

**T.C.**  
**UŞAK ÜNİVERSİTESİ**  
**DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**

**RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI**

**UŞAK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİNE BAŞVURAN  
HASTALARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE TEDAVİ GEREKSİNİMİ  
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Arş. Gör. Özhan YAĞCI**

**ARALIK, 2022**

**UŞAK**

**T.C.**  
**UŞAK ÜNİVERSİTESİ**  
**DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**

**RESTORATİF DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİM DALI**

**UŞAK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİNE BAŞVURAN  
HASTALARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE TEDAVİ GEREKSİNİMİ  
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Arş. Gör. Özhan YAĞCI**

**UŞAK, 2022**

## JÜRI VE ENSTİTÜ ONAYI

Restoratif Diş Tedavisi Ana Bilim Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Programı öğrencisi Özhan YAĞCI'nın "UŞAK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİNE BAŞVURAN HASTALARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE TEDAVİ GEREKSİNİMİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ" adlı tezi 01/12/2022 tarihinde, aşağıdaki jüri tarafından Uşak Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca, Uzmanlık Tezi olarak değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Jüri	Adı Soyadı	İmza
Danışman	: Doç. Dr. Muhammet Kerim AYAR	Onaylandı
Üye	: Dr. Öğr. Üyesi Oya ŞEKER	Onaylandı
Üye	: Dr. Öğr. Üyesi Umut YİĞİT	Onaylandı

Enstitü Müdürü

## TEZ BİLDİRİMİ

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

Özhan Yağcı



**UŞAK ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİNE BAŞVURAN  
HASTALARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE TEDAVİ GEREKSİNİMİ  
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**(Uzmanlık Tezi)**

**Özhan Yağcı**

**UŞAK ÜNİVERSİTESİ  
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ  
Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı  
Aralık 2022**

**ÖZET**

Ağız ve diş sağlığı ile genel sağlık ayrılmaz bir bütündür. Bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyesi genel sağlığı etkilediği gibi ağız ve diş sağlığını da etkilemektedir. Ağız sağlığının kötü olması, yapılması gereken tedavilerin artmasına sebep olduğu için sağlık sistemi üzerindeki yükün artmasına neden olur. Koruyucu tedavilerin uygulanması ileri seviyedeki tedavilere ihtiyaç olmasının önüne geçer ve sağlık alanında yapılan harcamaların azalmasını sağlar. Literatürde çürük sayısı ile sağlık okuryazarlığı seviyesi arasındaki ilişkinin incelendiği çalışma sayısı yeterli değildir. Diş çürüğü kendi başına genel sağlığı etkilemese de ilerlediği durumda kanal tedavisi, periodontal problemler ve diş çekimine sebep olarak çene eklemi problemleri, sindirim zorluğu ve estetik görünüşteki bozulma sebebiyle psikolojik problemlere neden olabilir. Çürük prevelansının azaltılması için bireylerin sağlığın korunması konusunda bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Ancak kültürel farklılıklar ve beslenme alışkanlıklarının farklı olması gibi sebeplerle toplumlar arasında çürük prevelansı, sağlık okuryazarlığı seviyesiyle her zaman ilişki göstermeyebilir.

**Anahtar Kelimeler** : Sağlık Okuryazarlığı, Çürük, Ağız Sağlığı

**Sayfa Adedi** : 73

**Tez Danışmanı** : Doç. Dr. Muhammet Kerim AYAR

**EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LITERACY  
AND TREATMENT NEEDS OF PATIENTS APPLIED TO UŞAK UNIVERSITY  
FACULTY OF DENTISTRY**

**(SPECIALIST THESIS)**

**Özhan Yağcı**

**UŞAK UNIVERSITY  
FACULTY OF DENTISTRY  
Department of Restorative Dentistry**

**December 2022**

**ABSTRACT**

Oral and dental health and general health are inseparable. The level of health literacy of individuals affects general health as well as oral and dental health. Poor oral health causes an increase in the number of treatments that need to be done, thus increasing the burden on the health system. The application of preventive treatments prevents the need for advanced treatments and reduces the expenditures in the field of health. The number of studies examining the relationship between the number of caries and the level of health literacy is not sufficient in the literature. Although dental caries does not affect general health on its own, it can cause psychological problems due to root canal treatment, periodontal problems and tooth extraction, jaw joint problems, digestive difficulties and deterioration in aesthetic appearance. In order to reduce the prevalence of caries, it is necessary to raise awareness of individuals about the protection of health. However, the prevalence of caries among societies may not always be related to the level of health literacy due to cultural differences and different dietary habits.

**Keywords** : Health Literacy, Caries, Oral Health

**Number of Pages** : 73

**Advisor:** : Doç. Dr. Muhammet Kerim AYAR

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde ve tez çalışmamın her aşamasında tüm bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan ve desteğini esirgemeyen sayın Doç. Dr. Muhammet Kerim AYAR'a

Uzmanlık eğitimim boyunca bana yardım ve desteğini esirgemeyen, bu çalışmamın kurgulanmasında ve yürütülmesinde değerli katkıları olan sayın Öğr. Gör. Pınar GÜVENÇ'e

Uzmanlık tez çalışmasında bilgi ve desteğini esirgemeyen, değerli fikirleriyle katkıda bulunan sayın Dr. Öğr. Üyesi Umut YİĞİT'e

Uzmanlık tezimin her aşamasında bana yol gösteren, yardımını ve bilgilerini asla esirgemeyen, sabırla yardımcı olan, desteğini her zaman hissettiğim sayın Öğr. Gör. Merve ÜNAL'a ve Dr. Öğr. Üyesi Aysıla TEKELİ ŞİMŞEK'e

Sevgi ve ilgilerini her zaman yakından hissettiğim, her zaman yanımda olan ve yardımlarını esirgemeyen değerli arkadaşlarıma;

On yıldır bir türlü ayrı düşemediğim, kötü günümde benimle üzülen, iyi günümde benimle sevinen dostum Metehan YILMAZ'a

Uşaktaki hayatımı daha güzel hale getiren Özge KIRARSLAN KARAGÖZ'e, , Çağla UYGUR'a, Buse KESGİN'e

“Çılgın endodontist” lakaplı kanal tedavisi sanatını icra eden canım abim Berk ÇELİKKOL'a

Hayatımın her döneminde yanımda olan, her türlü fedakârlıktan çekinmeyen, bana ilgi ve destekleriyle büyük güç katan sevgili annem Huriye YAĞCI'ya, sevgili babam Ayhan YAĞCI'ya ve sevgili abim Erhan YAĞCI'ya;

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

# İÇİNDEKİLER DİZİNİ

	Sayfa
TEZ BİLDİRİMİ .....	i
ÖZET .....	ii
ABSTRACT.....	iii
TEŞEKKÜR .....	iv
İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....	v
ÇİZELGELER DİZİNİ .....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR .....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	2
2.1. Diş Minesinin Yapısı ve Çürük Oluşumu .....	2
2.1.1 Mine Çürükleri.....	3
2.1.1.1 Yüzeysel Tabaka.....	4
2.1.1.2 Lezyon Gövdesi .....	5
2.1.1.3 Karanlık Tabaka.....	5
2.1.1.4 Saydam Tabaka .....	5
2.1.2 Dentin Çürükleri.....	5
2.1.2.1 Enfekte Dentin Tabakası .....	6
2.1.2.2 Bulanık Dentin Tabakası.....	6
2.1.2.3 Saydam (Transparan) Dentin Tabakası.....	6
2.1.2.4 Subtransparan Dentin Tabakası.....	7
2.2 Çürük Sınıflamasında Kullanılan Uluslararası Sistemler .....	7
2.2.1. Black Sınıflama Sistemi.....	7
2.2.2. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/WHO) DMFT indeksi.....	8
2.2.3. Uluslararası çürük tespit ve değerlendirme sistemi (ICDAS).....	9

2.2.3.1 Primer kuron çürüğü kriterleri .....	9
2.2.3.2 Restorasyon Bulunan Dişlerde Çürük Kriterleri .....	11
2.3 Sağlık Okuryazarlığı .....	11
2.3.1 Sağlık Okuryazarlığı Tarihçesi ve Tanımı .....	11
2.3.2 Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler ve Sonuçları .....	12
2.3.3. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi ve Kullanılan Ölçekler .....	13
2.3.4. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı.....	14
2.3.5 Diş Hekimliği Sağlık Okuryazarlığı.....	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	17
3.1. Çalışma Gruplarının Belirlenmesi ve Örneklem Büyüklüğü .....	17
3.2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 Anket Formunun Doldurulması .....	17
3.3. Ağız Sağlığının Değerlendirilmesi.....	18
3.3.1. DMFT/dft Değerlendirmesi .....	18
3.3.2. ICDAS Kriterleri.....	19
3.4. İstatistiksel Analiz.....	19
3.5. Etik Onay .....	19
4. BULGULAR.....	20
4.1. Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Özellikleri .....	20
4.1.1. Cinsiyet, Eğitim Durumu, Yaş ve Medeni Durumu.....	20
4.1.2 Meslek Grubu ve Gelir Durumu .....	21
4.1.3. Sağlık Durumu .....	21
4.1.4. Diş Hekimine Gitme Sıklığı ve Diş Fırçalama Sıklığı.....	22
4.1.5. Klinik Muayeneye Ait Bulgular.....	22
4.2. TSOY-32 Tanımlayıcı Bulguları.....	23
4.2.1 TSOY-32 Ölçeğinin Cevaplarının Değerlendirilmesi.....	23
5. TARTIŞMA.....	34

6. SONUÇ.....45



## ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 4.1. Çalışma grubunun yaş, cinsiyet, medeni durumu ve eğitim durumuna göre dağılımı .....	20
Çizelge 4.2. Çalışma grubunun meslek grubu ve gelir durumuna göre dağılımı .....	21
Çizelge 4.3.. Çalışma grubunun diş hekimine gitme sıklığı ve diş fırçala sıklığının dağılımı .....	22
Çizelge 4.4. Çalışma grubunun DMFT ve ICDAS skorları .....	22
Çizelge 4.5. Çalışma grubunun sağlık okuryazarlığı düzeyleri .....	23
Çizelge 4.6. Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımları .....	23
Çizelge 4.7. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması .....	29
Çizelge 4.8. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve DMFT ve ICDAS Skorları Arasındaki İlişkinin Analizi .....	32
Çizelge 4.9. Katılımcıların Diş Hekimine Gitme Sıklığına Göre DMFT Skorlarının Karşılaştırılması .....	32
Çizelge 4.10. Katılımcıların Dişleri ile ICDAS Skorları Arasındaki İlişki ve Çapraz Tablo .....	33

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Geleneksel çürük oluşum modeli .....	3
Şekil 2.2. eSağlık okuryazarlığı .....	14
Şekil 2.3. Entegre sağlık okuryazarlığı modeli .....	15



## RESİMLER DİZİNİ

Resim 2.1. Mine çürüğü .....	4
Resim 2.2. Dentin çürüğü .....	6
Resim 2.3. G.V. Black sınıflaması .....	7
Resim 2.4. Icdas sınıflaması .....	10



## SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış bazı simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile aşağıda sunulmuştur.

<b>Simge</b>	<b>Açıklama</b>
%	Yüzde
°	Derece
<b>Kısaltma</b>	<b>Açıklama</b>
TSOY-32	Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Anketi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DMFT	Decayed Missing Filled Tooth
ICDAS	International Caries Detection and Assesment System
HLS-EU	Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Komisyonu
BGOF	Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

# 1. GİRİŞ

Ağız ve diş sağlığı problemleri sosyal, ekonomik ve psikolojik olarak insanların yaşam standartlarına olumsuz etki eden bir halk sağlığı problemidir (Jeong ve Kim 2016). Günümüzde ağız ve diş sağlığına ilişkin farkındalığın artmasına rağmen, diş çürükleri çocuklardan yetişkinlere kadar tüm yaş gruplarında etkili olan ve dünya genelinde görülmeye devam eden kronik hastalıklardan biridir (Selwitz, Ismail ve ark. 2007).

Ağız ve diş sağlığının optimal düzeyde olması, kişisel bakıma dikkat edilmesine ve profesyonel bakıma özen gösterilmesine bağlıdır. Bu uygulamaların her ikisinde de bilgi ve becerinin doğru kullanılması gerekmektedir. Bireylerin büyük çoğunluğu ağız ve diş sağlığı ile ilgili bilgileri diş hekiminden aldığı için diş hekimlerinin buradaki pozisyonu çok önemlidir (Horowitz ve Kleinman 2012). Ağız ve diş sağlığı ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki toplum sağlığı için kritiktir. Bu ilişkinin yüksek seviyede olması yaşam kalitesinin geliştirilmesine, düzenli diş hekimi randevularına, diş çürüğü seviyesinde azalma ve tedavi gereksiniminde azalmaya neden olduğu bildirilmiştir (Jones, Lee ve ark. 2007, White, Chen ve ark. 2008, Sabbahi, Lawrence ve ark. 2009).

Restoratif diş tedavisi bölümünün çalışma alanına diş çürüğünün hem önlenmesi hem de restorasyonu girmektedir. Restoratif diş hekimliğinde, “minimal madde kaybı - maksimum restorasyon” görüşü diş hekimliğindeki gelişmelerle beraber yerini “minimal invaziv tedaviye” bırakmıştır (Bader ve Shugars 2004).

Bu çalışmanın amacı sağlık okuryazarlığı ile tedavi gereksinimi arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır. Bireylerin sosyo-demografik faktörlerinin ve ağız ve diş sağlığı durumunun, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği aracılığı ile sağlık okuryazarlığı seviyesinin ölçülerek aralarındaki ilişkiyi karşılaştırmayı amaçlanmıştır. Bu araştırmanın hipotezi sağlık okuryazarlığı ile demografik faktörler ve ağız sağlığı arasında anlamlı ilişki yoktur.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Mine Dokusunun Yapısı ve Çürük Oluşumu

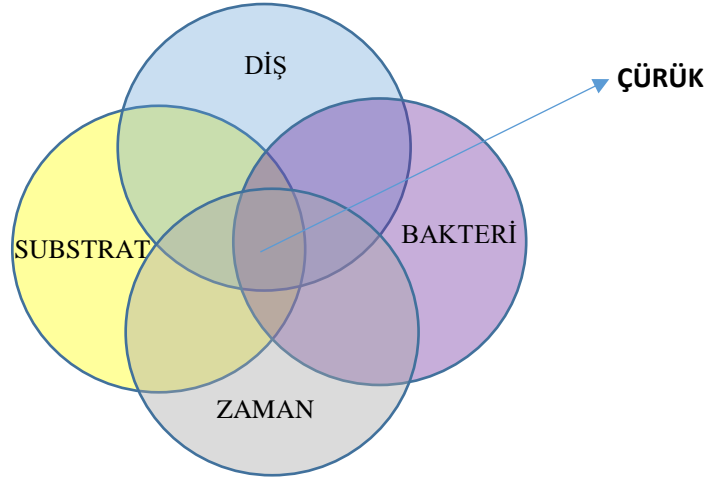
Mine dişin en dışında bulunan tabakadır ve ağırlık bakımından %96-%97'si inorganik yapıdan , %1 'i organik yapıdan, geri kalan kısmı ise sudan oluşur (Featherstone, Glana ve ark. 1990). Hidroksiapatit kristalleri bir araya gelerek inorganik yapının temelini meydana getirirler ve mine prizmalarını oluştururlar. Minede mm<sup>3</sup> başına 3000-4000 mine prizması bulunur ve her biri ortalama 1000 hidroksiapatit kristalinden oluşur. Hidroksiapatit kristalleri arasında organik yapı ve su dağılmış vaziyette bulunur (García-Godoy ve Hicks 2008).

Normal durumlarda, plak ve tükürük arasında mine yüzeyi ile devamlı bir iyon değişimi olmaktadır. Ağız florası ve mine dış yüzeyi arasındaki dengenin oluştuğu bu süreç demineralizasyon ve remineralizasyon döngüleri olarak isimlendirilir (Hicks, Garcia-Godoy ve ark. 2005).

Mikroorganizmaların şeker içeren yiyeceklerde bulunan monosakkarit ve disakkaritlerin fermante edilmesiyle oluşan asidik ürünlerin neden olduğu enfeksiyöz hastalık diş çürüğü olarak isimlendirilir. Kronik ilerlemeye ve multifaktöriyel özelliklere sahip olan bu hastalık mineralize dokuların yıkımına ve lokalize çözülmesine neden olur (Nguyen ve Martin 2008, Roberson, Heyman ve ark. 2011).

Diş çürüğü, insanlık tarihini en eski hastalıklarından biridir. Milattan önce 8000'lere ait olduğu düşünülen insan kafatasları üzerinde incelenen 2000 dişte %3 oranında çürük kavitesi var olduğu görülmüştür (Alparslan 2004). Diş çürüğü, çok eski tarihlerden beri etkili olsa da görülme sıklığı modernleşmeyle birlikte artmıştır ve beslenme alışkanlıklarındaki değişimin bu artış üzerinde büyük bir rol oynadığı düşünülmüştür (Glass 1982).

Çürüğün oluşma mekanizması, demineralizasyon-remineralizasyon döngüsünün plak ve tükürük ile mine dokusu arasındaki demineralizasyon lehine bozulmasıyla başlar. Çürüğün meydana gelebilmesi için dört bileşen bir araya gelmesi gerekmektedir. Bunlar; diş, substrat, bakteri ve zamandır (Featherstone 2004).



**Şekil 2.1.** Geleneksel çürük oluşum modeli (Featherstone, 2004)

Diş çürüğünün oluşumunda ve ilerlemesinde en etkili faktör bakterilerdir. Dental plağın 1 mm<sup>3</sup> kısmının ağırlığı yaklaşık 1 mg'a denk gelmektedir ve plak üzerindeki bakteri yoğunluğu 10<sup>8</sup>'den fazladır (Loesche 1986). Dental plak üzerinde 600 farklı bakteri türünün olduğu bilinmesine karşın, başlıca plak patojenleri asit üreten ve aside dayanıklı mikroorganizmalar olan Streptokok (S. Sanguis, S. Mutans, S. Mitis, S. Salivarius) ve Laktobasil (L. Casei, L. Acidofilus) türleridir (Hicks, Flaitz ve ark. 1985, Ritter 2017).

Biyofilm olarak da bilinen plak; diş ve restorasyonların yüzeyinde ve ağız boşluğunun diğer kısımlarında mikroorganizmaların kolonizasyonu ile oluşan oldukça değişken bir yapıdır. Jelatinimsi yapıda bir ekstrasellüler matriks içinde bulunan mikroorganizmalar, mürin içine çökelmiş epitel hücreleri ve diğer artıklar gibi tükürük bileşenleri içerir (Aydın Hoş 2017).

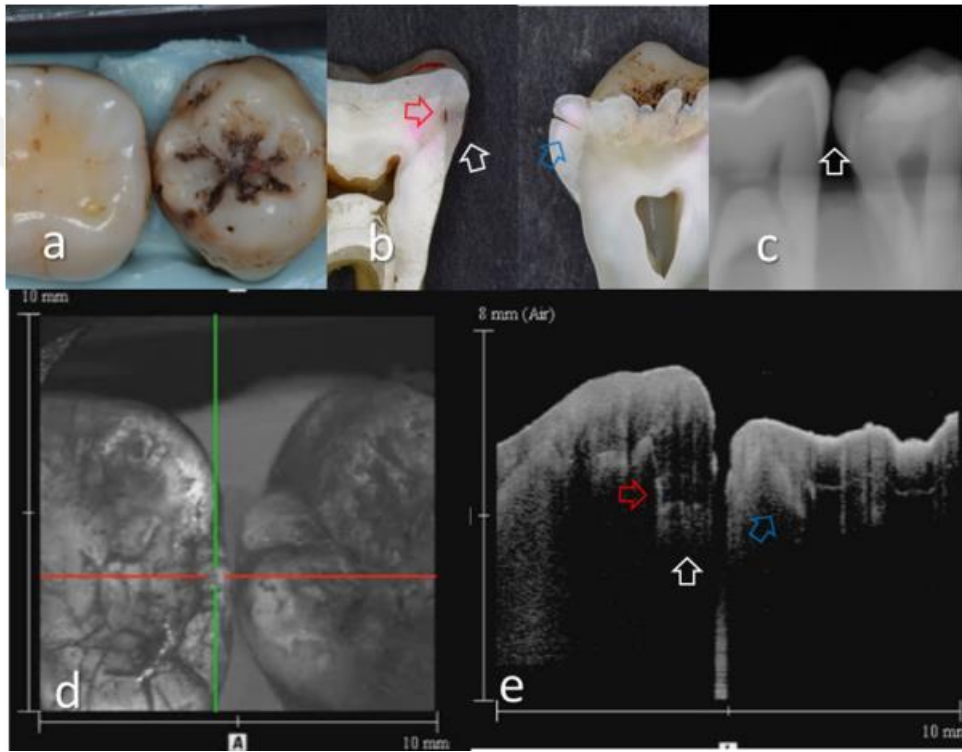
Gıdalarla birlikte alınan karbonhidratların dişler üzerinde bulunan biofilmlerdeki asit üretebilen bakterilerin fermente etmesiyle propionik, laktik ve asetik asit gibi organik asitler üretirler ve normalde 7,0 olması gereken pH değerini, eşik pH değeri olan 5,5'in altına düşürürler (Geddes 1975).

### 2.1.1 Mine Çürükleri

Mine çürüğü, demineralizasyon-remineralizasyon arasındaki denge demineralizasyon lehine bozulduğunda oluşmaya başlar. Mine üzerindeki başlangıç çürükleri ıslak ortamda sağlıklı mine dokusundan ayırt edilemeyen, diş yüzeyi

kurutulduğunda tebeşirimsi opak şekilde görülen “White spot (beyaz nokta)” lezyonları olarak isimlendirilirler. Bu evrede lezyon remineralize olma yeteneğine sahip olduğu için tedavi edilebilme potansiyeli vardır. Eğer süreç demineralizasyon lehine devam ederse geri dönüşümsüz çürük lezyonları meydana gelir (Arends ve Christoffersen 1986, Kidd 2005).

Bu lezyonlar mine çürüğüne dönüştüğünde, mineden dentine doğru küçülen üçgen şeklinde bir demineralizasyon sahası oluşur. Mine çürükleri 4 tabakadan oluşur ve tüm tabakalar her lezyonda bulunmayabilir (Robinson 1983).



**Resim 2.1.** Mine çürüğü (Shimada, Burrow ve ark. 2020)

### 2.1.1.1 Yüzeysel Tabaka

Mine çürüğünde en yüzeye yakın yerde bulunan 20-100 mikron kalınlığında bir tabakadır. Radyografi üzerinde diş minesine yakın özellikler gösterebilmektedir. Normal mineye göre daha geçirgen yapıdadır ve iyon geçişine izin verir. Altındaki tabakaların dokusal çözünmesiyle yükselen iyonlar ve ağız içerisinden çöken iyonlar remineralizasyona neden olmasıyla hipermineralize bir tabaka oluşmasını sağlar. Mineral kaybı yaklaşık olarak %5 civarındadır (Koray 1981, Larsen 1990, Mount 2005).

### **2.1.1.2 Lezyon Gövdesi**

Yüzeyel tabakanın altında bulunur. Mine çürüğü tabakaları arasında mineral kaybının en fazla (%24-50) olduğu tabakadır. Yüzeyel tabakanın fiziksel etkenlerle bütünlüğü bozulur ya da geçirgenliği artarsa mikroorganizmalar bu tabakaya invaze olabilir. Radyografi üzerinde radyolusent olarak gözlenir (Koray 1981, Larsen 1990, Hicks, Garcia-Godoy ve ark. 2004, Mount 2005).

### **2.1.1.3 Karanlık Tabaka**

Lezyon gövdesinin altında bulunan kahverengi tabakadır. Daimi dişlerde oluşan çürüklerin yaklaşık %85-90'ında karanlık tabaka bulunur. Lezyon gövdesindeki büyük porların içerisine mineral çökmesi sebebiyle bu tabakada mikroporlar oluşur. Çürüğün ilerleyiş hızına göre karanlık tabaka ince ya da kalın olarak değişiklik gösterebilir (Koray 1981, Larsen 1990, Hicks, Garcia-Godoy ve ark. 2004, Mount 2005).

### **2.1.1.4 Saydam Tabaka**

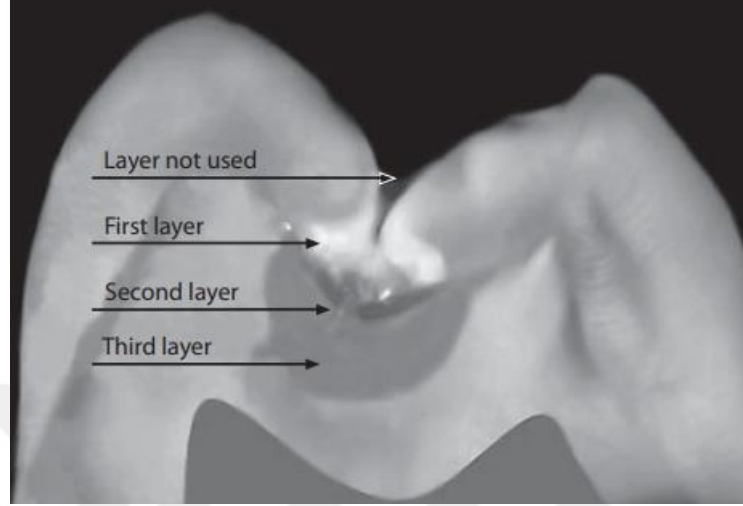
Mine çürüğü tabakalarından en derinde olan, normal mineden farklı özellikler taşıyan, çürük mine ile normal mineyi birbirinden ayıran tabakadır. Mine çürüklerinin yarısında bulunmaktadır. Minenin organik iskeletinde olan yapısal bozunma bu tabakada seyredilir. Prizmaların yatay çizgisi, interprizmatik madde ve retzius çizgileri bütünlüğünü kaybetmiştir. Saydam tabaka içerdiği porlar ve mikroporlar nedeniyle sağlıklı mineden 10 kat geçirgendir (Koray 1981, Larsen 1990, Featherstone 2008).

### **2.1.2 Dentin Çürükleri**

Dentinde organik madde miktarı %20 civarında olması sebebiyle minedeki yapısal yıkımdan daha karışık bir yıkım safhası gözlenmektedir. Dentinin organik yapısını bakteriyel enzimler ve atıkları ile dentin ve ağız içi flora kaynaklı matriks metalloproteinazları yıkıma uğratmaktadır. Bununla beraber, dentinin mineye göre daha geçirgen yapıda olması bakterilerin ve ürünlerinin dentinin derin kısımlarına daha hızlı invaze olmasına sebep olmaktadır (Featherstone 2008, Mazzoni, Tjäderhane ve ark. 2015).

Dentin çürüğü ikiye ayrılır ve enfekte dentin ile etkilenmiş dentin olarak incelenir. Enfekte dentin tabakası yumuşaktır, üstte bulunur ve inorganik ve organik yapı tamamıyla

bozulmuştur. Etkilenmiş dentin tabakası ise serttir, altta bulunur ve yapısal bütünlük geri dönüşsüz derece bozulmaya uğramamıştır. Dentin histolojik olarak incelendiğinde 4 tabaka görülmektedir (Mjör 2002).



**Resim 2.2.** Dentin çürüğü (Lima, Coelho ve ark. 2011)

#### **2.1.2.1 Enfekte Dentin Tabakası**

Dentin çürüğünde en üstte bulunan, asidürik ve proteolitik mikroorganizma bulunduran tabakadır. İnorganik ve organik yapı tamamıyla bozulmuştur. Remineralize olma ihtimali olmadığı için çürük temizleme sırasında tamamen temizlenmelidir (Mjör 2002).

#### **2.1.2.2 Bulanık Dentin Tabakası**

Bakteriyel invazyon tabakası ya da turbid tabaka olarak da bilinir. Dentin tübülleri içerisine bakteri invazyonu gözlenir. Dentin içerisindeki minerallerin büyük çoğunluğu yıkılmıştır, organik yapı ise tamamıyla bozulmuştur. Bu tabaka enfektif olduğu ve remineralize olma ihtimali olmadığı için çürük temizlenirken uzaklaştırılmalıdır (Mjör 2002).

#### **2.1.2.3 Saydam (Transparan) Dentin Tabakası**

Mineral kaybı saydam tabakanın inorganik yapısında görülmektedir. Dentin kanallarının duvarlarına kristaller çökelmiş pozisyondadır. Organik yapıda yıkım gerçekleşmiştir ancak kollajen çapraz bağların yapısı bozulmamıştır. Kollajen yapı

bozulmadığı için saydam tabakanın remineralizasyon potansiyeli vardır. Bakteri ile enfekte olmamıştır (Mjör 2002, Kidd ve Fejerskov 2004).

#### 2.1.2.4 Subtransparan Dentin Tabakası

Saydam tabaka ile sağlıklı dentin arasında bulunan dentin çürüğünün en derin tabakasıdır. Bu tabaka bakteri içermez. Dentin tübüllerinin duvarlarında küçük kristaller bulunur ve intertübüler dentinde demineralizasyon gözlenir. Zarar görmesine rağmen odontoblast uzantıları vardır ve bazı uyarılar sebebiyle ağrı oluşabilir. Transparan dentin tabakası gibi subtransparan dentin tabakası remineralize olabilmektedir (Mjör 2002, Kidd ve Fejerskov 2004).

## 2.2 Çürük Sınıflamasında Kullanılan Uluslararası Sistemler

### 2.2.1. Black Sınıflama Sistemi

G.V. Black'in 1900'lü yıllarda geliştirdiği ve günümüzde kullanımda olan bir kavite ve çürük sınıflama sistemidir. Bu sınıflama sisteminde çürüğün diş üzerindeki konumu esas alınır. G.V. Black beş sınıf belirlemesine rağmen araştırmacılar katkısıyla altıncı bir sınıf eklemiştir (GÜRÇAN 2018).



**Resim 2.3.** G.V. Black sınıflaması (Singh ve Sehgal 2021)

Black Sistemi;

Sınıf 1 : Oklüzal yüzey üzerinde ve bukkal/palatinal pit çürükleri

Sınıf 2 : Molarların ve premolarların aproksimal bölgelerindeki çürükler

Sınıf 3 : Ön bölge dişlerin aproksimal bölgelerindeki çürükler

Sınıf 4 : Ön bölge dişlerin proksimal bölgelerinde insizal kenarı kapsayan çürükler

Sınıf 5 : Bukkal/Palatinal servikal bölgedeki çürükler

Sınıf 6 : Tüberkül tepesini içine alan çürükler şeklinde gruplandırılmıştır. (GÜRCAN 2018)

Başlangıç çürüklerini kavitasyon olmaması nedeniyle sınıflamaya dahil etmemiştir. Bu sebeple remineralizasyon tedavisi içermez. Bu da Black sisteminin dezavantajlarından biridir. Lezyonun aktivitesi ve derinliğini değerlendirmemesi ise diğer temel eksikliklerdir.

### 2.2.2. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/WHO) DMFT indeksi

DMFT/DMFS indeksi dolgulu, çürük ve kayıp diş (T) veya diş yüzeyi (S) sayısı esas alınarak oluşturulan bir sistemdir. DMFT indeksine göre kısaltmaların anlamları :

D (Decay): çürük,

M (Missing): çekilmiş,

F (Filling): doldurulmuş,

T (Teeth) : diş ve

S (Surface): yüzey şeklindedir.

Uzun yıllardır kullanımda olan DSÖ'nün DMFT indeksi halk sağlığı ve epidemik çalışmalar gibi geniş ölçekli çalışmalarda önemli yer tutmaktadır. DMFT indeksinin çalışmalarda kullanılması ile toplumların çürük seviyesi açısından ne durumda olduğu hakkında bilgi elde edilebilmektedir (Tağtekin, Türkmen ve ark. 2015).

Yaygın kullanımına rağmen DSÖ sınıflamasının eksiklikleri vardır:

- Çürük lezyonunun aktivitesi, yeri ve büyüklüğü hakkında bilgi vermez.
- “D” ile gösterilen çürük diş kategorisi, sadece kavitasyon aşamasındaki çürüğü belirttiği için başlangıç çürüğünü dahil etmez.
- Restorasyon olan dişlerde sekonder çürük tayini yapılmaz.
- Sınıflama dolgulu, çürük ve kayıp dişleri aynı değerlendirir.
- Koruyucu veya estetik nedenlerle uygulanan restorasyonlar da sınıflamaya alındığı için indekste gerçekte uyum olmayan risk artışı ve çürük durumu ortaya çıkar (Honkala, Runnel ve ark. 2011, Tağtekin, Türkmen ve ark. 2015).

### 2.2.3. Uluslararası çürük tespit ve değerlendirme sistemi (ICDAS)

ICDAS çürüğün ileri ve erken evrelerinde teşhisini kanıtlara dayalı olarak gerçekleştiren standart çürük değerlendirme ve tespit sistemidir (Chesters, Pitts ve ark. 2002). Çürük lezyonunun tespiti, tanımlanması ve elde edilen bilgileri dünya genelinde diş hekimleri ile ortak paydada buluşarak değerlendirme yapılabilmesi amacıyla başlanmış ve bu sebeple 2002 yılında ICDAS komitesi kurulmuştur. Çürük lezyonunun değerlendirilmesi bu komite tarafından üç aşamalı olacak şekilde kabul edilmiştir.

- Lezyon aktivitesinin değerlendirilmesi,
- Lezyon şiddetinin değerlendirilmesi,
- Lezyonun tespiti.

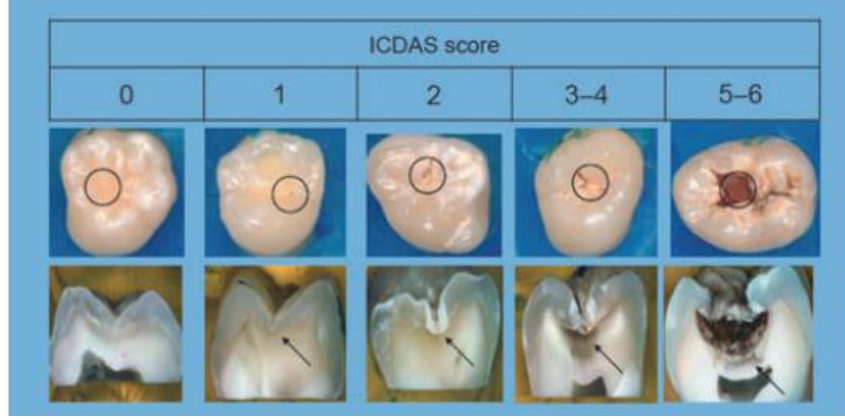
İlk çürük belirleme kriterleri bu yöntemle oluşturulmuş fakat sadece lezyon tespitinin uygulanacak restorasyonu planlama açısından yetersiz olduğu sonucuna varılmıştır (Banting, Eggertsson ve ark. 2005).

ICDAS II değerlendirme ve görsel tespit sistemi klinik bir protokole sahiptir. Bu protokol için sırasıyla:

- Hareketli apareyler çıkarılır.
- Değerlendirilecek bölge aydınlatılır.
- Fazlalıklar uzaklaştırılır.
- Vestibül yüzeylere pamuk tampon yerleştirilir.
- Tükürük uzaklaştırılır.
- Nemli olan diş yüzeyinin görsel muayenesi yapılır.
- 5 saniye boyunca yüzey kurutulur.
- Kuru diş yüzeyinin görsel muayenesi yapılır (Tağtekin, Türkmen ve ark. 2015).

#### 2.2.3.1 Primer kuron çürüğü kriterleri

Önceden restore edilmemiş dişler ICDAS II sisteminde 7 skorda değerlendirilir.



**Resim 2.4.** Icdas sınıflaması

- ICDAS 0 skoru: Diş yüzeyi 5 saniye hava spreyi ile kurutulmasının ardından minede translusensi farklılığı gözlenmez. Çürük olmayan gelişimsel defektler veya renklenmeler sağlam olarak kabul edilir ve “0” skoru alır.
- ICDAS 1 skoru: Diş yüzeyi nemliken herhangi bir farklılık gözlenmediği, 5 saniye boyunca hava spreyi ile kurutulmasının ardından minede kahverengi renk değişimi veya opaklaşma ortaya çıkması durumunda “1” skoru verilir.
- ICDAS 2 skoru: Fissür ve pitlerdeki opasitenin ve renk değişiminin diş yüzeyi nemliken de görünür olduğu durumda dişe “2” skoru verilir.
- ICDAS 3 skoru: Minede kavite görünmediği ancak dentinin ekspoz olmadığı dişler “3” skorunu alır. Yüzey hem kuruyken hem de nemliken kahverengi renk değişimi ve opaklaşma mevcuttur.
- ICDAS 4 skoru: Mine yıkımı olsun ya da olmasın alttan koyu renkli dentin görüntüsü (dark shadow) yansımaları durumunda “4” skoru alır. Yüzey nemliken daha belirgin olan koyuluk kahverengi, mavi veya gri tonlarda olabilir. Histolojik açıdan skor “3” ve skor “4” çeşitlilik gösterebilir. Minenin kalınlığı ve yapısı sebebiyle biri derinlik seviyesi değişebilir.
- ICDAS 5 skoru : Renklenmiş veya opak minenin altında dentin dokusunun ekspoz olduğu dişlere ICDAS 5 skoru verilir. Ucu küt olan bir sond ile dikkatlice muayene edilebilir.
- ICDAS 6 skoru: Dişin yarısından çoğu çürükle etkilendiğinde ve dentinin ekspoz olduğu derin kaviteli dişler ICDAS 6 skoru alır. Genellikle kavite duvarları içine aldığı geniş ve derin kavitelere (Tağtekin, Türkmen ve ark. 2015).

ICDAS skalasında 1-2 skorları başlangıç seviyesinde çürük, ICDAS 3-4 skorları orta seviye çürük ve ICDAS 5-6 skorları ise derin çürük olarak tanımlanmıştır (Nery ve Oka 1982, Pitts, Ekstrand ve ark. 2013).

### **2.2.3.2 Restorasyon Bulunan Dişlerde Çürük Kriterleri**

Muayene yapılan dişlerde restorasyon varlığında ICDAS II sisteminde ikili skorlama (a/b) yapılmalıdır. İkili skorlama sisteminde ilk skor restorasyon tipini gösterir. İkinci skor ise ICDAS II sisteminin primer çürük kriterlerine göre ifade edilir (Tağtekin, Türkmen ve ark. 2015).

## **2.3 Sağlık Okuryazarlığı**

İnsanlık tarihi süresince tıp dünyasında ihtiyaçlar doğrultusunda birçok gelişme yaşanmıştır. Geçmişte var olan ya da yakın zamanda ortaya çıkan birçok hastalık için tedaviler bulunmuştur. Böylece bazı hastalıklar popülasyonlarda nadir sayıda rastlanacak duruma gelmiştir. Bazı hastalıkların ise etkileri azaltılmıştır. Kaliteli ve sağlıklı yaşam için, insanların gerek olduğunda sağlık bilgilerine erişebilmeleri, bu bilgileri kavrayabilmeleri ve bu bilgilere göre davranış sahibi olmaları önem kazanmıştır. “Sağlık Okuryazarlığı (SOY)” farkındalığı arttırmak amacıyla yapılan çalışmalarla ortaya çıkmıştır (Okyay ve Abacıgil Mayıs 2016).

### **2.3.1 Sağlık Okuryazarlığı Tarihçesi ve Açıklaması**

Genel okuryazarlık ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki bulunmaktadır. Fakat yalnızca bir insanın bir broşürü anlayabilmesi ve okuyabilmesi olarak düşünülmemelidir (Kindig, Panzer ve ark. 2004). Avrupa sağlık okuryazarlığı komisyonu (HLS-EU), bireylerin sağlık alanındaki hizmetleri biliyor olması, sağlığın geliştirilmesi ve idamesi ile alakalı gündelik hayatta alınan kararların doğru olması, hastalıkların önüne geçilmesi, sağlık bilgilerine ulaşılabilmesi ve bu bilgileri değerlendirmesi, anlaması ve uygulaması hususunda birikim, istek ve yetkinlik sahibi olması gerektiğini vurgulamıştır (Önal 2001, Berkman, Davis ve ark. 2010).

Sağlık okuryazarlığı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “ İnsanların sağlıklı bir yaşam idame ettirmesi ve bunun olumlu şekilde geliştirilebilmesi için bilgilere ulaşma,

kavrama ve olumlu yönde kullanma becerilerini gösteren bilişsel - sosyal yetenekler toplamıdır” olarak belirtmiştir (Petersen ve Kwan 2010).

Sorensen ve ark. (Sørensen, Van den Broucke ve ark. 2012) 2012 yılında sağlık okuryazarlığı için; insanların sağlığı için gereken bilgiye ulaşabilme, bilgiyi kavrama, değerlendirme ve doğru yönde uygulama yetkinliği olarak dört kategori ve hastalığı önleme, sağlık hizmeti ve sağlığın geliştirilmesi olarak üç kategori tanımlamıştır.

Başka bir tanımlama ise T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 2012 yılında Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü aracılığıyla “ İnsanların kaliteli ve sağlıklı bir hayat için bilgiye erişme, bilgiyi kavrama ve yaşamlarında uygulama yetisi sağlık okuryazarlığıdır” yapılmıştır. (HE)

Sağlık okuryazarlığı aynı zamanda, sağlıkta eğitim ile alakalı bilgilendirmeleri, reçete edilen ilaçların prospektüslerini, doktorların yaptığı bilgilendirmeleri, randevu fişlerini ve izin formlarını anlayabilmeyi gerektirir (Nutbeam 2000).

### **2.3.2 Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Unsurlar ve Sonuçları**

Sağlık okuryazarlığını etkileyen çok sayıda çevresel ve kişisel faktör vardır.

İnsanların konuşma, duyma, görme, kavrama ve akılda tutma gibi yetenekleri son derece önemlidir. Bunun dışında eğitim durumu, genel okuryazarlık seviyesi, yaş, cinsiyet, ırk ve sosyoekonomik durumu da etkisi olan faktörler arasındadır (Sørensen, Van den Broucke ve ark. 2012).

Bireyin genel okuryazarlığı ve eğitim seviyesi sağlık okuryazarlığı için dikkate alınması gereken en önemli faktörlerdir. Eğitim seviyesi yüksek ve okuryazarlık seviyesi iyi durumda olan insanların sağlık okuryazarlığı konusunda daha bilinçli olması beklenir. Okuryazarlık seviyesi düşük olan bireylerin sağlıklarını ilgilendiren bilgileri kavrama, analiz etme ve kullanma konusunda zorlandıkları görülmüştür (Onotai 2008).

Bazı bireysel faktörler sağlık okuryazarlığı açısından yetkinliği zorlaştırabilir. Bireyin ırk ve dil bakımından yaşadığı bölgeye yabancı olması, sosyoekonomik durumu ve düşük eğitim seviyesi, ağır sistemik hastalık, yaşlanma veya sakatlık nedeniyle becerilerini kaybetmesi, ilaç ve alkol bağımlılığı bu duruma örnek olarak gösterilebilir (Abrams, Kurtz-Rossi ve ark. 2014).

Karşı tarafla iletişime geçebilmek için yaşanılan yerin diline hakim olmak gerekmektedir (Kindig, Panzer ve ark. 2004). Birey sağlık alanında konuşmakta, söylenen bilgileri kavramakta zorluk yaşadığı ve kendini ifade etmekte zorlandığı bir bölgede ise verilen sağlık hizmetinin kalitesi farklılık gösterir (Abrams, Kurtz-Rossi ve ark. 2014). Sağlık personeli ve hasta arasındaki dil ve kültür farklılıkları hizmeti ve iletişimi etkilemektedir. Göç etmiş bireylerin ve bulunduğu ülkenin dilini sınırlı seviyede konuşabilen bireylerin bu nedenle sağlık okuryazarlığı daha düşüktür (Vass, Mitchell ve ark. 2011).

### 2.3.3. Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilmesi

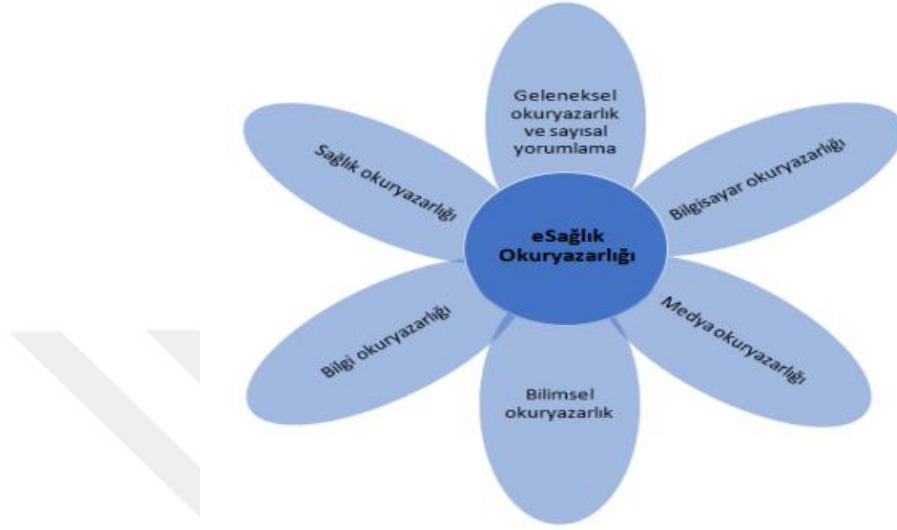
Sağlık okuryazarlığı konusunda birçok araştırma yapılmıştır. 1990'lı yılların bitimine doğru öneminin artmasıyla değerlendirme yapabilmek adına çok sayıda ölçek ortaya çıkmıştır.

Bu ölçekler ile amaçlanan sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, değerlendirme, ulaşma ve kullanma yeteneklerini değerlendirmektedir. Çoğunlukla kullanılan 7 ölçeğin özellikleri tabloda gösterilmektedir (Davis, Long ve ark. 1993, Parker, Baker ve ark. 1995, Sönmez 2011).

- En Yeni Yaşamsal Belirteç (NVS, Newest Vital Sign)
- Tıpta Yetişkin Okuryazarlığın Hızlı Değerlendirilmesi (REALM, Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine)
- Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi (HLS-EU-Q, European Health Literacy Survey Questionnaire)
- Revize Edilmiş - Tıpta Yetişkin Okuryazarlığın Hızlı Değerlendirilmesi (REALMR, Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine - Revised)
- Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA, Test of Functional Health Literacy in Adults)
- Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi (S-TOFHLA, Short Test of Functional Health Literacy in Adults)
- Geniş Aralıklı Ulaşım Testi (WRAT, Wide Range Achievement Test)

TOFHLA (Parker, Baker ve ark. 1995), REALM ve STOFHLA (Davis, Long ve ark. 1993) ölçeklerinin geçerliliği bazı toplumlarda kanıtlanmıştır. Ancak STOFHLA ve

TOFHLA ölçekleri Amerikada uygulanmakta olan sağlık sistemiyle ilgili sorular içermektedir. Aynı zamanda sadece İspanyolca ve İngilizce dillerini içermektedir. Ayrıca bu anketler her ne kadar geniş bölgelere ulaştırılmak istense de farklılıklardan dolayı hiç biri bütün toplumlara uygulanabilir olmamıştır.



**Şekil 2.2.** eSağlık okuryazarlığı (Norman ve Skinner 2006)

Yukarıda bahsedilen etmenler değerlendirilerek Sorensen ve ark. (Sorensen, Pelikan ve ark. 2015) tarafından sağlık okuryazarlığının kavramsal modeli çizilmiştir. Sağlığın iyileştirilmesi, sağlık hizmeti ve hastalıktan korunma kapsamında ve sağlık bilgisine erişme, bilgiyi kavrama, kullanma ve değerlendirme aşamalarını ve bu süreçlerin kişiler tarafından basitlik veya zorluk seviyelerinin değerlendirileceği, bu olgusal durumlar ile birlikte yapılmış bir anket hazırlanmıştır. Sağlık Okuryazarlığı Anketi- Avrupa Birliği (Health 28 Literacy Survey- European Union (HLS-EU) Avrupa'daki en kapsamlı sağlık okuryazarlığı araştırmasıdır (Sorensen, Van den Broucke ve ark. 2013).

#### **2.3.4. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı**

Sağlık okuryazarlığı için yapılan ölçeklerin Türkçe uyarlaması oluşturulmaya çalışılmıştır. Özdemir ve ark. (Ozdemir, Alper ve ark. 2010) 2008 yılında NVS ve REALM ölçeklerini Türkçeye çevirmiştir. Sağlık okuryazarlığı seviyelerinin karşılaştırması sosyo-demografik özellikler kullanılarak yapılmıştır. Fakat ölçeklerin sonuçlarına bakıldığında birbirini desteklemediği, REALM ölçek skorlarının NVS



### **2.3.5 Diş Hekimliği Sağlık Okuryazarlığı**

Ağız ve diş sağlığı, genel sağlığın çok önemli bir parçasıdır. Ağız ve diş sağlığını idame ettirmek ve gerekirse tedavi etmek diş hekimliğinin en önemli gayesidir. Ağız içerisinde tüm dişlerin olması ya da çürük ve dolgulu diş olmaması, ağız ve diş sağlığının iyi olduğu anlamına gelmemektedir. Bununla birlikte ağız hastalığı bulunmaması, kronik bir ağrı ya da şikayetin bulunmaması olarak da tanımlanmaktadır (TANRIÖVER, YILDIRIM ve ark. 2014).

İlk olarak amaç temel ağız ve diş sağlığı alanında bireylerin bilgi sahibi olmasıdır. Bulunduğu bölgedeki sağlık alanında verilen hizmetlerin bilincinde olması ve nasıl yararlanabileceği hakkında gerekli bilgiye sahip olmasıdır (Horowitz ve Kleinman 2008).

Kayıpları önlemek adına koruyucu diş hekimliği uygulamalarına gereken önem gösterilmelidir (Kök 2018).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada için Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Karar tarihi: 29.04.2021 Sayı No: 104-104/10) onay alınmıştır.

#### 3.1. Çalışma Gruplarının Belirlenmesi

Çalışma Ekim 2021- Ocak 2022 tarihleri arasında Uşak Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine başvuran hastalar ile yürütülmüştür.

Örnek büyüklüğü, yapılan g-power analizi ile 100 olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan hastaların;

- Okuryazarlığı olan,
- Türkçe anlayabilen ve konuşabilen,
- Sağlık konusunda herhangi bir eğitimi bulunmayan ve sağlık sektöründe çalışmayan,
- 15 yaşından büyük olan,
- Ölçek formunu doldurmaya herhangi bir sağlık engeli bulunmayan,
- Çalışmaya gönüllü olarak katılan bireyler araştırmaya dahil edilmiştir.

Katılımcılar, çalışmanın kapsamı ile ilgili sözlü olarak aydınlatılmış ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (BGOF) imzalatılmıştır.

#### 3.2. Anket Formunun Doldurulması

Katılımcılar sosyo-demografik bilgilere yönelik bir form doldurmuştur.

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi (The European Health Literacy Survey, HLS-EU CONSORTIUM, 2012) rehberliğinde oluşturulan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) kullanılmıştır. Güvenilirlik ve geçerliliği onaylanmış bu ölçek 32 sorudan oluşmaktadır. Hastalara sorular birebir olarak yöneltilmiştir.

TSOY-32 anketinde sağlık konusunda iki boyut (hastalıklardan korunma ve hastalıkların tedavisi /sağlık konusunda iyileştirmeler) ve sağlık konusunda karar verme yeteneği ve sağlık uygulamaları ile alakalı dört alt boyutu (anlama, kullanma, uygulama, erişim ve değerlendirme) içermektedir. Tüm sorular 'çok kolay-4', 'kolay-3', 'zor-2',

'çok zor-1' ve 'fikrim yok-0' olmak üzere beş cevaptan oluşmaktadır (Okuyay ve Abacıgil 2016). Aşağıda yer alan formül aracılığı ile anketin toplam puanı ve alt boyutlarının puanları ölçülmüştür.

$$indeks = (ortalama - 1) \times 50 \div 3$$

TSOY-32 anketine verilen cevaplar bu formül kullanılarak hesaplanmıştır. Bireylerin 0 ile 50 arasındaki aldıkları puanlar üzerinden sağlık okuryazarlığı seviyeleri değerlendirilmiştir. Bu seviye ölçülürken;

- 0-25 puan; yetersiz,
- 25-33 puan; sorunlu-sınırlı,
- 33-42 puan; yeterli ve
- 42-50 puan; mükemmel sağlık okuryazarlığı olarak kabul edilmiştir (Okuyay ve Abacıgil 2016).

### 3.3. Ağız Sağlığının Değerlendirilmesi

Formların doldurulmasının ardından, çalışmaya katılan hastaların ağız içi ve radyografik muayenesi yapılmıştır. DMFT indeksi ve ICDAS indeksi kullanılmıştır.

Tüm sonuçlar hazırlanan formlara kaydedilmiştir. DMFT için dişler ayrı ayrı değerlendirildi. ICDAS ile çürük sınıflaması yapıldı. Üçüncü büyük azı dişler değerlendirmeye dahil edilmemiştir. ICDAS ve DMFT ortalamaları tüm dişler göz önüne alınarak hesaplanmıştır.

#### 3.3.1. DMFT/dft Değerlendirmesi

DMFT indeksi çürük, dolgu ve çekilmiş diş sayıları hesaplanarak değerlendirme yapılan bir indekstir.

- D: Decayed (çürük)
- F: Filled (dolgu)
- M: Missing (çekilmiş)
- T: Total (toplam diş sayısı)

DMFT = Ağız içi muayenede tespit edilen toplam çürük, dolgulu ve çekilmiş diş sayısı / toplam diş sayısı, olarak değerlendirilmiştir (Alparslan 2004),.

### **3.3.2. ICDAS Kriterleri**

ICDAS II skalası dişlerde bulunan çürüklerin derinliklerine göre 0 ve 6 arasında bir değer vermektedir. Muayene sırasında dişlerin üzeri kurutulmalıdır. Dişlerin yüzeyinin kuru olmaması beyaz nokta lezyonlarının tespitini zorlaştırmaktadır; bunun sebebi suyun, dekalsifiye mine üzerindeki porları tıkamasıdır. Bu sebeple ağız içi muayene sırasında hava ile kurutma yapılmalıdır (Gugnani, Pandit ve ark. 2011).

ICDAS II kodları diş çürüğünün tipine göre 0' dan 6'ya kadar sıralanır.

- 0-** Normal diş yüzeyi
- 1-** Mine dokusunda gözle fark edilen ilk değişiklik
- 2-** Mine dokusunda gözlenen kesin ve net değişiklik
- 3-** Bölgesel mine dokusu kaybı (dentin tabakasına ulaşmamış)
- 4-** Dentinden yansıyan karanlık gölge görünümü
- 5-** Dentinin net bir şekilde görüldüğü belirgin kavite
- 6-** Dentinin açıkta olduğu büyük kavite (yüzeyin büyük kısmı)

İki basamaklı kodlama sistemi (X-Y) ise fissür örtücüler ve restorasyonları sınıflandırmak için kullanılmaktadır. Birinci kod X'tir ve diş uygulanmış olan restorasyona, fissür örtücüye, kurona veya dişin durumuna göre kodlama yapılır.

### **3.4. İstatistiksel Analiz**

Araştırmada elde edilen veriler için IBM Statistical Program for Social Sciences Statistics (SPSS) 22.0® programı kullanılmıştır.

### **3.5. Etik Onay**

Bu çalışma için etik onay Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Çalışma Uşak Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nde yapılmıştır.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanımlayıcı Bulguları

#### 4.1.1. Cinsiyet, Eğitim Durumu, Yaş ve Medeni Durumu

Çalışmaya Uşak Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı'na müracaat eden 130 kişi katılmıştır.

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların %58,4'ünün kadın ve %41,6'sinin erkek olduğu görülmüştür. Hastaların cinsiyet, eğitim Durumu, yaş ve medeni durumu Çizelge 4.1.'de verilmiştir.

**Çizelge 4.1.** Çalışma grubunun yaş, cinsiyet, medeni durumu ve eğitim durumuna göre dağılımı

		n	%
Yaş	15-24 yaş	33	25,3
	25-34 yaş	24	18,4
	35-44 yaş	33	25,3
	45-54 yaş	24	18,4
	55 yaş ve üzeri	16	12,6
Cinsiyet	Kadın	76	58,4
	Erkek	54	41,6
Medeni Durum	Bekar	45	34,6
	Evli	85	65,4
Eğitim Durumu	İlkokul ve altı	25	19,2
	Ortaokul	16	12,4
	Lise	45	34,6
	Üniversite ve üzeri	44	33,8

Kişilerin %25,3'ünün 15-24, %18,4'ünün 25-34, %25,3'ünün 35-44, %18,4'ünün 45-54, %12,6'sının 55 ve üstü yaşında olduğu görülmüştür. Katılımcıların %58,4'ünün kadın ve %41,6'sinin erkek olduğu, %34,6'sının bekâr ve %65,4'ünün evli olduğu tespit

edilmiştir. Kişilerin eğitim durumlarına bakıldığında %19,2'sinin ilkokul ve altı, %12,4'ünün ortaokul, %34,6'sının lise ve %33,8'inin üniversite ve üzeri olduğu saptanmıştır.

#### 4.1.2 Meslek Grubu ve Gelir Durumu

Katılımcıların meslek grupları ve gelir durumu Çizelge 4.2.'da gösterilmiştir.

**Çizelge 4.2.** Çalışma grubunun meslek grubu ve gelir durumuna göre dağılımı

		n	%
Meslek Grubu	Öğrenci	23	17,6
	Esnaf	5	3,8
	Kamu	26	20,0
	Ev hanımı	31	23,8
	Özel sektör	25	19,2
	Diğer	20	15,6
Gelir Durumu	Düşük	36	27,6
	Orta	84	64,6
	İyi	10	7,8

Katılımcıların meslek grupları incelendiğinde %17,6'sının öğrenci, %3,8'inin esnaf, %20'sinin kamu çalışanı, %23,8'inin ev hanımı, %19,2'sinin özel sektör ve %15,6'sının diğer meslek gruplarından olduğu tespit edilmiştir. Kişilerin %27,6'sının “düşük”, %64,6'sinin “orta” ve %7,8'inin “iyi” olarak yorumladıkları saptanmıştır.

#### 4.1.3. Sağlık Durumu

Katılımcıların %80,7'sinde sistematik rahatsızlık bulunmazken %19,3'ünde bulunduğu, sistematik rahatsızlığı bulunan kişilerin %16'sının diabet, %28'inin guatr, %44'ünün hipertansiyon ve %12'sinin kalp hastalığı olduğu belirlenmiştir. Kişilerin %87,6'sının sürekli ilaç kullanmazken %12,4'sinin kullandığı ve sürekli ilaç kullanan kişilerin %26,6'sının antidiabetik, %53,3'ünün antihipertansif, %6,7'sinin euthyrox ve %13,4'ünün levatiron kullandığı görülmüştür.

#### 4.1.4. Diş Hekimine Gitme Sıklığı ve Diş Fırçalama Sıklığı

**Çizelge 4.3..** Çalışma grubunun diş hekimine gitme sıklığı ve diş fırçala sıklığının dağılımı

		n	%
Diş Fırçalama Sıklığı	Günde 2 kez	51	39,2
	Günde 1 kez	55	42,4
	Haftada 1-2 kez	22	16,9
	Hiç	2	1,5
Diş Hekimine Gitme Sıklığı	6 ayda 1 kez	44	33,8
	Yılda 1 kez	52	40
	3-4 yılda 1 kez	17	13,1
	4 yıl ve üzeri	17	13,1

Katılımcıların %39,2'sinin günde 2 kez, %42,4'ünün günde 1 kez ve %16,9'unun haftada 1-2 kez diş fırçalarken %1,5'inin hiç fırçalamadığı belirlenmiştir. Kişilerin %33,8'inin 6 ayda 1 kez, %40'ının yılda 1 kez, %13,1'inin 3-4 yılda 1 kez ve %13,1'inin 4 yıl ve üzeri diş hekimine gittikleri görülmüştür.

#### 4.1.5. Klinik Muayeneye Ait Bulgular

Katılımcıların DMFT ve ICDAS skorlarının dağılımı Çizelge 4.4.'te gösterilmiştir. Buna göre çürük diş ortalaması 3,3200 ve standart sapmasının 2,77409 olarak saptanmıştır. Çekilmiş diş ortalaması 3,8467 ve standart sapması 5,34543 olduğu belirlenmiştir. Dolgulu diş ortalaması 2,6533 ve standart sapmasının 2,90795 olarak bulunmuştur. DMFT skoru ortalaması 9,8200 ve standart sapması 5,28779 olduğu hesaplanmıştır.

**Çizelge 4.4.** Çalışma grubunun DMFT ve ICDAS skorları

	n	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Çürük Diş	130	0	15	3,3200	2,77409
Çekilmiş Diş	130	0	24	3,8467	5,34543
Dolgulu Diş	130	0	11	2,6533	2,90795

DMFT Skoru	130	1	26	9,7692	5,32587
ICDAS Skoru	118	1	6	3,3073	1,17533

#### 4.2. TSOY-32 Tanımlayıcı Bulguları

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve alt boyutları için tanımlayıcı istatistikler Çizelge 4.5.'te gösterilmiştir. Tedavi ve hizmet alt boyutu ortalaması 33,1971 ve standart sapması 10,55655 olduğu bulunmuştur. Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutu ortalaması 31,2260 ve standart sapmasının 11,16533 olarak hesaplanmıştır. TSOY-32 toplam puan ortalaması 32,2196 ve standart sapması 10,46495 olduğu tespit edilmiştir.

**Çizelge 4.5.** Çalışma grubunun sağlık okuryazarlığı düzeyleri

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu	130	6,25	50,00	33,1971	10,55655
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutu	130	0,00	50,00	31,2260	11,16533
TSOY-32 Toplam Puan	130	2,08	50,00	32,2196	10,46495

#### 4.2.1 TSOY-32 Ölçeğinin Cevaplarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların TSOY-32 ölçeğine verdiği cevapların dağılımı Çizelge 4.6.'da verilmiştir.

**Çizelge 4.6.** Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğine Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımları

	n	%
1.Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak.	36	27,7
Çok kolay	69	53,1
Kolay	16	12,3
Zor		

	Çok zor	4	3,1
	Fikrim yok	5	3,8
2. Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak.	Çok kolay	47	36,2
	Kolay	59	45,4
	Zor	15	11,5
	Çok zor	5	3,8
	Fikrim yok	4	3,1
3.Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek.	Çok kolay	32	24,6
	Kolay	62	47,7
	Zor	23	17,7
	Çok zor	4	3,1
	Fikrim yok	9	6,9
4. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak.	Çok kolay	50	38,5
	Kolay	54	41,5
	Zor	17	13,1
	Çok zor	7	5,4
	Fikrim yok	2	1,5
5. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak.	Çok kolay	62	47,7
	Kolay	47	36,2
	Zor	12	9,2
	Çok zor	6	4,6
	Fikrim yok	3	2,3
6. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak.	Çok kolay	56	43,1
	Kolay	47	36,2
	Zor	15	11,5
	Çok zor	10	7,7
	Fikrim yok	2	1,5
7. Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak.	Çok kolay	40	30,8
	Kolay	62	47,7
	Zor	21	16,2
	Çok zor	3	2,3

	Fikrim yok	4	3,1
8. Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak.	Çok kolay	38	24,6
	Kolay	77	59,2
	Zor	14	10,8
	Çok zor	5	3,8
	Fikrim yok	2	1,5
9. Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek.	Çok kolay	31	23,8
	Kolay	66	50,8
	Zor	22	16,9
	Çok zor	4	3,1
	Fikrim yok	7	5,4
10. Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak.	Çok kolay	59	45,4
	Kolay	53	40,8
	Zor	8	6,2
	Çok zor	6	4,6
	Fikrim yok	4	3,1
11. İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak.	Çok kolay	46	35,4
	Kolay	61	46,9
	Zor	15	11,5
	Çok zor	4	3,1
	Fikrim yok	4	3,1
12. Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek.	Çok kolay	31	23,8
	Kolay	55	42,3
	Zor	27	20,8
	Çok zor	9	6,9
	Fikrim yok	8	6,2
13. Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak.	Çok kolay	38	29,2
	Kolay	57	43,8
	Zor	25	19,2
	Çok zor	2	1,5
	Fikrim yok	8	6,2
	Çok kolay	44	33,8

14. Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak.	Kolay	54	41,5
	Zor	19	14,6
	Çok zor	8	6,2
	Fikrim yok	5	3,8
	Çok kolay	32	24,6
15. Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek.	Kolay	48	36,9
	Zor	33	25,5
	Çok zor	9	6,9
	Fikrim yok	8	6,2
	Çok kolay	64	49,2
16. Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak.	Kolay	49	37,7
	Zor	7	5,4
	Çok zor	7	5,4
	Fikrim yok	3	2,3
	Çok kolay	47	36,2
17. Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak.	Kolay	61	46,9
	Zor	17	13,1
	Çok zor	4	3,1
	Fikrim yok	1	0,8
	Çok kolay	50	38,5
18. Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak.	Kolay	53	40,8
	Zor	19	14,6
	Çok zor	1	0,8
	Fikrim yok	7	5,4
	Çok kolay	44	33,8
19. Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak.	Kolay	62	47,7
	Zor	15	11,5
	Çok zor	4	3,1
	Fikrim yok	5	3,8
	Çok kolay	46	35,4
	Kolay	54	41,5

20. Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıklı davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak.	Zor	19	14,6
	Çok zor	5	3,8
	Fikrim yok	6	4,6
21. Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıklı davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak.	Çok kolay	44	33,8
	Kolay	64	49,2
	Zor	16	12,3
	Çok zor	1	0,8
	Fikrim yok	5	3,8
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.	Çok kolay	34	26,2
	Kolay	61	46,9
	Zor	20	15,4
	Çok zor	6	4,6
	Fikrim yok	9	6,9
23. İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak.	Çok kolay	46	35,4
	Kolay	61	46,9
	Zor	11	8,5
	Çok zor	8	6,2
	Fikrim yok	4	3,1
24. İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek.	Çok kolay	31	23,8
	Kolay	47	36,2
	Zor	36	27,7
	Çok zor	12	9,2
	Fikrim yok	4	3,1
25. Gıda ambalajları üzerinde sağlığını etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak.	Çok kolay	27	20,8
	Kolay	50	38,5
	Zor	30	23,1
	Çok zor	14	10,8

	Fikrim yok	9	6,9
26.Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini Değerlendirmek.	Çok kolay	37	28,5
	Kolay	64	49,2
	Zor	18	13,8
	Çok zor	3	2,3
	Fikrim yok	8	6,2
27.Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak.	Çok kolay	30	23,1
	Kolay	65	50,0
	Zor	22	16,9
	Çok zor	6	4,6
	Fikrim yok	7	5,4
28.Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek.	Çok kolay	39	30,0
	Kolay	69	53,1
	Zor	13	10,0
	Çok zor	8	6,2
	Fikrim yok	1	0,8
29.Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek.	Çok kolay	37	28,5
	Kolay	51	39,2
	Zor	27	20,8
	Çok zor	12	9,2
	Fikrim yok	3	2,3
30.Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek.	Çok kolay	32	24,6
	Kolay	35	26,9
	Zor	43	33,1
	Çok zor	12	9,2
	Fikrim yok	8	6,2
31.Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak.	Çok kolay	34	26,2
	Kolay	65	50,0
	Zor	22	16,9
	Çok zor	4	3,1
	Fikrim yok	5	3,8
	Çok kolay	29	22,3

32.Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak.	Kolay	44	33,8
	Zor	29	22,3
	Çok zor	11	8,5
	Fikrim yok	17	13,1

Elde edilen verilere göre en fazla “çok kolay” cevabı %49,2 oranı ile “Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak.” sorusuna verildi. En yüksek “kolay” yanıtı ise %59,2 oranı ile “Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak” sorusuna verildi. En yüksek “zor” yanıtı %33,1 ile “Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek” sorusuna verildi. En yüksek “çok zor” yanıtı %10,8 oranı ile “Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak” sorusuna verildi. En yüksek “fikrim yok” yanıtı %13,1 oranı ile “Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak” sorusuna ile verildi.

#### TSOY-32 Ölçeği ile Demografik Bulguların Karşılaştırılması

Alt kısımda yer alan çizelgede katılımcıların TSOY-32 ölçek puanları ile demografik bulguların karşılaştırılmıştır.

#### Çizelge 4.7. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

		n	Ortalama	Standart Sapma	Sıra Ortalaması	p
Yaş	15-24 yaş	33	34,7380	8,48903		,583
	25-34 yaş	24	32,6389	10,52779		
	35-44 yaş	33	31,7551	10,00529		
	45-54 yaş	24	33,1597	11,07591		
	55 yaş ve üzeri	16	25,9440	12,58395		

Cinsiyet	Erkek	89	15,2823	9,01049	74,48	,728
	Kadın	61	15,4428	9,27044	76,99	
Medeni Durum	Bekar	45	33,5532	10,20469	42,19	,219
	Evli	85	31,5135	10,59148	47,92	
Eğitim Durumu	İlkokul ve altı	25	30,0208	11,23910		,063
	Ortaokul	16	27,4414	13,32047		
	Lise	45	33,2523	10,43674		
	Üniversite ve üzeri	44	34,1501	8,27362		
Sistemik Rahatsızlık Durumu	Hayır	105	33,0159	9,73037	43,75	,024
	Evet	25	28,8750	12,80382	47,92	
Sürekli İlaç Kullanım Durumu	Hayır	114	32,8902	9,78992	43,75	,013
	Evet	16	27,4414	13,85811	46,35	
Meslek Grubu	Öğrenci	23	34,8279	8,40450	35,94	,027
	Esnaf	5	28,3333	12,73967	32,81	
	Kamu	26	34,4551	9,82562	43,75	
	Ev hanımı	31	28,7130	11,15017	45,31	
	Özel sektör	25	35,5208	9,73578	29,17	
	Diğer	20	28,5938	10,82782	39,58	
Gelir Durumu	Düşük	36	27,4306	11,97172	51,63	,006
	Orta	84	33,8170	9,06295	69,55	

	İyi	10	36,0417	11,09428	81,40	
Dış Fırçalama Sıklığı	Günde 2 kez	51	34,9367	8,896250		,183
	Günde 1 kez	55	30,5871	10,498069		
	Haftada 1-2 kez	22	30,3741	11,191872		
	Hiç	2	28,1250	30,935922		
Dış Hekimine Gitme Sıklığı	6 ayda 1 kez	44	36,3400	9,064953	63,24	
	Yılda 1 kez	52	32,331731	10,712629	71,59	
	3-4 yılda 1 kez	17	23,345588	9,775577	110,36	
	4 yıl ve üzeri	17	30,085784	8,095000	85,50	

Elde edilen veriler sonucunda gelir seviyesi ile TSOY-32 toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Düşük, orta ve iyi gelir durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Düşük gelir grubunun toplam puan ortalamasının orta ve iyi gelir gruplarının toplam puan ortalamalarından daha düşük olduğu saptanmıştır.

Dış hekimine gitme sıklığı ile Türkiye Sağlık Okuryazarlığı ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ). “3-4 yılda bir kez” ile “6 ayda 1 kez” ve “yılda 1 kez” grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ( $p=,000$  ve  $p=,005$ ). “3-4 yılda bir kez” grubunun toplam puan ortalamasının “6 ayda 1 kez” ve “yılda 1 kez” gruplarının toplam puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sistemik rahatsızlık, sürekli ilaç kullanım, meslek grubu ve dış fırçalama sıklığı faktörleri ile Türkiye Sağlık Okuryazarlığı

ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar elde edilememiştir ( $p>0,05$ ).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları toplam puanları ile DMFT ve ICDAS skorları arasındaki ilişkilerin incelenmesi için varsayımlar kontrol edilmiştir.

**Çizelge 4.8.** Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve DMFT ve ICDAS Skorları Arasındaki İlişkinin Analizi

		DMFT	ICDAS
Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu	Rho	,048	,023
	p	,560	,787
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Alt Boyutu	Rho	,047	,075
	p	,571	,385
TSOY-32 Toplam Puan	Rho	,025	,044
	p	,773	,639

İstatistiksel verilerin sonucuna göre TSOY-32 ve alt boyutları ile DMFT ve ICDAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler elde edilememiştir ( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan bireylerin diş hekimine gitme sıklığı ile DMFT ortalamaları arasındaki farkları kontrol edilmiştir.

**Çizelge 4.9.** Katılımcıların Diş Hekimine Gitme Sıklığına Göre DMFT Skorlarının Karşılaştırılması

		n	Ortalama	Standart Sapma	Sıra Ortalaması	p
Diş Hekimine Gitme Sıklığı	6 ayda 1 kez	44	9,136364	4,925448	74,42	,116
	Yılda 1 kez	52	9,903846	5,420584	76,88	
	3-4 yılda 1 kez	17	8,117647	4,833249	56,53	
	4 yıl ve üzeri	17	12,647059	5,798073	89,70	

Diş hekimine gitme sıklığına ile DMFT skorlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilememiştir ( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan bireylerin diş hekimine gitme sıklıklarına göre ICDAS ortalamaları arasındaki farkları kontrol edilmiştir.

**Çizelge 4.10.** Katılımcıların Dişleri ile ICDAS Skorları Arasındaki İlişki ve Çapraz Tablo

Diş No	ICDAS Skorları						Test İstatistiği	P
	Skor 1	Skor 2	Skor 3	Skor 4	Skor 5	Skor 6		
1	n 3	6	3	4	3	1	53,311**	,004*
	% 15,0	30,0	15,0	20,0	15,0	5,0		
2	n 0	6	7	1	3	1		
	% 0,0	33,4	38,8	5,6	16,6	5,6		
3	n 0	3	6	3	4	4		
	% 0,0	15,0	30,0	15,0	20,0	20,0		
4	n 3	9	12	12	10	4		
	% 6,0	18,0	24,0	24,0	20,0	8,0		
5	n 6	11	14	13	12	11		
	% 8,9	16,5	20,8	19,4	17,9	16,5		
6	n 27	39	26	19	8	20		
	% 19,4	28,1	18,7	13,6	5,8	14,4		
7	n 13	40	13	14	18	21		
	% 10,9	33,6	10,9	11,8	15,2	17,6		

Diş hekimine gitme sıklığına göre ICDAS skorlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilememiştir ( $p>0,05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Genel sağlık ile ağız ve diş sağlığı ayrılmaz bir bütündür (Jeffcoat, Jeffcoat ve ark. 2014). Ağız sağlığının vücudun geri kalanından ayrı düşünülmesine son verilmelidir çünkü ağız sağlığının iyi olmaması bireylerin ne yediğini, konuşma şeklini, yaşam kalitesini ve refah seviyesini değiştirerek genel sağlığı etkiler (Petersen 2004).

2000 yılında yayınlanan Sağlıklı İnsanlar 2010, ağız hastalığı mevcut olan bireylerin gerçekten sağlıklı olmadığını belirtmiştir. Milyonlarca insan bugün ağrıya, konuşma, yeme ve yutma zorluğuna sebep olabilen çürük, periodontal hastalık veya ağız kanseri ile yaşamaktadır (Prevention ve Promotion 2000).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 188 ülkenin veritabanının dahil olduğu 12 yaşındaki çocukların küresel DMFT tahmini ile, 200 milyon 335 bin 280 dişin çürük, dolgulu ya da çekilmiş olduğunu belirlenmiştir. Bu veriler DSÖ ağız sağlığı veritabanı, bölgesel profil programı (CAPP) ile belirlenmiştir (Bratthall 2005). Bu yüzden Dünya Sağlık Örgütü genel sağlık durumunu iyileştirmek için olan tüm çabaları desteklemektedir (Moynihan ve Petersen 2004).

Bireylerin kendi sağlığını koruması ve geliştirebilmesi için sağlık alanında farkındalığı arttırılması gerekmektedir. Ülkemizde bu ilişkiyi inceleyen tıp ve hemşirelik alanlarında araştırmalar varken diş hekimliği alanında yetersiz kalmaktadır.

Sağlık okuryazarlığı düzeyi ve hastaların tedavi gereksinimi arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bu çalışma, Diş Hekimliğinde uzmanlık tez düzeyinde yapılmış bir çalışmadır.

Çalışma Uşak Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nde yürütülmüştür. Gönüllülük esasına dayanılarak yapılan bu çalışmada sosyo-demografik özelliklerin sorulduğu bir anket formu sunulmuştur. Klinik ve radyografik muayene yapılarak ağız sağlığını belirleyen indeksler alınmıştır. Sağlık okuryazarlığı seviyesinin saptanması için TSOY-32 ölçeği (Okyay ve Abacıgil 2016) kullanılmıştır.

Okyay ve ark.(Petersen ve Kwan 2010)'nın geliştirdikleri Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)'nde araştırmaya katılan bireylerin yaş aralığını 15-83 olarak tanımlamıştır. Çalışmamızda bu çalışma baz alınarak bireylerin yaş aralığı 15-83 olarak belirlenmiştir.

Çürük sayısı ve seviyesinin araştırıldığı birçok çalışmada DMFT ve ICDAS indeksleri karşılaştırılmalı olarak kullanılmıştır (Banava, Fattah ve ark. 2012).

DMFT indeksi bireylerin dolgulu, çürük ve çekilmiş diş sayısını belirleyerek genel ağız sağlığı değerlendirilebilmektedir. Uygulama alanının yaygın olması ve kolay uygulanabilir olması sebebiyle çalışmamızda da kullanılmıştır.

ICDAS, çürük tespitinde yaygın olarak kullanılan diğer sistemlerin en iyi özelliklerini bir araya getirerek geliştirilen bir sistemdir (Ekstrand, Martignon ve ark. 2007). Farklı çalışmalarda bu sınıflama sistemlerinin iyi sonuçlar verdiği gösterilmiştir (Diniz, Rodrigues ve ark. 2009, Neuhaus, Rodrigues ve ark. 2011). Diş hekimliği alanında yaygın kullanımı nedeniyle çalışmamızda tercih edilmiştir.

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin iyi sağlığı teşvik eden ve devam ettiren şekillerde bilgiye ulaşma, bilgiyi kavrama ve kullanma isteğini ve becerisini belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder (Nutbeam ve Kickbusch 2000). Sağlık okuryazarlığı seviyesi sınırlı ve yetersiz toplumların ve bireylerin, daha düşük sağlık parametreleri, daha riskli sağlık görüşleri olduğunu ve sağlık sistemini daha çok kullandıkları görülmüştür. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi (HLS-EU) toplumsal alanda bu karşılaştırmayı yapan ilk çalışmadır (Sørensen, Van den Broucke ve ark. 2012). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması çalışmasına (HLS-EU-Q) 2011 yılında Hollanda, Avusturya, Bulgaristan, Almanya, İspanya, Polonya, İrlanda ve Yunanistan olmak üzere 8 ülke ve 8000 kişi ile yapılmıştır. Elde edilen skorlar birbirine göre değerlendirilmiştir (Apfel ve Tsouros 2013). Ankette yer alan 47 maddedeki davranış ve tanım bireyin algısına göre 1 ve 4 arasında bir skor verilerek değerlendirilmiştir. Çalışmanın Avrupa’da iç geçerliliği ve uygulanabilirliği kanıtlanmıştır (Consortium 2012). Sorulara verilen cevaplardan elde edilen puan ortalamalarına göre sağlık okuryazarlığı sınıflandırılmıştır (Sørensen, Van den Broucke ve ark. 2012).

HLS-EU ölçeği uygulanarak yapılan bir çalışmada; Türkiyede yaşayan insanların sağlık okuryazarlığı seviyesi %35,4 oranında “yeterli ve mükemmel”, %64,6 oranında ise “yetersiz ve sorunlu” olarak değerlendirilmiştir. Avrupa sağlık okuryazarlığı ortalaması “33,8” iken Türkiye sağlık okuryazarlığı ortalaması “30,4” ile Avrupa’nın gerisinde kalmaktadır. Elde edilen bu sonuçlara göre toplumda yalnızca üç kişiden birinin sağlık

okuryazarlığı düzeyi daha iyi bir düzeyde veya yeterli olarak görülmüştür (Okyay ve Abacıgil 2016).

Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde öğrenciler ile yapılan bir çalışmaya 256 kadın, 44 erkek katılmıştır. Genel sağlık okuryazarlığı ortalaması 34,53 olarak bulunmuştur. Bu çalışmaya göre öğrencilerin %44,4'ü "sorunlu ve yetersiz sağlık okuryazarlığı seviyesine" sahipken, %55,7'si " mükemmel ya da yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine" sahip olduğu görülmüştür (Güven, Bulut ve ark. 2018). Edirne ili genelinde yapılan bir çalışmaya 226 kadın (%49,8) ve 228 erkek (%50,2) katılmıştır ve Edirne ilinin sağlık okuryazarlığı düzeyi ortalama 30,1 şeklinde olduğu hesaplanmış ve sınırlı sağlık okuryazarlığı seviyesinde olarak belirlenmiştir. Yaş aralığına göre en yüksek sağlık okuryazarlığı seviyesi 18-27 yaş grubunda görülmüştür (Demirli 2019).

Genel okuryazarlık düzeyi de sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerden biridir. Yapılan çalışmalar okuryazarlık düzeyi düşük olan bireylerin sağlık ile ilgili bilgileri yorumlamakta ve anlamakta zorluk çektiklerini göstermektedir. UNESCO tarafından Türkiye'de 2012 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada genel okuryazarlık oranı; 15 yaş üstü bireylerde ortalama %94,92 olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışmada bulunan başka bir sonuca göre, okullaşma süresi 25 yaş ve üstü kadınlarda 6,7 sene iken erkeklerde 8,5 sene ve ortalama nüfusta ortalama 7,6 sene olarak görülmüştür (ABD'de 12,0 yıl) (UNESCO 2014).

Genel okuryazarlık seviyesi hakkında fikir sahibi olabileceğimiz eğitim seviyeleri incelendiğinde, birçok çalışmada sağlık okuryazarlığı seviyesinin eğitim durumuyla pozitif korelasyon gösterdiği görülmüştür. Okyay ve ark.(Okyay ve Abacıgil 2016) ve Tanrıöver ve ark. (TANRIÖVER, YILDIRIM ve ark. 2014)'nın yaptığı çalışmalarında katılımcıların sağlık okuryazarlığı seviyesi ve eğitim durumları arasında pozitif bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Kuzey Amerika (Kutner, Greenburg ve ark. 2006), Asya (Kutner, Greenburg ve ark. 2006), Avustralya (Beauchamp, Buchbinder ve ark. 2015) ve Avrupa (Kutner, Greenburg ve ark. 2006)'da yapılan benzer çalışmalarda da sağlık okuryazarlığının eğitim durumunun iyileşmesi ile yükseldiği rapor edilmiştir. Bu çalışmalarla birlikte Akbolat ve ark. (Akbolat, Kahraman ve ark. 2016)'nın çalışmasında katılımcıların genel, iletişimsel ve eleştirel okuryazarlık seviyeleri ile eğitim seviyeleri arasında negatif korelasyon olduğu, Tayvan (Duong, Lin ve ark. 2015)'da yapılan bir

araştırmada da anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Çalışmamızda eğitim seviyesi ve sağlık okuryazarlığı seviyesi arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Literatüre bakıldığında sağlık okuryazarlığı düzeyi ve eğitim seviyesi arasında pozitif koreleasyon olan çalışma sayısı daha fazladır. Buna karşın eğitim seviyesi yüksek olan kişilerden mutlaka sağlık okuryazarlığı seviyesinin yüksek olması beklenilemez.

Bu çalışmalarda elde edilen verilere göre Türkiye'nin sağlık okuryazarlığı seviyesi gelişmiş ülkelere göre daha geridedir. Bunun sebebi genel okuryazarlık seviyesinin düşük olmasına bağlanabilir. Bu nedenle genel okuryazarlık düzeyinde yapılacak iyileştirilmeler sağlık okuryazarlığı seviyesini arttıracaktır. Bayraktar ve ark. (Bayraktar, Kurtulus ve ark. 2009)'nın yaptığı çalışmada DMFT değerlerini hastaların eğitim seviyesine göre karşılaştırdıklarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Benzer sonuçlar yaptığımız çalışmamızda da elde edilmiştir.

Bayraktar ve ark. (Bayraktar, Kurtulus ve ark. 2009) alışmasında sağlık okuryazarlığı seviyesi ve cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Benzer Şekilde, İtalya (Palumbo, Annarumma ve ark. 2016), Birleşik Krallık (Protheroe, Whittle ve ark. 2017) ve Güney Kore (Jeong ve Kim 2016)'de yürütülen çalışmalar ve Okyay ve ark. (Okyay ve Abacıgil 2016)'nın yürüttüğü çalışmada da olduğu gibi cinsiyet ve sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hem erkek hem de kadın bireyler çalışmamızda olduğu benzer skorlar göstermiştir. Çalışmaların gerçekleştirildiği bölgelerde sosyokültürel ve demografik farklılıklar olması cinsiyet ve sağlık okuryazarlığı arasında farklı ilişkiler olmasına sebep olabilir. Eşit Őartlar altında kadınlar ve erkekler arasında sağlık okuryazarlığı seviyesi arasında anlamlı bir fark olmayacağı düşünülmektedir.

Őenel Tekin ve ark. yaptığı çalışmada yaş ve sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu çalışmada 21-25 yaş aralığındaki bireylerin diğer yaş aralığındaki bireylere göre sağlık okuryazarlığı seviyesinin daha yüksek olduğu görülmüştür (senel tekin 2018). Avrupada yapılan bazı çalışmalarda da bu yaş aralığının daha yüksek sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip olduğu görülmüştür (Kirsch 1993, Sörensen, Pelikan ve ark. 2015, Duong, Aringazina ve ark. 2017).

Literatüre bakıldığında gelir durumunun sağlık okuryazarlığı üzerine etkisini gösteren birçok çalışma vardır. Bu konu üzerine yapılan bir çalışmada bireyler gelir

seviyesine göre sağlık okuryazarlığı seviyeleri artarken (Palumbo, Annarumma ve ark. 2016), Hakan ve ark. (DEĞERLİ ve TÜFEKÇİ 2018)'nın yaptığı çalışmada bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyesi ve gelir düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Çalışmamızda ise gelir seviyesi ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir fark görülmüştür. Düşük gelir seviyesine sahip bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyesinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Sezer ve ark. (Sezer ve KADIOĞLU 2014)'nın yaptığı bir çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi ve meslek grupları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. En yüksek puan ortalamasını akademisyenler alırken, çoğunun kendi mesleğini yaptığını ifade eden özel sektör çalışanları ikinci sırada yer almaktadır. Ardından memurlar gelmektedir. Meslek gruplarının arasındaki fark eğitim seviyelerinden kaynaklanma ihtimali yüksektir. Çalışmamız meslek grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Meslek grubu esnaf olanlar diğer meslek gruplarına göre daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda oral hijyen alışkanlığı ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki bulgular değerlendirildiğinde; katılımcıların diş fırçalama sıklığına bakıldığında %42,4 ile “günde 1 kez” grubu en yüksek sıklığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışmada Okutan Y ve ark. (Okutan, Dönmez ve ark. 2017) diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin %71'inin (n=122/173) diş fırçalama sıklıklarının günde 2 kez olduğunu, diğer bir çalışmada ise Ulu O ve ark. (Oya, DOĞRUER ve ark. 2012) katılımcıların %11,5'inin (n=23/200) günde bir kez, %76'sının (n=152/200) dişlerini günde iki kez fırçaladıklarını bildirmiştir. V Bowyer ve ark. (Bowyer, Sutcliffe ve ark. 2011) çalışmalarında dişlerini günde 2 kez ya da daha fazla fırçalayanların sıklığının %67,2 (n=133/198) olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızda günde 2 kez diş fırçalayanların sıklığının %39,2 olduğu görülmüştür. Diğer çalışmalara göre kıyaslandığında katılımcılarımızın diş fırçalama sıklığının daha az olduğu görülmüştür.

Katılımcılar arasında diş hekimine gitme sıklığı değerlendirildiğinde “yılda 1 kez” diş hekimine giden katılımcıların ortalaması %40,0 ile en yüksek sayıda olduğu görülmüştür. “6 ayda 1 kez” diş hekimine giden hastaların ortalaması %33,8 ile 2. Sırada yer almaktadır. Yapılan bir çalışmada Okutan ve ark. (Okutan, Dönmez ve ark. 2017) düzenli olarak diş hekimine giden katılımcıların oranının %28,32 (n=49/173) olduğu

tespit etmiştir. V Bowyer ve ark. (Bowyer, Sutcliffe ve ark. 2011) katılımcıların diş hekimine gitme sıklığını “6 ayda 1 kez” olanların ortalamasını 54.3% (n=121/223), “yılda 1 kez” olanların ortalamasını 25.6% (n=57/223) olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmalarla karşılaştırıldığında, çalışmamıza katılan bireylerin diş hekimine gitme sıklığının düşük olduğu görülmüştür.

Katılımcılara yapılan ağız içi muayene sonucunda elde edilen bulgulara bakıldığında, DMFT indeks ortalaması (Çürük diş sayısı (D), çekilen diş sayısı (M), dolgulu diş sayısı (F))  $9,76 \pm 5,32$  olarak hesaplanmıştır. Çalışmamızda DMFT indeks ortalaması ile ilgili elde edilen veriler Öztaş GA (Öztaş 2020)’nin yaptığı çalışma benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda DMFT skoru ile sağlık okuryazarlığı seviyesi arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Şahin ve ark. (Şahin, Saygun ve ark. 2009) eğitim seviyesinin lise öncesi ya da lise sonrası olmasının DMFT değeriyle anlamlı bir fark oluşturmadığını belirtmiştir. Ancak eğitim seviyesi lise öncesi olan katılımcıların DMFT değerinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Karaoğlanoğlu ve ark. (Karaoğlanoğlu, Aydın ve ark. 2018) toplumun DMFT düzeyinin, toplumun eğitim seviyesi ve diş fırçalama alışkanlığının yükseltilmesiyle daha iyi duruma geleceğini belirtmiştir. Yapılan çalışmalar ışığında, sosyokültürel seviyenin sağlık okuryazarlığı üzerine olumlu yönde etkileri düşünüldüğünde katılımcıların sağlık okuryazarlığı seviyesinin yükseltilmesinin dolgulu diş sayısı, diş çürüğü ve kayıp diş sayısının azalmasına fayda sağlayabileceğini söyleyebiliriz.

Katılımcıların ICDAS skorlarına bakıldığında 1 ve 2 skoru olan hastaların ortalaması %38,3, 3 ve 4 skoru alan hastaların ortalaması %34 ve 5 ve 6 skoru alan hastaların ortalaması %27,7 olarak bulunmuştur. Bu seviyeler başlangıç, orta ve ileri seviye çürükler olarak adlandırılmaktadır. ICDAS kriterlerine göre 3,4,5 ve 6 skoru alan dişlerin restoratif açıdan tedavi edilmesi, 1 ve 2 skoru alan dişlerin takip edilmesi ya da koruyucu tedaviler uygulanması gerektiği belirtilmektedir (Nery ve Oka 1982, Pitts, Ekstrand ve ark. 2013). Diş bazında bakıldığında çocuklar ile yapılan bir çalışmada başlangıç seviyesindeki çürüklerin oranı %15, orta seviyedeki çürüklerin oranı %42 ve ileri seviyedeki çürüklerin oranı %62 olarak tespit edilmiştir (Ballıkaya 2015). Literatürde sağlık okuryazarlığı seviyesi ile ICDAS skorlarının karşılaştırılmasıyla ilgili yeterli veri yoktur. Çalışmamızda ICDAS ve sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Çalışmada sağlık okuryazarlığı alt boyutları değerlendirildiğinde “Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi” alt boyutunun ortalama puanı (31,22), “Tedavi ve hizmet” alt boyutunun ortalama puanı (33,19) ve genel indeks puan ortalaması (32,21) olarak bulunmuştur. “Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi” alt boyutunun ortalama puanının genel indeks puan ortalamasından düşük olduğu görülmüştür.

Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin sorularına verilen yanıtlar değerlendirildiğinde;

1. madde “Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak” sorusuna %52,7 ile en çok “kolay” yanıtı verildi. Okyay ve ark.(Okyay ve Abacıgil 2016) yaptığı çalışmada ise %49,7 ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir. Bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

2. madde “Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak” sorusuna %45,4 ile en çok “kolay” yanıtı verildi. Okyay ve ark.(Okyay ve Abacıgil 2016) yaptığı çalışmada ise %51,5 ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir.

3. madde “Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek” sorusuna %47,7 ile en çok “kolay” yanıtı verildi. Okyay ve ark.(Okyay ve Abacıgil 2016) yaptığı çalışmada ise %39,2 ile en çok “kolay” yanıtı verildiği görülmüştür.

4. Madde “Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak” sorusuna %41,5 ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir. Okyay ve ark.(Okyay ve Abacıgil 2016) yaptığı çalışmada ise %47,5 ile en çok “kolay” yanıtı verildiği tespit edilmiştir.

5.madde “Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak” sorusuna %47,7 ile en çok “çok kolay” yanıtı verilmiştir. Okyay ve ark.(Okyay ve Abacıgil 2016) yaptığı çalışmada ise %43,0 ile en çok kolay yanıtı verildiği görülmüştür.

6. madde “Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak” sorusuna %43,1 ile en çok “çok kolay” yanıtı verilmiştir. Okyay ve ark.(Okyay ve Abacıgil 2016) yaptığı çalışmada ise %34,5 ile en çok “kolay” yanıtı verildiği tespit edilmiştir.

7. madde “Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak” sorusuna %47,7 ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir. Okyay ve ark.(Okyay ve Abacıgil 2016) yaptığı çalışmada ise %44,3 ile en çok “kolay” yanıtı verildiği görülmektedir ve çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

8. madde “Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak” sorusuna %59,2 ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir. Okyay ve ark.(Okyay ve Abacıgil 2016) yaptığı çalışmada ise “47,2” ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir.

9. madde “Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek” sorusuna %50,8 ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir. Okyay ve ark.(Okyay ve Abacıgil 2016) çalışmasında ise %39,5 ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir.

10. madde “Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak” sorusuna %45,4 ile en çok “çok kolay” yanıtı verilmiştir. Okyay ve ark.(Okyay ve Abacıgil 2016) yaptığı çalışmada ise %52,5 ile en çok “kolay” yanıtı verildiği görülmüştür.

11. madde “İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak” sorusuna %46,9 ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir. Okyay ve ark.(Okyay ve Abacıgil 2016) yaptığı çalışmada ise %40,5 ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir. Bu sonuç çalışmamız ile benzerlik göstermektedir.

12. madde “Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek” sorusuna %42,3 ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir. Okyay ve ark.(Okyay ve Abacıgil 2016)’nın yaptığı çalışmada ise %44,5 ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir. Bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

13. madde “Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak” sorusuna %43,8 ile en çok “kolay” yanıtı verildi. Okyay ve ark.(Okyay ve Abacıgil 2016)’nın çalışmasında %54,5 ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir.

14. madde “Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak” sorusuna %41,5 ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir. Okyay ve ark.(Okyay ve Abacıgil 2016)’nın yaptığı çalışmada ise %46,0 ile en çok “kolay” yanıtı verildiği görülmüştür. Bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

15. madde “Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek” sorusuna %36,9 ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir. Okyay ve ark.(Okyay ve Abacıgil 2016)’nın çalışmasında ise %35,0 ile en çok “kolay” yanıtı verildiği görülmüştür. Bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

16. madde “Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak” sorusuna %49,2 ile en çok “ok kolay” yanıtı verilmiştir. Okyay ve ark.(Okyay ve Abacıgil 2016)’nın çalışmasında ise %46,0 ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir.

17. Madde “Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırarak” sorusuna %46,9 ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir. Okyay ve ark.(Okyay ve Abacıgil 2016)’nın çalışmasında ise %49,5 ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir. Bu sonuç çalışmamızla benzer çıkmıştır.

18.madde “Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak” sorusuna %40,8 ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir. Okyay ve ark.(Okyay ve Abacıgil 2016)’nın çalışmasında %44,3 ile en çok “kolay yanıtı almıştır. Bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

19. madde “Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak” sorusuna %47,7 ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir. Okyay ve ark.(Okyay ve Abacıgil 2016)’nın çalışmasında %51,7 ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir. Bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

20. madde “Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak” sorusuna %41,5 ile en çok “kolay” yanıtını almıştır. Okyay ve ark.(Okyay ve Abacıgil 2016)’nın yaptığı çalışmada %43,8 ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir. Bu sonuç çalışmamız ile benzerlik göstermektedir.

21. madde “Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak” sorusuna %49,2 ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir. Okyay ve ark.(Okyay ve Abacıgil 2016)’nın yaptığı çalışmada %50,3 ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir. Bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

22. madde “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” sorusuna %46,9 ile en çok “kolay” yanıtı verildi. Okyay ve ark.(Okyay ve Abacıgil 2016)’nın çalışmasında ise %44,3 ile en çok “kolay” yanıtını almıştır. Bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

23. madde “İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak” sorusuna %46,9 ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir. Okyay ve ark.(Okyay ve Abacıgil 2016)’nın yaptığı çalışmada %51,5 ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir. Bu sonuçlar benzerlik göstermektedir.

24. madde “İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek” sorusuna %36,2 ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir. Okyay ve ark.(Okyay ve Abacıgil 2016)’nın çalışmasında ise “39,0” ile en çok “zor” yanıtını verilmiştir.

25. madde “Gıda ambalajları üzerinde sağlığını etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak” sorusuna %38,5 ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir. Okyay ve ark.(Okyay ve Abacıgil 2016)’nın yaptığı çalışmada ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir. Bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

26. madde “Yaşadığımız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek” sorusuna %49,2 ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir. Okyay ve ark.(Okyay ve Abacıgil 2016)’nın yaptığı çalışmada ise %52,0 ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir. Bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

27. madde “Yaşadığımız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak” sorusuna %50,0 ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir. Okyay ve ark.(Okyay ve Abacıgil 2016)’nın yaptığı çalışmada ise %51,2 ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir. Bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

28. madde “Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığını etkilediğini değerlendirmek” sorusuna %53,1 ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir. Okyay ve ark.(Okyay ve Abacıgil 2016)’nın

yaptığı çalışmada ise %46,8 ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir. Bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

29. madde “Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek” sorusuna %39,2 ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir. Okyay ve ark.(Okyay ve Abacıgil 2016)’nın yaptığı çalışmada ise %36,0 ile en çok “zor” yanıtı verilmiştir.

30. madde “Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek” sorusuna %33,1 ile en çok “zor” yanıtı verilmiştir. Okyay ve ark.(Okyay ve Abacıgil 2016)’yaptığı çalışmada %32,8 ile en çok “zor” yanıtı verilmiştir. Bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

31. madde “Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak” sorusuna %50,0 ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir. Okyay ve ark.(Okyay ve Abacıgil 2016)’nın yaptığı çalışmada %49,5 ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir. Bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

32. madde “Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak” sorusuna %33,8 ile en çok “kolay” yanıtı verilmiştir. Okyay ve ark.(Okyay ve Abacıgil 2016)’nın yaptığı çalışmada %29,8 ile en çok “zor” yanıtı verilmiştir.

## 6. SONUÇ

Toplumların sağlık sistemleri, bireylerin bilinçlenmesi ile daha iyi hale getirilebilir. Sağlık konusunda bireyleri bilinçlendirme politikaları izlenebilir ve sağlıkları ile ilgili sorunları anlamaları, sağlıkları hususunda doğru kararları vermeleri istenebilir. Sağlık okuryazarlığı becerileri bu farkındalığın temelinde yer almaktadır.

Sağlık okuryazarlığı en fazla genel okur-yazarlık düzeyinden etkilenmektedir. Bunun yanında demografik, kültürel, bireysel ve psikososyal faktörlerden, sağlık hizmeti sisteminden ve hastalık ile ilgili deneyimlerden de etkilenmektedir.

Hastaların bilinç seviyesi geliştirilmez ise kendi sağlıklarına dikkat etmekte zorluk yaşayabilirler. Bu nedenle sağlık problemlerinde artış görülebilir. Sağlık hizmetlerinden yararlanamayan ya da bu konuda bilgisi yetersiz olan bireyler sağlık alanındaki harcamaları arttırabilir. Bu da yapılan tedavilerin kalitesinin düşmesine ve hasta memnuniyetinin azalmasına sebep olur.

Daha yüksek yaşam standartları, ortalama yaşam süresinin artması ve sağlık problemlerinin azalması için toplumun sağlık okuryazarlığı seviyesi iyileştirilmelidir. Çocukluktan itibaren bu eğitimin verilmesi, bireylerin ağız ve diş sağlığının gelişmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Oral hijyen alışkanlıkları çürüklerin önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde yüksek çürük riski ile sağlık okuryazarlığı seviyesinin düşük olması arasında bir ilişki net bir ilişki görülmüştür. Bu sonuçlar sosyodemografik özelliklere göre farklılık gösterse de sağlık okuryazarlığı seviyesinin yükseltilmesi gerektiği yadsınamaz bir gerçektir.

Ağız ve diş sağlığının geliştirilmesiyle çürüklerin önlenmesi gelecekte olabilecek daha büyük sorunların önüne geçecektir. Düzenli diş hekimi ziyareti ile çürüklerin önlenmesi ya da restore edilmesi hastaların sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Çürüklerin ilerlemesi halinde ortaya çıkan diş kayıpları, çiğneme sorunlarına, sindirim problemlerine, eklem sorunlarına, estetik görüntünün bozulmasına ve hayat kalitesinin düşmesine sebep olur. Bu durum hastanın psikolojik sağlığını etkileyerek normal yaşantısı zorlaştırır.

Bu araştırmanın hipotezi kabul edilmiştir. Çürük sıklığı ile sağlık okuryazarlığı seviyesinin arasında anlamlı bir ilişki görülmemesinin bir sebebi sağlık okuryazarlığı seviyesi düşük bireylerin karyojenik gıda tüketme sıklığının diğerlerine bireylere göre daha az olması şeklinde yorumlanabilir. Ancak genel ortalamaya bakıldığında eğitim seviyesinin çürüklerin önlenmesinde etkisinin büyük olduğu görülmüştür.

Çürük prevalansının azaltılması ve daha sağlıklı bir yaşam sürebilmek için:

1- Bireylerin diyetleri düzenlenmelidir ve karyojenik gıdalardan olabildiğince uzak durması gerekmektedir.

2- Çocukluk çağından itibaren diş fırçalama eğitimi verilmeli ve bunun devamlılığı sağlanmalıdır.

3- Bireyler 6 ayda 1 diş hekimini ziyaret etmeleri gerektiği konusunda bilgilendirilmeli, takibi yapılarak hatırlatmalarda bulunulmalıdır.

4- Diş hekimini ziyareti sırasında oluşan çürükler minimal invaziv yöntemlerle tedavi edilmelidir.

Çalışmamızın geneline bakıldığında;

1- Çalışmaya katılan bireylerin sağlık okuryazarlığı ortalamasınının 32,21 olduğu görülmüştür ve sınırlı olarak değerlendirilmiştir.

2- Sağlık okuryazarlığı ve tedavi gereksinimleri arasında bir ilişki bulunamamıştır.

3- Sağlık okuryazarlığı seviyesi yüksek olduğu halde çürük miktarı fazla olan bireylerin olması, çürüğün oluşumunda genetik özellikler, kronik rahatsızlıklar gibi başka faktörlerin de etkili olduğu şeklinde yorumlanabilir.

4- Bu sebeple sadece genel sağlık alanında değil ağız ve diş sağlığı alanında da bilgilendirmeler yapılmalıdır. Hastaların ağız sağlığını nasıl koruyacağı hakkında eğitim verilmeli ve gerekli durumlar zaman kaybetmeden diş hekimine başvurması gerektiği öğretilmelidir.

5- İnternet ve sosyal medya üzerinden ağız ve diş sağlığı alanında olan bilgi kirliliğinin önüne geçilmeli, alanında uzman hekimler tarafından hastalara doğru bilgiler aktarılmalıdır.

Ağız ve diş sağlığı okuryazarlığı üzerine literatürde yeterince çalışma yoktur. Ağız ve diş sağlığı hakkında farkındalığın arttırılması için daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.



## KAYNAKLAR

- Abrams, M. A., S. Kurtz-Rossi, A. Riffenburgh and B. Savage (2014). "Building health literate organizations: A guidebook to achieving organizational change." Journal of Research and Practice for Adult Literacy, Secondary, and Basic Education: 69.
- Akbolat, M., G. Kahraman, G. Erigüç and H. Sağlam (2016). "Sağlık okuryazarlığı hasta-hekim ilişkisini etkiler mi?: Sakarya ilinde bir araştırma." TAF Preventive Medicine Bulletin **15**(4).
- Alparslan, G. (2004). "Diş Hekimliği Tarihi."
- Apfel, F. and A. D. Tsouros (2013). Health literacy: the solid facts, Copenhagen: World Health Organization.
- Arends, J. and J. Christoffersen (1986). "Invited review article: the nature of early caries lesions in enamel." Journal of dental research **65**(1): 2-11.
- Aydın Hoş, C. (2017). "2017 yılında Dicle Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine müracaat eden 16 yaş üstü bireylerde sekonder çürük prevalansının değerlendirilmesi."
- Bader, J. D. and D. A. Shugars (2004). "A systematic review of the performance of a laser fluorescence device for detecting caries." J Am Dent Assoc **135**(10): 1413-1426.
- Ballıkaya, E. (2015). "Ağız solunumu olan çocuklarda ağız diş sağlığı durumunun belirlenmesi."
- Banava, S., M. Fattah, T. Safaie, S. Askarzadeh, M. Safaie Yazdi, B. Amaechi and M. Fazlyab (2012). "Clinical comparison of dental caries by DMFT and ICDAS systems." Journal of Islamic Dental Association of Iran **24**(3): 146-151.
- Banting, D., H. Eggertsson, K. Ekstrand, A. Ferreira-Zandoná, A. Ismail, C. Longbottom, N. Pitts, E. Reich, D. Ricketts and R. Selwitz (2005). "Rationale and evidence for the international caries detection and assessment system (ICDAS II)." Ann Arbor **1001**: 48109-41078.
- Bayraktar, G., I. Kurtulus, R. Kazancioglu, I. Bayramgurler, S. Cintan, C. Bural, M. Besler, S. Trablus, H. Issever and N. Aysuna (2009). "Effect of educational level on oral health in peritoneal and hemodialysis patients." International journal of dentistry **2009**.
- Beauchamp, A., R. Buchbinder, S. Dodson, R. W. Batterham, G. R. Elsworth, C. McPhee, L. Sparkes, M. Hawkins and R. H. Osborne (2015). "Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ)." BMC public health **15**(1): 1-13.
- Berkman, N. D., T. C. Davis and L. McCormack (2010). "Health literacy: what is it?" Journal of health communication **15**(S2): 9-19.
- Bowyer, V., P. Sutcliffe, R. Ireland, A. Lindenmeyer, R. Gadsby, M. Graveney, J. Sturt and J. Dale (2011). "Oral health awareness in adult patients with diabetes: a questionnaire study." British dental journal **211**(6): E12-E12.
- Bratthall, D. (2005). "Estimation of global DMFT for 12-year-olds in 2004." International dental journal **55**(6): 370-372.
- Chesters, R., N. Pitts, G. Matuliene, A. Kvedariene, E. Huntington, R. Bendinskaite, I. Balciuniene, J. Matheson, J. Nicholson and A. Gendvilyte (2002). "An abbreviated caries clinical trial design validated over 24 months." Journal of dental research **81**(9): 637-640.
- Consortium, H.-E. (2012). "Comparative report of health literacy in eight EU member states." The European health literacy survey HLS-EU.
- Davis, T. C., S. W. Long, R. H. Jackson, E. Mayeaux, R. B. George, P. W. Murphy and M. A. Crouch (1993). "Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument." Family medicine **25**(6): 391-395.
- DEĞERLİ, H. and N. TÜFEKÇİ (2018). "Toplumun Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi." Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi **6**(15): 467-488.
- Demirli, P. (2019). Bireylerin sağlık okuryazarlığı üzerine bir araştırma: Edirne ili örneği, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Diniz, M. B., J. A. Rodrigues, I. Hug, R. De Cássia Loiola Cordeiro and A. Lussi (2009). "Reproducibility and accuracy of the ICDAS-II for occlusal caries detection." Community dentistry and oral epidemiology **37**(5): 399-404.

Duong, T. V., A. Aringazina, G. Baisunova, T. V. Pham, K. M. Pham, T. Q. Truong, K. T. Nguyen, W. M. Oo, E. Mohamad and T. T. Su (2017). "Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries." Journal of epidemiology **27**(2): 80-86.

Duong, V. T., I.-F. Lin, K. Sorensen, J. M. Pelikan, S. Van den Broucke, Y.-C. Lin and P. W. Chang (2015). "Health literacy in Taiwan: a population-based study." Asia Pacific Journal of Public Health **27**(8): 871-880.

Ekstrand, K. R., S. Martignon, D. J. N. Ricketts and V. Qvist (2007). "Detection and activity assessment of primary coronal caries lesions: a methodologic study." Operative dentistry **32**(3): 225-235.

Featherstone, J. (2004). "The continuum of dental caries—evidence for a dynamic disease process." Journal of dental research **83**(1\_suppl): 39-42.

Featherstone, J., R. Glana, M. Shariati and C. Shields (1990). "Dependence of in vitro demineralization of apatite and remineralization of dental enamel on fluoride concentration." Journal of dental research **69**(2\_suppl): 620-625.

Featherstone, J. D. (2008). "Dental caries: a dynamic disease process." Australian dental journal **53**(3): 286-291.

García-Godoy, F. and M. J. Hicks (2008). "Maintaining the integrity of the enamel surface: the role of dental biofilm, saliva and preventive agents in enamel demineralization and remineralization." The Journal of the American Dental Association **139**: 25S-34S.

Geddes, D. A. (1975). "Acids produced by human dental plaque metabolism in situ." Caries research **9**(2): 98-109.

Glass, R. (1982). "The first international conference on the declining prevalence of caries." J. dent. Res. **61**: 1305-1383.

Gugnani, N., I. Pandit, N. Srivastava, M. Gupta and M. Sharma (2011). "International caries detection and assessment system (ICDAS): a new concept." International journal of clinical pediatric dentistry **4**(2): 93.

GÜRCAN, A. T. (2018). "Farklı Çürük Sınıflandırmalarına Göre Risk Faktörleri."

Güven, D. Y., H. Bulut and S. Öztürk (2018). "Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin İncelenmesi/Examining the Health Literacy Levels of Health Sciences Faculty Students." Journal of History Culture and Art Research **7**(2): 400-409.

HE, A. "Sağlık okuryazarlığı: Nedir? Neden önemlidir?" Çevrimiçi <http://www.saglikpolitikalari.org/index.php/konular/89-saglik-okuryazarligi/111-saglik-okuryazarliginedir-neden-onemlidir>, Erişim Tarihi **13**.

Hicks, J., F. Garcia-Godoy and C. Flaitz (2004). "Biological factors in dental caries: role of remineralization and fluoride in the dynamic process of demineralization and remineralization (part 3)." Journal of Clinical Pediatric Dentistry **28**(3): 203-214.

Hicks, J., F. Garcia-Godoy and C. Flaitz (2005). "Biological factors in dental caries enamel structure and the caries process in the dynamic process of demineralization and remineralization (part 2)." Journal of clinical pediatric dentistry **28**(2): 119-124.

Hicks, M., C. M. Flaitz and L. Silverstone (1985). "Initiation and progression of caries-like lesions of enamel: effect of periodic treatment with synthetic saliva and sodium fluoride." Caries Research **19**(6): 481-489.

Honkala, E., R. Runnel, S. Honkala, J. Olak, T. Vahlberg, M. Saag and K. K. Mäkinen (2011). "Measuring dental caries in the mixed dentition by ICDAS." International journal of dentistry **2011**.

Horowitz, A. M. and D. V. Kleinman (2008). "Oral health literacy: the new imperative to better oral health." Dental Clinics of North America **52**(2): 333-344.

Horowitz, A. M. and D. V. Kleinman (2012). "Oral health literacy: a pathway to reducing oral health disparities in Maryland." Journal of public health dentistry **72**: S26-S30.

Jeffcoat, M. K., R. L. Jeffcoat, P. A. Gladowski, J. B. Bramson and J. J. Blum (2014). "Impact of periodontal therapy on general health: evidence from insurance data for five systemic conditions." American journal of preventive medicine **47**(2): 166-174.

Jeong, S. H. and H. K. Kim (2016). "Health literacy and barriers to health information seeking: A nationwide survey in South Korea." Patient education and counseling **99**(11): 1880-1887.

Jones, M., J. Y. Lee and R. G. Rozier (2007). "Oral health literacy among adult patients seeking dental care." The Journal of the American Dental Association **138**(9): 1199-1208.

Karaoğlanoğlu, S., N. Aydin, E. A. Oktay, Z. Y. Duymuş, A. şahin and F. T. Topçu (2018). "Diş Fırçalama ve Sigara İçme Alışkanlığının DMFT Oranına Etkisinin." Turkiye Klinikleri. Dishekimligi Bilimleri Dergisi **24**(2): 84-92.

Kidd, E. (2005). Essentials of Dental Caries. Thirds Edition, Oxford University Press. New York.

Kidd, E. and O. Fejerskov (2004). "What constitutes dental caries? Histopathology of carious enamel and dentin related to the action of cariogenic biofilms." Journal of dental research **83**(1\_suppl): 35-38.

Kindig, D. A., A. M. Panzer and L. Nielsen-Bohlman (2004). "Health literacy: a prescription to end confusion."

Kirsch, I. S. (1993). Adult literacy in America: A first look at the results of the National Adult Literacy Survey, ERIC.

Koray, F. (1981). "Diş çürükleri." İstanbul: Altın Matbaacılık: 45-50.

Kök, A. N. (2018). "Diş Hekimliği Uygulamalarında Sağlık Okuryazarlığı." Turkiye Klinikleri Endodontics-Special Topics **4**(3): 1-5.

Kutner, M., E. Greenburg, Y. Jin and C. Paulsen (2006). "The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. NCES 2006-483." National Center for education statistics.

Larsen, M. (1990). "Chemical events during tooth dissolution." Journal of dental research **69**(2\_suppl): 575-580.

Lima, K., L. Coelho, I. Pinheiro, I. Rocas and J. Siqueira Jr (2011). "Microbiota of dental caries as assessed by reverse-capture checkerboard analysis." Caries research **45**(1): 21-30.

Loesche, W. J. (1986). "Role of Streptococcus mutans in human dental decay." Microbiological reviews **50**(4): 353-380.

Mazzoni, A., L. Tjäderhane, V. Checchi, R. Di Lenarda, T. Salo, F. Tay, D. H. Pashley and L. Breschi (2015). "Role of dentin MMPs in caries progression and bond stability." Journal of dental research **94**(2): 241-251.

Mjör, I. A. (2002). Pulp-dentin biology in restorative dentistry, Quintessence Publishing Company.

Mount, G. J. (2005). "Defining, classifying, and placing incipient caries lesions in perspective." Dental Clinics **49**(4): 701-723.

Moynihan, P. and P. E. Petersen (2004). "Diet, nutrition and the prevention of dental diseases." Public health nutrition **7**(1a): 201-226.

Nery, E. and S. Oka (1982). "Developmental stages of the human dentition." Clinical dysmorphology of oral-facial structures. Littleton, Mass.: John Wright, PSG: 401-438.

Neuhaus, K. W., J. A. Rodrigues, I. Hug, H. Stich and A. Lussi (2011). "Performance of laser fluorescence devices, visual and radiographic examination for the detection of occlusal caries in primary molars." Clinical oral investigations **15**(5): 635-641.

Nguyen, D. H. and J. T. Martin (2008). "Common dental infections in the primary care setting." American family physician **77**(6): 797-802.

Norman, C. D. and H. A. Skinner (2006). "eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world." Journal of medical Internet research **8**(2): e506.

- Nutbeam, D. (2000). "Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century." Health promotion international **15**(3): 259-267.
- Nutbeam, D. and I. Kickbusch (2000). *Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century*, Oxford University Press. **15**: 183-184.
- Okutan, Y., M. B. Dönmez and M. T. Yücel (2017). "Sosyoekonomik Şartların Dişhekimliği Öğrencilerinin Ağız Sağlığına olan Etkisi: Anket Çalışması." Selcuk Dental Journal **4**(2): 59-67.
- Okyay, P. and F. Abacıgil (2016). "Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması." Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği Türkçe uyarlaması (ASOY-TR). Mayıs: 24-41.
- Okyay, P. and F. Abacıgil (Mayıs 2016). "Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması." Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği Türkçe uyarlaması (ASOY-TR): 24-41.
- Onotai, L. O. (2008). "A Review of the impact of the health literacy status of patients on health outcomes." Nigerian Health Journal **8**(3-4): 32-38.
- Oya, U., İ. DOĞRUEK, U. Uğur and C. DÖRTER (2012). "Diş HEKİMLİĞİ EĞİTİMİ SÜRECİNDE Diş HEKİMLİĞİ ÖĞRENCİLERİNİN KİŞİSEL AĞIZ HİJYENİ DAVRANIŞLARINDAKİ DEĞİŞİM." Journal of Istanbul University Faculty of Dentistry **46**(3): 29-42.
- Ozdemir, H., Z. Alper, Y. Uncu and N. Bilgel (2010). "Health literacy among adults: a study from Turkey." Health education research **25**(3): 464-477.
- Önal, B. (2001). "Restoratif Dişhekimliğinde Maddeler Bilgisi." Ege Üniversitesi Yayınları İzmir: 30-62.
- Öztaş, G. A. (2020). "Diş Hekimliği Fakültesi ve Sağlık Bakanlığı Hastaneleri diş polikliniklerine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı ve periodontal indekslerinin karşılıklı olarak değerlendirilmesi."
- Palumbo, R., C. Annarumma, P. Adinolfi, M. Musella and G. Piscopo (2016). "The Italian Health Literacy Project: Insights from the assessment of health literacy skills in Italy." Health Policy **120**(9): 1087-1094.
- Parker, R. M., D. W. Baker, M. V. Williams and J. R. Nurss (1995). "The test of functional health literacy in adults." Journal of general internal medicine **10**(10): 537-541.
- Petersen, P. E. (2004). "Continuous improvement of oral health in the 21st century: the approach of the WHO Global Oral Health Programme." Chinese Journal of Stomatology **39**(6): 441-444.
- Petersen, P. E. and S. Kwan (2010). "The 7th WHO Global Conference on Health Promotion-towards integration of oral health (Nairobi, Kenya 2009)." Community Dent Health **27**(Suppl 1): 129-136.
- Pitts, N. B., K. R. Ekstrand and I. Foundation (2013). "International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) and its International Caries Classification and Management System (ICCMS)—methods for staging of the caries process and enabling dentists to manage caries." Community dentistry and oral epidemiology **41**(1): e41-e52.
- Prevention, O. o. D. and H. Promotion (2000). "US Department of Health and Human Services: Healthy People 2010." <http://www.health.gov/healthypeople/>.
- Protheroe, J., R. Whittle, B. Bartlam, E. V. Estacio, L. Clark and J. Kurth (2017). "Health literacy, associated lifestyle and demographic factors in adult population of an English city: a cross-sectional survey." Health Expectations **20**(1): 112-119.
- Ritter, A. V. (2017). Sturdevant's art & science of operative dentistry-e-book, Elsevier Health Sciences.
- Roberson, T., H. Heyman and E. Swift (2011). *Introduction to art and science of operative dentistry*, St Louis: Mosby Co.
- Robinson, C. (1983). "Alterations in the composition of permanent human enamel during carious attack." Demineralisation and Remineralisation of the Teeth: 209-223.

Rowlands, G., N. Khazaezadeh, E. Oteng-Ntim, P. Seed, S. Barr and B. D. Weiss (2013). "Development and validation of a measure of health literacy in the UK: the newest vital sign." BMC public health **13**(1): 1-9.

Sabbahi, D. A., H. P. Lawrence, H. Limeback and I. Rootman (2009). "Development and evaluation of an oral health literacy instrument for adults." Community dentistry and oral epidemiology **37**(5): 451-462.

Selwitz, R. H., A. I. Ismail and N. B. Pitts (2007). "Dental caries." The Lancet **369**(9555): 51-59.

senel tekin, P. (2018). "HEALTH LITERACY: AN OVERVIEW OF THE MEDICAL SECRETARIAL TRAINING IN TURKEY." International Journal of Research - GRANTHAALAYAH **6**: 79-92.

Sezer, A. and H. KADIOĞLU (2014). "YETİŞKİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ'NİN GELİŞTİRİLMESİ." Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi **17**(3).

Shimada, Y., M. F. Burrow, K. Araki, Y. Zhou, K. Hosaka, A. Sadr, M. Yoshiyama, T. Miyazaki, Y. Sumi and J. Tagami (2020). "3D imaging of proximal caries in posterior teeth using optical coherence tomography." Scientific reports **10**(1): 1-14.

Singh, P. and P. Sehgal (2021). "G.V Black dental caries classification and preparation technique using optimal CNN-LSTM classifier." Multimedia Tools and Applications **80**: 1-18.

Sørensen, K., J. M. Pelikan, F. Röthlin, K. Ganahl, Z. Slonska, G. Doyle, J. Fullam, B. Kondilis, D. Agrafiotis and E. Uiters (2015). "Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU)." European journal of public health **25**(6): 1053-1058.

Sørensen, K., S. Van den Broucke, J. Fullam, G. Doyle, J. Pelikan, Z. Slonska and H. Brand (2012). "Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models." BMC public health **12**(1): 1-13.

Sørensen, K., S. Van den Broucke, J. M. Pelikan, J. Fullam, G. Doyle, Z. Slonska, B. Kondilis, V. Stoffels, R. H. Osborne and H. Brand (2013). "Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q)." BMC public health **13**(1): 1-10.

Sönmez, F. B. (2011). "Sağlık Okuryazarlığına AR-GE Yaklaşımı." Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü: 25-27.

Şahin, S., I. Saygun, Ş. Enhoş, M. Akyol, A. Altuğ and Ö. F. Tekbaş (2009). "Eğitim düzeyinin genç erişkin erkeklerde ağız sağlığına etkisinin değerlendirilmesi." Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi **26**(3): 133-139.

Tağtekin, D., E. Türkmen and F. Çalışkan-Yanikoğlu (2015). "The International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) its Play in Decision on Posterior Restorations." Türkiye Klinikleri **1**(3): 14-20.

TANRIÖVER, M. D., H. H. YILDIRIM, F. N. D. READY, B. ÇAKIR and H. E. AKALIN (2014). "Sağlık okuryazarlığı araştırması."

TANRIÖVER, M. D., H. H. YILDIRIM, F. N. D. READY, B. ÇAKIR and H. E. AKALIN (2014). "Sağlık okuryazarlığı araştırması." Sağlık-Sen Yayınları **6**: 42-47.

Taş, T. A. and N. Akış (2016). "Sağlık okuryazarlığı." Sted **25**(3): 119-124.

UNESCO (2014). "Country Profile: Turkey."

Vass, A., A. Mitchell and Y. Dhurrkay (2011). "Health literacy and Australian Indigenous peoples: an analysis of the role of language and worldview." Health Promotion Journal of Australia **22**(1): 33-37.

White, S., J. Chen and R. Atchison (2008). "Relationship of preventive health practices and health literacy: a national study." American journal of health behavior **32**(3): 227-242.

EK -1



T.C.  
UŞAK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU  
KARAR FORMU



Araştırmanın Açık Adı: Uşak Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Ve Tedavi Gereksinimi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi				
Dosya kabul Tarihi	Gelen Evrak No	Etik Kurul Toplantı Tarihi	Karar No	
29/04/2021	104-104	05/05/2021	10	
Sorumlu Araştırmacı Unvanı/Adı-Soyadı/Uzm. Alanı		Dr. Öğr. Üyesi Pınar GÜVENÇ		
Yardımcı Araştırmacılar Unvanı/Adı-Soyadı/Uzm. Alanı		Arş. Gör. Özhan YAĞCI		
Destekleyici				
Araştırmaya Katılan Merkezler		Tek Merkezli <input checked="" type="checkbox"/>	Çok Merkezli <input type="checkbox"/>	Ulusal <input type="checkbox"/>
			Uluslararası <input type="checkbox"/>	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 104-104-10		Tarih: 05.05.2021	
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			
<b>UŞAK KAİK</b>				
<b>ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI</b>		UŞAK GOKAEK Yönergesi, İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu		
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Araştırma ile ilişki		
Prof. Dr. Ufuk BERBEROĞLU (Başkan)	Halk Sağlığı	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Şehrazat EVİRGEN (Başkan Yardımcısı)	Ağız Diş Çene Radyolojisi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof Dr. Sema YILMAZ	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Serkan BODUR	Kadın Hast. ve Doğum	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Doç. Dr. Kağan ÖZKUK	T. Ekol. ve Hidrok.	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Serçin ÖZLEM ÇALIŞKAN (Bildirimlerden Sorumlu Üye)	Biyofizik	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Bilge ÖZCAN	Tıbbi Farmakoloji	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Selçuk GÜREL	Çocuk Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Dr. Öğr. Üyesi Nurullah DAMBURACI	Genel Cerrahi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Av. Zakire BAYRAKTAR DÜZGÜN	Avukat	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Av. Nihan KUŞÇU DAMBURACI	Sivil Üye	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Hilal ARSLAN CANDAN	Eczacı	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

## EK-2

### DMFT/dft İNDEKS FORMU

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

**D: Çürük, M: Çekilmiş, F: Dolgulu**

DMFT =

dft =

**ICDAS Skoru**

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

Hastanın Adı Soyadı :

Protokolü :

### EK-3

#### **LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ**

Sizi Pınar GÜVENÇ tarafından yürütülen “Uşak Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığı ve Tedavi Gereksinimi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi ” başlıklı ankete dayalı bir **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahiptir. **Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır Size verilen **anket formlarındaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırma Sorumlusu

(Dr. Öğr. Üyesi Pınar GÜVENÇ)

**Araştırmanın Amacı:** Bireyin sağlık okuryazarlığı ile ağız sağlığı arasındaki ilişkiyi araştırmak

**İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:** Anket soruları toplam 32 sorudan oluşmaktadır. Araştırma gönüllülük esasına dayanmaktadır. İstedığınız herhangi bir zaman, istediğiniz bir sorudan başlayarak anket sorularını cevaplayabilirsiniz. Soruları cevaplamak yaklaşık 15-20 dk sürecektir.

**Araştırmanın Süresi:** 6 ay

**Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı:** 130

**Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler):** Uşak Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi

**Araştırmaya Katılan Araştırmacılar:**

Dr. Öğr. Üyesi Pınar GÜVENÇ

Arş. Gör. Özhan YAĞCI

## EK-4

### Sosyo-Demografik Anket Formu

1- Yaş:

- 15-24  25-34  35-44  
 45-54  55-64  64-

2- Cinsiyet:

- Kadın  Erkek

3- Medeni Durum:

- Bekar  Evli

4- Eğitim Durumu:

- İlkokul ve altı  Ortaokul  Lise  
 Üniversite ve üzeri

5- Genel Sağlık Durumu:

- Sistemik Rahatsızlık    
Sürekli İlaç Kullanımı

6- Meslek Grubu:

- Sağlık Çalışanı  Öğrenci  Esnaf  
 Kamu  Ev Hanım  Özel Sektör  
 Diğer

7- Gelir Durumu

- Düşük  Orta  İyi

8- Diş Fırçalama Sıklığı

- Günde 2 kez  Günde 1 kez  
 Haftada 1-2 kez  Hiç

9- Diş Hekimine Gitme Sıklığı

- 6 ayda 1 kez  Yılda 1 kez  
 3-4 yılda 1 kez  4 yıl ve üzeri

Hastanın Adı Soyadı :

Protokolü :

EK-5

Hastanın Adı Soyadı :

Protokolü :

Soru No	Maddenin içeriği					
		1. Çok Kolay	2. Kolay	3. Zor	4. Çok Zor	5. 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 davranışları başa çekilene kadar ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışları başa çekilene kadar 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 etkileyebileceğini 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) sağlığını 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




## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Özhan YAĞCI

### Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet tarihi
Yüksek lisans	Ege Üniversitesi/Diş Hekimliği Fakóltesi	2018
Lise	Erzincan Fen Lisesi	2012

### Mesleki Deneyim

Yıl	Yer	Görev
2018-2022	Uşak Üniversitesi	Araştırma Görevlisi

### Yabancı Dil

İngilizce

### Yayınlar

“Kompozit Rezinlerde Ön Isıtma” Sözlü Bildiri

2. ULUSLARARASI EGE SAğLIK ALANLARI SEMPOZYUMU 2021 (UESAS'21)

“SİSTEMİK HASTALIKLAR VE DİŞ ÇÜRÜğÜ”

Sağlık & Bilim 2022: Medikal Araştırmalar-1

“DİŞ HEKİMLİğİNDE ZİRKONYA”

Sağlık & Bilim 2022: Medikal Araştırmalar-1