 'sistemsel' olarak gruplara ayırabiliriz.(12)

Bireysel faktörler: Okuryazarlık yetileri, sosyoekonomik düzeyi, yaş ve cinsiyet, özel sağlık şartları, hasta bakım tecrübesi, kişinin kendini olumlu yönde pekiştirmesi

Sistemsel faktörler: Sağlık sisteminin komplike ve çeşitli olması, Sağlık hizmeti veren bireylerin iletişim yetenekleri, sağlık sisteminin bireylerden istekleri, sağlık hizmeti verilen ortamların özellikleri gibi kavramlardan oluşur.

Bireysel ve sistemsel faktörlerin birbiriyle etkileşiminden daha komplike sorunlar doğmaktadır. Bu sorunlar iki aşamalıdır. İlki sağlık bilgisini kavramak için hastaların becerileri birbirinden farklıdır. İkincisi sağlık sistemi, iletişim ve sağlık konusu kendi içinde karışık bir konudur.(12)

2.3. TÜRKİYE'DE VE DÜNYADA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

İlk olarak dünyada 1950'de eğitim sosyoekonomik seviyesi ile sağlık seviyesi arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar yapılmış olup 2004 yılında Amerika Bileşik Devletleri'nde Institute of Medicine tarafından yapılan çalışmada Amerikalı nüfusun yaklaşık yarısını oluşturan 90 milyon bireyin sağlık bilgilerini anlamada zorluk çektiği saptanmıştır.(13) Kondilis ve ark. yapılan çalışmasında Avrupa Birliği tarafından yapılan SOY belirleme çalışmalarının sayısı Amerika Bileşik Devletleri'nin SOY çalışmalarının 3 katından fazladır.(14) Aynı araştırma 2008 yılına kadar Türkiye'de yapılmış SOY konusunda yapılan araştırma sayısının 428 olduğu saptanmıştır. 2008 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan araştırmada yetişkinlerin %12'sinin yeterli SOY seviyesinde olduğu Parker ve ark. tarafından bulunmuştur.(15) Türkiye'de ise 2010 yılında yapılan bir başka bir araştırmada bireylerin %58,7'sinin yeterli SOY seviyesinde olduğu bildirilmiştir.(16)

2004 yılında bireylerin SOY seviyesini belirlemek için İngiltere'de yapılan bir araştırmada, her beş kişiden birinin, sağlığı iyileştirmek için bilinmesi gereken bilgileri anlamada sıkıntı yaşadığı bulunmuştur.

Sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek amacıyla 2012 yılında 8 Avrupa Birliği ülkesinin yer aldığı (Yunanistan, İspanya Avusturya, Bulgaristan İrlanda, Polonya, Hollanda, Almanya) bir çalışmada SOY yetersiz, sorunlu, yeterli ve çok iyi olmak üzere 4 başlıkta incelenmiş olup yetersiz ve sorunlu düzeyde olanlar aynı başlıkta incelenmiş ve Hollanda'daki %29 birey ve Bulgaristan'daki %62 birey düşük SOY düzeyinde olduğu bildirilmiştir. Bireylerin yarısından fazlası yeterli ve çok iyi SOY düzeyinde bulunmuştur. İrlanda'daki bireylerin %60'ı, Hollanda'daki %72 birey ise yeterli ve çok iyi düzeyde olduğu saptanmıştır. Ülkeler arasında Bulgaristan ve İspanya da çalışmaya katılan bireylerin yeterli ve çok iyi düzeyi diğer ülkelere göre en düşük olduğu gözlemlenmiştir. Ülkeler arasındaki verilere genel olarak bakıldığında araştırmaya katılan bireylerin %12'sinin bu konuda yetersiz ve %35'inin de problemli seviyede olduğu bulunmuştur.(17)

Türkiye Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası'nın 2014 yılında Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (HLS-EU) anketi ile sürdürdüğü çalışmada araştırmaya katılan bireylerin üçte birinin yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı seviyesinde bulunduğunu göstermektedir. Bu veriler, Türkiye'deki yetişkin bireylerin 35 milyonunun yetersiz ya da sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğunu bildirmektedir.(18)

2018 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü tarafından TSOY-32 ölçeği ile bulunan sağlık okuryazarlık seviyesi %30.9'unun yetersiz, %38.0'ın sorunlu-sınırlı, %23.4'ünün yeterli, %7.7'sinin mükemmel grupta olduğu saptanmıştır.(19)

2019 yılında TSOY-32 ölçeği ile ülkemizin doğusunda bulunan ilimizi kapsayan çalışmada ise bireylerin %55.4'ünün sağlık okuryazarlık seviyesi yetersiz, %22.4'ünün sorunlu-sınırlı olarak gözlenmiştir.(20)

2.4. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ÖLÇÜM YÖNTEMLERİ

Sağlık okuryazarlığı seviyesini ölçmek için çeşitli ve birbirinden farklı konuları ölçen birtakım araçlar geliştirilmiştir. Bu ölçeklerin yapı özelliği açısından farklılıkları olup kapsamları da değişiklik gösterir. Sözcük anlama, okuduğunu kavrama, fonksiyonel sağlık okur-yazarlığı ve bilgi ölçen testler olmak üzere dört farklı kategoride değerlendirilmektedir.(21)

Sözcük anlama testlerinde, kişilere sağlık ve hastalık kavramları ile ilgili çeşitli sözcükler verilerek, bireylerin bu kelimeleri tanıyıp tanımadığına ve okuma seviyesi gözlemlenir. Bu testler Tıpta Yetişkin Okur-Yazarlığını Hızlı Değerlendirme Testi-REALM, Tıbbi Terimleri Tanıma Testi-METER ,sözcük anlama testidir.(21)

Okuduğunu kavrama testlerinde ise kişiye sağlıkla ilgili bölüm okutularak kişinin kavrayıp kavramadığına bakılır.(22)

Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı testlerine Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okur-Yazarlığı Testi -TOFHLA örnek verilebilir. Bu test iki okuma pasajı ile dört sayısal bölüm içermekte olup, kısa hali de mevcuttur.(21)

Bilgi ölçen testlere 2006 yılında Morris ve ark tarafından yapılan tek partlık, 2008 yılında oluşturulan Chew ve ark ile Ishikawa tarafından yapılan üçer bölümlük ve 2009 yılında Haun ve ark tarafından oluşturulan dört bölümlük sağlık okur-yazarlığı düzeyi belirleme ölçekleri geliştirilmiştir. Genellikle informal testler sağlık kurumlarında tercih edilmektedir. Tüm bu ölçekler bireyin sağlık bilgi düzeyini belirlemeyi amaçlamıştır.(22)

Farklı ülkelerde oluşturulmuş ölçeklerin Türkçeye uyarlanması dışında Sezer ve ark Türkçe SOY düzeyini saptamak amacıyla çalışmalarda bulunmuş 23 soruluk Yetişkin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği'ni geliştirmiştir.(23)

2016 yılında HLS-EU ölçeğinden temel alınarak Pınar Okyay Filiz Abacıgil tarafından TSOY-32 ölçeği geliştirilmiştir.(24)

2.5. AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI

2.5.1 Ağız Diş Sağlığı Kavramı

Metabolizmamız için gerekli enerjinin üretilmesinde önemli rol oynayan, yeme işlevini gerçekleştirebilmek için çiğneme ve yutkunma eylemlerini kapsayan, ağız ve diş sağlığı bireyin bütüncül sağlığında çok önemli bir yer tutar. Ağız boşluğu içinde çeşitli mikroorganizma bulunduran ve hastalık oluşumuna ortam hazırlayan bir yerdir. Bu nedenle bireylerin oral hijyeninin iyi olması gerekir. Ağız diş sağlığı sorunlarının önlenebilmesi için hayatın ilk zamanlarından itibaren gerekli önlemlerin alınması önemlidir.(25) Toplumsal ağız sağılığı bilincinin ve bireysel sağlığın normal düzeye ulaştırılması ile toplumlarda ağız diş sağlığı ilerleme gösterebilir.(26)

2.5.2. Çocuklarda Ağız Diş Sağlığını Etkileyen Faktörler

Diş çürüğü halen çocuklarda en sık olarak saptanan oral enfeksiyonlardan en önemlisidir Çocukların ağız diş sağlığını etkileyen faktörleri, geliştirilen kavramsal algoritmada çocuk, aile ve toplumsal olarak 3 grupta incelenmiştir. Toplumsal faktörler olarak; kültür, sosyal çevre, fiziksel çevre, sağlık sistemi ve ağız sağlığı sistemi olarak belirlemiştir. Aile faktöründe ise; ebeveynlerin sağlık bilgisi ve durumu, ebeveynlerin ağız sağlığı uygulamaları, sosyoekonomik düzeyleri ve kültürleri mevcuttur Çocuk faktöründe ise; biyolojik ve genetik faktörler, diş sağlığı ile ilgili alışkanlıklar, çocuğun gelişimi ağız florası ve diyeti ele alınmıştır.(27)

Ebeveynler, çocuklarının birer rol modelidir ve ağız sağlığını doğrudan etkilemektedir. Ebeveynlerin çocuklarının hayatın ilk yıllarında diş çürüğünü önlemek amacıyla ağız sağlığı koruyucu uygulamaları hakkında bilgilenmeleri ve çocuklarına uygulamaları gerekmektedir.(25)

2.5.3. Diş Çürüğü

Ağız diş sağlığı hastalıklarından toplumumuzda en yaygın görülen diş çürüğü; genel sağlığı olumsuz etkileyen ve sıkça ihmal edilen bir halk sağlığı sorunudur.(28) Bu altı yaşın altı yaş grubundaki çocuklarda tanımlanan erken çocukluk çağı çürüğü, herhangi bir süt dişinde çürük oluşumu çürüğün neden olduğu diş kaybı oluşumudur. Erken çocukluk çağı çürükleri bireylerin yetişkin döneminde çürük oluşma ihtimalini artırır.(29)

Diş çürüğünün oluşmasında görev alan en önemli faktörler; dişlerdeki temizlenmemiş asit oluşturan mikroorganizmalar, karbonhidrat artıkları ve dişin yüzeyinin biçimi olarak gözlenir. Streptoccocus mutans bakterisi asit oluşturma becerisi en fazla olan bakteridir. Bu bakteri diş plaklarının arasında yer alır.(28) Bu bakteriler bebeğe annesinden çocuğa bakan kişilerden ya da bebeğin etrafındaki bireylerden dişler sürmeden önce bulaşmaktadır. Streptoccocus mutans 19-31. aylar arasında bebeği kolayca enfekte edebilir.(30)

Diş çürüğünün oluşumunda etkili olan faktörlerden bir diğeri ise fermente olabilen karbonhidratlardır. Fermente olabilen karbonhidratlardan olan sükroz, laktobasiller ve Streptoccocus mutans tarafından tüketilerek bu canlıların çoğalmasına ortam hazırlamaktadır.(31) Bakteriler tarafından şekerin tüketilmesi ile ortaya çıkan asidi tükürüğün temizlemesi ve asidin nötrlemesi 20-40 dakika sürmektedir. Bu nedenle sık sık şekerli yiyeceklerin tüketilmesi ve sonrasında dişlerin fırçalanmaması çürük oluşumunu hızlandırır. Gece uyku süresince tükürük akışının az gerçekleşmesinden dolayı uyumadan önce yemek yenilmesi , sonrasında ise dişlerin fırçalanmaması diş çürüğünün oluşumunu artırır.(32)

2.5.4 Diş Çürüğünü Önleme

Diş çürüklerinde aktif çürüğü durdurmak ya da çürük oluşumunu yavaşlatmak, diş çürüklerinin kontrol altına alınmasında ilk basamaktır. İyi ağız hijyeni, çürük oluşumunu tetikleyen gıdaların azaltılması, çocuğun dişlerinin ebeveynleri tarafından, ilk süt dişi sürüdükten sonra mutlaka günde iki kez yaşına uygun yumuşak bir diş fırçasıyla fırçalaması tavsiye edilmektedir. Erken çocukluk çağında çocukların diş fırçalaması ebeveynleri yardımı ile yapılmalıdır. Diş hekimi kontrol sıklığı ise altı ayda bir olmalıdır ebeveynlere çocuk ağız bakımı hakkında gerekli bilgilendirme yapılmalıdır. Ayrıca ebeveynler kendi oral hijyenleri açısından da çocuklarına iyi birer rol model olmalılardır.(33)

2.6.AĞIZ SAĞLIĞI YAŞAM KALİTESİ

2.6.1 Ağız Sağlığına Bağlı Yaşam Kalitesi Kavramı

Ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi (ASBYK) kavramından 2. Dünya Savaşı sırasında; kişinin ağız işlevlerini koruması ve sürdürebilmesi için karşılıklı altı dişin

mevcut olması gerekliliğinden söz edilmiştir. ASBYK kavramı için günümüzde çok çeşitli tanımlamalar yapılsa da bu kavramı oluşturan birçok etmen olduğu konusunda anlaşma sağlanmıştır. Bu kavram; bireyin ağız sağlığının sosyokültürel sorunlar oluşturmamasına, ağız patolojilerinin yokluğunu, ağzın oral fonksiyonlarının yanı sıra gülümseme gibi estetiksel işlevlerin de bireyi tatmin etmesi gibi bileşenleri içerir.(34)

Genel sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin önemli belirleyicilerinden olan ASBYK bireyin genel yaşam kalitesinin yanında yalnızca orofasiyal bölgede yaşadığı rahatsızlıklarla birlikte sosyal ve psikolojik faktörlerin bileşimiyle bireyin kendini iyi hissetme hali olarak tanımlanır. (35)

Inglehart ASBYK kavramını "Orofasiyal bölgede sosyal yaşantıyı olumsuz etkileyecek hiçbir patoloji veya rahatsızlığın olmaması ve kişinin orofasiyal işlev açısından kendini özgüvenli hissetme hali" olarak tanımlanmıştır.(6)

Ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi kavramı, kişilerin hem kendilerini hem de toplumsal olarak doğrudan ve dolaylı olarak sağlıklı yaşamlarını etkiledikleri için sağlık için önemli bir tanımdır.(36) Ağız patolojileri hastanın hayatı için acil bir durum oluşturmayan, zaman zaman kronikleşip tekrar akut bir durum oluşturabilir. Bu sebeple sağlık politikaları tarafından kronik hastalıklardan çoğu zaman daha az önemsenmesine neden olur.(37)

Sischo ve ark.'nın yaptığı kavramsal modele göre ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi ana başlık olup, kişinin sosyodemografik özellikleri, diş yapısının ve genetiğinin, çevresinin (aile veya bireye bakım veren kimsenin) eğitimi ve sosyokültürel seviyesi ve psikolojik ve sosyal açıdan bireyin kendini iyi hissetme hali ile etkileşmesinden oluşan bütüncül bir yaklaşımdır.(6)

Dünya Diş Hekimleri Birliği, OHRQoL'ı kişinin günlük yaşamını devam ettirirken içinde bulunduğu özgüven hali ve ağız sağlığıyla ilgili iyi olma halini yansıtan kompleks bir kavram olarak tanımlar. Toplumsal ağız sağlığının iyileşmesi ve küresel ağız sağlığı politikalarının amaçları doğrultusunda OHRQoL ölçümlerinin çok önemli bir yer oluşturduğu belirtilmiştir.(38) Bu sebeple yetişkinler için ayrı çocuklar için ayrı çeşitli ağız sağlığı yaşam kalitesi ölçekleri geliştirilmiştir.

2.6.2 Çocuklarda Ağız Sağlığına Bağlı Yaşam Kalitesi

Çocuklarda ağız sağlığı hastalıklarından birinci basamakta en sık gördüğümüz diş çürüğü patolojileridir. Diş çürüğünün yarattığı etki çocukların üzerinde psikososyal ve oral fonksiyon olarak negatif bir etki oluşturur. Bu durum hem ebeveynlerin hem de çocukların yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltır.(39) Bu nedenle, klinik koşullarında diş çürüğünün tanı konulmasından itibaren tedavisi ve koruyucu uygulamalar açısından sürdürülebilir olması büyük bir önem teşkil eder.(40)

ASBYK saptamak için yapılan çalışmalar ilk yetişkinler için yapılmış olup çocukların da yaşamış olduğu ağız sağlığı hastalıklarından dolayı son 10-15 yılda çocukların da ASBYK düzeyinin ölçülmesi de merak uyandırmaya başlamıştır.(41)

Çocuklarda ASBYK için yapılan çalışmalarda yetişkin bireyler için olan ağız sağlığı ölçekleri kullanılmıştır. Çocuklarda ağız sağlığı yaşam kalitesinin ölçülmesi yetişkinlerinkinden daha karmaşık ve problemli olduğu için birtakım zorluklarla karşılaşılmıştır. Ebeveynlerinin ağız sağlığı ile ilgili tecrübeleri, çocuğun içinde bulunduğu sosyoekonomik durum ve kültürel faktörler, eğitim, çocuğun tedavi gereksinimleri, çocuğun yaşı ve benlik kavramı gibi etmenler çocuğun ağız sağlığı yaşam kalitesinin ölçümünde etkilidir.(42)

Çocuklarda ASBYK ölçmek için birçok ölçek geliştirilmiş olup 2007 yılında Pahel ve ark. tarafından 8 yaş altındaki çocuklar için Early Childhood Oral Health Impact Scale – ECOHIS geliştirilmiştir. Bu ölçekteki sorular çocukların ebeveynleri tarafından cevaplamakta olup çocuk ve aileye etkileri olmak üzere 2 ana bileşenden oluşmaktadır. Çocuk bileşeni semptom, fonksiyon, psikoloji ve sosyal etkileşimi olmak üzere 4 boyuttan oluşmaktadır. Aile bileşeni ise aile fonksiyon ve aile endişe olarak 2 boyuttan oluşmaktadır. Likert tipi bir ölçek olup 0-52 arası toplam puan aralığı vardır. Toplam skor arttıkça ağız- diş sağlığında daha fazla sıkıntı olduğu görülmektedir.(43) Peker ve ark tarafından ölçek 2011 yılında Erken Çocukluk Çağı Ağız Sağlığı Etki Ölçeği olarak Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği alınmıştır.(44)

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.ARAŞTIRMANIN YERİ VE ŞEKLİ

Çalışmamıza 01.01.2022-01.04.2022 tarihleri arasında Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Polikliniği'ne herhangi bir nedenle gelen araştırmayı kabul eden ve iletişim engeli olmayan 3-6 yaş grubu çocuğu olan 18 yaş ve üstü anneler dahil edilmiştir. Bu çalışmada 3-6 yaş arası çocukları olan annelerin sağlık okuryazarlığını değerlendirmek ve 3-6 yaş arası çocukları olan annelerin sağlık okuryazarlığı ile Erken Çocukluk Çağı Ağız Sağlığı Etki Ölçeği arasındaki ilişkinin açıklanması amaçlanmıştır. Çalışmaya katılan bireylere sosyodemografik bilgilerinin yanı sıra ağız ve diş sağlığı uygulamaları ve ağız diş sağlığı hakkında bilgi düzeyini ölçen 19 soruluk anketler hazırlanmıştır. Bu anketlerden sonra bireylere Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 32 (TSOY 32) uygulanacak olup aynı zamanda Erken Çocukluk Çağı Ağız Sağlığı Etki Ölçeği (ECOHİS) yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanacaktır. Çalışmamız tek merkezli, kesitsel niteliktedir

Dâhil edilme kriterleri:

1-) 3-6 yaş grubu çocuğu olan 18 yaş ve üstü anneler

2-) Çalışmaya katılmayı kabul edenler

3-) İletişim engeli bulunmayanlar

Dışlanma kriterleri:

1-) 18 yaşından küçük 3-6 grubu çocuğu olmayanlar

2-) Çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler

3-) İletişim engeli olanlar.

3.2 ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜ

Çalışmamızda örneklem büyüklüğünü Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Polikliniği'ne son 3 ayda başvuran, 3-6 yaş arası çocuk hastaların başvuru sayısına

bakılarak anne sayısı saptanmıştır. Örneklem büyüklüğü %95 güvenilirlikle 218 olarak hesaplandı.

3.3. VERİ TOPLAMA FORMU

İlk olarak tarafımızca literatür araştırması yapılarak hazırlanmış olan, 19 sorudan oluşan veri toplama formu uygulanacaktır. Veri toplama formunun içeriği; sosyodemografik bilgileri içeren (annenin yaşı, çocuğun yaşı, eğitim durumu, gelir düzeyi, medeni durumu ,aile tipi, kaç çocuğun olduğu) sorular sorulmuştur.Ardından annenin diş fırçalama sıklığının düzenli olup olmadığı (düzenli-düzensiz şıkkını katılımcılara 'Dişlerinizi günlük fırçalayor musunuz' şeklinde sorduk) ,çocuğun diş fırçalama sıklığı,çocuğuna ilk diş fırçasını ne zaman aldığı,çocuğun diş çürüğü olup olmadığı ile ilgili ağız sağlığı uygulamalarını içeren sorular sorulmuştur .Bunun yanı sıra diş fırçalamaya ne zaman başlanması gerektiği,dişlerin günde en az kaç kere fırçalanması gerektiği,diş fırçalamanın diş çürüğü oluşumunu etkileyip etkilemediği, çürük oluşumuna neden olmaması için şekerli gıdalar ne zaman tüketilmesi gerektiği,diş hekimi kontrol sıklığı, ailelerin kaç yaşına kadar çocukların diş fırçalamasına yardımcı olması gerektiği, diş macunun önemi, Florlu diş macunu ile dişlerin fırçalanması diş çürüğünün önlenmesinde etkisi olup olmadığı gibi ebeveynlerin ağız sağlığı ile ilgili bilgilerini ölçen tek doğru cevaplık sorular sorulmuştur.'Diş fırçalamaya ne zaman başlanması gerekir' sorusuna verilen 'İlk dişi sürer sürmez' cevabı, 'Dişlerin günde en az kaç kere fırçalanması gerektiği' sorusuna verilen 'günde 2 kez' cevabı 'Çürük oluşumuna neden olmaması için şekerli gıdalar ne zaman tüketilmesi gerektiği' sorusuna 'ana öğünde' cevabı, 'Ailelerin kaç yaşına kadar çocukların diş fırçalamasına yardımcı olması gerektiği' sorusuna '8 yaşına kadar' cevabı doğru kabul edilmştir.Veri toplama formunun ardından Erken Çocukluk Çağı Ağız Sağlığı Etki Ölçeği (ECOHIS) ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY32) yüz yüze uygulama yöntemi ile katılımcıya uygulanmıştır. Uygulanan anket Ek-2' de sunulmuştur.

3.3.1. Erken Çocukluk Çağı Ağız Sağlığı Etki Ölçeği (ECOHIS)

Pahel ve ark tarafından yapılan 5 yaş grubu çocukların ve ebeveynlerinin katıldığı bir araştırma sonucu geliştirilmiştir.(43) Bu araştırmada çocukların diş patolojilerinin ve tedavilerinin günlük hayatlarına yansıdığı etki araştırılmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2011 yılında Peker ve ark tarafından yapılmıştır.(44) Ebeveynler tarafından cevaplanan likert ölçeğinde toplam 13 soru bulunup soruların her birinde 6 cevap şıkkı mevcuttur.Ölçek çocuk üzerine etkiiler ve aile üzerine etkiler olarak 2 bölümden oluşur. Çocuk üzerine etkiler kısmında 4 kategori vardır. Çocuk bulguları (1 soru), çocuk görevleri (4 soru), çocuk psikolojisi (2 soru) ve çocuğun kendi imajı ve çevreyle etkileşim etkileşimi (2 soru). Aile üzerine etkiler kısmında ise ebeveyn endişesi ve aile görevi olarak 2 kategori mevcuttur. 6 adet cevap şıkları olan ölçek 5 puanlık 0=asla, 1=neredeyse hiç, 2=ara sıra, 3=sık sık, 4=çok sık, 5=bilmiyorum şeklinde değerlendirilir. Bu ölçekte 0-52 arası skorlama yapılır.'Bilmiyorum' cevapları hesaplamadan çıkartılıp toplam skor elde edilir. Yüksek puanlar ağız diş sağığı ile ilgili daha fazla sorun olduğunu göstermektedir. Bu araştırmada Cronbach alfa değerleri çocuk, aile ve ölçek geneli için sırasıyla 0,92; 0,84 ve 0,86 şeklinde bulunmuş ve ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğuna karar verilmiştir.(44)

3.3.2 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY32)

TSOY32 geçerlilik ve güvenilirliği T.C.Sağlık Bakanlığı ile Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yapılan ortak çalışma ile belirlenmiştir.(24) Ölçek toplam 32 sorudan oluşan bir likert ölçeğidir Ölçeğin cevap şıkları çok kolay/kolay/zor/çok zor/fikrim yok şeklindedir. Ölçek puanlaması ise 0-50 arasunda olacak şekilde HLS-EU çalışmasındaki gibi oluşturulmuştur. Toplam puan; İndeks = (ortalama-1) x (50/3) şekinde hesaplanmaktadır İndeks kişiye göre hesaplanan ortalama puan,ortalama ise kişinin her bir soruya vediği ortalama cevabı gösterir. Bu ölçek 2X4'luk bir matris olarak sınıflandırılmıştır. Buna göre, matris iki boyut (Tedavi ve hizmet-Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi) ile dört bileşen (Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme,sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere toplam sekiz kategoriden oluşmaktadır. Ölçeğin genel iç tutarlık katsayısı (Cronbach

Alfa); 0.927 olarak saptanmıştır Sağlık okuryazarlığı dört kategoride sınıflandırılmıştır. (24)

(0-25) puan: Yetersiz sağlık okuryazarlığı

(>25-33) puan: Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı

(>33-42) puan: Yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50) puan: Mükemmel sağlık okuryazarlığı, olarak tanımlanmaktadır

3.4.İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmada veri analizi için SPSS 25.0 sürümü (SPSS Inc., Chicago, Illinois, ABD) paket programı kullanılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik bilgilerine dair tanımlayıcı veriler frekans tabloları şeklinde verilmiştir.

Çalışmanın verileri normallik varsayımları açısından incelendiğinde, Kolmogorov-Smirnov değerleri $p<0.05$ olarak belirlenmiştir. Bu sonuç bağımlı değişkenlerin normal dağılıma sahip olmadığını göstermektedir. Bununla birlikte ölçek ve alt boyut puanları ile katılımcıların sosyodemografik verileri arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek üzere nonparametrik testlerden Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark çıkması durumunda, anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için post-Hoc testi yapılmıştır. Varyansın homojen dağılmaması ve örneklem sayılarının eşit olmamasından dolayı Games-Howell Post-Hoc testi seçilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılması için chi square test kullanılmıştır. $p<0.05$ istatistikçe anlamlı kabul edilmiştir

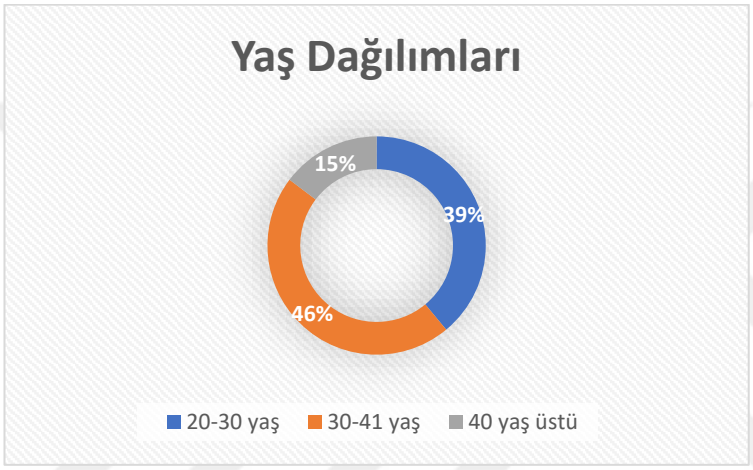
3.5.ETİK KURUL ONAYI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul Başkanlığı tarafından 14.12.2021 tarihli ve 3364 protokol onay numarası ile etik kurul onayı alınmış olup, Ek-1'de sunulmuştur.

4. BULGULAR

4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİ ANALİZİ

Çalışmamıza 3-6 yaş arası çocuğu olan 218 anne katılmakla birlikte katılımcıların yaş dağılımı 20-30 yaş arası %39 (n=85) birey, 31-40 yaş arası %46,3 (n=101) birey ve 40 yaş üstü %14.7 (n=32) oranındadır. (Şekil 1) Katılımcılar min. 22, max. 47 yaşında olup yaş ortalaması 33,08±5,80 dır.



Şekil 1:Katılımcıların Kişi Sayısına Göre Yaş Dağılımları

Katılımcıların çocuklarının yaş dağılımı 3 yaş grubu %19,3 (n=42) , 4 yaş grubu %35,0 (n=78) 5 yaş grubu %21,1 (n=46) ve 6 yaş grubu %23,9 (n=52) oranındadır. (Şekil 2)



Şekil 2:Katılımcıların Çocuklarının Kişi Sayısına Göre Yaş Dağılımı

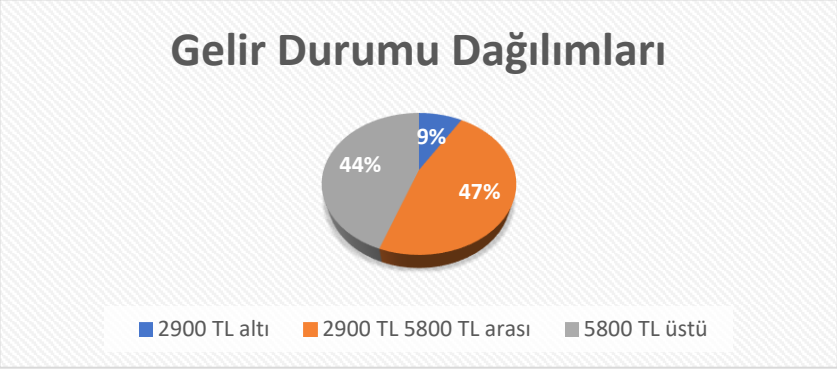
Çalışmamızda medeni hal dağılımına baktığımızda ise % 97,7'lik (n=213) büyük bir kısmının evli olduğunu görmekteyiz.

Katılımcılarımızın eğitim durumlarına baktığımızda ise okuma yazma bilmeyen 16 kişi, lise altının 95 kişi, lise ve üstünün ise 107 kişi olduğu saptanmıştır. (Şekil 3)



Şekil 3:Katılımcıların Eğitim Durumu Dağılım Yüzdeleri

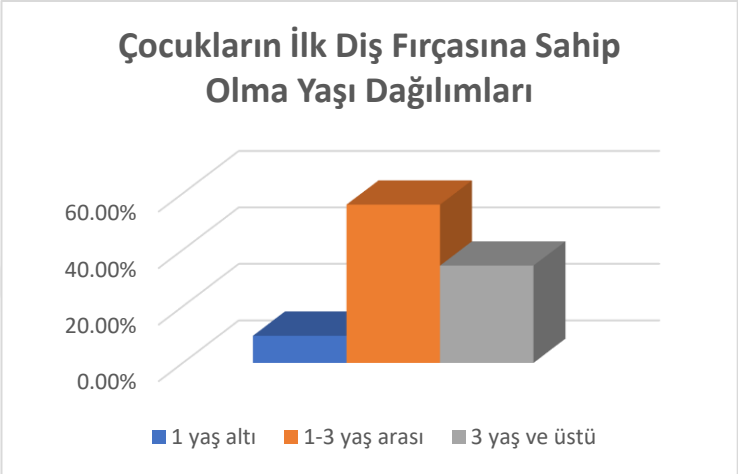
Gelir seviyesi oranlarına baktığımızda %8,7'lik kısmının (n=19) 2900 TL altı aylık gelirinin olduğunu, %46,8'inin (n=102) 2900 TL-5800TL arası gelire sahip olduğunu, %44,5'nin (n=97) ise 5800 TL üstü gelire sahip olduğunu tespit ettik. (Şekil 4)



Şekil 4:Katılımcıların Gelir Durumu Dağılım Yüzdeleri

Bireylerin aile tipi sorgulandığında %83'ü (n=181) çekirdek aile, %17'si (n=37) ise geniş aile olarak saptanmıştır.

Bireylerin çocuk sayısı sorgulandığında ise 1 çocuğu olanlar %23,9 (n=52), 2 çocuğu olanlar %40,8 (n=89) 3 ve daha fazla çocuğu olanlar %35,3 (n=77) olarak bulunmuştur.



Şekil 5: Çocukların İlk Diş Fırçasına Sahip Olma Yaşı Dağılım Yüzdeleri

'Çocuğunuza ilk diş fırçasını ne zaman aldınız?' sorusuna verilen yanıtlarda %9,6'sı(n=21) 1 yaş altı, %56 sı (n=122) 1-3 yaş arası, % 34,4'ü (n=75) ise 3 yaş ve üstü yanıtını vermiştir. (Şekil 5)

Annelerin diş fırçalama sıklığı sorulduğunda ise %69,7'si (n=152) düzenli fırçalarken %30,3'ü (n=66) düzensiz fırçalamaktadır.

Çocukların diş fırçalama sıklığı sorulduğunda ise %35,8'si (n=78) düzenli fırçalarken %64,2'si (n=140) düzensiz fırçalamaktadır. Ayrıca çocukların %47,7'sinde (n=104) diş çürüğü mevcutken %52,3'ünde (n=114) diş çürüğü bulunmamaktadır.

4.2. KATILIMCILARIN SOY VE ECOHİS ALT BOYUTLARININ VERİ ANALİZİ

Tablo 1:Ölçek ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler

		N	Min	Max	Ort.	SS
SOY Toplam*		218	0,00	48,96	27,79	6,58
SOY-Tedavi ve hizmet	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	218	4,00	18,00	11,20	1,95
	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	218	4,00	16,00	11,26	1,78
	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	218	4,00	16,00	10,58	2,00
	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma uygulama	218	4,00	16,00	11,39	1,75
SOY-Hastalıklardan korunma	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	218	4,00	20,00	11,47	2,26
	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	218	4,00	16,00	11,27	2,08
	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	218	4,00	18,00	10,40	2,34
	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma uygulama	218	4,00	16,00	10,19	2,00
ECOHİS Toplam		218	00,0	52,00	46,00	17,02
ECOHİS Çocuk	Çocuk semptom	218	0,00	4,00	1,82	0,95
	Çocuk Fonksiyon	218	3,00	13,00	4,68	2,16
	Çocuk psikoloji	218	1,00	8,00	3,70	2,13
	Çocuk benlik bilinci ve sosyal etkileşim	218	0,00	8,00	2,18	1,76
ECOHİS Aile	Ebeveyn sıkıntı endişe	218	1,00	8,00	3,69	2,87
	Aile Fonksiyon	218	0,00	5,00	0,96	1,21

Min=Minimum, **Max**=Maximum, **Ort**=Ortalama, **SS**=Standart sapma, *Ölçeğin değerlendirmesinde indeksler HLS-EU ölçeğinde olduğu gibi 0 ile 50 olacak şekilde standardize edilmiştir.

Tablo 1'de SOY ölçeği alt boyutları ile ECOHİS ölçeği alt boyutlarından alınan puanlara ilişkin betimsel istatistik sonuçları verilmiştir.

Tablo 2.Ölçeklerin Kesme Puanına Göre Gruplandırılması (N=218)

SOY grup*	n	%
Yetersiz SOY	50	22,9
Sorunlu-Sınırlı SOY	150	68,8
Yeterli SOY	13	6,0
Mükemmel SOY	5	2,3

*Ölçeğin değerlendirmesinde indeksler HLS-EU ölçeğinde olduğu gibi 0 ile 50 olacak şekilde standardize edilmiştir.

Tablo 2'te SOY ölçeğinin kesme puanlarına göre gruplandırılmasına ilişkin frekans dağılımı sonuçları verilmiştir.

4.3. KATILIMCILARIN AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİ DÜZEYİ ANKET SORULARINA VERİLEN CEVAPLARIN VERİ ANALİZİ

Tablo 3. Ağız Sağlığı Bilgi Düzeyi Anket Sorularına ilişkin Frekans Dağılımı

Anket Soruları		f	%
S1. Diş fırçalama başlangıcı ne zaman olmalıdır?	Yanlış/Bilmiyorum	133	61,0
	Doğru	85	39,0
S2. Sağlıklı dişler için diş fırçalama sıklığı ne olmalıdır	Yanlış/Bilmiyorum	15	6,9
	Doğru	**203**	**93,1**
S3. Diş çürüğü oluşumunu önlemede diş fırçalamanın etkisi var mıdır?	Yanlış/Bilmiyorum	26	11,9
	Doğru	**192**	**88,1**
S4. Ağız sağlığı patolojilerine neden olmaması için günlük yaşamımızda şekerli gıdalar ne zaman tüketilmelidir?	Yanlış/Bilmiyorum	176	80,7
	Doğru	42	19,3
S5. Diş hekimi kontrol sıklığı nedir?	Yanlış/Bilmiyorum	117	53,7
	Doğru	101	46,3
S6.Ebeveynler çocukların diş fırçalamasına kaç yaşına kadar destek olmalıdır	Yanlış/Bilmiyorum	131	60,1
	Doğru	87	39,9
S7. Diş sağlığı açısından diş macunu kullanmak önemli midir?	Yanlış/Bilmiyorum	16	7,3
	Doğru	**202**	**92,7**
S8. Dişlerin florlu diş macunu ile fırçalanması diş çürüğünün önlenmesinde etkili midir?	Yanlış/Bilmiyorum	132	60,6
	Doğru	86	39,4

Tablo 3'te katılımcıların ağız sağlığı bilgi anket maddelerine verdikleri yanlış/bilmiyorum ve doğru yanıtların frekans dağılımı verilmiştir. Bu analize göre Katılımcılar anket maddelerine sırasıyla en çok %93,1 oranla S2'ye (n=203), %92,7 oranla S7'ye (n=202) ve %88,1 oranla S3'e (n=192) doğru yanıt vermişlerdir. Ayrıca katılımcılar en az %19,3 oranla S4'e (n=42) doğru yanıt vermişlerdir

4.4.KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİNİN SOY VE ECOHİS ÖLÇEĞİNİN TOPLAM PUANLARI İLE KARŞILAŞTIRIŞMASI

Tablo 4. Katılımcıların Ölçekler ve Alt Boyut Puanlarının Yaş Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Yaş	N	Ort±SS	KV	p	Post-Hoc
SOY-Toplam	20-30 yaş	85	28,18±4,86	1,505	0.471	-
	31-40 yaş	101	28,17±6,51			
	40 yaş üstü	32	25,6±9,83			
ECOHIS Toplam	20-30 yaş	85	17,64±7,55	0,546	0.761	-
	31-40 yaş	101	16,54±6,99			
	40 yaş üstü	32	16,91±9,77			

Kruskall Wallis H test, Post-Hoc=Games-Howell test, p<0.05

Tablo 4'te yer aldığı gibi katılımcıların ölçeklerden alınan toplam puan ile katılımcıların yaş grupları karşılaştırılmıştır. Bu analize göre belirtilen ölçek toplam puanları ile yaş grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır

Tablo 5. Katılımcıların Ölçekler ve Alt Boyut Puanlarının Çocuk Yaş Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Çocuk Yaş	N	Ort±SS	KV	p	Post-Hoc
SOY Toplam	3 yaş	42	28,51±5,47	0,778	0.678	-
	4 yaş	78	27,76±5,92			
	5 yaş	46	27,50±7,33			
	6 yaş	52	27,55±7,71			
ECOHIS Toplam	3 yaş	42	15,86±5,57	4,386	0.223	-
	4 yaş	78	15,92±7,38			
	5 yaş	46	18,98±9,45			
	6 yaş	52	17,88±7,47			

Kruskall Wallis H test, Post-Hoc=Games-Howell test, p<0.05

Tablo 5'te yer aldığı gibi katılımcıların ölçek ve alt boyutlarından alınan puanlar ile katılımcıların çocuk yaşı karşılaştırılmıştır. Bu analize göre belirtilen ölçek toplam puanları ile katılımcıların çocuk yaşı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 6. Katılımcıların Ölçekler ve Alt Boyut Puanlarının Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Eğitim Durumu	N	Ort±SS	KV	p	Post-Hoc
SOY Toplam	1)Okur yazar değil	16	14,94±10,78	46,970	**<0.001**	1-2 1-3 2-3
	2)Lise altı	95	27,24±4,69			
	3)Lise ve üstü	107	30,22±4,65			
ECOHIS Toplam	1)Okur yazar değil	16	24,56±8,46	22,500	**<0.001**	1-2 1-3 2-3
	2)Lise altı	95	18,46±8,12			
	3)Lise ve üstü	107	14,62±5,91			

Kruskall Wallis H test, Post-Hoc=Games-Howell test, p<0.05

Tablo 6'da yer aldığı gibi katılımcıların ölçek ve alt boyutlarından alınan puanlar ile katılımcıların eğitim durumu karşılaştırılmıştır. Bu analize göre SOY ölçeği toplam puanları ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Eğitim durumu, lise ve üstü olan katılımcıların diğer eğitim gruplarına kıyasla SOY ölçeği toplam puanları daha yüksek bulunmuştur (KV=35,998 p<0.001). Yapılan Post-Hoc analizine göre eğitim durumu, okur yazar olmayanlar ile lise altı arasından (p=0.001) ve okur yazar olmayanlar ile lise ve üstü arasında (p<0.001) istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Ayrıca eğitim durumu lise altı olanlar ile lise ve üstü olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0.030).

ECOHIS toplam puanları ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Eğitim durumu, okur yazar olmayan katılımcıların diğer eğitim gruplarına kıyasla ECOHIS toplam puanları daha yüksek bulunmuştur (KV=22,500 p<0.001). Yapılan Post-Hoc analizine göre eğitim durumu, okur yazar olmayanlar ile lise altı arasından (p=0.037) ve okur yazar olmayanlar ile lise ve üstü arasında (p=0.001) istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Ayrıca lise altı ile lise ve üstü arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0.001).

Tablo 7. Katılımcıların Ölçekler ve Alt Boyut Puanlarının Gelir Durumu Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Gelir Durumu	N	Ort±SS	KV	p	Post-Hoc
SOY Toplam	1)Düşük	19	20,07±10,38	31,162	**<0.001**	1-2
	2)Orta	102	26,83±5,70			1-3
	3)Yüksek	97	30,33±4,93			2-3
ECOHIS Toplam	1)Düşük	19	24,05±8,78	21,247	**<0.001**	1-2
	2)Orta	102	18,07±7,68			1-3
	3)Yüksek	97	14,55±6,21			2-3

Kruskall Wallis H test, Post-Hoc=Games-Howell test, p<0.05

Tablo 7'de yer aldığı gibi katılımcıların ölçek ve alt boyutlarından alınan puanlar ile katılımcıların gelir durumu karşılaştırılmıştır. Bu analize göre SOY ölçeği toplam puanları ile gelir durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Gelir durumu, yüksek olan katılımcıların diğer gelir gruplarına kıyasla SOY ölçeği toplam puanları daha yüksek bulunmuştur (KV=22,309 p<0.001). Yapılan Post-Hoc analizine göre gelir durumu, düşük ile orta arasından (p=0.031) ve düşük ile yüksek arasında (p=0.002) istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Ayrıca gelir durumu orta olanlar ile yüksek olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p<0.001).

ECOHIS ölçeği toplam puanları ile gelir durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Gelir durumu, düşük olan katılımcıların diğer gelir gruplarına kıyasla ECOHIS ölçeği toplam puanları daha yüksek bulunmuştur (KV=21,247 p<0.001). Yapılan Post-Hoc analizine göre gelir durumu, düşük ile orta arasından (p=0.027) ve düşük ile yüksek arasında (p=0.001) istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Ayrıca gelir durumu orta olan katılımcılar ile yüksek olan katılımcılar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0.001).

Tablo 8. Katılımcıların Ölçekler ve Alt Boyut Puanlarının Aile Tipi Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Aile Tipi	N	Ort±SS	Z	p
SOY Toplam	Çekirdek aile	181	28,25±6,26	-1,738	0.082
	Geniş aile	37	25,55±7,64		
ECOHIS Toplam	Çekirdek aile	181	16,67±7,6	-1,828	0.068
	Geniş aile	37	18,73±7,74		

Mann-Whitney U test, p<0.05

Tablo 8'de ölçek ve alt boyut puanları ile aile tipinin karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar verilmiştir. Bu analize göre belirtilen ölçek toplam puanları ile aile tipi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır

Tablo 9. Katılımcıların Ölçekler ve Alt Boyut Puanlarının Çocuk Sayısı Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Çocuk Sayısı	N	Ort±SS	KV	p	Post-Hoc
SOY Toplam	1)1 çocuk	52	30,47±6,19	14,302	**0.001**	1-3 2-3
	2)2 çocuk	89	28,59±4,29			
	3)3 ve üzeri	77	25,07±7,97			
ECOHIS Toplam	1)1 çocuk	52	15,87±6,10	1,307	0.520	-
	2)2 çocuk	89	16,63±8,11			
	3)3 ve üzeri	77	18,26±7,95			

Kruskall Wallis H test, Post-Hoc=Games-Howell test, p<0.05

Tablo 9'da yer aldığı gibi katılımcıların ölçek ve alt boyutlarından alınan puanlar ile katılımcıların çocuk sayısı karşılaştırılmıştır. Bu analize göre SOY ölçeği toplam puanları ile katılımcıların çocuk sayısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Çocuk sayısı 1 olan katılımcıların diğer çocuk sayısı olan gruplarına kıyasla SOY ölçeği toplam puanları daha yüksek bulunmuştur (KV=10,067 p=0.007). Yapılan Post-Hoc analizine göre katılımcıların çocuk sayısı 1 olan ile 3 ve üzeri çocuğu olan katılımcıların arasında (p=0.001) ve 2 çocuğu olan katılımcılar ile 3 ve üzeri çocuğu olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0.014).

Tablo 10. Katılımcıların Ölçekler ve Alt Boyut Puanlarının Diş Fırçalama Sıklığı Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		N	Ort±SS	Z	p
SOY Toplam	Düzenli	152	28,98±6,36	-5,177	**<0.001**
	Düzensiz	66	25,06±6,30		
ECOHIS Toplam	Düzenli	152	16,13±7,69	-2,685	**0.007**
	Düzensiz	66	19,09±7,18		

Mann-Whitney U test, p<0.05

Tablo 10'da ölçek ve alt boyut puanları ile diş fırçalama sıklığı karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar verilmiştir. Bu analize göre SOY ölçeği toplam puanları ile diş fırçalama sıklığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Diş fırçalama sıklığı, düzenli olanların düzensiz olanlara kıyasla SOY ölçeği toplam puanları daha yüksek bulunmuştur (Z=-4,747 p<0.001).

ECOHIS ölçeği toplam puanı ile diş fırçalama sıklığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Diş fırçalama sıklığı, düzensiz olanların düzenli olanlara kıyasla ECOHIS ölçeği toplam puanları daha yüksek bulunmuştur (Z=-2,685 p=0.007).

Tablo 11. Katılımcıların Ölçekler ve Alt Boyut Puanlarının Çocuklarına Diş Fırçası Alınma Zamanları Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	N	Ort±SS	KV	p	Post-Hoc
SOY Toplam	1)1 yaş altı	21	28,94±7,29	5,847	0.054	-
	2)1-3 yaş	122	28,58±5,41			
	3)3 yaş ve üstü	75	26,20±7,8			
ECOHIS Toplam	1)1 yaş altı	21	15,43±7,37	9,305	**0.010**	2-3
	2)1-3 yaş	122	15,78±6,79			
	3)3 yaş ve üstü	75	19,49±8,48			

Kruskall Wallis H test, Post-Hoc=Games-Howell test, p<0.05

Tablo 11'de yer aldığı gibi katılımcıların ölçek ve alt boyutlarından alınan puanlar ile Çocuklarına Diş Fırçası Alınma Zamanları açısından karşılaştırılmıştır. Bu analize göre ECOHIS toplam puanı ile Çocuklarına Diş Fırçası Alınma Zamanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Çocuğuna ilk dış fırçası alma zamanı 3 yaş ve üstü olan katılımcıların diğer gruplara kıyasla ECOHIS toplam puanları daha yüksek bulunmuştur (KV=9,305 p=0.010). Yapılan Post-Hoc analizine göre, çocuğuna ilk dış fırçası alım zamanı 1-3 yaş arası olan katılımcılar ile 3 yaş ve

üzeri olan katılımcılar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0.005)

Tablo 12. Katılımcıların Ölçekler ve Alt Boyut Puanlarının Çocuğun Diş Fırçalama Sıklığı Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		N	Ort±SS	Z	p
SOY Toplam	Düzenli	78	29,53±5,44	-3,870	**<0.001**
	Düzensiz	140	26,82±6,96		
ECOHIS Toplam	Düzenli	78	15,56±8,30	-2,230	**0.026**
	Düzensiz	140	17,84±7,16		

Mann-Whitney U test, p<0.05

Tablo 12'de ölçek ve alt boyut puanları ile çocuğun diş fırçalama sıklığının karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar verilmiştir. Bu analize göre SOY ölçeği toplam puanları ile çocuğun diş fırçalama sıklığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Çocuğun diş fırçalama sıklığı, düzenli olanların düzensiz olanlara kıyasla SOY ölçeği toplam puanları daha yüksek bulunmuştur (Z=-4,085 p<0.001).

ECOHIS ölçeği toplam puanları ile çocuğun diş fırçalama sıklığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Çocuğun diş fırçalama sıklığı, düzensiz olanların düzenli olanlara kıyasla ECOHIS ölçeği toplam puanları daha yüksek bulunmuştur (Z=-2,230 p=0.026).

Tablo 13. Katılımcıların Ölçekler ve Alt Boyut Puanlarının Çocuklarında Diş Çürüğü Bulunma Durumu Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		N	Ort±SS	Z	p
SOY Toplam	Evet	104	25,93±7,57	-3,729	**<0.001**
	Hayır	114	29,49±8,98		
ECOHIS Toplam	Evet	104	19,77±8,45	-4,430	**<0.001**
	Hayır	114	14,52±5,83		

Mann-Whitney U test, p<0.05

Tablo 13'de ölçek ve alt boyut puanları ile çocuklarında diş çürüğü bulunma durumu karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar verilmiştir. Bu analize göre SOY ölçeği toplam puanları ile çocuklarında diş çürüğü bulunma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Çocuğunda, diş çürüğü olmayanların diş

çürüğü olanlara kıyasla SOY ölçeği toplam puanları daha yüksek bulunmuştur (Z=-3,235 p=0.001).

ECOHIS ölçeği toplam puanları ile çocuklarında diş çürüğü bulunma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Çocuğunda, diş çürüğü olanların diş çürüğü olmayanlara kıyasla ECOHIS ölçeği toplam puanları daha yüksek bulunmuştur (Z=-4,430 p<0.001).

4.5. KATILIMCILARIN SOY VE ECOHİS ÖLÇEKLERİNİN ALT GRUPLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 14. Katılımcıların ECOHİS Toplam ve Alt Boyut Puanlarının SOY Grup Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	SOY Grup	N	Ort±SS	KV	p	Post-Hoc
ECOHIS Toplam	Yetersiz	50	21,78±8,49	32,076	**<0.001**	1-2 1-3 1-4 2-4
	Sorunlu/sınırlı	150	16,25±6,58			
	Yeterli	13	12,62±4,93			
	Mükemmel	5	4,00±5,15			
ECOHIS- Çocuk semptom	Yetersiz	50	2,32±1,13	19,410	**<0.001**	1-2 1-3 1-4 2-4
	Sorunlu/sınırlı	150	1,72±0,84			
	Yeterli	13	1,54±0,66			
	Mükemmel	5	0,60±0,55			
ECOHIS- Çocuk fonksiyon	Yetersiz	50	6,02±2,21	35,172	**<0.001**	1-2 1-3 1-4
	Sorunlu/sınırlı	150	4,45±1,95			
	Yeterli	13	3,54±1,51			
	Mükemmel	5	1,40±1,95			
ECOHIS- Çocuk psikoloji	Yetersiz	50	4,44±2,29	16,164	**0.001**	1-4 2-4 3-4
	Sorunlu/sınırlı	150	3,59±2,02			
	Yeterli	13	3,38±2,06			
	Mükemmel	5	0,80±1,10			
ECOHIS- Çocuk benlik bilinci ve sosyal etkileşim	Yetersiz	50	3,16±2,07	24,499	**<0.001**	1-2 1-3 1-4
	Sorunlu/sınırlı	150	1,96±1,61			
	Yeterli	13	1,54±0,88			
	Mükemmel	5	0,80±1,10			
ECOHIS Aile -Ebeveyn sıkıntı/Endişe	Yetersiz	50	4,78±2,72	21,783	**<0.001**	1-2 1-3 1-4 2-4
	Sorunlu/sınırlı	150	3,59±2,87			
	Yeterli	13	2,00±2,16			
	Mükemmel	5	0,40±0,89			
ECOHIS- Aile fonksiyon	Yetersiz	50	1,24±1,49	5,849	0.119	-
	Sorunlu/sınırlı	150	0,93±1,13			
	Yeterli	13	0,62±0,96			
	Mükemmel	5	0,00±0,00			

Kruskall Wallis H test, Post-Hoc=Games-Howell test, p<0.05

Tablo 14'te ECOHIS ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanları ile SOY grupları karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar verilmiştir. Bu analize göre ECOHIS

ölçeği toplam puanı ile SOY grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. SOY grubu yetersiz olan katılımcıların diğer gruplara kıyasla ECOHIS ölçeği toplam puanı daha yüksek bulunmuştur (KV=32,076 p<0.001). Yapılan Post-Hoc analizine göre SOY grubu yetersiz olanlar ile sorunlu/sınırlı olanlar (p<0.001), yeterli (p<0.001) ve mükemmel (p=0.001) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Ayrıca SOY grubu sorunlu/sınırlı olanlar ile mükemmel olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0.017).

ECOHIS ölçeği alt boyutlarından "Çocuk semptom" puanı ile SOY grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. SOY grubu yetersiz olan katılımcıların diğer gruplara kıyasla "Çocuk semptom" puanı daha yüksek bulunmuştur (KV=19,410 p<0.001). Yapılan Post-Hoc analizine göre SOY grubu yetersiz olanlar ile sorunlu/sınırlı olanlar (p=0.005), yeterli (p=0.015) ve mükemmel (p=0.002) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Ayrıca SOY grubu sorunlu/sınırlı olanlar ile mükemmel olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0.029).

ECOHIS ölçeği alt boyutlarından "Çocuk fonksiyon" puanı ile SOY grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. SOY grubu yetersiz olan katılımcıların diğer gruplara kıyasla "Çocuk fonksiyon" puanı daha yüksek bulunmuştur (KV=35,172 p<0.001). Yapılan Post-Hoc analizine göre SOY grubu yetersiz olanlar ile sorunlu/sınırlı olanlar (p<0.001), yeterli (p<0.001) ve mükemmel (p=0.015) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

ECOHIS ölçeği alt boyutlarından "Çocuk psikoloji" puanı ile SOY grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. SOY grubu yetersiz olan katılımcıların diğer gruplara kıyasla "Çocuk psikoloji" puanı daha yüksek bulunmuştur (KV=16,164 p=0.001). Yapılan Post-Hoc analizine göre SOY grubu mükemmel olanlar ile yetersiz olanlar (p=0.001), sınırlı/sorunlu (p=0.011) ve yeterli (p=0.019) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

ECOHIS ölçeği alt boyutlarından "Çocuk benlik bilinci ve sosyal etkileşim" puanı ile SOY grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. SOY grubu yetersiz olan katılımcıların diğer gruplara kıyasla "Çocuk benlik bilinci ve

sosyal etkileşim" puanı daha yüksek bulunmuştur (KV=24,499 p<0.001). Yapılan Post-Hoc analizine göre SOY grubu yetersiz olanlar ile sorunlu/sınırlı (p=0.002), yeterli (p=0.001) ve mükemmel (p=0.017) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

ECOHIS ölçeği alt boyutlarından "Aile ebeveyn sıkıntı/endişe" puanı ile SOY grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. SOY grubu yetersiz olan katılımcıların diğer gruplara kıyasla "Aile ebeveyn sıkıntı/endişe" puanı daha yüksek bulunmuştur (KV=21,783 p<0.001). Yapılan Post-Hoc analizine göre SOY grubu yetersiz olanlar ile sorunlu/sınırlı (p=0.046), yeterli (p=0.004) ve mükemmel (p<0.001) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Ayrıca SOY grubu sorunlu/sınırlı olan katılımcılar ile mükemmel olan katılımcılar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0.001).

4.6. KATILIMCILARIN SOY GRUPLARI İLE AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİ SORULARINA VERİLEN CEVAPLARIN KARŞILŞTIRILMASI

Tablo 15. SOY Grupları ile Bilgi Sorularına Verilen Yanıtların Karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	Yetersiz SOY (n=50)	Sorunlu Sınırlı SOY (n=150)	Yeterli SOY (n=13)	Mükemmel SOY (n=5)	p
Diş fırçalama başlangıcı ne zaman olmalıdır?	Yanlış	36 (27,1)	90 (67,7)	6 (4,5)	1 (0,8)	0.057
	Doğru	14 (16,5)	60 (70,6)	7 (8,2)	4 (4,7)	
Sağlıklı dişler için diş fırçalama sıklığı ne olmalıdır?	Yanlış	6 (40,0)	8 (53,3)	1 (6,7)	0 (0,0)	0.322
	Doğru		142 (70)	12 (5,9)	5 (2,5)	
Diş çürüğü oluşumunu önlemede diş fırçalamanın etkisi var mıdır?	Yanlış	11 (42,3)	14 (53,8)	0 (0,0)	1 (3,8)	**0.049**
	Doğru	39 (20,3)	136 (70,8)	13 (6,8)	4 (2,1)	
Ağız sağlığı patolojilerine neden olmaması için günlük yaşamımızda şekerli gıdalar ne zaman tüketilmelidir?	Yanlış	48 (27,3)	115 (65,3)	11 (6,3)	2 (1,1)	**0.001**
	Doğru	2 (4,8)	35 (83,3)	2 (4,8)	3 (7,1)	
Diş hekimi kontrol sıklığı nedir?	Yanlış	35 (29,9)	75 (64,1)	4 (3,4)	3 (2,6)	**0.024**
	Doğru	15 (14,9)	75 (74,3)	9 (8,9)	2 (2)	
Ebeveynler çocukların diş fırçalamasına kaç yaşına kadar destek olmalıdır?	Yanlış	36 (27,5)	85 (64,9)	7 (5,3)	3 (2,3)	0.253
	Doğru	14 (16,1)	65 (74,7)	6 (6,9)	2 (2,3)	
Diş sağlığı açısından diş macunu kullanmak önemli midir?	Yanlış	5 (31,3)	10 (62,5)	0 (0,0)	1 (6,3)	0.332
	Doğru	45 (22,3)	140 (69,3)	13 (6,4)	4 (2,0)	
Dişlerin florlu diş macunu ile fırçalanması diş çürüğünün önlenmesinde etkili midir?	Yanlış	37 (28,0)	88 (66,7)	5 (3,8)	2 (1,5)	**0.049**
	Doğru	13 (15,1)	62 (72,1)	8 (9,3)	3 (3,5)	

Fisher's Exact Test,p<0.001

Tablo 15'te SOY Grupları ile bilgi soruları karşılaştırılmıştır. Bu analize göre SOY Grup ile Diş fırçalamanın önemi (p=0.049), Gün içinde Şekerli gıdaların tüketim zamanı (p=0.001), Diş hekimi kontrol sıklığı (p=0.024) ve Florlu diş macununun önemi (p=0.049) arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır

5. TARTIŞMA

Bu çalışma 3-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek ve annelerin sağlık okuryazarlık düzeyinin çocuklarının ağız sağlığı yaşam kalitesi ile ilişkisi olup olmadığını gözlemlemektir

5.1. KATILIMCILARIN SOY VE ECOHİS ALT BOYUTLARININ TARTIŞILMASI

Çalışmamızda katılımcıların sağlık okuryazarlığını düzeyini belirlemek için TSOY-32 ölçeği kullanıldı. 2019 yılında Türkiye'de yapılan çalışmada katılımcıların %55.4'ünün sağlık okuryazarlık düzeyi yetersiz, %22.4'ünün sorunlu-sınırlı bulunmuştur.(20) Berberoğlu ve ark araştırmasında katılımcıların % 51,7, yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde yer almakta olup yalnızca % 17,2'si yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir. Okyay ve ark yaptığı çalışmada %27,2 si yetersiz,%42,2 sorunlu, %24,8'i yeterli, %5,8'i mükemmel sağlık okuryazar düzeyinde olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda yetersiz SOY %22,9, sınırlı SOY %68,8 yeterli SOY %6 ve mükemmel SOY %2,3 olarak gözlemlendi. Araştırmamızda mükemmel ve yeterli SOY düzeyinin düşük çıkmasının nedeni araştırmamızın yapıldığı bölgenin sosyoekonomik ve kültürel seviyesinin düşük olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. TSOY-32 ölçeğinin alt boyutlarına baktığımızda ise Okyay ve ark yaptığı çalışmada 'Tedavi ve hizmet' boyutunun sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme indeks puanı diğer kategorilere göre düşükken 'Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi' boyutunun sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma indeks puanı en yüksek olduğu görülmüştür.(24). Adölesanlara yapılan başka bir araştırmada ise "Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme" boyutunun puan ortalaması en düşük bulunmuştur.(45) Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu bulgular gözlenmiş 'Tedavi ve hizmet' boyutunun sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme indeks puanı diğer kategorilere göre düşükken 'Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi' boyutunun sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma indeks puanı en yüksek bulunmuştur. Bu verilere dayanarak çalışmaya katılan annelerde sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirmede önemli eksiklikler olduğu saptanmıştır.

SOY düzeyinin ortalama indeksine bakacak olursak Okyay ve ark yaptığı araştırmada genel SOY puanı 29,5 bulunmuş,(24) Berberoğlu ve ark yaptığı başka bir araştırmada ise genel SOY puanı 24,9 olduğu saptanmıştır.(46) Bizim bulgularımızda ise genel SOY puanı 27,7 olduğu gözlenmiştir. Bulgularımızın literatür ile benzer olduğu saptanmıştır.

Araştırmamızda çocukların ASBYK ölçmek için ECOHİS ölçeğini ebeveynlere uygulanmıştır. Brezilya'da yapılan bir çalışmada ECOHİS alt boyutlarından birinci olarak çocuk fonksiyon skorları yüksek bulunurken ikinci olarak ebeveyn sıkıntı ve endişe skorları yüksek bulunmuştur (47) Novaes ve ark yaptığı araştırmada da benzer sonuçlar bulunmuş olup (48) bizim çalışmamızda da birinci olarak çocuk fonksiyon skorları yüksek bulunurken ikinci olarak ebeveyn sıkıntı ve endişe skorları yüksek bulunmuştur. Bu verilere dayanarak çocukların ağız sağlığı fonksiyonlarında ciddi sıkıntılar saptanmış olup ebeveyn endişesinin de arttığı gözlemlenmiştir Elde ettiğimiz bulgular literatürle uyumludur.

5.2. KATILIMCILARIN AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİ DÜZEYİNİN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda katılımcılara ağız sağlığı bilgi düzeyini ölçmek için sorular sorulmuştur. 'Diş fırçalama başlangıcı ne zaman olmalıdır?' sorusuna %39 birey doğru yanıtlayarak ilk diş sürer sürmez dediği gözlemlenmiştir. Türkiye'de yapılan, ebeveynlerin ağız sağlığı bilgilerini değerlendiren başka bir çalışmada ise sadece %16'sının doğru cevapladığı görülmüştür.(25). Ashkanani ve Al-Sane yaptıkları bir çalışmada ebeveynlerin %24,1'inin doğru cevabı verdiği bildirmiştir.(49)

Sağlıklı dişler için diş fırçalama sıklığı ne olmalıdır? sorusuna ise çalışmamızda annelerin çoğu %93,1'i günde 2 kere cevabını vererek doğru cevaplamıştır. Çalışmamıza katılan annelerin çoğu diş fırçalama sıklığı hakkında bilgi sahibi oldu saptanmıştır. İngiltere'de yapılan araştırmada katılımcıların %71'i doğru cevabı verebilmiştir.(50)

Diş çürüğü oluşumunu önlemede diş fırçalamanın etkisi var mıdır? sorusuna çalışmamızda %88,1 'Evet' cevabını vermişlerdir. Türkiye'de yapılan, ebeveynlerin ağız sağlığı bilgilerini değerlendiren bir çalışmada ise bu oran %93,6'dır (25) Bunun

sonucunda çoğu ebeveynin diş fırçalamanın diş çürüğünü önlediğini bildiği gözlemlenmiştir.

Özyürek ve ark çürük oluşumuna neden olan şekerli gıdaların katılımcıların %8,7'i ana öğünlerde tüketildiğini bilerek doğru cevabı verdikleri bildirilmiştir.(51) Bizim çalışmamızda da bu oran %19,3 olup katılımcıların şekerli gıdaları ne zaman tüketilmesi gerektiğini bilmediği saptanmıştır.

Katılımcılara diş hekimi kontrol sıklığı bilgileri sorulduğunda %46,3'ü altı ayda bir cevabını vererek doğru cevaplarken Wyne ve ark çalışmasında katılımcıların %62,3'ü doğru cevaplamıştır.(52) Çalışmamızda annelerin 8 yaşına kadar çocuklarının diş fırçalamalarına destek olmaları gerektiğini bilmedikleri saptanmıştır. Annelerin yanlış veya bilmiyorum cevabı oranı %60tır. Türkiye'de başka bir çalışmada ise %79,7 bulunmuştur.(25)

Çalışmamıza katılan anneler dişlerin diş macunu ile fırçalanmasının gerekliliğini bilmektedir. Bu soruyu doğru cevaplama oranı %92,7 olup başka bir çalışmada ise %95 saptanmıştır.(25). Hindistan'da Chhabra ve Chhabra çalışmasında ise katılımcıların %69.9 florun çürük oluşumunu engellediğini ve flor hakkında bilgi sahibi olmadıklarını gözlemlemişlerdir.(53) Bizim çalışmamızda da bu verileri destekler nitelikte olup katılımcıların %60,6'sı yanlış ya da bilmiyorum cevabını vermiştir.

5.3. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİNİN SOY VE ECOHİS TOPLAM PUANLARI İLE TARTIŞILMASI

5.3.1. Yaş Grupları İle SOY ve ECOHİS Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Sağlık okuryazarlığı düzeyi ölçülen çalışmalarda yaş ortalaması Bakan ve ark yaptığı çalışmada 36.51 ± 10.92 yıl bulunmuş olup %55,4'ünün sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olarak saptanmıştır.(20) Erzurum'da yapılan çalışmada ise yaş ortalaması 35.6±13.0 yıl olup sağlık okuryazarlığı %31 oranında sınırlı düzeyde bulunmuştur.(54) Çalışmamıza katılan annelerin yaş grubu ortalaması 33,08±5,80 olduğu saptanmış olup sağlık okuryazarlık düzeyi %68,8'i sorunlu sınırda bulunmuştur. Çalışmamız literatürle benzerlik göstermektedir.

SOY düzeyi ve ebeveynlerin yaş grupları arasındaki ilişkiyi incelediğimizde Okyay ve ark çalışmasında yaş ortalaması arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyinin azaldığı tespit edilmiştir.(24) Avrupa Birliği ülkelerinde sağlık okuryazarlığı düzeyi ölçülen çalışmalarda yaşlandıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin düştüğü yönünde görülmüştür.(2) Bizim çalışmamızda ise SOY düzeyi ve ebeveyn yaş grupları arasında anlamlı fark bulunmazken en genç grup olan 20-30 yaş grubunun diğer yaş gruplarla kıyasla SOY toplam puan ortalaması en yüksek bulunmuştur.

Çocukların ASBYK ölçülen çalışmalarda ise 5-6 yaş grubu alınan çalışmada %53'ü 6 %47'si 5 yaşında iken (55) bizim çalışmamızda 3 yaş %19,3 4 yaş %35 5 yaş %21,1 iken 6 yaş %23,9 olduğu saptanmıştır. Çocukların yaş grupları ile ECOHİS toplam puanı arasında anlamlı fark bulunmazken Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada da çocukların yaş ortalaması ile ASBYK arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.(55) Çalışmamızdaki bulgular literatürle uyumludur.

5.3.2 Katılımcıların Eğitim Durumu İle SOY ve ECOHİS Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

21-64 yaş arası sağlık okuryazarlığı düzeyi ölçülen bir çalışmada %29,8'inin lise mezunu olduğu bildirilmiştir.(20) Berberoğlu ve ark yaptığı bir araştırmada ise katılımcıların %46,4'ü lise ve üstü olduğu belirlenmiş ve katılımcıların yarısından fazlası yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde saptanmıştır.(46) Okyay ve ark eğitim seviyesi yükseldikçe SOY toplam puanları artmaktadır.(24) Bakan ve ark ise lise ve üniversite mezunu olan katılımcıların SOY toplam puanlarının istatiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.(20) Bizim çalışmamızda literatürle benzer bulgular saptanmış annelerin %7,3'ü okuma yazma bilmezken %43,5'i lise altı, %49,2'si lise ve üstü düzeyinde saptanmış olup katılımcılardan lise ve üstü olanların SOY toplam puanları ve istatiksel acıdan diğer iki gruptan yüksek bulundu. Okuma yazma bilmeyenlerin SOY puanları ise diğer iki gruptan oldukça düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda eğitim düzeyi arttıkça SOY düzeyinin arttığı saptanmış olup bulgularımız literatürle uyumludur.

ASBYK bakılan başka bir çalışmada ebeveynlerin eğitim düzeyi %56,8'i lise ve üstü bulunmuş olup ECOHİS skorlarının ebeveynlerin eğitim durumları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür.(56) Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise

katılımcıların eğitim düzeyleri ile ECOHİS toplam puanları arasındaki ilişki ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.(55) Bizim çalışmamızda ise eğitim durumu okuryazar olmayan katılımcıların diğer eğitim gruplarına kıyasla ECOHIS toplam puanları daha yüksek bulunmuştur. Elde ettiğimiz verilere göre katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça çocuklarının ASBYK arttığı gözlenmiştir. Bulgularımız literatürdeki diğer çalışmalarla benzerdir.

5.3.3. Katılımcıların Gelir Durumu İle SOY ve ECOHİS Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Katılımcıların gelir durumu ile SOY toplam puanlar karşılaştırıldığında Erzurum'da sağlık okuryazarlığı düzeyi ölçülen çalışmada, mükemmel SOY düzeyleri geliri giderinden fazla olan grupta daha fazla bulunmuştur.(54) Bakan ve ark yaptığı çalışmada gelir getiren bir işte çalışanların toplam SOY puanları anlamlı derecede yüksek düzeyde bulunmuştur.(20) Bizim çalışmamızda ise <2900TL altı %8,7 2900-5800TL arası %46,8 iken >5800TL %44,5 olarak gözlenmiş gelir seviyesi yükseldikçe SOY puanlarının anlamlı derecede arttığı gözlenmiştir.

Sivas'ta ASBYK ölçülen çalışmada ise gelir durumu 5000TL ve üstü %8,8 olarak saptanmış olup ile ECOHİS toplam puanlarının arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuş olup (56) bizim çalışmamızda gelir seviyesi arttıkça ECOHİS toplam puanlarının düşük olduğu bulunmuştur. Gelir seviyesi azaldıkça çocuklarda ağız sağlığı kalitesi düşmektedir. Literatürle sonuçlarımız benzerdir.

5.3.4. Katılımcıların Çocuk Sayısına Göre SOY ve ECOHİS Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Çocuk sayısına bakıldığında Ankara'da yapılan ASBYK düzeyi bakılan çalışmada 2 çocuğu olanlar %81,7 iken 3 çocuk ve üstü olanlar ise %18,3 olarak saptanırken ECOHİS toplam puanları ile çocuk sayısı arasında anlamlı fark saptanmıştır.(55) Bizim çalışmamızda 1 çocuğu olan 52 kişi ,2 çocuğu olan 89 kişi 3 ve üzeri çocuğu olan 77 kişi olarak belirlenmiştir. ECOHİS skorları ile çocuk sayısı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Literatürle çalışmamız arasında sonuç farklılığının çocuk sayısı gruplandırma şeklinden dolayı olabileceğini düşünmekteyiz. Çalışmamızda ailedeki çocuk sayısı arttıkça SOY toplam puanları

düşmektedir. Katılımcılardan fazla çocuğu olanların az çocuğu olanlara göre SOY düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır. Literatürde bu konuyla ilgili bir çalışma yoktur. Bu konuyla ilgili çalışma yapılması literatüre katkı sağlayacaktır.

5.4. KATILIMCILARIN AĞIZ SAĞLIĞI UYGULAMALARI İLE SOY VE ECOHİS TOPLAM PUANLERIN KARŞILAŞTIRILMASI

Annelerin diş fırçalama sıklığı ise Sivas'ta yapılan çalışmada günlük fırçalamayanlar (düzensiz) %43,9 iken diş fırçalama sıklığı ile ECOHİS toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.(56) Karabük'te yapılan çalışmada günlük fırçalamayan anneler %23 (26) bizim çalışmamızda %30,3 bulunmuştur.(56) Çocukların diş fırçalama sıklığı sorgulandığı çalışmalarda ise günlük (düzenli) fırçalama sıklığı %60 bulunmuş (26) bir başka çalışmada ise düzensiz fırçalama sıklığı %34,5 (55) Sivas'ta yapılan araştırmada ise %46,9 olarak gözlenmiştir.(56) Bizim çalışmamızda ise çocukların düzensiz diş fırçalama sıklığı %64,2 olarak saptandı. Bölgesel farklılıklardan dolayı literatürde çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Bizim çalışmamızda ECOHİS toplam puanlarının ebeveynlerin ve çocukların düzensiz diş fırçalayanlarda daha yüksek olduğu saptanmış olup Ankara'da yapılan bir diğer çalışmada diş fırçama durumu hem ebeveyn hem de çocukta ECOHİS toplam puanı ile anlamlı bulunmuştur.(55) Sivas'ta yapılan başka bir araştırmada ise diş fırçalama sıklığı hem ebeveyn hem de çocukta ile ECOHİS toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.(56) Bizim çalışmamız da bu verileri destekler niteliktedir. Ayrıca düzenli diş fırçalayan ebeveynlerin ve düzenli diş fırçalayan çocuklarının ebeveynlerinin fırçalamayanlara göre SOY puanları yüksek bulunmuştur. Literatürde bu konuyla ilgili bir çalışma yoktur. Bu konuyla ilgili çalışma yapılması literatüre katkı sağlayacaktır

Katılımcılarımızı diş çürükleri açısından değerlendirecek olursak diş çürüğü olan çocuklar Karabük'te yapılan çalışmada %50,5 saptanırken (26) bizim çalışmamızda %47,7 olduğu gözlenmiştir. Diş çürüğü oranları literatürle benzerdir. Bizim çalışmamızda diş çürüğü olan çocukların ECOHİS toplam puanları 19,77±8,45 iken Ankara'da yapılan çalışmada diş çürüğü olanlarda ortalama 23,54±8,12 olarak bulunmuştur. Diş çürüğü olanlarda ECOHİS toplam puanları olmayanlara göre yüksek bulunmuştur.(55) Chaffe ve ark. yaptıkları bir çalışmada 38 aylık çocukların diş

çürüğü ile ECOHIS toplam skorları arasında anlamlı bir fark bulmuşlardır.(57) Martin ve ark Brezilya'da 10 yaş çocukların diş çürüğünün ASBYK kötü etkilediğini saptamıştır.(58) Literatürle çalışmamızın sonuçları benzerdir Ayrıca çocuklarında diş çürüğü olmayanların sağlık okuryazarlık puanları diş çürüğü bulunanlara göre yüksek bulunmuştur.

Tokuç ve ark yaptığı çalışmada anneler çocuklarına diş fırçasını kaç yaşında aldığı sorusuna %47,6'sı 2 yaşın altında %51,4'ü 3 yaşın üstünde aldığını ifade etmiş olup çocukların diş fırçalama yaşı ile ailelerin eğitim seviyesi arasında anlamlı fark görülmüştür.(59) Bizim çalışmamızda ise 1 yaş altı %9,6, 1-3 yaş arası %56, 3 yaş ve üzeri %34,4 olarak bulunmuştur Çalışmamızda ebeveynler çocuklarına ne kadar geç diş fırçası alırlarsa ECOHİS toplam puanlarının da o kadar arttığı gözlemlenmiş olup çocukların ASBYK düşürdüğü bulunmuştur.

5.5. KATILIMCILARIN SOY DÜZEYLERİ İLE ECOHİS ALT GRUPLARININ TARTIŞILMASI

Divaris ve ark yaptığı bir çalışmada ebeveyn ağız sağlığı okuryazarlığı ile çocuklarının ağız sağlığı yaşam kalitesi ile ilişkisi incelenmiş ve çalışmalarında ağız sağlığı yaşam kalitesini ölçmek için ECOHİS kullanılmıştır. Ebeveynlerin okuryazarlık düzeyleri kötü, kısıtlı, iyi, çok iyi, mükemmel olarak gruplandırılmıştır. Okuryazarlık düzeyleri mükemmelden kötüye gittikçe ECOHİS toplam puanları ile çocuk ve aile alt boyutlarının puanlarının arttığı çocukların ağız sağlığı yaşam kalitesinin düştüğü gözlemlenmiştir.(60) Bizim çalışmamızda da benzer sonuçlar izlenmiş olup ECOHIS ölçeği toplam puanı, ECOHİS çocuk alt boyutları(semptom, fonksiyon, psikoloji ve sosyal etkileşim) ve ebeveyn endişe puanları ile SOY grupları (yetersiz, sınırlı, yeterli, mükemmel) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. SOY grubu yetersiz olan katılımcıların diğer gruplara kıyasla ECOHIS ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar bize ebeveyn sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça çocuklarını ağız sağlığı yaşam kalitesinin arttığını göstermektedir.

5.6. KATILIMCILARIN SOY DÜZEYİ İLE AĞIZ SAĞLIĞI BİLGİ SORULARINA VERİLEN CEVAPLARIN TARTIŞILMASI

Araştırmamızda annelerin SOY düzeyleri ile ağız sağlığı bilgi sorularına verilen cevapları karşılaştırdığımızda diş fırçalamanın etkisi ile SOY grupları ile istatiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır. Amerika'da yapılan çalışmada diş fırçalama sıklığını doğru bilenlerle sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.(61)

Amerika'da yapılan çalışmada ailelerin çocuklarına şekerli gıdaları yedirme sıklığı arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyleri azalmaktadır.(61) Bizim çalışmamız da literatürle benzer olup ağız sağlığı patolojilerine neden olmaması için şekerli gıdalar tüketilme zamanı ile SOY grupları ile istatiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır. Avustralya'da yapılan çalışmada diş hekimine kontrol için gidenlerin problem olduğunda gidenlere göre sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında istatistiksel açıdan ilişkili bulunmuştur.(62) Bizim çalışmamızda da "Diş hekimi kontrol sıklığı ile "Florun diş çürüğünü önlemedeki etkisi ile SOY düzeyleri arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Bu verilere göre ağız sağlığı bilgi sorularını bilme ve sağlık okuryazarlığı grupları arasında ilişki saptanmıştır. Bizim çalışmamızdaki veriler literatürdeki verilerle benzerdir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamıza 3-6 yaş arası çocuğu olan 218 anne katılmıştır. Annelerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri, ağız sağlığı bilgi seviyeleri ve çocuklarının ağız sağlığı yaşam kalitesi ölçülüp arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmamızda katılımcıların sağlık okuryazarlığını düzeyini belirlemek için TSOY-32 ölçeği kullanıldı. SOY oranı yetersiz SOY %22,9, sınırlı SOY %68,8 yeterli SOY %6 ve mükemmel SOY %2,3 olarak gözlenmiştir. Yeterli ve mükemmel SOY oranının az olması çalışma yapılan bölgenin sosyodemografik seviyesindeki düşüklüğe bağlanmıştır. Çalışmamızda annelerin sağlıkla ilgiyi bilgiyi değerlendirme becerilerinin düşük olduğu saptanmış olup bu becerilerin geliştirilmesi için müdahaleye gereksinim olduğu gözlenmiştir. Ayrıca katılımcıların çocuklarının ECOHİS puanları oldukça yüksek saptanmış olup çocuklarda ciddi bir ağız sağlığı sorunu olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda annelerin ağız sağlığı bilgi düzeylerinin de yetersiz olduğu belirlenmiştir. Diş fırçalamanın önemini, diş hekimi kontrol sıklığını, şekerli gıdaların tüketilme zamanını ve diş macunundaki florun önemini bilme ile annelerin SOY düzeyleri arasında ilişki bulunmuştur. Bizim hekimler olarak ebeveynlere ağız sağlığı uygulamaları açısından bilgilendirme yapmamız gerekmektedir.

Çalışmamızda eğitim durumu ve gelir düzeyi arttıkça SOY düzeyleri ve çocukların ASBYK arttığı gözlenmiştir. Katılımcıların çocuk sayısı arttıkça SOY düzeylerinin düştüğü saptanmış olup diş fırçalama sıklığı düzenli olan anneler ve düzenli diş fırçalayan çocukların annelerinin fırçalamayanlara göre SOY düzeyi yüksek bulunmuştur. Diş çürüğü olan çocukların ECOHİS puanları yüksek saptanırken annelerinin ise SOY düzeyi düşük saptanmıştır. Çalışmamızda ebeveynler çocuklarına ne kadar geç diş fırçası alırlarsa çocukların ağız diş sağlığı sorunlarının arttığı görüldü.

Çalışmamızda ECOHİS ölçeği ile SOY düzeyi arasında ilişki bulunmuş olup ECOHIS alt boyutlarından çocuk fonksiyon; çocuğun günlük ağız-diş fonksiyonlarını yerine getirme becerisinde problem arttıkça annelerin SOY düzeyinin düştüğü gözlemlenmiştir. Aynı zamanda yine ölçeğin alt boyutlarından olan

çocukların ağız diş şikayetleri, sosyal etkileşimi ve psikolojisinde sorun arttıkça annelerin SOY düzeylerini düştüğü saptanmıştır. Ailede sıkıntı ve endişenin arttıkça SOY düzeyinin azalmakta olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak annelerin SOY düzeyi arttıkça çocukların ASBYK arttığı görülmüştür.

Aile hekimliği pratiğinde çocuk diş sağlığı izlemleri de yapılmaktadır. Hekimler çocukların ebeveynlerini ağız diş sağlığı hakkında bilgilendirmeye özen göstermelidir. Bireylerin SOY düzeylerinin artışının çocukların ağız sağlığı yaşam kalitesine olumlu yönde etki yaptığı göz önünde bulundurulmalıdır. Bireylerin SOY düzeyinin artırılması için gerekli çalışmalar yapılmalıdır.

7. KAYNAKÇA

1. Simonds SK. Health Education as Social Policy. Health Educ Monogr. 1974;2(1_suppl):1–10.

2. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). Eur J Public Health. 2015;25(6):1053–8.

3. Kickbusch, Ilona, Pelikan, Jürgen M., Apfel, Franklin & Tsouros AD. health literacy: the solid facts. World Health Organization. Regional Office for Europe. 2013.

4. CETINKAYA A, OVAT CANKURTARAN D, ONAT G. Health Perceptions and Health Promotion Behaviors of Workers Working in an Industrial Field. Sağlık Bilim ve Meslekleri Derg. 2020;6(3):564–74.

5. Hernández, J. de la F., Díaz, F. del C. A., & Vilchis M del C V. Oral health related quality of life. Emerg Trends Oral Heal Sci Dent. 2015;3(1).

6. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: What, why, how, and future implications. J Dent Res. 2011;90(11):1264–70.

7. Fertman CI, Allensworth DD, Auld ME. What are health promotion programs? Heal Promot programs From theory to Pract [Internet]. 2010;3–27. Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2010-04670-001&site=ehost-live

8. Yilmaz M, Tiraki Z. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür? Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektron Derg. 2016;9(4):142–7.

9. Bilir N. Sağlık Okuryazarığı. Turk J Public Heal. 2014;12(1):61–8.

10. Sørensen K, Van Den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health [Internet]. 2012;12(1):80. Available from: http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80

11. Erkoç Y, Göçmen L, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü., World Health Organization. Regional Office for Europe. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü. 2011. 23 p.

12. GÖZLÜ K. Sağliğin Sosyal Belirleyicisi: Sağlik Okuryazarliği a Social Determinant of Health: Health Literacy. SDÜ Tıp Fakültesi Derg. 2021;27(1):137–44.

13. Tözün M, Sözmen MK. Halk Sağlığı Bakışı ile Sağlık Okuryazarlığı Health Literacy with Perspective of Public Health. Smyrna Tıp Derg. 2014;48–54.

14. Kondilis BK, Kiriaze IJ, Athanasoulia AP, Falagas ME. Mapping health literacy research in the European Union: A bibliometric analysis. PLoS One. 2008;3(6):1–6.

15. Parker RM, Wolf MS, Kirsch I. Preparing for an epidemic of limited health literacy: Weathering the perfect storm. J Gen Intern Med. 2008;23(8):1273–6.

16. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: A study from Turkey. Health Educ Res. 2010;25(3):464–77.

17. European Health Literacy Project Consortium. COMPARATIVE REPORT ON HEALTH L ITERACY IN E IGHT The European Health Literacy Survey (HLS-EU). 2012; Available from: http:??wwww.health-literacy.eu

18. Tanrıöver Durusu M, Yıldırım HH, Ready Demiray FN, Çakır B, Akalın E. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Sağlık ve Sos Hizmet Çalışanları Sendikası Sağlık-Sen Yayınları-25, Ankara. 2014;14–26.

19. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Türkiye Sağlıkokuryazarlığı Düzeyi ve İlgili Faktörlerin Araştırılması. 2018. 78–79 p.

20. Bakan AB, Yıldız M. 1-64 Yaş Grubundaki Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesine Ilişkin Bir Çalışma. Sağlık ve Toplum. 2019;3(6):33–40.

21. Peiravian F, Rasekh HR, Hashemi HJ, Mohammadi N, Jafari N, Fardi K. Drug literacy in iran: The experience of using “the single item health literacy screening (SILS) tool.” Iran J Pharm Res. 2014;13(SUPPL):217–24.

22. Al Sayah F, Williams B, Johnson JA. Measuring Health Literacy in Individuals With Diabetes: A Systematic Review and Evaluation of Available Measures. Heal Educ Behav. 2013;40(1):42–55.

23. Hem A, Dergisi B, Tarihi K. Yetişkin Sağlik Okuryazarliği Ölçeğinin Geliştirilmesi. J Anatolia Nurs Heal Sci. 2013;17(3):0.

24. Okyay P, Abacıgil F. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR). 2016. 24–41 p.

25. Adresi Y, Tüloğlu N, Osmangazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi E, Diş Hekimliği

Anabilim Dalı Ç, Kampüsü M, Jahandideh A, et al. Ebeveynlerin Ağız-Diş Sağlığındaki Koruyucu Uygulamalar Hakkındaki Bilgilerinin Değerlendirilmesi Evaluation of Parental Knowledge About Preventive Applications in Oral and Dental Health. Ebeveynlerin Ağız-Diş Sağlığındaki Koruyucu Uygulamalar Hakkındaki Bilgilerinin Değerlendirilmesi Eval Parent Knowl About Prev Appl Oral Dent Heal. 2019;

26. Ünal Kocaman G, Çebi AT. Erken Çocukluk Çağı Çürüklerinin Önlenmesinde Annelerin Oral Hijyen Alışkanlıkları ve Çocuk Beslenmesi Konusunda Bilgi Düzeyinin ve Farkındalıklarının Belirlenmesi. SDÜ Sağlık Bilim Derg. 2019 Sep 20;

27. Fisher-Owens SA, Gansky SA, Platt LJ, Weintraub JA, Soobader MJ, Bramlett MD, et al. Influences on children's oral health: A conceptual model. Pediatrics. 2007;120(3).

28. BUĞDAYCI R, ŞAŞMAZ T, ULUDOĞAN C, KURT AÖ, ÖNER S, YAPICI G, et al. The prevalence of dental care in primary school students and the affecting factors. Türkiye Halk Sağlığı Derg. 2019;17(3):228–37.

29. Kaste LM, Marianos D, Chang R, Phipps KR. The assessment of nursing caries and its relationship to high caries in the permanent dentition. 1992. J Indiana Dent Assoc. 2010;89(2):20–4.

30. Caufield PW, Cutter GR, Dasanayake AP. Initial Acquisition of Mutans Streptococci by Infants: Evidence for a Discrete Window of Infectivity. J Dent Res. 1993;72(1):37–45.

31. Krol DM. Dental caries, oral health, and pediatricians. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2003;33(8):253–70.

32. Douglass JM, Douglass AB, Silk HJ. A Practical guide to infant oral health. Am Fam Phys. 2004;70(11):2113–20.

33. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Ref Man Pediatr Dent [Internet]. 2020;13(3):79–81. Available from: http://earlychildhoodcariesresourcecenter.elsevier.com

34. Cunningham SJ, Hunt NP. Quality of life and its importance in orthodontics. J Orthod. 2001;28(2):152–8.

35. Naito M, Yuasa H, Nomura Y, Nakayama T, Hamajima N, Hanada N. Oral health status and health-related quality of life: a systematic review. J Oral Sci. 2006;48(1):1–7.

36. Wodchis WP, Hirdes JP, Feeny DH. Health-related quality of life measure based on the

Minimum Data Set. Int J Technol Assess Health Care. 2003;19(3):490–506.

37. Reisine ST. Dental health and public policy: The social impact of dental disease. Am J Public Health. 1985;75(1):27–30.

38. FDI World Dental Federation. FDI policy statement on oral health and quality of life: Adopted by the FDI General Assembly: 24 September 2015, Bangkok, Thailand. Int Dent J. 2016;66(1):11–2.

39. Piva F, Pereira JT, Luz PB, Hugo FN, de Araújo FB. Caries progression as a risk factor for increase in the negative impact on OHRQOL—a longitudinal study. Clin Oral Investig. 2018;22(2):819–28.

40. Ismail AI, Tellez M, Pitts NB, Ekstrand KR, Ricketts D, Longbottom C, et al. Caries management pathways preserve dental tissues and promote oral health. Community Dent Oral Epidemiol. 2013;41(1):12–40.

41. Broder HL, Wilson-Genderson M. Reliability and convergent and discriminant validity of the Child Oral Health Impact Profile (COHIP Child's version). Community Dent Oral Epidemiol. 2007;35(SUPPL. 1):20–31.

42. Barbosa TS, Gaviao MBD. Oral health-related quality of life in children: part I. How well do children know themselves? A systematic review. Int J Dent Hyg [Internet]. 2008;6(2):93–9. Available from: http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med5&NEWS=N&AN=18412720

43. Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). Health Qual Life Outcomes. 2007;5:1–10.

44. Peker K, Uysal Ö, Bermek G. Cross - cultural adaptation and preliminary validation of the Turkish version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale among 5-6-year-old children. Health Qual Life Outcomes. 2011;9:1–11.

45. Demir LS. Adölesanlarda sağlik okuryazarliğinin riskli sağlik davranişlari üzerindeki etkisi. 2020;(January).

46. Berberoğlu U, Öztürk O, İnci MB, Ekerbiçer HÇ, Üniversitesi U, Fakültesi T, et al. Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-65 Yaş Grubu Bireylerdeki Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Değerlendirilmesi Evaluation of the Health Literacy Status Among Individuals Aged 18-65 Registered in a Family Health Center. Sak Tıp Derg. 2018;8(3):575–81.

47. Ortiz FR, dos Santos MD, Landenberger T, Emmanuelli B, Agostini BA, Ardenghi TM. Comparison of face-to-face interview and telephone methods of administration on the ecohis scores. Braz Dent J. 2016;27(5):613–8.

48. Novaes TF, Pontes LRA, Freitas JG, Acosta CP, Andrade KCE, Guedes RS, et al. Responsiveness of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) is related to dental treatment complexity. Health Qual Life Outcomes. 2017;15(1):17–21.

49. Ashkanani F, Al-Sane M. Knowledge, attitudes and practices of caregivers in relation to oral health of preschool children. Med Princ Pract. 2013;22(2):167–72.

50. Blinkhorn AS, Wainwright-Stringer YM, Holloway PJ. Dental health knowledge and attitudes of regularly attending mothers of high-risk, pre-school children. Int Dent J [Internet]. 2001;51(6):435–8. Available from: https://doi.org/10.1002/j.1875-595X.2001.tb00856.x

51. A. Özyürek 2015. İlkokul Öğrencileri ve Annelerinin Ağız ve Diş Sağlığı Konusundaki Bilgi ve Investigation of the Oral Health Knowledge and the Practice of the Elementary School Students and Their Mothers Giriş. 2015;(30):28–31.

52. Wyne AH, Al-Hammad NS, Splieth CH. Oral health comprehension in parents of Saudi cerebral palsy children. Saudi Dent J. 2017;29(4):156–60.

53. Chhabra N, Chhabra A. Parental knowledge, attitudes and cultural beliefs regarding oral health and dental care of preschool children in an Indian population: A quantitative study. Eur Arch Paediatr Dent. 2012;13(2):76–82.

54. Kavuncuo D, Tez LUU. Erzurum il merkezinde yetişkinlerin sağlik okuryazarliği düzeyi ve etkili faktörler. 2020.

55. Dt Cansu ÖZŞİN ÖZLER Epidemiyoloji Programı U. HERHANGİ BİR NEDENLE DİŞ HEKİMİNE BAŞVURAN SEÇİLMİŞ BİR GRUP 5-6 YAŞ ÇOCUKLARDA AĞIZ SAĞLIĞI İLE İLİŞKİLİ YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE BUNUN DİŞ ÇÜRÜĞÜ İLE OLASI İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ. 2019.

56. Özge Nur Güvendi. SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ ÇOCUK DİŞ HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI 3-13 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARDA AĞIZ SAĞLIĞINA BAĞLI YAŞAM KALİTESİNE ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN. 2019.

57. Chaffee BW, Rodrigues PH, Kramer PF, Vítolo MR, Feldens CA. Oral health-related quality-of-life scores differ by socioeconomic status and caries experience. Community Dent Oral

Epidemiol. 2017;45(3):216–24.

58. Martins MT, Sardenberg F, Vale MP, Paiva SM, Pordeus IA. Dental caries and social factors: impact on quality of life in Brazilian children. Braz Oral Res. 2015;29(1):1–7.

59. TOKUÇ M, YILDIRIM S. Evaluation of Familial Attitudes and Behaviours on Children's Oral Health. Turkiye Klin J Dent Sci. 2021;27(3):381–92.

60. Divaris K, Lee JY, Baker AD, Vann WF. Caregivers' oral health literacy and their young children's oral health-related quality-of-life. Acta Odontol Scand. 2012;70(5):390–7.

61. Vann WF, Lee JY, Baker D, Divaris K. Oral health literacy among female caregivers: Impact on oral health outcomes in early childhood. J Dent Res. 2010;89(12):1395–400.

62. Parker EJ, Jamieson LM. Associations between Indigenous Australian oral health literacy and self-reported oral health outcomes. BMC Oral Heal 2010. 2010;

8. ANKET FORMU

3-6 YAŞ ARASI ÇOCUKLARI OLAN ANNELERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE ERKEN ÇOCUKLUK ÇAĞI AĞIZ SAĞLIĞI ETKİ ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

1)Yaşınız?

2)Çocuğunuzun yaşı?

3)Medeni hali?

4)Eğitim durumu nedir?

a. Okuryazar değil

b. Lise altı

c. Lise ve üstü

5)Ailenizin gelir durumu nedir?

a)Düşük(<2900)

b)Orta(2900-5800)

c)Yüksek(>5800)

6)Aile tipiniz nedir?

a)Çekirdek aile

b)Geniş aile

7)Çocuk sayısı?

8)Diş fırçalama sıklığınız nedir?

a)Düzenli

b)Düzensiz

9)Çocuğunuza ilk fırçayı ne zaman aldınız?

10)Çocuk diş fırçalama sıklığı nedir?

a)Düzenli

b)Düzensiz

11)Çocuğunuzda diş çürüğü var mı?

a)Evet

b)Hayır

12) Diş fırçalama başlangıcı ne zaman olmalıdır?

a)İlk dişi sürer sürmez

b)Tüm dişleri sürdükten sonra

c)Bilmiyorum

13) Sağlıklı dişler için diş fırçalama sıklığı ne olmalıdır?

a)Günde 1 kez

b)Günde 2 kez

c)Haftada 1-2 kez

d)Ara Sıra

14) Diş çürüğü oluşumunu önlemede diş fırçalamanın etkisi var mıdır?

a)Evet

b)Hayır

15) Ağız sağlığı patolojilerine neden olmaması için günlük yaşamımızda şekerli gıdalar ne zaman tüketilmelidir?

a) Ana öğünde (yemek sırasında)

b)Ara öğünde (yemek aralarında)

c)Bilmiyorum

16)Diş hekimi kontrol sıklığı nedir?

a)6 ayda 1

b)Yılda 1

c)Herhangi bir şikayeti olursa

d)Bilmiyorum

17) Aileler çocukların diş fırçalamasına kaç yaşına kadar destek olmalıdır?

a)3 yaş.

b)8 yaş

c)10 yaş

d)Bilmiyorum

18) Diş sağlığı açısından diş macunu kullanmak önemli midir?

a)Evet, önemli

b)Hayır,önemli değil

19) Dişlerin florlu diş macunu ile fırçalanması diş çürüğünün önlenmesinde etkili midir?

a)Evet

b)Hayır

c)Bilmiyorum

TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ (TSOY-32)

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	Çok kolay	Kolay	Zor	Çok Zor	Fikrim yok
1	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					

9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					

21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					

30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

ERKEN ÇOCUKLUK ÇAĞI AĞIZ SAĞLIĞI ÖLÇEĞİ

1.Çocuğunuzun dişlerinde, ağzında veya çenelerinde ne sıklıkta ağrısı oldu?

( ) Hiç olmadı ( )Oldukça nadir ( )Ara sıra ( )Sık ( )Çok sık ( )Bilmiyorum

2. Çocuğunuz diş problemleri ve tedavileri nedeniyle, ne sıklıkta sıcak ve soğuk içecekleri içmede zorluk yaşadı?

( ) Hiç olmadı ( )Oldukça nadir ( )Ara sıra ( )Sık ( )Çok sık ( )Bilmiyorum

3. Çocuğunuz diş problemleri ve tedavileri nedeniyle, ne sıklıkta bazı yiyecekleri yemede zorluk yaşadı?

( ) Hiç olmadı ( )Oldukça nadir ( )Ara sıra ( )Sık ( )Çok sık ( )Bilmiyorum

4. Çocuğunuz diş problemleri ve tedavileri nedeniyle, ne sıklıkta herhangi bir kelimeyi söylemede zorluk yaşadı?

( ) Hiç olmadı ( )Oldukça nadir ( )Ara sıra ( )Sık ( )Çok sık ( )Bilmiyorum

5. Çocuğunuz diş problemleri ve tedavileri nedeniyle, ne sıklıkta kreşe, anaokuluna veya anasınıfına gidemedi?

( ) Hiç olmadı ( )Oldukça nadir ( )Ara sıra ( )Sık ( )Çok sık ( )Bilmiyorum

6. Çocuğunuz diş problemleri ve tedavileri nedeniyle, ne sıklıkta uyuyamadı?

( ) Hiç olmadı ( )Oldukça nadir ( )Ara sıra ( )Sık ( )Çok sık ( )Bilmiyorum

7. Çocuğunuz diş problemleri ve tedavileri nedeniyle, ne sıklıkta sinirli ve huzursuz oldu?

( ) Hiç olmadı ( )Oldukça nadir ( )Ara sıra ( )Sık ( )Çok sık ( )Bilmiyorum

8. Çocuğunuz diş problemleri ve tedavileri nedeniyle, ne sıklıkta gülümsemekten ve kahkaha atmaktan çekindi?

( ) Hiç olmadı ( )Oldukça nadir ( )Ara sıra ( )Sık ( )Çok sık ( )Bilmiyorum

9. Çocuğunuz diş problemleri ve tedavileri nedeniyle, ne sıklıkta konuşmaktan çekindi?

( ) Hiç olmadı ( )Oldukça nadir ( )Ara sıra ( )Sık ( )Çok sık ( )Bilmiyorum

10. Çocuğunuzun diş problemleri ve tedavileri nedeniyle, siz veya diğer aile bireyleri ne sıklıkta rahatsız oldu?

( ) Hiç olmadı ( )Oldukça nadir ( )Ara sıra ( )Sık ( )Çok sık ( )Bilmiyorum

11. Çocuğunuzun diş problemleri ve tedavileri nedeniyle, siz veya diğer aile bireyleri ne sıklıkta kendini suçlu hissetti?

( ) Hiç olmadı ( )Oldukça nadir ( )Ara sıra ( )Sık ( )Çok sık ( )Bilmiyorum

12. Çocuğunuzun diş problemleri ve tedavileri nedeniyle, siz veya diğer aile bireyleri ne sıklıkta işinden izin aldı?

( ) Hiç olmadı ( )Oldukça nadir ( )Ara sıra ( )Sık ( )Çok sık ( )Bilmiyorum

13. Çocuğunuzun diş problemleri ve tedavileri nedeniyle, siz veya diğer aile bireylerinin ne sıklıkta maddi problemleri oldu?

( ) Hiç olmadı ( )Oldukça nadir ( )Ara sıra ( )Sık ( )Çok sık ( )Bilmiyorum