

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ
KISA FORMU'NUN (ADSOY-14)
TÜRK DİLİNE UYARLAMASI**

UZMANLIK TEZİ
DR. ÇİĞDEM YILMAZ AYDIN

DANIŞMAN
Prof.Dr. Pınar OKYAY

AYDIN-2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimi ile eğitimime değerli katkısı olan, tez çalışma sürecinde benden ilgi ve desteğini esirgemeyip her zaman yol gösteren tez danışmanım Prof. Dr. Pınar OKYAY'a;

Halk sağlığı eğitimime büyük katkı sağlayan Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı emekli öğretim üyesi Prof. Dr. Erdal BEŞER ile öğretim üyeleri Prof. Dr. E. Didem EVCİ KİRAZ ve Prof. Dr. Filiz ABACIGİL'e;

Asistanlığım boyunca beraber çalıştığım arkadaşlarıma;

Tezimin çeviri, dil geçerliliği ve uzman görüşü aşamalarında yardımcı olan Adnan Menderes Üniversitesi öğretim üyelerine; veri toplama aşamasında destek olan 09 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve ADÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Poliklinik çalışanlarına;

Tüm çalışma sürecinde beni her zaman destekleyip yanımda olan sevgili eşim Caner, canım kızım Ela ve oğlum Ege'ye;

Bugünlere gelmemde büyük emekleri olan değerli annem, babam, ablam ve abime;

Sonsuz teşekkürlerimi bir borç bilirim.

Dr. Çiğdem YILMAZ AYDIN

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
TABLolar DİZİNİ.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
EKLER DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1 Ağız ve Diş Sağlığı.....	4
2.1.1 Ağız ve Diş Sağlığı ile Genel Sağlık İlişkisi.....	4
2.1.2 Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri.....	5
2.1.3 Toplum Ağız ve Diş Sağlığı Sorunları ve Halk Sağlığı Açısından Önemi.....	7
2.2 Sağlık Okuryazarlığı.....	8
2.2.1 Sağlık Okuryazarlığı Kavramı.....	8
2.2.2 Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi.....	10
2.2.3 Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri.....	12
2.3 Ağız ve Diş Sağlığı Okuryazarlığı.....	13
2.3.1 Ağız ve Diş Sağlığı Okuryazarlığı Tanımı.....	13
2.3.2 Ağız ve Diş Sağlığı Okuryazarlığı Değerlendirilmesi.....	13
2.4 Ölçek Uyarlama Çalışmaları.....	14
2.4.1 Psikolinguistik Değerlendirmeler (Dilsel Eşdeğerlilik ve Kültürel Uyarlama).....	15
2.4.2 Psikometrik Değerlendirmeler (Geçerlilik ve Güvenirlilik Analizleri).....	16
2.4.2.1 Geçerlilik.....	17
2.4.2.2 Güvenirlilik.....	22

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1 Etik Açıklamalar ve İzinler	25
3.2 Araştırma Yeri ve Zaman Çizelgesi	25
3.2.1 Araştırma Yeri.....	25
3.2.2 Araştırma Zaman Çizelgesi.....	27
3.3 Araştırma Tipi	28
3.4 Araştırmanın Evreni, Örnek Büyüklüğü ve Örnek Seçimi	28
3.4.1 Araştırmanın Evreni	28
3.4.2 Araştırmanın Örnek Büyüklüğü ve Örnek Seçimi	28
3.5 Araştırmaya Dahil Olma, Araştırmadan Dışlanma ve Çıkarılma Kriterleri	29
3.5.1 Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri	29
3.5.2 Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	29
3.5.3 Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri	29
3.6 Veri Toplama Aracı ve Yöntemi.....	30
3.6.1 Veri Toplama Aracı.....	30
Sosyodemografik Veriler	30
Ağız ve Diş Sağlığı ile Genel Sağlık Durumu	30
Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32).....	30
Ağız ve Diş Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Form (ADSOY-14)	31
3.6.2 Veri Toplama Yöntemi	32
3.7 Verilerin analizi ve değerlendirilmesi	32
3.7.1 Psikolinguistik değerlendirmeler	33
3.7.1.1 Çeviri Aşamaları	33
3.7.1.2 Tek Metin Oluşturma/Kültürel Uyarılama	33
3.7.1.3 Ön Deneme.....	33
3.7.2 Psikometrik değerlendirmeler (Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri)	34

3.7.2.1 Yüz (Görünüm) geçerliliği.....	36
3.7.2.2 Dil geçerliliği	36
3.7.2.3 Kriter geçerliliği.....	36
3.7.2.4 Yapı geçerliliği.....	36
3.7.2.5. Yakınsak (Convergent) ve Iraksak (Discriminant) Geçerlilik	37
3.7.2.6 İç Tutarlılık.....	37
3.7.2.7 Paralel Form Güvenilirliği	37
3.7.2.8 Test-Tekrar Test Güvenilirliği	37
3.7.2.9 İki Yarı Güvenilirliği.....	38
3.8 Araştırma Bütçesi ve Destekler.....	38
4. BULGULAR.....	39
4.1 Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri	39
4.1.1 Sosyodemografik özellikler	39
4.1.2 Katılımcıların Sağlık Durumlarına Ait Bulgular.....	44
4.1.2.1.Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Bulgular.....	44
4.1.2.2.Sağlıklı Yaşam Davranışları ile İlgili Bulgular.....	46
4.2 ADSOY-14 Uyarılama Çalışmasının Psikolinguistik Değerlendirme Bulguları	49
4.2.1 Tek metin oluşturma (Çeviri/geri çeviri, Kültürel uyarılama, Uzman görüşü).....	49
4.2.2 Ön deneme	57
4.3 ADSOY-14 Ölçeği Türk Diline Uyarılmasında Psikometrik Değerlendirme Bulguları.....	57
4.3.1 Geçerlilik Analizlerine Ait Bulgular	57
4.3.1.1. Yüz (Görünüm) Geçerliliği.....	57
4.3.1.2. Dil geçerliliği	59
4.3.1.3. Kriter Geçerliliği	59
4.3.1.4. Yapı Geçerliliği.....	60

4.3.2 Güvenilirlik Analizine Ait Bulgular.....	68
4.3.2.1.İç tutarlılık.....	68
4.3.2.2.Paralel Form Yöntemi Bulguları.....	72
4.3.2.3. Test Tekrar Test Yöntemi Bulguları.....	73
4.3.2.4. İki Yarıya Bölme Yöntemi Bulguları.....	73
4.4 Ağız ve Diş Sağlık Okuryazarlığı-Kısa Formu Ölçek Puanının Tanımlayıcı Özellikleri73	
4.4.1 Başvuru yerlerine göre ADSOY-14 Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	73
4.4.2 Sosyodemografik Özelliklere Göre ADSOY-14 Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması .	74
4.4.3 Ağız ve Diş Sağlığı Bilgi ve Davranışlarına Göre ADSOY-14 Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	76
4.4.4 Genel Sağlık Bilgi ve Davranışlarına Göre ADSOY-14 Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	79
4.4.5 Sağlık Okuryazarlık Düzeylerine göre ADSOY-14 Ölçeği Karşılaştırma Bulguları ...	81
5. TARTIŞMA	83
5.1 Araştırmanın Genel Değerlendirilmesi	83
5.2 Türk Diline Uyarlama Bulgularının Değerlendirilmesi	84
5.2.1 Geçerlilik Bulgularının Değerlendirilmesi.....	86
5.2.1.1 Açıklayıcı Faktör Analizi Bulgularının Değerlendirilmesi	86
5.2.1.2 Doğrulayıcı Faktör Analizinin Bulgularının Değerlendirilmesi.....	87
5.2.2 Güvenilirlik Bulgularının Değerlendirilmesi	88
5.3 Ölçeğin Genel Değerlendirmesi.....	89
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	93
7. KISITLILIKLAR.....	96
8. SINIRLILIKLAR VE GÜÇLÜ YANLAR.....	97

TABLolar DİZİNİ

Tablo I. Kaiser-Meyer-Olkin Testi Ortak Varyans Derecesi Değerlendirmesi.....	19
Tablo II. DFA’da Kullanılan Uyum İyiliği İndeksleri Kabul Edilebilir Değerleri.....	21
Tablo III. ADSOY-14 Türk Diline Uyarlama alışması Zaman izelgesi.....	27
Tablo IV. ADSOY-14 leği Türk Diline Uyarlama Psikometrik Değerlendirme Analizleri...	35
Tablo V. Katılımcıların Sağlık Kurumlarına Başvuru Yerlerine Göre Temel Sosyodemografik zellikleri -1.....	40
Tablo VI. Katılımcıların Sağlık Kurumlarına Başvuru Yerlerine Göre Temel Sosyodemografik zellikleri-2.....	42
Tablo VII. Katılımcıların Sağlam ve rk Diş Sayıları ile Dişlerine Yapılan İşlemleri Bilme Durumları.....	45
Tablo VIII. Katılımcıların Diş Fırçalama ve Diş İpi Kullanım Davranışları.....	46
Tablo IX. Katılımcıların Asitli/Gazlı İçecek, Şekerli Gıda/Tatlandırıcı Tüketimi ve Sigara İçme Davranışları.....	47
Tablo X. Katılımcıların Başvuru Yerlerine Göre Sağlık Kurumuna Başvuru Nedenleri.....	48
Tablo XI. HeLD-14 leğinin eviri ve Geri eviri Aşamaları Sonrası Oluşturulan ADSOY-14 leği evirileri.....	50
Tablo XII. Çeviri, Geri eviri ve Uzman Grşu Sonrası Hazırlanan ADSOY-14 leği.....	56
Tablo XIII. ADSOY-14 leğinin Kültürel Uyarlama Sonrası Oluşturulan Metine Uzmanlar Tarafından Yapılan Değerlendirmeler.....	58
Tablo XIV. Kaiser-Meyer-Olkin ve Barlett Küresellik Testi Sonuçları.....	60
Tablo XV. Alt Boyutların zdeğer ve Açıklanan Toplam Varyans Tablosu.....	61
Tablo XVI. ADSOY-14 leğinin Maddelerinin Faktör Yükleri.....	62
Tablo XVII. AFA Sonrası nerilen Dört Boyutun Korelasyon Değerleri.....	63
Tablo XVIII. ADSOY-14 leği Maddelerinin Tanımlayıcı zellikleri.....	64
Tablo XIX. Doğrulatoryıcı Faktör Analizi Modifikasyon ncesi ve Sonrası Standardize Regresyon Katsayıları.....	64
Tablo XX. Modifikasyon Sonrası Doğrulatoryıcı Faktör Analizi Uyum İndeksi Değerleri.....	67
Tablo XXI. ADSOY leği DFA Sonrası Belirlenen Boyutlar Arası Korelasyon Değerleri..	68
Tablo XXII. ADSOY leği DFA Sonrası Belirlenen Boyutların AVE, CR, MSV ve ASV Değerleri.....	68

Tablo XXIII. AFA ve DFA Modellemelerine Göre ADSOY-14 Ölçek ve Alt Boyutların Cronbach Alfa ile Taban ve Tavan Yüzde Değerleri.....	69
Tablo XXIV. ADSOY-14 Ölçeği Maddelerinin AFA ve DFA Modellerinde Düzeltilmiş Madde Toplam Korelasyonu ve Madde Çıkartıldığında Cronbach Alfa Katsayıları.....	70
Tablo XXV. ADSOY-14 Ölçeği Maddelerinden ve Alt Boyutlardan Alınan Puanların Tanımlayıcı Özellikleri.....	72
Tablo XXVI. Katılımcıların Test-Retest Uygulamalarından Aldıkları ADSOY-14 Ölçeği Puan Ortanca, En Alt-En Üst ve Birinci, Üçüncü Çeyrek Değerleri.....	73
Tablo XXVII. Katılımcıların ADSOY-14 Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Başvuru Yerlerine Göre Karşılaştırılması.....	74
Tablo XXVIII. Katılımcıların ADSOY-14 Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....	75
Tablo XXIX. Katılımcıların Ağız ve Diş Sağlığı Bilgi ve Davranışlarına göre ADSOY-14 Alt Boyut ve Toplam Puan Değerleri.....	77
Tablo XXX. Katılımcıların Çürük, Dolgulu, Protezli ve İmplantlı Dişe Sahip Olma Durumlarına Göre ADSOY Ölçek Puanları.....	78
Tablo XXXI. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Davranışlarına Göre ADSOY-14 Alt Boyut ve Toplam Puan Değerleri.....	80
Tablo XXXII. Katılımcıların Kronik Hastalık Durumlarına Göre ADSOY-14 Puanları.....	81
Tablo XXXIII. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlık Düzeylerine Göre ADSOY-14 Puanları-1.....	82
Tablo XXXIV. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlık Düzeylerine Göre ADSOY-14 Puanları-2.....	82
Tablo XXXV. HeLD-14 Ölçek Uyarlama Çalışmaları ve Kullanılan Değerlendirme Yöntemleri.....	85
Tablo XXXVI. HeLD-14 Ve ADSOY-14 Uyarlama Çalışmaları Katılımcılarının Sosyodemografik Verileri.....	90

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Katılımcıların Başvuru Yerlerine Göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri.....	44
Şekil 2: Katılımcıların Sağlık Bilgisine Başvuru Kaynakları.....	49
Şekil 3. ADSOY Toplam Puanı ile HeLD Toplam Puanı Korelasyon Grafiği.....	59
Şekil 4. ADSOY Toplam Puanı ile TSOY-32 İndeks Puanı Korelasyon Grafiği.....	60
Şekil 5. Açımlayıcı Faktör Analizi Yamaç Birikinti Grafiği.....	61
Şekil 6. İkinci Düzey Çok Faktörlü Doğrulayıcı Faktör Analizi Modifikasyon Öncesi.....	65
Şekil 7. İkinci Düzey Çok Faktörlü Doğrulayıcı Faktör Analizi Modifikasyon Sonrası.....	66

KISALTMALAR DİZİNİ

AB: Avrupa Birliği

AFA: Açımlayıcı Faktör Analizi

AGFI: Adjusted Goodness of Fit Index

AMA: American Medical Association

AMOS: Analysis of Moment Structures

ASV: Paylaşılan Varyansın Karesinin Ortalaması /Average Shared Square Variance

AVE: Ortalama Açıklanan Varyans /Average Variance Extracted

CFI: Comparative Fit İndex

CR: Composit Reliability

DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

DMFT: Çürük-Kayıp-Dolgulu Diş İndeksi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GFI: Goodness Of Fit İndeks

HeLD-29: Health Literacy Dental Scale

HeLD-14: Health Literacy Dental Scale-Short Form

ICC: Sınıf İçi Korelesyon Katsayısı

KMO: Kaiser-Meyer-Olkin Testi

MSV: Maksimum Paylaşılan Varyansın Karesi /Maximum Squared Variance

NAAL: National Assessment of Adult Literacy Survey

OECD: Organisation for Economic Co-Operation and Devolopment

OHL-AQ: Oral Health Literacy-Adult Questionnaire

OHLI: Oral Health Literacy Instrument

REALD-30: Rapid Estimate of Adult Literacy İn Dentistry

REALD-99: Rapid Estimate of Adult Literacy İn Dentistry

REALM: Rapid Estimate of Adult Literacy İn Medicine

RMSEA: Root Mean Square Error Of Approximation

RMR: Root Mean Squared Residual

SRMR: Standardize Root Mean Squared Residual

TSOY-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

TOFHLID: Functional Health Literacy Test İn Dentistry



EKLER DİZİNİ

EK-1. HeLD-14 Ölçeği Türk Diline Uyarlama İzini Amaçlı Ölçek Sahibi ile Yazışma.....	113
EK-2. Diş Hekimliğinde Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türk Diline Uyarlama Çalışması Etik Kurul Onayı.....	114
EK-3. Diş Hekimliğinde Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türk Diline Uyarlama Çalışması Üniversite Hastanesi Başhekimlik Onayı.....	115
EK-4. Diş Hekimliğinde Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türk Diline Uyarlama Aydın İl Sağlık Müdürlüğü Onayı.....	116
EK-5. Ağız ve Diş Sağlık Okuryazarlığı-Kısa Formu (ADSOY-14) Türk Diline Uyarlama Çalışması Etik Kurul İsim Değişikliği Onay Yazısı.....	117
EK-6. Veri Toplama Aracı Taslağı.....	118
EK 7. Ağız ve Diş Sağlığı Okuryazarlığı-Kısa Formu (ADSOY-14) Uzman Görüşü Sonrası Son Şekli.....	123
EK 8. Ön Deneme Sonrası Kabul Edilen Veri Toplama Aracı.....	124
EK 9. Psikolinguistik Değerlendirme Uygulamaları ve Tez Değerlendirme Aşamalarında Katkısı Olan Kişiler.....	129
EK 10. Türk Diline Uyarlama Sonrası Model Uyumu Kabul Edilen Ağız ve Diş Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Formu (ADSOY-12)	130

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Literatürde ilk kez 1974 yılında Simonds tarafından tanımlanmış olan sağlık okuryazarlığı kavramı 1986 yılında gerçekleşen 1.Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı'nın ardından sağlığın geliştirilmesi adına yapılan çalışmalarla ön plana çıkmıştır (1). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, "insanların sağlıkları üzerinde kontrolü artırmalarına ve sağlıklarını iyileştirmelerine olanak tanıyan bir süreç" olarak tanımlanmaktadır (2). Sağlığın geliştirilmesi alanında, ilk kez Ottawa şehrinde 1986 yılında yapılan Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansında sağlıkla ilgili bilgilerin anlaşılabilir bir şekilde düzenlenmesi ve toplumun buna uygun davranış geliştirmesi gerektiği belirtilmiştir.

1998 yılında sağlık okuryazarlığı kavramına Dünya Sağlık Örgütü'nün hazırladığı (DSÖ) Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğünde ayrıntılı yer verilerek, sağlık okuryazarlığının broşürleri okuyabilmekten ve randevu alabilmekten daha fazlası olduğu belirtilmiştir. Sağlık okuryazarlığını güçlendirmenin, insanların sağlık bilgilerine erişimini ve bunları etkin bir şekilde kullanma kapasitelerini geliştirmede kritik önem taşıdığı ifade edilmiştir (3). Sağlık okuryazarlığının zaman içerisinde çeşitli tanımları yapılmakla beraber Sorenson tarafından 2012 yılında yapılan "yaşam boyu hayat kalitesini sürdürmek veya iyileştirmek için günlük yaşamda sağlık, hastalık önleme ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili kararlar almayı ve bu kararları almak için gereken bilgi, motivasyon, sağlık bilgilerine erişim, anlama, değerlendirme ve uygulama yeterliliklerini içerir" şeklindeki tanımları oldukça kabul görmüştür (4).

Sağlık okuryazarlığının Türkçe tanımına baktığımızda ise T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan "Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğünde, "Bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdüreceği şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder" şeklinde ifade edildiği görülmektedir (5).

Günümüzde sağlık okuryazarlığı kavramı sağlıkla ilgili bilgi ve hizmetlerin topluma aktarılmasında yaşanan sorunlar, uygun olmayan sağlık hizmeti kullanımları sonucu sağlık harcamalarında oluşan artışlar, koruyucu sağlık hizmetlerinin ve sağlık hizmeti kullanımında

kişisel sorumlulukların ön plana çıkması gibi nedenlerle daha da önem kazanmaktadır (6,7). Sağlık okuryazarlığının yeterli düzeyde olması, kişilerin sağlıkla ilgili bilgi ve hizmetlere düzgün şekilde ulaşabilmelerini ve sağlık hizmeti talimatlarını doğru anlayabilmelerini sağlamaktadır. Kaynakların uygun şekilde değerlendirilmesi, sağlık hizmetlerinde kalitenin yükseltilmesi ve bireyin kendi sağlığı ve toplum sağlığıyla ilgili söz sahibi olmasında sağlık okuryazarlığının yüksek düzeyde olması önemli bir basamaktır (8).

Sağlık okuryazarlığının birçok alt başlığı bulunmaktadır. Bunlardan biri olan ağız ve diş sağlığı okuryazarlığı ile ilgili olarak Amerikan Diş Hekimliği Birliği ‘sınırlı ağız ve diş sağlığı okuryazarlığının, ağız hastalıklarının etkili bir şekilde önlenmesi, teşhis edilmesi ve tedavi edilmesi için bir engel oluşturduğunu’ ifade etmektedir (9). Ağız ve diş sağlığı okuryazarlığının geliştirilmesi ile ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin daha düzenli şekilde kullanılacağı bilinmektedir.

Ağız sağlığı, genel sağlık, refah ve yaşam kalitesinin temel bir göstergesidir (10). Ağız ve diş sağlığı genel sağlık ile etkileşim içinde olup genel sağlığın önemli bir parçasıdır. Ağız ve diş hastalıkları sistemik hastalıkları etkilemekte iken, sistemik hastalıklar da bireylerin ağız ve diş sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Ağız ve diş hastalıkları hem ülkemizde hem de diğer birçok ülkede çok yaygın görülmesi nedeniyle tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul görmektedir. 195 ülke verileri üzerinden hazırlanmış olan Küresel Hastalık Yüğü Çalışması 2017, ağız hastalıklarının dünya çapında 3,5 milyar insanı etkilediğini ve tedavi edilmemiş diş çürüklerinin en yaygın bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında yer aldığını raporlamıştır (11).

Ağız ve diş sağlığı sorunlarının sık ve tekrarlı şekilde görülmesi ülkelerde önemli tedavi bütçelerine neden olmaktadır. Geçmişte ağız ve diş sağlığına yaklaşım daha çok tedavi edici hizmetler üzerinden yapılmakta iken ağız ve diş hastalıklarını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde verilmediği bilinmektedir. Bu hastalıkların koruyucu uygulamalarla önenebilir olması koruyucu diş hekimliğinin önemini artırmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerin geliştirilmesi ile ağız ve diş sağlığı sorunlarının genel sağlık üzerine olan etkilerinin de azaltılabileceği bilinmektedir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyi ile genel sağlık sorunları arasındaki ilişkilerin incelendiği çok sayıda araştırma mevcut iken, ağız ve diş sağlığı okuryazarlığı düzeyi ile hem genel sağlık

hem de ağız ve diş sağlığı arasındaki ilişkilere yönelik araştırmaların kısıtlı olduğu görölmektedir.

Literatür incelendiğinde ağız ve diş sağlığı okuryazarlığı değerlendirmesinde sağlık okuryazarlığı değerlendirmesinde kullanılan ölçekler kadar alternatif olmasa da farklı dillerde geliştirilen ölçeklerin olduğu görölmüştür. Bu ölçeklere ‘Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry (REALD-30, REALD-99)’, ‘Functional Health Literacy Test in Dentistry (TOFHLiD)’, ‘Oral Health Literacy Instrument (OHLI)’, ‘Oral Health Literacy-Adult Questionnaire (OHL-AQ) ölçekleri örnek olarak verilebilir (12-16). Türkiye’de yapılan konu ile ilgili çalışmalara bakıldığında ise sadece Peker K. ve arkadaşlarının REALD-30 ölçeğinin Türk diline uyarlaması çalışmasının olduğu, doğrudan Türk dilinde geliştirilen bir ölçek olmadığı görölmüştür (17). Ancak REALD-30 ölçeği incelendiğinde sadece kelime tanıma üzerine yapılandırıldığı ve uygulanabilirliğinin düşük olduğu görölmüştür.

Ağız ve diş sağlığı okuryazarlığının değerlendirilmesinde daha kapsamlı ve uygulanabilir bir Türkçe araç geliştirilmesine ihtiyaç olduğu düşünölmüştür. Ağız ve diş sağlığı okuryazarlığını ölçmek için ölkemizde kullanılacak geçerli ve güvenilir bir araca gereksinim vardır. Bu ölçümlerin sağlık hizmetlerine yapılan müdahalelerin daha etkin şekilde değerlendirilmesinde kullanılması önerilmektedir.

Bu çalışmanın ana amacı ‘‘Health Literacy Dental Scale-Short Form (HeLD-14)’’ ölçeğinin Türkçeye uyarlamasının yapılarak ölkemizde ağız ve diş sağlık okuryazarlığı hakkında toplum temelli halk sağlığı çalışmalarında daha kolay kullanılabilir olacak geçerli ve güvenilir bir araç geliştirmektir. İkincil olarak da çalışmaya katılan kişilerin ağız ve diş sağlık okuryazarlığı düzeylerini etkileyen faktörler, ağız ve diş sağlığı okuryazarlığı düzeyleri ile sağlık durumları arasındaki ilişkilerin araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Ağız ve Diş Sağlığı

Ağız ve diş sağlığı, sağlıklı dişlere sahip olmaktan daha öte bir anlam taşımaktadır; bireysel ve toplumsal olarak sağlıklı olmanın ve yaşam kalitesinin bir göstergesi olarak tanımlanmaktadır (18). Ağız ve diş sağlığı dendiği zaman akla sadece diş sağlığı gelmemelidir. Ağız içindeki tükürük bezleri, çiğneme kasları, oral mukoza, diş eti ve çevre dokuları, damaklar, sert ve yumuşak diğer tüm yapılar ağzın bölümlerini oluşturmaktadır. Bu yapıların bir bütün olarak sağlığı ağız ve diş sağlığı olarak değerlendirilmektedir.

Bireylerin yaş, cinsiyet, beslenme alışkanlıkları, bağlı oldukları toplum, mevcut sistemik hastalıkları, kültürel ve sosyoekonomik durumları ağız ve diş sağlığında önemli bir faktör olarak görülmektedir (19).

2.1.1 Ağız ve Diş Sağlığı ile Genel Sağlık İlişkisi

Sağlık kavramı ile ağız ve diş sağlığı kavramları birbirlerinden bağımsız olarak değerlendirilemez (20). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) anayasasında sağlık 'sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, insanların fiziksel, ruhsal ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir' şeklinde tanımlanamaktadır (21). Son yıllarda DSÖ'nün bu tanımının yetersiz olduğu düşünülmekte ve yeni bir anlayışla değerlendirme ihtiyacı olduğu görülmektedir. Sağlığın kişiye yönetim yeteneği, seçim özgürlüğü ve kendi çevresini değiştirme yeterliliği veren bir kavram olduğu ve kişisel yetkinliğin kazanılması olarak da tanımlanabileceği ifade edilmektedir (22).

Ağız ve diş sağlığı ile genel sağlık arasındaki ilişkinin açıklanması için çeşitli araştırmalar yapılmaktadır (23). Ağız ve diş sağlığının bozulması hemen bir rahatsızlığa neden olmamakta, ancak uzun dönemde birçok sağlık problemine öncülük ettiği görülmektedir. Ağız ve diş sağlığı, genel sağlığın önemli ve bütünleyici bileşenlerinden biridir. Genel sağlık için iyi bir ağız hijyenin sağlanması gerekmektedir (24,25). Bireylerin ağız ve diş sağlığı ile ilgili yaşadıkları ağrı, yeme ve çiğnemedeki zorluklar, diş kayıplarının neden olduğu iletişim kurma zorlukları ve sararmış ya da zarar görmüş dişler bireyin günlük faaliyetlerini ve fiziksel, ruhsal

ve sosyal iyilik halini olumsuz yönde etkilemektedir (26). Yapılan araştırmalar diş eti iltihabına sahip bireylerde bazı sistemik hastalıkların gelişme riskinin de arttığını göstermiştir. Artan bu riskin tıbbi risk faktörlerinden bağımsız olduğu ve diş eti iltihabının şiddetiyle ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bu araştırmalar sonucunda diş eti iltihabının diyabet, kalp-damar hastalıkları, ateroskleroz, bazı solunum sistemi hastalıkları ile ilişkili olduğu, kadınlarda meme kanseri riskini artırdığı ve diş eti hastalığı olan hamile kadınların erken doğum ve düşük doğum ağırlıklı bebek dünyaya getirme ihtimalini artırdığı saptanmıştır. Yapılan araştırmalar kentlerde, büyük yerleşim merkezlerinde yaşayan insanların dişhekimine kırsal alanda köylerde yaşayanlara göre daha sık gittiğini göstermiştir. Diş hekimliği hizmetlerinin kullanımının da eğitim düzeyiyle doğru orantılı olduğu görülmüştür. Yüksek gelir düzeyinde ve sigorta kapsamında olanların diş hekimine daha düzenli gittiği tespit edilmiştir (27-29).

2.1.2 Ağız ve Diş Sağığı Hizmetleri

Tarihte diş tedavilerinin M.Ö. 7000 yıllarında yapılmaya başlandığı bilinmekle beraber diş hekimliğinin bir meslek olarak ortaya çıkması 18. yüzyılı bulmuştur. Türkiye’deki bilimsel diş hekimliğinin başlangıcı “Darülfünun Osmanlı Tıp Fakültesi Dişçi Mektebi” kuruluş tarihi olan 22 Kasım 1908 olarak kabul edilmektedir. 22 Kasım günü “Diş Hekimleri Günü” olarak kabul edilmiş ve içinde bulunduğu hafta “Toplum Ağız ve Diş Sağığı Haftası” olarak her yıl kutlanmaktadır.

1928 tarih ve 1219 sayılı “Tababet ve Şuabatı sanatlarının Tarzına Dair Kanun” un 30. maddesi “*Türkiye Cumhuriyeti dahilinde dişçilik sanatını icra ve diş tabibi unvanını taşıyabilmek için Türk olmak ve Türkiye Darülfünunu Dişçi Mektebinden diploma almak lazımdır.*” ifadesi Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde diş hekimliği mesleğinin kimler tarafından yapılabileceğini ortaya koymaktadır (30)

Çok yakın bir tarihe kadar sağıık politikalarında, geri ödeme kurumları ve sağıık hizmeti sunucuları ağız ve diş sağıığı kavramı genel sağııktan ayrı düşünölmekte ve kararları o çerçevede verilmekte idi. Literatür bilgilerinin artması ile ağız ve diş sağıığı ve genel sağıık arasındaki ilişki benimsenmiş ve sağıık hizmetlerinin plan ve programlanmasında ağız ve diş sağıığı hizmetleri de daha önemli bir konuma gelmiştir. Sağıık Bakanlığı 2000 yılında yayımladığı “Ülkemizde Sağıık Hizmetlerinin Yürütölməsi Hakkında Yönerge”nin 58-63-73b ve 100 numaralı maddelerinde; birinci basamak sağıık hizmeti sunan birimlerden ve sağıık ocaklarından ağız diş sağıığı konusunda koruyucu ve tedavi edici programlar hazırlamasını ve/veya hazırlamış olduğu programları uygulamasını, sağıık ocağı bölgesindeki

toplumu ağız ve diş sağlığı konusunda eğitmesini, belirli aralıklarla ağız-diş sağlığı sorunlarının saptanması için taramalar yapmasını ve sonuçlarını değerlendirerek gerekli önlemleri almasını istemektedir (31).

Ağız ve diş sağlığı sorunları dünya genelinde görülme sıklığının ve bireyler üzerinde etkisinin fazla olması ve tedavi maliyetlerinin yüksek olması nedeniyle önemli bir halk sağlığı problemidir (32).

Ağız ve diş sağlığı hizmetleri temel sağlık hizmetleri içerisinde yer alması gereken önemli bir hizmet alanıdır (20). Bu hizmetler bireylerin ve toplumun ağız ve diş sağlığının korunması, hastalıklarının tedavi edilmesi ve ağız diş sağlığı düzeyinin yükseltilmesi amacıyla yapılan hizmetlerdir. Sağlık bakanlığı teşkilatında Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Dairesi Başkanlığında yer alan Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Tescil Birimi ağız ve diş sağlığı merkezi ve benzeri sağlık kuruluşlarının planlamaya uygun olarak kurulması, işletilmesi, her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi, faaliyetlerin izlenmesi ve değerlendirilmesi görevlerini yerine getirmektedir (33). 2020 yılı Haziran ayında Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Ağız ve Diş Sağlığı Daire Başkanlığı kurulmuş ve her türlü koruyucu ve tedavi edici topluma yönelik ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin planlanmasının bu daire başkanlığı kapsamında yürütülmeye başlanması hedeflenmiştir.

Toplum ağız ve diş sağlığı hizmetleri ‘organize toplumsal çabalarla ağız ve diş hastalıklarını önleme ve kontrol etme bilim ve sanatı’ olarak tanımlanmaktadır. Toplum ağız ve diş sağlığı hizmetlerini belirleyenler ağız diş sağlığı düzeyini artırarak hastalığın oluşumunu önlemek, erken evrede hastalıkları durdurmak, hastalığın bıraktığı sekelleri tedavi etmek ve fonksiyonel sağlığa kavuşturmayı amaçlamaktadırlar (34).

Ülkelerin ağız ve diş sağlığı hizmetleri ekonomik duruma, ödeme sisteminin devlet veya özel olmasına ve sigorta sistemlerine göre değişiklik göstermektedir (35). Avrupa Birliği’ne bağlı gelir seviyesi yüksek, gelişmiş ülkelerdeki halkın yüzde 80’i son bir yıl içerisinde en az bir kez diş hekimini ziyarete giderken, gelir seviyesi daha düşük olan ülkelerde bu oran yüzde 34’lere kadar düşmektedir. Türkiye’de diş hekimine gitme alışkanlığına bakılınca oldukça düşük olduğu görülmektedir. (36,37).

Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmeti veren kurum sayılarına bakıldığında 2018 yılında 3.229 kurumda (ağız ve diş sağlığı merkezleri, diş hastaneleri, diş eğitim hastaneleri, diş poliklinikleri) toplamda 24.970 ünit ile hizmet verildiği görülmektedir. 2012 yılında bu kurum sayılarının toplamda 2.398, ünit sayısının ise 14.365 olduğu belirtilmektedir (38).

Diş hekimi sayıları incelendiğinde ise 2012 yılında 21.404 diş hekimi hizmet verirken 2018 yılına gelindiğinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda 10.814, üniversitelerin diş hekimliği fakültelerinde 4.224 ve özel sağlık kuruluşlarında ve muayenehanelerde 15.577 diş hekimi olmak üzere toplamda 30.615 diş hekiminin hizmet verdiği görülmektedir (38,39). Bölgesel olarak bakıldığında diş hekimlerinin %82'sinin gelişmişlik seviyesi yüksek ve nüfus yoğunluğunun en fazla olduğu Marmara, Ege, İç Anadolu ve Akdeniz bölgelerinde çalıştığı görülmektedir (40).

Diş ünitesi başına düşen nüfusa bakıldığında da 2002 yılında 61.632 kişi bir diş ünitesinden hizmet alabilmekte iken bu sayı 2014 yılında 10.144 kişiye gerilemiş, 2018 yılında ise bir diş ünitesinden 7.931 kişinin hizmet alabildiği görülmektedir. 100.000 kişiye düşen diş hekimi sayısı 2002 yılında 25, 2012 yılında 28 iken 2018 yılında 35 diş hekimine yükseldiği görülmektedir. 2018 yılında hizmet veren asistan diş hekimleri de bu orana dahil edildiğinde 100.000 kişiye 37 diş hekiminin hizmet verdiği görülmektedir. Bu sayının Avrupa birliği ülkelerinde 66, OECD ülkelerinde ise 70 diş hekimi olduğu bilinmektedir (41).

2.1.3 Toplum Ağız ve Diş Sağlığı Sorunları ve Halk Sağlığı Açısından Önemi

Günümüzde ağız sağlığı ve diş hastalıkları en sık karşılaşılan hastalık grupları arasında yer almaktadır. Bu hastalıkların sık görülmesi nedeniyle koruyucu ve tedavi edici hizmetler topluma yüksek bir mali yük getirmektedir. Bu nedenle ağız ve diş sağlığı sorunlarına bir halk sağlığı sorunu olarak yaklaşmak ve çözüm üretmek zorunlu olmaktadır (42). Gerek dünyada gerekse Türkiye'de toplumun ağız ve diş sağlığını iyileştirmenin ancak koruyucu hizmetlerin yaygınlaştırılması ile mümkün olacağı kabul edilmektedir. Bununla beraber mevcut ağız ve diş sağlığı sorunlarına yönelik tedavi edici hizmetlerin de uygun şekilde sunulması gerekmektedir.

Avrupa'da Daha İyi Ağız Sağlığı Platformu'nun "Avrupa Ağız Sağlığı Durumu 2012" raporuna göre son 30 yılda diş çürüklerinin yaygınlık ve şiddetinde önemli düşüşler elde edilmiş olmasına rağmen ağız sağlığı problemleri Avrupa'da da önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ağız ve diş sağlığının sağlanmasında eşitsizlikler önemli rol almaktadır. Platform pek çok üye ülkede ağız sağlığının ulusal toplum sağlığı programlarına entegre edilmemiş olmasına dikkat çekmektedir. Platform AB sağlığını yönlendiren otoritelere AB politikalarında 2020 için ağız sağlığında bu sorunları gidermeye yönelik bağlayıcı maddeler koyulması ve ağız sağlığındaki eşitsizliklerin azaltılması yönünde öneride bulunmuştur (43).

Türkiye’de son 6 ay içinde görülen en sık hastalık türleri incelendiğinde, ağız ve diş sağlığı sorunlarının 0-6 yaş grubunda %7,3 oranı ile dördüncü sırada, 7-14 yaş grubunda %23,4 oranı ile birinci sırada olduğu görülmektedir (44). Bu sebeple sağlık hizmetlerinde ağız ve diş sağlığının yeri giderek daha önemli bir konuma gelmektedir. Türkiye’de diş hekimliği alanında ağırlıklı olarak tedavi edici hizmetlerin verildiği görülmektedir. Koruyucu uygulamalar için diş hekimine başvuru alışkanlığı henüz yaygınlık kazanmamıştır. Diş hekimine başvuru nedenleri arasında ilk sırayı ağrı şikayeti alırken herhangi bir şikayeti olmayanların başvuru sıklığı % 9 olarak görülmektedir (45). Başka bir araştırmada da “Mecbur kalmadıkça diş hekimine gitmem” diyenlerin oranı da %84,4 olarak belirlenmiştir (46).

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin niteliğinde artışın sağlanabilmesi için hangi önlemlerin alınması gerektiği önemli bir konudur. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Ofisinin yayınladığı raporlara bakıldığında, Türkiye’nin Avrupa Birliği ülkelerinden daha az diş hekimi oranına sahip olduğu, 100.000 kişiye düşen diş hekimi sayısı bakımından Türkiye’ye en yakın ülkenin 34 diş hekimi ile Polonya ve 125 diş hekimi ile de Yunanistan’ın en yüksek orana sahip olan ülke olduğu görülmektedir. Almanya’da bu sayı 86, Romanya’da ise 64 tür (40). Ancak yapılan çalışmalar ağız ve diş sağlığının en önemli göstergesi olan DMFT (Çürük-Kayıp-Dolgulu Diş) indeksinin 12 yaşındaki çocuklarda Almanya’da yaklaşık 0,7 iken Yunanistan’da Almanya’dakinin üç katı yani yaklaşık 2 ve Romanya’da ise Almanya’dakinin sekiz katı yani yaklaşık 5 olarak ölçüldüğünü göstermektedir (47). Türkiye’de ise DMFT indeksinin bu yaş grubu ortalamasının 2 olduğu rapor edilmiştir (36). Bu sonuçlarla genel ağız ve diş sağlığının korunmasında ve etkin tedavinin sağlanmasında 100.000 kişiye düşen diş hekimi sayısı çok önemli olmakla birlikte, DMFT değerlerinin popülasyon başına düşen diş hekimi sayısını artırmadan da düşürülebileceği açığa çıkmaktadır (37).

2.2 Sağlık Okuryazarlığı

2.2.1 Sağlık Okuryazarlığı Kavramı

Okuryazarlık, değişen bağlamlarda yazılı metin, sözlü talimatlar ve aritmetik becerilerini tanımlama, anlama, yorumlama, oluşturma, iletişim kurma ve hesaplama yeteneği olarak tanımlanmıştır (48). Ancak zamanla okuryazarlığın yalnızca okuyup yazarak bilgiyi öğrenmek olmadığı gündeme gelmiştir. Belli bir konuda okuryazar olmak kişinin temel bilgilere sahip olmasını, o alanla ilgili bilgilere ulaşabilme, anlayabilme ve yorumlayarak kullanabilme becerisini de ifade etmektedir (49). 20. Yüzyıldan itibaren, bilgisayar

okuryazarlığı, medya okuryazarlığı, bilgi okuryazarlığı gibi pek çok farklı okuryazarlık türü ortaya çıkmıştır. Sağlık okuryazarlığı kavramı da zamanla tanımı değişen ve gelişen okuryazarlık kavramının sağlık alanı ile ilgili alt boyutlarından biridir. Literatür incelendiğinde sağlık okuryazarlığının “Temel/İşlevsel, İnteraktif/iletişimsel ve Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı” olmak üzere üç şekilde sınıflandırıldığı görülmektedir. Temel/İşlevsel sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlık risklerini incelemek ya da sağlık sistemini nasıl kullanacağı konusunda okuma ve yazmadaki becerilerini etkin olarak kullanabilme durumudur. İnteraktif/iletişimsel sağlık okuryazarlığı “İleri düzeyde gelişmiş bilişsel ve okuryazarlık becerilerini, sosyal becerilerle birlikte, bilgiyi elde etme ve kullanabilmeyi, farklı iletişim yollarından anlam çıkarma ve bu bilgileri yeni duruma uygulayabilmeyi içermektedir” şeklinde tanımlanmaktadır. Eleştirel sağlık okuryazarlığı ise, sağlıkla ilgili olan bilgilerin analiz edilmesini, değerlendirilmesini ve sağlık kararları alınırken bu verilerin kullanılmasını sağlayan ileri düzeyde bilişsel ve sosyal becerileri içermektedir (50)

Değişen ve gelişen sağlık sistemlerine baktığımızda, bireylerin kendi sağlıklarını koruma, geliştirme, sağlık hizmetleri hakkında bilgili olma ve sağlıkları ile ilgili karar verme süreçlerinde sorumluluk ve haklarını daha kapsamlı bilmeleri gerektiğini görmekteyiz. Tüm bu süreçlerde sağlık bilgilerini arama ve anlama, sağlık bilgisi ve hizmetini sunanlar ile iletişim kurmada bireylerin sağlık okuryazarlığı önemli bir etken olarak ortaya çıkmaktadır (51).

Günümüzde giderek daha sık kullanılan sağlık okuryazarlığı kavramı ilk kez Simond tarafından 1974 yılında “Health Education as Social Policy” adlı bir makalede kullanılmıştır (52) Literatüre bakıldığında sağlık okuryazarlığının çeşitli tanımları olduğu görülmektedir. DSÖ sağlık okuryazarlığını 1998 yılında “sağlığın korunması ve sürdürülmesi için bireyin sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve kullanma becerisi” şeklinde tanımlamıştır (53). Amerikan Tıp Derneği (AMA) ise “bireylerin sağlıkla ilgili mesajları okuyabilmesi, ilaç kutularının üzerini okuyup anlaması, sağlık çalışanları tarafından söylenenleri anlayıp yapabilmesi” şeklinde tanımlarken Sorenson’un 2012 yılında yapmış olduğu “okuryazarlıkla bağlantılı, insanların sağlık durumlarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında kararlar almak, yaşam kalitelerini arttırmak/sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıkları önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlilik” şeklindeki tanım sağlık okuryazarlığını daha kapsamlı şekilde ifade etmektedir (4,54). Sağlık Okuryazarlığı Araştırması-Avrupa Birliği Konsorsiyumunun geliştirdiği çalışma tanımına göre sağlık okuryazarlığı genel okuryazarlık ile ilişkilidir ve

hayat boyunca yaşam kalitesini sürdürmek veya geliştirmek için sağlık hizmetleri, hastalığın önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili günlük hayatta kararların alınması ve yargılara varılması için sağlık bilgisine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulamada insanların bilgisini, motivasyonunu ve yeterliliklerini gerektiren bir kapsama ve çerçeveye sahiptir (55). Bu bağlamda değerlendirildiğinde sağlık okuryazarlığı; bireyin sağlığını koruyucu, geliştirici ve bozulan sağlığını iyileştirici şekilde temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinebilme, yorumlayabilme ve anlayabilme kapasitesi olarak tanımlanabilir (56).

Bireylerin sahip olduğu toplumsal ve kültürel faktörler, eğitim sistemi ve sağlık sistemi sağlık okuryazarlığını etkilemekte, sağlık okuryazarlığı düzeyi de alınan kararları etkileyerek sağlık sonuçlarını ve maliyetlerini belirleyen ana etmenlerden olmaktadır. Paasche-Orlow ve Wolf'ün sağlık okuryazarlığına ilişkin modellerinde gelir, kültür gibi sosyal; yaş, eğitim ve etnik köken gibi demografik; hafıza ve görme gibi fiziksel ve bilişsel etkenlerin sağlık okuryazarlığını etkilediğine vurgu yapılmaktadır (57).

Yapılan çalışmalar sağlık okuryazarlığının sınırlı / yetersiz olması ile hastalık algısının artışı, fiziksel hastalıkların ortaya çıkması, yetersiz özbakım, verilen sağlık eğitimlerini anlamada güçlük, kronik hastalık yönetiminin etkin yapılamaması, tedaviye uyum sağlamada güçlükler, ilaç uygulama hatalarında artış, hastaneye yatış hızında ve beraberinde sağlık giderlerinde artış arasında ilişki olduğunu göstermektedir (58-63)

Sağlık okuryazarlığı, DSÖ'nün 7. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansında belirlenen beş temel yoldan biri olan sağlığı geliştirme stratejisidir (64). Sağlık okuryazarlığı ve sağlık politikaları arasında çok yakın etkileşim vardır. Sağlık politikaları güncel verilere dayanarak sağlıklı bir toplum için sunulması gereken sağlık hizmetlerini düzenlemektedir Karar vericilerin sağlığın geliştirilmesi ile ilgili program geliştirirken toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyini göz önünde bulundurmaları gerekmektedir. Bireylerin sağlık okuryazarlıkları güçlendirilerek sağlık bilgilerini etkin bir şekilde kullanmaları sağlanabilmektedir.

2.2.2 Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi

Sağlık okuryazarlığı konusunda 1990'lı yılların sonunda farkındalık artmaya başlanmasıyla değerlendirmede kullanılmak üzere birçok ölçek geliştirilmeye başlanmıştır (60). Sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için geliştirilen araçlar incelendiğinde başlarda sağlık okuryazarlığının sadece belirli boyutlarını değerlendirebilen araçların geliştirildiği, ancak zamanla tüm boyutları için değerlendirme yapabilen yeni ölçeklerin geliştirildiği

görülmektedir. DSÖ sağlık okuryazarlığını ölçme yollarını sözcük tanıma testleri, doğrudan anket uygulama ve dolaylı ölçümler şeklinde üçe ayırmıştır (65).

Günümüzde sağlık okuryazarlığının ölçülmesi ile ilgili kullanılan araçlar ABD'de Boston Üniversitesi'nden Michael Paasche-Orlowe tarafından oluşturulan bir kaynak olan 'Health Literacy Tool Shed isimli internet sitesinde bir araya getirilmiştir (66). Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults/TOFHLA) (67), Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi (Short Test of Functional Health Literacy in Adults/STOFHLA)(68), Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine/ REALM) (69), Yetişkin Okuryazarlığı Araştırması Ulusal Değerlendirmesi (National Assessment of Adult Literacy Survey / NAAL)(70), European Health Literacy Survey-Questionnaire-47 (55), Kritik Sağlık Yeterlilik Testi (Critical Health Competence Test/CHC) (71) En Yeni Hayati İşaret Testi (Newest Vital Sign Test), Sağlık Okuryazarlığı Yönetim Skalası (Health Literacy Management Scale/HeLMS) (68) ve Sağlık Okuryazarlığı Anketi (Health Literacy Questionnaire/HLQ) (73) birçok toplumda geçerliliği kanıtlanmış sağlık okuryazarlığı ölçeklerine verilecek örneklerdir (56,67-73).

Bu ölçeklerden Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (74) Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi-kısa formu (75), En Yeni Hayati İşaret Testi (74), Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- 47 (76) ölçeklerinin Türk diline uyarlama çalışmalarının yapıldığı görülmüştür. Ayrıca Türk dilinde geliştirilmiş ölçekler de mevcuttur. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ), Sezer ve Kadioğlu tarafından Türkçe konuşan bireyler için geliştirilmiş, 23 maddelik bir ölçektir. Güvenilirlik- geçerlilik çalışmasına göre ölçeğin cronbach alpha katsayısı 0.77, test tekrar test güvenilirlik katsayısı 0.87'dir (77). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu tarafından geliştirilen kavramsal çerçeveye dayandırılarak hazırlanan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) de 2016 yılında Türk dilinde geliştirilen diğer ölçektir (76). 32 sorudan oluşan TSOY-32 ölçeğinin Cronbach alfa katsayısı 0,93 olarak hesaplanmıştır.

2.2.3 Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

ABD ve Avrupa Birliğinde yapılmış çalışmalar, gelişmiş ülkelerde bile toplumun yaklaşık %50'sinin yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğunu göstermekte iken ülkemizde yapılmış bazı çalışmalarda, toplumun yaklaşık %70'inin yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu gösterilmektedir.

Dünyada sağlık okuryazarlığı düzeylerine bakıldığında, gelişmiş ülkelere biri olan Amerika'da Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Değerlendirmesine göre sağlık okuryazarlığının yetişkin nüfusun % 53'ünün orta düzeyde, % 36'sında yetersiz ve % 22'sinde temel düzeyde olduğu belirlenmiştir (78).

Avrupa Birliği'ne üye sekiz ülkede (Yunanistan, Avusturya, İrlanda, İspanya, Hollanda, Almanya, Bulgaristan, Polonya) yapılan sağlık okuryazarlığı araştırmasında ülkelerin %2 ve %27 arasında değişen oranlarında yetersiz sağlık okuryazarlığı puanı aldığı saptanmıştır (79,80).

Türkiye ve Avrupa ülkeleri karşılaştırıldığında Türkiye'de yetersiz sağlık okuryazarlığı %24,5, sorunlu sağlık okuryazarlığı %40,1, yeterli sağlık okuryazarlığı %27,8 ve mükemmel sağlık okuryazarlığı %7,6, Avrupa toplumlarında yetersiz sağlık okuryazarlığı %12,4, sorunlu sağlık okuryazarlığı %35,2, yeterli sağlık okuryazarlığı %36,0 ve mükemmel sağlık okuryazarlığı %16,5 olarak raporlanmıştır (81).

Türkiye'de yapılan çalışmalara baktığımızda geniş kapsamlı çalışmaların fazla sayıda olmadığı görülmektedir. 2014 yılında Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası tarafından 12 bölge-23 ilde rastgele seçilen 4924 erişkin kişinin katılımı ile Avrupa Birliği (HLS-EU) sağlık okuryazarlığı anketi kullanılarak Türkiye'yi temsil eden bir araştırma yapılmıştır. Araştırma sonucuna göre Türkiye'nin genel sağlık okuryazarlığı indeksi sınırlı/sorunlu kategorisinde olan 30.4 olarak bulunmuştur.

Türkiyeyi temsilen Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen bir diğer çalışma 2016 yılında TSOY-32 kullanılarak 6228 erişkinin dahil edildiği 'Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve ilişkili faktörler' isimli araştırmadır. Araştırma raporunda yetersiz düzeyde olanlar %30,9, sorunlu düzeyde olanlar %38,0, yeterli düzeyde olanlar %23,4 iken mükemmel düzeyde olanlar sadece % 7,7 olarak bulunmuştur (82).

2.3 Ağız ve Diş Sağlığı Okuryazarlığı

2.3.1 Ağız ve Diş Sağlığı Okuryazarlığı Tanımı

Ağız ve diş sağlığı okuryazarlığı, ağız sağlığı durumu ve diş hekimliği hizmetlerinin kullanımı gibi uygulamalarla ilgilidir. Ağız ve diş sağlığı okuryazarlığı “bireylerin uygun sağlık kararları almak için gerekli olan temel ağız sağlığı bilgi ve hizmetlerini alma, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesi” olarak tanımlanabilir (83).

Sosyoekonomik belirleyiciler ve sağlıksız beslenme, yetersiz sanitasyon, yetersiz kişisel hijyen ve ağız hijyeni uygulamalarının eksikliği ağız ve diş hastalıkları için risk faktörleridir. Bireylerin sosyal ve ekonomik koşulları davranış tercihlerini ve dolayısıyla sağlık sonuçlarını etkilemektedir (84). Bu gerçek sağlık profesyonellerinin sağlığın risk faktörlerini kontrol etmesini zorlaştırmaktadır. Uygun stratejilerle sağlığın teşviki ve geliştirilmesine odaklanarak hastalıkların nedenlerine göre hareket ederek daha sağlıklı sonuçlar kazanılabileceği öngörülmektedir (85). Yetişkin popülasyonlarda ağız ve diş sağlığı okuryazarlığını geliştirmeye yönelik ağız sağlığını geliştirme stratejilerinin desteklenmesi önerilmektedir.

Çalışmalar düşük sağlık okuryazarlığının, sağlık hizmetlerinin kullanımının daha düşük düzeyde olması ve daha kötü ağız sağlığı sonuçları ile ilişkili olduğunu göstermiştir (86). Diş randevularını kaçırmaya olasılığı daha yüksek olan yetişkinlerde sağlık okuryazarlığı daha düşük düzeyde bulunmuştur (87). Düşük ağız ve diş sağlığı okuryazarlığı olanlar genellikle ağız hastalıkları ve bu hastalıklarla ilgili sorunlar için en yüksek risk altındadır. Ağız ve diş sağlığı okuryazarlığının düşük olması hastalıkların yayılmasına katkıda bulunmakta ve bu da genel olarak nüfusa artan maliyetlerle sonuçlanmaktadır (88).

2.3.2 Ağız ve Diş Sağlığı Okuryazarlığı Değerlendirilmesi

Ağız ve diş sağlığını geliştirmek için sağlık hizmetlerinde çeşitli planlamalar ve projeler yapılmasına rağmen, ağız sağlığı bilgisi ile uygulamaları arasındaki uyumsuzluk devam etmektedir. Dolayısıyla, uygulamaların daha düzenli yapılabilmesi açısından ağız sağlığı okuryazarlığı ağız sağlığının önemli bir belirleyicisi olarak görülmektedir. Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde ağız ve diş sağlığı okuryazarlığına daha fazla dikkat edilmesi gerektiği düşünülmektedir (89).

Ağız ve diş sağlığı okuryazarlığını değerlendirmeye yönelik araçların da literatürde yeterince yer almadığı görülmektedir. Mevcut araçların sağlık okuryazarlığının çeşitli alt boyutlarını ölçmeye yönelik daha dar kapsamlı olduğu görülmektedir. ‘Rapid Estimate of Adult Literacy

in Dentistry (REALD-30, REALD-99)' ve 'Hong Kong REALD 'ölçeklerinin belirli diş sağlığı sözcüklerini okuma yeteneğini veya bir kişinin yazılı ağız sağlığı bilgilerini okuma ve anlama ve sayıları hesaplama yeteneklerini değerlendirdikleri görülmektedir (90-93).

'Functional Health Literacy Test in Dentistry (TOFHLiD)', 'Oral Health Literacy Instrument (OHLI)', ve 'Comprehensive Measure of Oral Health Knowledge (CMOHK)', 'Oral Health Literacy-Adult Questionnaire (OHL-AQ)' ölçekleri incelendiğinde ise uzun ve uygulanabilirliklerinin düşük olduğu ve tüm toplumlarla alakalı olmayan öğeleri içerdikleri görülmüştür (94,95).

Türkiye'de yapılan çalışmalara bakıldığında da ağız ve diş sağlığı okuryazarlığı ile ilgili sadece Peker K. ve arkadaşlarının REALD-30 ölçeğinin Türk diline uyarlaması çalışmasını yapmış oldukları görülmektedir. Ancak ölçek incelendiğinde kelime tanıma bilgisi üzerine yapılandırıldığı ve uygulanabilirliğinin çok yüksek olmadığı görülmüştür (17).

2014 yılında Jones K. ve arkadaşları tarafından 14 sorudan oluşan 'Health Literacy in Dentistry' (HeLD-14) ölçeği incelendiğinde uygulanabilirliğinin yüksek olduğu görülmüştür (96). Ölçek aynı araştırmacıların geliştirmiş olduğu 29 sorudan oluşan Health Literacy in Dentistry' (HeLD-29) ölçeğinin psikometrik analizleri yapılarak daha hızlı kullanıma uygun kısa versiyonudur (97).

2.4 Ölçek Uyarlama Çalışmaları

Erkuş, ölçmeyi "kavramsal olarak çok çeşitli şekillerde tanımlansa da ölçme özünde ilgilenilen niteliklerin (özelliklerin), amaca, araca ve olanaklara bağlı olarak nicelleştirilmesi çabası, işlemi ve sürecidir" şeklinde tanımlamıştır (100). Sayısal değerler elde etmek için kullanılan belirli bir birimde derecelenmiş araç ya da gereçler ölçek olarak adlandırılır. Belirli bir dilde ve kültürde geliştirilmiş ölçekler, geliştirildiği dile ve kültüre özgü anlayış, kavramlaştırma ve örnekleme niteliklerini yansıtır. Aynı ölçeğin diğer kültürlerle uyarlanması için sistematik şekilde incelenmesi ve üzerinde çalışılması gerekir. Bu tür çalışmalara "ölçek uyarlaması" denir (101).

Türkiye'de yapılan ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarının incelendiği bir çalışmada ölçek geliştirme ve uyarlama basamaklarında standardizasyonun olmadığı görülmektedir (102) Literatüre bakıldığında ölçek uyarlamanın aşağıda yer alan 10 basamakta ele alınması gerektiğini belirten çalışmalar görülmüştür (103,104).

1. Yeni bir ölçek geliştirmenin mi, yoksa var olan bir ölçeği uyarlamanın mı daha kullanışlı olacağına karar verilmesi
2. Ölçeği uyarlamak için izin alınması
3. Ölçeğin hem dilsel hem de kültürel yönden yapısal eşdeğerliğinin sağlandığından emin olunması
4. Yüksek nitelikli çevirmenler seçilmesi
5. Ölçeğin hedef dile çevrilmesi ve uyarlanması
6. Ölçeğin uyarlanmış halinin gözden geçirilmesi ve gerekli düzeltmelerin yapılması
7. Ölçeğin uyarlanmış halinin küçük bir grup üzerinde deneme uygulamasının yapılması
8. Olası hedef kitleyi temsil edecek küçük bir grup üzerinde yapılan deneme uygulamasından elde edilen veriler ile ölçeğin geçerlik, güvenilirlik hesaplamaları ve madde analizlerinin yapılması
9. Ölçeğin özgün formu ve hedef dil formundan elde edilen puanlar arasındaki ilişkiyi bulmak için istatistiksel bir desen belirlenmesi
10. Kültürlerarası karşılaştırma yapmak amaçlanıyorsa özgün form ve hedef dil formları arasında dilsel eşdeğerliğin sağlanması

Bu basamakları bütün olarak değerlendirdiğimizde uyarlama çalışmalarının psikolinguistik (dilsel eşdeğerlik/kültürel uyarlama) ve psikometrik özelliklerin incelenmesi (geçerlilik ve güvenilirlik) başlıkları altında iki temel aşamada gerçekleştirildiği görülmektedir. Bu iki aşamanın da çeşitli alt aşamaları bulunmaktadır (105,106). Tüm aşamalara uyularak çalışma yapılsa dahi orijinal dil ile uyarlama yapılan dilin yapısal ve kültürel olarak örtüşmediği durumlar olabilmekte, ölçeğin orijinal formunda yer alan kesme noktaları, madde sayısı ve faktör yapısı değişebilmekte veya ölçeğin yeni dilde kullanıma uygun olmadığı görülebilmektedir (107).

2.4.1 Psikolinguistik Değerlendirmeler (Dilsel Eşdeğerlilik ve Kültürel Uyarlama)

Toplumlar arasında duygu, düşünce ve davranışların ifadesi değişkenlik göstermektedir. Uyarlama yapılırken dinamik yapıda olan kültür göz önünde bulundurulmalıdır. Ölçek orijinal dilinde geliştirilirken, her ne kadar geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmış olsada, uyarlama yapılırken yeni kültürdeki geçerliliği ve güvenilirliği yeniden sorgulanmalıdır (108). Kavramlaştırma ve psikolinguistik (dilsel) farklılıklardan dolayı uyarlama ölçekte değişikliklere neden olabilmektedir. Ölçek uyarlamada farkları en aza indirebilmek için ölçek

maddelerinin titizlikle incelenmesi ve çevrilen dilde anlamlı olması için gereken düzenlemelerin yapılması uyarılama işleminin temelini oluşturur (101)

Orijinal dildeki bir ölçeği hedeflenen dile çevirirken üç yaklaşım kullanılmaktadır. Bunlar; “Tek yönlü çeviri”, “Grup çevirisi” ve “Geri çeviri” yöntemidir. Tek taraflı çeviri yöntemi sık kullanılmakla beraber tamamen çeviren kişinin bilgi ve becerisine bağlı kaldığı için bu yöntemin kullanıldığı araştırmalarda geçerlilik ve güvenilirliğinin düşük olduğu görülmektedir (104,109). Grup çevirisi yönteminde orijinal ölçeği her iki dili bilen iki veya daha fazla kişi, birlikte ya da ayrı ayrı çevirdikten sonra grup üyelerince bir anlaşmaya varılmakta ya da bağımsız bir gözlemci en uygun çeviri metnini seçmektedir. Geri çeviri yönteminde ise ölçek önce orijinal dilden kullanılacak dile çevrilmekte ardından çeviri her iki dili de bilen çevirmen ya da çevirmenlerce kaynak dile geri çevrilmektedir. Geri çeviri metni orijinal ölçekle karşılaştırılarak gerekli değişiklikler ve düzeltmeler yapılır. Bu yöntem zaman alıcı olmasına karşın, ölçeğin kültürel eşitliğini sağlamak için dünyada en çok seçilen yöntemdir (109,110) .

Ölçeğin çeviri işlemleri tamamlandıktan sonra hedef kitleye göre soruların anlaşılabilirliği ve dil uygunluğu açısından uzman görüşü, ön deneme ve istatistiksel uygulama yöntemleri ile değerlendirme yapılır. Görünüm geçerliğini değerlendirmek için uzman görüşünde, çevrilen versiyonun dil uygunluğu ve açıklığı uzmanlar tarafından değerlendirilir (111). Öneriler doğrultusunda yapılan düzenlemeler sonrası elde edilen soru formu hedef kitleyi temsil edebileceği düşünülen en az 10-15 kişiye uygulanmalıdır (100). Ön deneme maddelerin okunabilirliği, anlaşılabilirliği, anlaşılmayan ya da yanlış yazılan yerlerin saptanması ve ortalama cevaplama süresi belirlenmesi ve gerekli düzenlemelere fırsat sağlaması açısından araştırmada önemli bir basamaktır. Ön deneme sonrası hedef kitlenin önerileri doğrultusunda düzenlenmesi gereken maddeler varsa yeniden değerlendirme yapılarak ölçeğe son şekli verilmektedir (112,113).

2.4.2 Psikometrik Değerlendirmeler (Geçerlilik ve Güvenirlilik Analizleri)

Ölçek uyarlamalarının psikometrik değerlendirmelerinde faktör analizi, madde analizi ve test analizi gibi istatistiksel yöntemler geliştirilmiştir. Psikometrik yaklaşımda bilimsel yöntemlerle denenmiş, geçerliliği ve güvenilirliği belirlenmiş ölçeklere önem verilmektedir (114). Bireylerin tutum, davranış veya tepkisini ortaya koyabilmek için gerçekle örtüşmesi ve doğruluk derecesinin yüksek olması gerekmektedir. Bu nedenle ölçeğin ürettiği sayısal değerlerin geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi gerekir (115).

2.4.2.1 Geçerlilik

Geçerlilik bir ölçme aracının ölçmek istediği niteliği ne ölçüde ölçebildiği ve ölçülmeye çalışılan niteliği diğer niteliklerle karıştırmadan ölçebilme derecesidir (113,126). Bu bağlamda, bir test ölçmek istediği özelliği doğru ve diğer özelliklerle karıştırmadan ölçüyor ise bu testin geçerli olduğu söylenebilir (109).

2.4.2.1.1 İçerik (Kapsam) Geçerliliği

Ölçeği oluşturan maddelerin ölçülmek istenen konu, kavram ya da yapı ile ilgili ölçmede ne derece yeterli olduğunun ve ölçüm aracının konu ile ilgisi olmayan maddeler içermediğinin ifade edilmesidir (126). İçerik geçerliliğini uzman görüşlerine başvurarak saptamak etkili bir yaklaşımdır. Uzman görüşlerinin alınmasında en yaygın kullanılan yöntem 'Davis Tekniği'dir. Bu teknikte en az üç, en fazla 20 uzman önerilmektedir (127).

İçerik geçerliliği, yeni bir ölçek geliştirme çalışmalarında yapılması gereken bir işlem olmakla birlikte, literatürde ölçek uyarlaması çalışmalarında da yapılabileceğini rapor eden yayınlar görülmüştür (128-130).

Ancak son yıllarda yayınlanan uluslararası rehberlerde uyarlama çalışmalarında içerik geçerliliğinden söz edilmediği görülmüştür (105,106,131).

2.4.2.1.2 Yüz (Görünüm) Geçerliliği

Maddelerin görünüşü, okunabilirliği, uygulama kolaylığı açısından değerlendirme yapılır. Ölçek hazırlanan konuya hakim olduğu düşünülen uzman kişilere ölçeğin taslağı verilerek ölçek ile ilgili genel görüşleri, yapılma süresi, soruların sıralaması, yazımını anlaşılabilirliği gibi konularda değerlendirme istenir (122)

2.4.2.1.3 Dil geçerliliği

Dilsel eşdeğerliğin istatistiksel değerlendirilmesinde ölçeğin orijinal diline ve uyarlama yapılacak dile hakim olan 30 kişiye, yaklaşık bir hafta ara ile orijinal versiyon ve ön deneme uygulaması sonrası son şekli verilen versiyonun uygulanması önerilmektedir. Uygulama sonrası aynı kişilere ait ölçeklerin korelasyon değerleri hesaplanır. Ölçeğin dilsel geçerliliğinin sağlandığını söyleyebilmek için korelasyon değerinin 0,70 ve üzerinde olması gerekmektedir (113).

2.4.2.1.4 Kriter (Ölçüt Bağıntılı) Geçerliliği

Ölçüt bağıntılı geçerlilik ölçeğin ölçtüğü kavrama ait bulguların aynı özelliği ölçebileceği düşünülen geçerliliği ve güvenilirliği olduğu ispatlanmış başka bir ölçütle karşılaştırılması işlemine dayanmaktadır (127). Kriter geçerliliği ölçme aracı geliştirme veya uyarlama sürecinde ölçme aracından elde edilen bulguların geçerliliğe ve güvenilirliğe sahip olduğu bilinen başka bir ölçüte korelasyon analiz yöntemi ile değerlendirilmesidir (116).

2.4.2.1.5 Yapı Geçerliliği

Ölçme aracı geliştirme veya uyarlama sürecinde yapı geçerliliği ölçülmek istenen kavram, nitelik ya da yapının ne derece doğru ölçülebildiği ile ilişkili bir kavramdır. Psikolojik özellikler doğrudan ölçülemeyen örtük özelliklerdir. Yapı geçerliliği örtük özelliği ölçeceği düşünülen değişkenlerin oluşturduğu bütünün, öngörülen yapıyı belirleyip belirlemediğinin incelenmesidir.

Faktör analizi

Birbiriyle ilişkili çok sayıda değişkeni biraraya getirerek, kavramsal olarak anlamlı daha az sayıda değişkenler (faktörler, boyutlar) bulmayı amaçlayan çok değişkenli bir istatistiksel yöntemdir (132). Yeni oluşturulmuş veya bir dilden başka bir dile çevrilmiş bir ölçeğin değişkenlerini temsil eden ifadelerin altında yatan faktör yapısını ortaya koymayı amaçlayan “Açımlayıcı Faktör Analizi/AFA” ile daha önce kullanılmış bir ölçeğin güncel bir araştırmada kullanıldığında orijinal faktör yapısına uyup uymadığını, uyuyor ise ne derece uygun olduğunu denetlemeye yarayan “Doğrulayıcı Faktör Analizi/DFA” olmak üzere iki temel uygulamadan oluşmaktadır (133).

Bir ölçme aracında yer alan maddelerin kaç alt boyut altında toplanabileceğini ve aralarında ne tür bir ilişki olduğunu belirlemede açımlayıcı faktör analizi kullanılmaktadır. Tanımlanan her bir faktör, değişkenler arasındaki ilişkinin ölçülmesi sonucu aynı özelliği ölçen birbiri ile ilişkili maddelerden oluşur. Faktör analizi sonucunda, ilgili yapıdaki yüksek ilişkili maddelerin aynı faktör altında toplanması beklenir (134). Belirli soruların aynı alt boyutta toplanması ve bu sayede ölçme aracındaki değişken sayısının azalması sağlanmaktadır.

Açımlayıcı Faktör Analizi

Açımlayıcı faktör analizinde faktörlerin tahmininde kestirim yöntemi olarak Temel Bileşenler Analizi ve Maximum Likelihood seçenekleri en sık kullanılan yöntemlerdir. Ağırlıksız En Küçük Kareler Yöntemi, Genellenmiş En Küçük Kareler Yöntemi, Aneksen Faktörizasyon

Yöntemi, Alfa Faktörizasyon Yöntemi ve İmge Faktörizasyon Yöntemi de kullanılan diğer kestirim yöntemleridir (135).

Uygun faktör sayısı belirlemede özdeğer sayısı (Eigenvalue), eğim grafiği ve açıklanan yığılımlı varyans oranı kriterleri kullanılmaktadır. Özdeğer sayısının birden yüksek olması, eğim grafiğinde eğimin kaybolmaya başladığı nokta ve yığılımlı varyans oranının %52'nin üzerinde olması kriterleri uygun faktör sayısını belirleyici olmaktadır (135)

Faktör sayısı belirlendikten sonra faktör döndürme işlemi uygulanmaktadır. Uyarlanan ölçeğin alt boyutlarının birbiriyle ilişkili olduğu düşünülüyorsa eğik döndürme (oblimin/promax), ilişkisi olmadığı düşünülüyorsa dik döndürme (varimax/quartimax/equamax) yaklaşımlarının kullanılması önerilmektedir (113)

Açımlayıcı faktör analizi yapılırken örneklem büyüklüğünü yeterliliğine Kaiser-Meyer-Olkin testi (KMO) ile bakılmaktadır. Bu test ile, KMO değeri 0-1 arasında bir değer olarak hesaplanmakta ve elde edilen değerini 1'e yakın olması örneklemin yeterli olduğunu göstermektedir (116).Tablo I'de Kaiser-Meyer-Olkin testi ortak varyans derecesi sınır değerleri gösterilmektedir. (136). Barlett küresellik testi ölçeğin maddelerinin birbiriyle ilişkisini ve ölçeğin en azından bir veya daha fazla alt boyuttan oluştuğunun belirlenmesi için kullanılmaktadır. Barlett testinin anlamlı olması verinin çok değişkenli normallığe sahip olduğu şeklinde değerlendirilmektedir (137).

Tablo I:Kaiser-Meyer-Olkin Testi Ortak Varyans Derecesi Değerlendirmesi (136)

KMO değeri	Ortak varyansın derecesi
0,90-1,00	Mükemmel
0,80-0,89	Oldukça Önemli
0,70-0,79	Orta Düzeyde
0,60-0,69	Vasat
0,50-0,59	Çok Kötü
0,00-0,49	Faktör Yok

Yapısal Eşitlik Modeli ve Doğrulayıcı Faktör Analizi

Yapısal eşitlik modellemesi (YEM) gözlenen ve örtük değişkenleri içeren modellerin test edilmesinde kullanılan, faktör analizi ve regresyon analizlerinin birleşiminden oluşan çok değişkenli istatistiksel analizlerin genel adıdır. Yapısal eşitlik modellemesinin bir türü olan doğrulayıcı faktör analizi ile gözlenen değişkenler ile örtük değişkenler arasındaki ilişkileri test eden ölçme modelleri test edilmektedir. Açımlayıcı faktör analizi ile belirlenen örtük yapının model uyumunun incelenmesi amacıyla kullanılmaktadır (138). Temel amaç ölçeğin öngörülen kuramsal yapısının toplanan veri ile doğrulanmasıdır.

Tek faktörlü model, birinci düzey çok faktörlü model ve ikinci düzey çok faktörlü model olmak üzere üç temel ölçme modeli test edilmektedir. Kestirim yöntemleri belirlenip uyum indeksleri değerlendirilmesi sonrası yol şemaları çizilmektedir.

Kestirim yöntemleri içerisinde en sık Maximum Likelihood yöntemi kullanılmaktadır. Uyum indekslerinde kabul edilebilir değerler Tablo II'de verilmektedir. χ^2 değeri evren kovaryans matrisi ile örneklem kovaryans matrixin uyumuna bakmakta kullanılmaktadır. $\chi^2 = 0$ ise model veriye mükemmel uyum sağlamaktadır. Fakat χ^2 istatistiğine ait p değeri örneklem büyüklüğünden çok fazla etkilendiği için çok büyük örneklem olmadıkça p değeri anlamlı yani modelin reddedildiği sonucu çıkar. Uygulamada bu sınırlılığı göz ardı edebilmek için serbestlik derecesinden arındırılarak değerlendirilmesi önerilmektedir. χ^2 değerinin serbestlik derecesine bölünmesiyle elde edilen χ^2 / SD değeri kullanılmaktadır. χ^2 / SD değeri 3 veya daha düşük oranlar mükemmel, 3 ve 5 arası ise kabul edilebilir olarak yorumlanmaktadır (139).

GFI (Goodness of Fit İndeks) değeri modelin örneklemdeki kovaryans matrixini ne oranda ölçtüğünü göstermekte kullanılmaktadır. AGFI (Adjusted Goodness Of Fit Index) GFI testinin yüksek örnek hacmindeki eksikliğin giderilmesinde kullanılmaktadır. CFI (Comparative Fit Index) değişkenler arasında hiçbir ilişkinin olmadığı varsayımından kurulan hipotezin yokluk modelinden farkını vermektedir. RMSEA (Root Mean Square Error Of Approximation) ana kütledeki yaklaşık uyumun ölçüsü olarak kullanılmaktadır (140-143)

Tablo II: DFA’da Kullanılan Uyum İyiliği İndeksleri ve Kabul Edilebilir Değerleri (140-143)

İndeks	Kabul Edilebilir Uyum	Mükemmel Uyum
χ^2 ‘ p’ değeri	p>0,05	-
χ^2 /SD	$2 < \chi^2 /sd \leq 5$	$0 \leq \chi^2 /sd \leq 2$
GFI	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$	$0.95 \leq GFI \leq 1.00$
AGFI	$0.85 \leq AGFI \leq 0.90$	$0.90 \leq AGFI \leq 1.00$
CFI	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$	$0.95 \leq CFI \leq 1.00$
RMSEA	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.08$	$0.00 \leq RMSEA \leq 0.05$
SRMR	$0.05 \leq SRMR \leq 0.10$	$0.00 \leq SRMR \leq 0.05$

2.4.2.1.6 Yakınsak (Birleşim) ve Iraksak (Ayrışım) Geçerlilik

Yakınsak geçerlilik değişkenlere ilişkin ifadelerin birbirleriyle ve oluşturdukları faktör ile ilişkili olduklarını ifade etmektedir. Iraksak geçerlilik ise değişkenlere ilişkin ifadelerin ait oldukları faktör dışındaki faktörlerle kendi buldukları faktörden daha az ilişkili olması gerektiğidir. CR (composit reliability) değeri faktördeki maddelerin standardize regresyon katsayıları ile hata varyansları dikkate alınarak hesaplandığından DFA’da CR değeri cronbach alfadan daha elverişli bir güvenilirlik indeksidir. Yakınsak geçerlilik için, ölçüğe ilişkin tüm CR değerlerinin AVE değerlerinden büyük olması ve AVE değerinin de 0,5’ten büyük olması ve CR değerinin 0,7’den büyük olması beklenmektedir (139). AVE değeri “Ortalama Açıklanan Varyans (Average Variance Extracted)”ın kısaltması olup, faktöre ilişkin ifadelerin kovaryanslarının (yüklerinin) karelerinin toplamının ifade sayısına bölünmesi ile elde edilmektedir. Her bir faktör yapısı için ayrı ayrı değerlendirme yapılır. Iraksak geçerlilik için ise iki yeni değer hesaplanması gerekir. MSV değeri “Maksimum Paylaşılan Varyansın Karesi (Maximum Squared Variance)”dır ve bir faktörün diğer faktörlerden herhangi biriyle paylaştığı en yüksek varyansın karesidir. ASV değeri ise “Paylaşılan Varyansın Karesinin Ortalaması (Average Shared Square Variance)” olup bir faktörün diğer faktörlerle paylaştığı varyansın karelerinin toplamının paylaşılan varyans sayısına bölünmesi ile elde edilmektedir. Iraksak geçerlilikten söz edebilmek için $MSV < AVE$, $ASV < MSV$ ve AVE’nin karekökünün faktörler arası korelasyondan büyük olması koşullarının sağlanması gerekir (144).

Ayrıca modelin DFA sonucunda doğrulanmış olmasının yakınsak ve ıraksak geçerliliği kapsadığını belirten yayımlar da mevcuttur. Ancak son yıllarda YEM sonrası DFA sonuçları raporlanır iken yakınsak ve ıraksak geçerliliklere ilişkin verilerin de ayrıca yazılması gerektiği görüşü mevcuttur (138).

2.4.2.2 Güvenilirlik

Güvenirlilik ölçümün kararlılığı ile ilgili bir özelliktir. Yapılan ölçümün kararlılığını veya daha basit olarak ifade edilirse aynı şartlarda, farklı zamanlarda veya farklı kişilerce ölçüldüğünde benzer sonuçların bulunması durumudur. Ölçme araçlarının güvenilirliğini değerlendirirken kararlılık, tutarlılık ve duyarlılık kavramları açısından değerlendirime önerilmektedir (116).

Ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında güvenilirlik analizleri için Cronbach Alfa, Kuder-Richardson, madde-toplam korelasyonu, paralel formlar, test-tekrar test ve iki yarı güvenilirliği yöntemleri kullanılmaktadır.

2.4.2.2.1 İç Tutarlılık

İç tutarlılık değerlendirmelerinde Cronbach's Alpha ve Kuder Richardson (KR-20, KR-21) yöntemleri kullanılmaktadır. Cronbach alfa katsayısı ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlığının (homojenliğinin) bir ölçüsüdür. Likert benzeri derecelendirme uygulanan araçların değerlendirilmesinde Cronbach alfa katsayısı, 0-1 şeklinde puanlanan araçların değerlendirmesinde KR-20 ve KR-21 yöntemleri kullanılmaktadır. Alfa katsayısı ile ölçekte yer alan k tane sorunun aynı türde bir yapıyı açıklamak ya da sorgulamak üzere bir bütün oluşturup oluşturmadıklarının sorgulanması konusunda bilgi elde edilmektedir. Alfa katsayısı yüksekse ölçek maddelerine verilen yanıtların birbiri ile tutarlı olduğu görülmektedir. Analiz sonrası tespit edilen cronbach alfa katsayısı 0,81-1,00 arasında yüksek güvenilirlik, 0,61-0,80 arasında orta düzeyde güvenilirlik, 0,41-0,60 arasında ise düşük güvenilirlik olarak değerlendirilmekte ve 0,40'ın altında olduğu durumlarda uyarlanan ölçeğin güvenilirliğin olmadığı olarak görülmektedir (117,118). Ölçekten madde çıkartıldığında Cronbach alfa katsayısı %5'den daha fazla artarsa o sorunun ölçekten çıkartılması gerekir (115).

Ayrıca ölçeğin tutarlılığının değerlendirilmesinde ölçek toplam puanı ve alt boyut puanları üzerinden taban ve tavan etkisi hesaplanması önerilmektedir. Taban etkisi bir boyutta mümkün olan en düşük puanı alan katılımcıların, tavan etkisi de en yüksek puanı olan

katılımcıların toplam katılımcılar içindeki yüzdesini tanımlamaktadır. Taban etki ve tavan etki yüzdelерinin ikisinin de %15'in altında olmaları önerilmektedir. (119)

Ölçek tutarlılığının değerlendirilmesinde Madde-Toplam Korelasyonu değerlerine bakılması da önerilmektedir. Ölçeğin güvenilirlik çalışmaları kapsamında Cronbach's alpha iç tutarlılık katsayısından sonra ölçeğin düzeltilmiş madde-toplam korelasyonu hesaplanmakta olup madde toplam korelasyonu ölçme aracındaki maddelerden elde edilen puanlar ile toplam puan arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır. Madde-toplam korelasyonunun yüksek düzeyde ve pozitif yönlü olması ölçme aracındaki maddelerin benzer davranışları örneklediğini ve ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu ifade etmektedir (120). Ölçme aracındaki maddeler için madde-toplam korelasyonlarının 0.30 ve üstünde olmasının yeterli olacağı ve bu değerlere sahip maddelerin iyi maddeler olduğu da belirtilmektedir (121)

2.4.2.2.2.Paralel Form Güvenilirliği

Eş değer niteliklere sahip iki ölçme aracının aynı gruba eş zamanlı uygulanması esasına dayanmaktadır. Soyut niteliklerin ölçüldüğü araçlarda bu yöntemin kullanılması önerilmemektedir (115). Paralel formlar yönteminde aynı ya da benzer nitelikleri ölçen geçerliliğe ve güvenilirliğe sahip olduğu bilinen başka bir ölçütle korelasyon analiz yöntemi ile değerlendirme yapılmaktadır.

2.4.2.2.3.Test-Tekrar Test Güvenilirliği

İlgili ölçeğin aynı bireylere iki kez uygulanması ve iki ölçüm arasındaki korelasyonun ve sınıf içi güvenilirlik katsayısının değerlendirilmesi esasına dayanmaktadır. Bu katsayıların 0,80'in üzerinde olması, daha esnek bir yaklaşımla 0,70'in altına inmemesi istenir. Psikolojik testlerde/ölçeklerde ikinci kez verilmesi için uygun sürenin üç ay civarında olması gerekirken genel eğilim, kağıt kalem kullanılarak yapılan testlerde ikinci testin 15 gün sonra uygulanması önerilmektedir (122). Örneklem büyüklüğü açısından literatüre bakıldığında genelde toplam örneklem sayısının %10'u civarında bir gruba tekrar test yapıldığı görülmektedir (116).

2.4.2.2.4. İki Yarı Güvenilirliği

Ölçeğin verilerinin iki eşit parçaya bölünerek ölçeğin her iki yarısı arasındaki korelasyona bakılma yöntemi ile yapılmaktadır. Bu yöntemin kullanılabilmesi için ölçeğin iki yarısının da aynı nitelikleri ölçmeye çalışması gerekmektedir. Ölçek sorularının iki yarıya bölerken tek sayılar ve çift sayılar olarak veya ilk yarı ikinci yarı soruları olarak gruplama yapılması önerilmektedir (115,124). Her iki yarının toplam puanları arası korelasyon değeri hesaplamasında Spearman-Brown ve Guttman Split-Half değerlerine bakılmaktadır. Bu iki güvenilirlik değerin 0,70 ve üzeri olması önerilmektedir. (125)



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Etik Açıklamalar ve İzinler

Avustralya’da yer alan Adelaide Üniversitesi Diş Hekimliği Anabilim Dalı’nda çalışan Jones Kelly ve arkadaşları tarafından güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılan ‘Health Literacy Dental Scale (HeLD-14)’ isimli ölçeğin Türkçeye uyarlaması amacıyla yapılacak araştırmamızda kullanılabilmesi için araştırmacıdan e-posta ile izin alınmıştır (Ek-1).

Araştırma tasarlanıp, araştırma planı hazırlandıktan sonra Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’na başvurulmuş ve etik kuruldan 05/03/2020 tarih, E.15909 no’lu karar ve 2020/56 protokol numarası ile onay alınmıştır (Ek-2).

Araştırmanın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde yapılabilmesi için Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği’nden, Efeler 09 No’lu Aile Sağlığı Merkezi ile Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi’nde yapılabilmesi için de T.C.Sağlık Bakanlığı Aydın İl Sağlık Müdürlüğü’nden gerekli izinler alınmıştır (Ek-3, Ek-4).

Araştırmanın dilsel eşdeğerlik ve kültürel uyarlama aşaması sonrasında ölçeğin adının değiştirilerek ‘Diş Hekimliğinde Sağlık Okuryazarlığı Kısa formu-(DSOY-14)’ yerine Ağız ve Diş Sağlığı Okuryazarlığı Kısa Formu (ADSOY-14)’ olmasına karar verilmiştir. Etik kurula çalışmanın isim değişikliği için tekrar başvurulmuş ve 11/08/2020 tarih, E-41350 no’lu karar ile yeniden onay alınmıştır (Ek-5).

3.2 Araştırma Yeri ve Zaman Çizelgesi

3.2.1 Araştırma Yeri

Araştırma Aydın İli Efeler İlçesi içerisinde yapılmıştır. Türkiye’deki 30 büyükşehirden biri olan Aydın ilinin, doğusunda Denizli ili, batısında Ege Denizi, kuzeyinde İzmir ve Manisa illeri, güneyinde ise Muğla ili yer almaktadır. TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt sistemine göre 2019 toplam nüfusu 1.110.972 olup nüfusun %49,74 ‘ü (552.626) erkek, %50,26’sı (558.346) kadınlardan oluşmaktadır (145). Aydın’da 17 ilçe bulunmaktadır. Efeler merkez

ilçe olup nüfusu 2019 yılında 293.816 tespit edilmiştir. Nüfusun %49,42'sini (145.217) erkek, %50,58'sini (148.599) kadınlar oluşturmaktadır.

Efeler ilçesinde birinci basamak sağlık kurumu olarak 33 adet aile sağlığı merkezi, ikinci basamak sağlık kurumu olarak üç adet kamu hastanesi (Aydın Devlet Hastanesi, Aydın Atatürk Devlet Hastanesi, Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi) ve üçüncü basamak sağlık kurumu olarak da Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi hizmet vermektedir.

Ağız ve diş sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin heterojenitesinin sağlanabilmesi için araştırma birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının her bir basamağından seçilen Efeler 09 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinin polikliniklerinde başvuru yapan bireyler ile gerçekleştirilmiştir.

Merkez 09 No'lu Aile Sağlığı Merkezi altı aile hekimi ile hizmet vermeye devam eden birinci basamak sağlık kurumudur. Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi 256 yatak kapasitesi ve yaklaşık 700 personel ile hizmet veren ikinci basamak sağlık kurumudur. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi 1993 yılından itibaren Aydın ilinde üçüncü basamak sağlık hizmeti veren sağlık kurumudur. 587 yatak kapasitesi ile 440 akademisyen, 325 hemşire ve 818 personelden oluşan bir kadroyla hizmet vermektedir.

3.2.2 Araştırma Zaman Çizelgesi

Araştırma Kasım 2019 ile Ekim 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Tablo III. ADSOY-14 Türk Diline Uyarlama Çalışması Zaman Çizelgesi

TARİH FAALİYET	KASIM 2019	ARALIK 2019	OCAK 2020	ŞUBAT 2020	MART 2020	NİSAN 2020	MAYIS 2020	HAZİRAN 2020	TEMMUZ 2020	AĞUSTOS 2020	EYLÜL 2020	EKİM 2020
Literatür taraması	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Konunun Belirlenmesi		X	X									
Veri toplama aracı taslağının hazırlanması			X	X								
İzinlerin alınması				X	X	X	X					
Çevirilerin Yapılması							X					
Dilsel Eşdeğerlik / Kültürel Uyarlama								X				
Ön deneme								X				
Veri toplama aracı son şeklinin verilmesi								X				
Veri Toplama								X	X	X		
Analiz ve Değerlendirme									X	X	X	
Raporun Yazımı				X	X	X	X	X	X	X	X	X

3.3 Araştırma Tipi

Bu araştırma Avustralya Adelaide Üniversitesi Diş Hekimliği Anabilim Dalında görevli Jones Kelly tarafından geliştirilen ‘Health Literacy Dental Scale-Short Form (HeLD- 14)’ ölçeğinin Türk diline uyarlaması amacıyla geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılan metodolojik bir araştırmadır.

3.4 Araştırmanın Evreni, Örnek Büyüklüğü ve Örnek Seçimi

3.4.1 Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni, veri toplama dönemi (Haziran-Ağustos 2020) içerisinde Efeler 09 No’lu Aile Sağlığı Merkezi, Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine hasta ya da yakını olarak başvuru yapan 18 yaş üzeri tüm bireylerdir.

3.4.2 Araştırmanın Örnek Büyüklüğü ve Örnek Seçimi

Araştırmada örnek büyüklüğü hesabı literatürdeki ölçek uyarlama çalışmalarının güvenilirlik ve geçerlilik analizleri için önerilen örnek büyüklüğüne dayandırılarak yapılmıştır. Bir ölçeğin faktör yapısını ortaya çıkarabilmek, psikometrik yapısını inceleyebilmek için gerekli örneklemin 500’ün üzerinde olması gerektiği belirtilmektedir (106). Örneklem büyüklüğü için 50 ve altı için çok zayıf, 100 zayıf, 200 orta, 300 iyi, 500 çok iyi ve 1000 mükemmel olarak tanımlanmaktadır (135). Örnekleme yöntemi seçiminde de ölçeğin yapısının değerlendirilebilmesi için olasılıksız örnekleme yöntemleri içerisinde amaçlı örnekleme yönteminin kullanılması önerilmektedir (146). Bu literatür bilgileri eşliğinde hedef grubun ağız ve diş sağlığı okuryazarlığı açısından heterojenitesinin sağlanabilmesi için birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına başvuran bireyler ile çalışılması planlanarak Efeler 09 No’lu Aile Sağlığı Merkezi, Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi polikliniklerinde toplamda 500 katılımcıya ulaşılması hedeflenmiştir. Her bir birimden ulaşılması hedeflenen katılımcı sayısı belirlenirken de Türkiye’de hekime müracaat sayısının oranlarına bakılmış olup birinci basamak başvurularının %34, ikinci ve üçüncü basamak başvurularının %66 olduğu

görülmüştür (44). Bu nedenle 500 katılımcının 170'inin aile hekimliği biriminden, 330'unun da devlet hastanesi ve üniversite hastanesinden seçilmesine karar verilmiştir.

Türk diline uyarılmanın dil geçerliliği aşaması için de hazırlanan Türkçe form ile orjinal formun, ölçeğin orjinal diline de hakim 30 kişi tarafından ortalama bir hafta ara ile iki ayrı oturumda yapılması gerektiği belirtilmektedir (113). Bu sebeple dil geçerliliği aşamasında Adnan Menderes Üniversitesi'nde görev alan akademisyenler içerisinde ölçeğin orjinal dili olan İngilizceye hakim oldukları bilinen doçent ve üstü akademik düzeydeki 30 akademisyene ulaşılmıştır.

3.5 Araştırmaya Dahil Olma, Araştırmadan Dışlanma ve Çıkarılma Kriterleri

3.5.1 Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

Araştırmaya Efeler 09 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine Haziran-Ağustos 2020 tarihleri aralığında başvuran 18 yaş üzeri bireyler içerisinde araştırmaya katılmayı kabul eden, bilişsel açıdan sorunu olmayan okuryazar bireyler dahil edilmiştir.

3.5.2 Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya Efeler 09 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine Haziran-Ağustos 2020 tarihleri aralığında başvuran bireyler içerisinde 18 yaşından daha genç ve okuryazar olmayan bireyler dahil edilmemiştir.

3.5.3 Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

Araştırma analizleri yapılırken TSOY-32 ve HeLD-14 ölçeklerinin puanlama kriterlerine uygunluk koşulu aranmıştır. TSOY-32 ölçeğinde tüm maddelerin %80'inden daha azına yanıt verilen anketler ile ADSOY ölçeğinde tüm maddelerin %95'inden azına yanıt verilen anketlerin verileri araştırma analizlerine dahil edilmemiştir.

3.6 Veri Toplama Aracı ve Yöntemi

3.6.1 Veri Toplama Aracı

Veri toplama aracı olarak öncelikle izin aşamalarında kullanılmak üzere dört bölümden oluşan veri toplama aracı taslağı hazırlanmıştır. Taslak metinde sosyodemografik veriler, ağız ve diş sağlığı ile genel sağlık durumu, TSOY-32 ve uyarlaması yapılacak olan HeLD-14 ölçeğinin yer aldığı bölümler yer almaktadır (Ek-6) Çalışma izin aşamaları tamamlandıktan sonra yapılan uygulamalarla, psikolinguistik değerlendirmeler yapılmış ve ADSOY-14 ölçeği Türkçe metni hazırlanmıştır (Ek 7). Çalışmada kullanılmak üzere son şekli verilen ‘Ağız ve Diş Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Kısa Formu’nun (ADSOY-14) Türk Diline Uyarlama Anketi’ bölümleri içerikleri aşağıda yer almaktadır (Ek 8).

Sosyodemografik Veriler

Araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür bilgileri eşliğinde hazırlanan, katılımcıların sosyodemografik verilerinin sorulduğu yedi sorudan oluşan birinci bölümdür.

Ağız ve Diş Sağlığı ile Genel Sağlık Durumu

Araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür bilgileri eşliğinde hazırlanan, katılımcıların ağız ve diş sağlığı ile ilgili 12 soru ve genel sağlık durumları ile ilgili altı sorunun sorulduğu toplamda 18 sorudan oluşan ikinci bölümdür.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)

Üçüncü bölüm olarak; ADSOY-14’ün kriter geçerliliği değerlendirmesinde kullanılmak üzere Okyay ve arkadaşları tarafından geliştirilen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) kullanılmıştır (77). TSOY-32, 15 yaş üzeri kişilerde sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla geliştirilen 32 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Her madde 1=Çok Kolay, 2=Kolay, 3=Zor, 4=Çok Zor, 5=Fikrim Yok şeklinde kodlanmıştır. Puan hesaplarına geçilmeden önce kodlar 1-4, 4-1 olacak şekilde yeniden kodlanmaktadır. Puan hesaplanması yapılırken ‘fikrim yok’ifadesi şeklinde cevaplanan 5 ile kodlanan puanlara hesaplamalara dahil edilmemektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 32-128 arasında olup hesaplama kolaylığı açısından (aritmetik ortalama-1) x (50/3) formülü ile standardize edilerek genel

indeks puan hesaplanmaktadır. İndeks puan hesaplaması yapılırken soruların en az %80'inin cevaplandığı durumlar dahil edilmektedir. İndeks puan ile ölçekte en düşük 0 en yüksek 50 puan alınabilmektedir. (0-25) puan yetersiz sağlık okuryazarlığı, (>25-33) puan sorunlu sağlık okuryazarlığı, (>33-42) puan yeterli sağlık okuryazarlığı, (>42-50) puan mükemmel sağlık okuryazarlığı olarak dört kategoride değerlendirme yapılmaktadır.

Ağız ve Diş Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Form (ADSOY-14)

Dördüncü bölümde HeLD-14 ölçeğinin Türk diline uyarlaması olarak düzenlenen ADSOY-14 ölçeği kullanılmıştır. Çeviri, geri çeviri, uzman görüşü, dilsel eşdeğerlik, kültürel uyarlama ve ön deneme sonrasında ADSOY-14 ölçeğine son şekli verilmiştir. Ağız ve diş sağlığı ile ilgili iletişim, anlama, kavrama, kullanım, destek, ekonomik engeller ve erişim konularını içeren toplamda 14 maddeden oluşmaktadır. Her madde 0 ile 4 arasında olan (4=Evet, Hiç Zorlanmadan 3=Evet, Biraz Zorlanarak, 2=Evet, Zorlanarak, 1=Evet, Çok Zorlanarak, 0=Hayır) likert tipi ölçekte sıralanmaktadır. Ölçek puanı hesaplamasında uyarlama yapılan HeLD-14 ölçeği puanlama kriterleri kullanılmıştır.

HeLD-14 ölçeğinin puanlama yöntemi

HeLD-14 ölçeği 18 yaş üstü bireylerde ağız ve diş sağlığı okuryazarlığı düzeylerini değerlendiren 14 sorudan oluşan bir ölçektir. Daha önce de Brezilya ve Endonezya'da da uyarlama çalışmaları yapılmıştır (98,99). HeLD-14 ölçeğinde madde sırası ile ikişer maddeden oluşan kavrama, anlama, destek, ekonomik engeller, erişim, iletişim ve kullanım olmak üzere yedi alt boyut bulunmaktadır. Her madde sıfır ile dört arasında olan (0=yapamam, 1=çok zorlanarak, 2=zorlanarak, 3=az zorlanarak, 4= zorlanmadan) beş puanlık Likert tipi ölçekte sıralanır. Daha yüksek puanlar performansta minimum zorluk olduğunu göstermektedir. Düşük puanlar işlev veya görevleri yerine getirmede çok sınırlı kapasiteyi gösteren düşük ağız ve diş sağlığı okuryazarlığı durumunu göstermektedir. Puanlar hesaplanırken yanıtların yüzde beş veya daha fazlasının boş bırakıldığı anketler dahil edilmemektedir. %5' ten daha düşük oranda ögenin eksik olduğu durumlarda, ölçek puanları her madde için ortalama puan ikameleri kullanılarak hesaplanmaktadır. Toplam puan 0-56 arasında değişmekte olup yüksek puanlar daha yüksek ağız ve diş sağlığı okuryazarlığı düzeyini göstermektedir

3.6.2 Veri Toplama Yöntemi

Ağız ve diş sağlığı okuryazarlığı ölçeği kısa formu Türk diline uyarlaması anketi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında araştırma görevlisi olarak çalışan tezin sorumlu araştırma görevlisi Dr. Çiğdem Yılmaz Aydın tarafından 01.06.2020-31.08.2020 tarihleri arasında seçili üç sağlık kurumlarındaki tüm polikliniklerde uygulanmıştır. Uygulamanın başında katılımcılara araştırmanın amacı açıklanmış, kendilerine anket hakkında kısa bilgi aktarılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere yüz yüze görüşme yöntemi ile anketler uygulanmıştır. Katılımcı başına anket doldurma süresi ortalama 10-15 dakikadır.

3.7 Verilerin analizi ve değerlendirilmesi

Araştırmaya katılmayı kabul eden 526 katılımcı içerisinde 26 katılımcı (11 kadın, 15 erkek,) anket formundaki soruları puanlama kriterlerine uygun sayıda tamamlamadığı için analizlere dahil edilmemiştir.

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS v25.0 (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY, USA), SPSS AMOS v23,0 (Analysis of Moment Structures, 2015) paket programları kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmanın örneklem büyüklüğünün yeterliliği ve verilerin faktör analizine uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett Küresellik Testi ile değerlendirilmiştir. Araştırmadaki sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov Testi, çoklu normallik varsayımı Skewness ve Kurtosis değerleri ile değerlendirilmiştir (147). Literatürde kritik değerler (c.r.) Skewness ve Kurtosis değerlerinin standart hataya bölünmesi ile hesaplanır ve -3 ile +3 arasında olması beklenir. (148).

Tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde olarak verilmiş; normal dağılıma uyan veriler ortalama, standart sapma; uymayan veriler ise ortanca(en alt-en üst değerler), birinci ve üçüncü çeyrek verileri ile sunulmuştur. İstatistik anlamlılığı değerlendirmek için nominal veriler arasındaki sayısal değerler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Mann-Withney U ve Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Korelasyon analizlerinde parametrik olmayan veriler için Spearman korelasyon testi yapılmıştır. Korelasyon analizinde korelasyon değeri 0,0-0,24 arası düşük, 0,25-0,49 arası orta, 0,50-0,74 arası güçlü ve 0,75-1,00 arası çok güçlü olarak yorumlanmaktadır (149). Tip 1 hata düzeyi $\alpha=0,05$ kabul edilmiştir.

3.7.1 Psikolinguistik değerlendirmeler

HeLD-14 ölçeği çeviri, geri çeviri ve uzman görüşü aşamalarında çalışmaya katkıları olan kişiler Ek 9 'da yer almaktadır.

3.7.1.1 Çeviri Aşamaları

HeLD-14 ölçeğinin Türk diline uyarlaması yapılırken öncelikle orjinal ölçeğin Türk diline çevirilmesi, ardından da bu çeviri metninin İngilizce diline geri çevirileri yapılmıştır. HeLD-14 ölçek maddeleri, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Yabancı Diller Yüksek Okulu İngilizce bölümünde görevli bir öğretim üyesi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nde görevli iki öğretim üyesi ve araştırmacı tarafından birbirinden bağımsız şekilde Türk diline çevrilmiştir. Daha sonra bu çeviri metinleri Türk diline çeviri yapan kişilerden farklı iki diş hekimi, bir halk sağlığı uzmanı ve bir İngilizce dil uzmanı tarafından birbirlerinden bağımsız şekilde tekrar İngilizceye çevrilmiştir. İngilizceye geri çeviri aşamasında çeviri yapan bireylerin yaptıkları çeviri metninin farklı alan uzmanları tarafından çevrilmiş olmasına dikkat edilmiştir.

3.7.1.2 Tek Metin Oluşturma/Kültürel Uyarlama

HeLD-14 ölçeğinde yer alan maddelerin uyarlama araştırmasında kullanılacak çevirilerinin seçilmesi aşamasında öncelikle çeviri ve geri çeviri metninin tümünün bir arada yer aldığı bir tablo hazırlanmıştır (Tablo X). Bu tablo hem İngilizce ve Türkçe'ye hem de ölçülen kavrama hakim olduğu bilinen üç uzman tarafından değerlendirilmiştir. Kavramların kültürel olarak da uygunluğu göz önüne alınarak tek bir çeviri metni oluşturmak üzere grup çevirisi yapılmıştır. Maddelerin çevirileri değerlendirilirken hedef kültüre ve topluma uyum açısından maddelerin orjinal dildeki anlamları algısal olarak da değerlendirilip maddelerde ve likert tipi cevap kategorilerinde düzenlemeler yapılmıştır.

3.7.1.3 Ön Deneme

Ön deneme amacıyla, uzman görüşü sonrası son şekli verilen ADSOY-14 ölçeği, olasılıksız örnekleme yöntemlerinden amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak araştırmanın yapılacağı katılımcılara uygun özelliklerde 20 katılımcıya uygulanmıştır.

3.7.2 Psikometrik değerlendirmeler (Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri)

Ölçeklerin farklı kültürlerde kullanılabilmesi için uyarlanan ölçeğin, uyarlanan yeni kültürdeki psikometrik özelliklerinin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılarak değerlendirilmesi gerekmektedir (150-152) Bu amaçla ADSOY-14 uyarlama araştırmasında kullanılan geçerlilik ve güvenilirlik analiz teknikleri Tablo IV’te verilmiştir.



Tablo IV. ADSOY-14 Ölçeği Türk Diline Uyarlama Psikometrik Değerlendirme Analizleri

Güvenilirlik ve Geçerlilik Aşamaları		Yapılan Analiz Teknikleri
Güvenilirlik Aşamaları	İç Tutarlılık	Cronbach alfa ve maddeler arası korelasyon ile değerlendirme yapılmıştır. Taban ve tavan etki yüzdeleri hesaplanmıştır.
	Paralel Form Güvenilirliği	ADSOY-14 ve TSOY-32 ölçekleri eş zamanlı uygulanarak spearman korelasyon analizi ile değerlendirme yapılmıştır.
	Test-Tekrar Test Güvenilirliği	50 katılımcıya 15 gün ara ile ADSOY-14 ölçeği tekrar uygulanarak iki ölçüm arasındaki sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) ve Spearman korelasyon değeri hesaplanmıştır.
	İki Yarı Güvenilirliği	İlk yarı ve ikinci yarı sorular aynı grupta olacak şekilde yedişer soruluk iki gruba ayrılmıştır. İki yarı arasındaki değerlendirmede Spearman-Brown ve Guttman Split-half değerleri hesaplanmıştır.
Geçerlilik Aşamaları	Yüz (Görünüm) geçerliliği	Maddelerinin görünüşü, okunabilirliği, uygulama kolaylığı ve maddelerin sıralaması açısından değerlendirilmesi için konu ile ilgili dört uzmanın görüşlerine başvurulmuştur.
	Dil Geçerliliği	HeLD-14 ile ADSOY-14 ölçekleri bir hafta ara ile 30 akademisyene uygulanarak spearman korelasyon analizi yapılmıştır.
	Kriter Geçerliliği	Kriter geçerliliğinin değerlendirilmesinde TSOY-32 ölçeği ADSOY-14 ölçeği ile aynı uygulamada yapılmıştır. Puanları Spearman korelasyon analizi ile karşılaştırılmıştır.
	Yapı Geçerliliği	Faktör Analizi ve yapısal eşitlik modellemesi yapılmıştır. AFA'da temel bileşenler analizi kestirim yöntemi ve promax döndürme yöntemi, DFA'da maximum likelihood kestirim yöntemi kullanılmıştır. AFA'da özdeğer sayısı, eğim grafiği ve açıklanan yığılımlı varyans oranı kriterleri, DFA'da X^2/df , GFI, RMR, SRMR, CFI, RMSEA uyum indeks değerleri ile değerlendirme yapılmıştır
	Yakınsak ve Iraksak Geçerlilik	AVE, CR, MSV ve ASV değerleri hesaplanmıştır.

3.7.2.1 Yüz (Görünüm) geçerliliği

Çeviri metinlerinden seçilen maddeler kullanılarak ‘Ağız ve Diş Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Kısa Formu (ADSOY-14)’ taslak olarak hazırlanmıştır. ADSOY-14 ölçeğinin maddelerinin görünüşü, okunabilirliği, uygulama kolaylığı ve maddelerin sıralaması açısından değerlendirilmesi için görünüm geçerliliği aşamasında uzman görüşüne başvurulmuştur (146). Konu ile ilgili çalışmaları bulunan dört farklı uzmandan birbirlerinden bağımsız şekilde e-posta ile görüş alınmıştır. Uzmanların görüş ve önerileri doğrultusunda maddeleri tek bir şablonda bir araya getirildikten sonra gözden geçirilerek ölçeğin son haline karar verilmiştir.

3.7.2.2 Dil geçerliliği

ADSOY-14 ölçeğinin dilsel eşdeğerliğin istatistiksel değerlendirilmesi amacıyla ölçeğin orijinal dili olan İngilizce versiyonu ile ön deneme sonrası son şekli verilen Türkçe versiyonu Adnan Menderes Üniversitesi’nde çalışmakta olan doçent ve üstü akademik düzeyde 30 kişiye bir hafta ara ile uygulanmıştır. Uygulama sonrası ölçeğin iki versiyonunun toplam puanları arası korelasyon analizi spearman testi ile hesaplanmıştır.

3.7.2.3 Kriter geçerliliği

Paralel form yöntemi ile değerlendirmede ADSOY-14 ve TSOY-32 ölçekleri eş zamanlı uygulanmıştır. Kriter geçerliliği değerlendirmesi amacıyla TSOY-32 ölçeği ile ADSOY-14 ölçeği puanları arasında spearman korelasyon analizi yapılmıştır.

3.7.2.4 Yapı geçerliliği

Ağız ve diş sağlığı okuryazarlığı ölçeğinin örtük yapısını ortaya çıkarmak ve özgün formunda açıklanan yapıyı doğrulamak için faktör analizi ve yapısal eşitlik modellemesi yapılmıştır. Açımlayıcı faktör analizi yapılırken örneklem büyüklüğünü yeterliliğine Kaiser-Meyer-Olkin testi ile bakılmıştır. Araştırmada Türkçeye uyarlanan ölçeğin Açımlayıcı Faktör Analizi, Temel Bileşenler Analizi ve Promax Döndürme yöntemi kullanılarak yapılmıştır. AFA sonrası yapısal eşitlik modellemesi yapılarak orijinal yapı ile Türkçe sürümünün yapı uyumu sınanmıştır.

Açımlayıcı faktör analiziyle elde edilen faktör yapısı, doğrulayıcı faktör analizi yapılarak χ^2 , χ^2/df iyilik uyumu, Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index – CFI), iyilik uyum indeksi (Goodness of Fit Index – GFI), Düzenlenmiş İyilik Uyum İndeksi (Adjusted Goodness of Fit Index – AGFI), Yaklaşık Hataların Ortalama Karekoku (Root Mean Square Error Of Approximation – RMSEA), Root Mean Squared Residual (RMR) ,Standardize Root Mean Squared Residual (SRMR) kullanılarak Doğrulayıcı Faktör Analizi ile değerlendirilmiştir.

3.7.2.5. Yakınsak (Convergent) ve Iraksak (Discriminant) Geçerlilik

Yakınsak geçerlilik değerlendirmesi için AVE ve CR değeri hesaplanmış için her bir faktör için ayrı ayrı değerlendirme yapılmıştır. Iraksak geçerlilik değerlendirmesi için de ASV ve MSV değerleri hesaplanmıştır. İlgili değerler DFA sonrası manuel olarak hesaplanmıştır.

3.7.2.6 İç Tutarlılık

Ölçeğin güvenilirlik analizleri aşamasında iç tutarlılık değerlendirmesinde Likert tipi cevaplar olması nedeniyle Cronbach alfa kat sayıları kullanılmıştır. Maddeler arası korelasyon değerleri ile ölçek maddeleri ve alt boyutların taban ve tavan etki yüzdeleri hesaplanmıştır.

3.7.2.7 Paralel Form Güvenilirliği

Paralel formlar yöntemi kullanılması amacıyla ADSOY-14 ölçeği ile eş zamanlı TSOY-32 ölçeği katılımcılara uygulanmıştır. ADSOY-14 ile TSOY-32 ölçeği toplam puanları arası spearman korelasyon analiz yöntemi ile değerlendirme yapılmıştır.

3.7.2.8 Test-Tekrar Test Güvenilirliği

Test-tekrar test yöntemi kullanılarak, 50 katılımcıya 15 gün ara ile ADSOY-14 ölçeği iki sefer uygulanmıştır. Katılımcıların birinci uygulamada aldıkları puanlarla ikinci uygulamada aldıkları puanlar Spearman korelasyon testi ve sınıf içi güvenilirlik katsayısı ile değerlendirilmiştir.

3.7.2.9 İki Yarı Güvenilirliği

İki yarıya bölme yöntemi ile analizde ölçek soruları 1.-7.ve 8.-14.sorular olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Her iki gruptan alınan puanlar arası korelasyona spearman testi ile bakılmıştır. Her iki yarının toplam puanları arası korelasyon değeri hesaplamasında Spearman-Brown ve Guttman Split-Half değeri hesaplanmıştır.

3.8 Araştırma Bütçesi ve Destekler

Araştırmada kullanılan anketlerin çoğaltılması dışında araştırmanın herhangi bir bütçesi bulunmamaktadır. Herhangi bir kuruluştan destek alınmamıştır.

4. BULGULAR

4.1 Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

4.1.1 Sosyodemografik özellikler

Araştırmaya Efeler 09 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinin polikliniklerine Haziran-Ağustos 2020 tarihleri arasında başvuru yapan bireyler içerisinde araştırmaya katılmayı kabul eden 526 kişi katılmıştır. Analizlere anket formlarını eksiksiz dolduran 500 kişi dahil edilmiştir.

Katılımcıların %54,2'si kadın, %45,8'i erkektir. Katılımcıların yaş ortancası (en üst-en alt değerleri) 34,0 (18,0-74,0) şeklindedir. Katılımcıların %34,2'si 25-34 yaş grubu içerisinde , % 4,4'ü 65 yaş ve üzeri yaş grubu içerisinde. Eğitim durumlarına bakıldığında katılımcıların %32,2'sinin üniversite ve üzeri düzeyde eğitim aldıkları, üniversite hastanesine başvuranların ise %54,0'ının üniversite ve üzeri düzeyde eğitim aldıkları görülmüştür. Katılımcıların başvuru yaptıkları birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına göre bazı sosyodemografik özellikleri Tablo V ve Tablo VI'da gösterilmektedir.

Tablo V. Katılımcıların Sağlık Kurumlarına Başvuru Yerlerine Göre Temel Sosyodemografik Özellikleri -1

	Aile Sağlığı Merkezi		Devlet Hastanesi		Üniversite Hastanesi		Toplam	
	n	%	N	%	n	%	n	%
	Cinsiyet							
Kadın	90	52,9	119	51,7	62	62,0	271	54,2
Erkek	80	47,1	111	48,3	38	38,0	229	45,8
Yaş Grupları								
18-24	30	17,6	49	21,3	10	10,0	89	17,8
25-34	51	30,0	82	35,7	38	38,0	171	34,2
35-44	40	23,5	61	26,5	39	32,0	140	28,0
45-54	29	17,1	22	9,6	7	7,0	58	11,6
55-64	15	8,8	15	6,5	5	5,0	35	7,0
65-77	5	2,9	1	0,4	1	1,0	7	1,4
Eğitim Durumu								
Okuryazar/İlkokul	24	14,1	48	20,9	6	6,0	78	15,6
Ortaokul	40	23,5	61	26,5	11	1,0	112	22,2
Lise	56	32,9	64	27,8	29	29,0	149	29,8
Üniversite/Yüksek Lisans	50	29,4	57	24,8	54	54,0	161	32,2
En Uzun Süre Yaşanılan Yer								
İl Merkezi	80	47,1	109	47,4	62	62,0	251	50,2
İlçe Merkezi	53	31,2	60	26,1	23	23,0	136	27,2
Köy	37	21,8	61	26,5	15	15,0	113	22,6
Toplam	170	100,0	230	100,0	100	100,0	500	100,0

Katılımcıların %21,4'ü' çalışma durumları sorusuna 'Çalışmıyorum' cevabını verirken, %24,0 'ı da 'Ev hanımı' cevabını işaretlemiştir. Aile sağlığı merkezi ve devlet hastanesine başvuranlar içerisinde en fazla 'Ev hanımı' ve 'Çalışmıyorum' yanıtları alınırken üniversite hastanesine başvuranların %46'sı 'Memur' yanıtını işaretlemiştir. Gelir düzeyi durumu sorusuna katılımcıların %11,6'sı 'Gelirim giderden fazla' cevabını vermiştir. Üç sağlık kurumunda da en düşük yüzde ile verilen yanıt 'Gelirim giderden fazla' yanıtı olmuştur. Sağlık güvenceleri varlığı sorusuna katılımcıların %13,0'ı 'Herhangi bir sağlık güvencem bulunmamaktadır' cevabını işaretlemiştir. Sadece 'Özel sigortam var' yanıtını verenlerin her üç sağlık kurumunda da en düşük yüzdeye sahip olduğu görülmüştür.

Tablo VI. Katılımcıların Sağlık Kurumlarına Başvuru Yerlerine Göre Temel Sosyodemografik Özellikleri-2

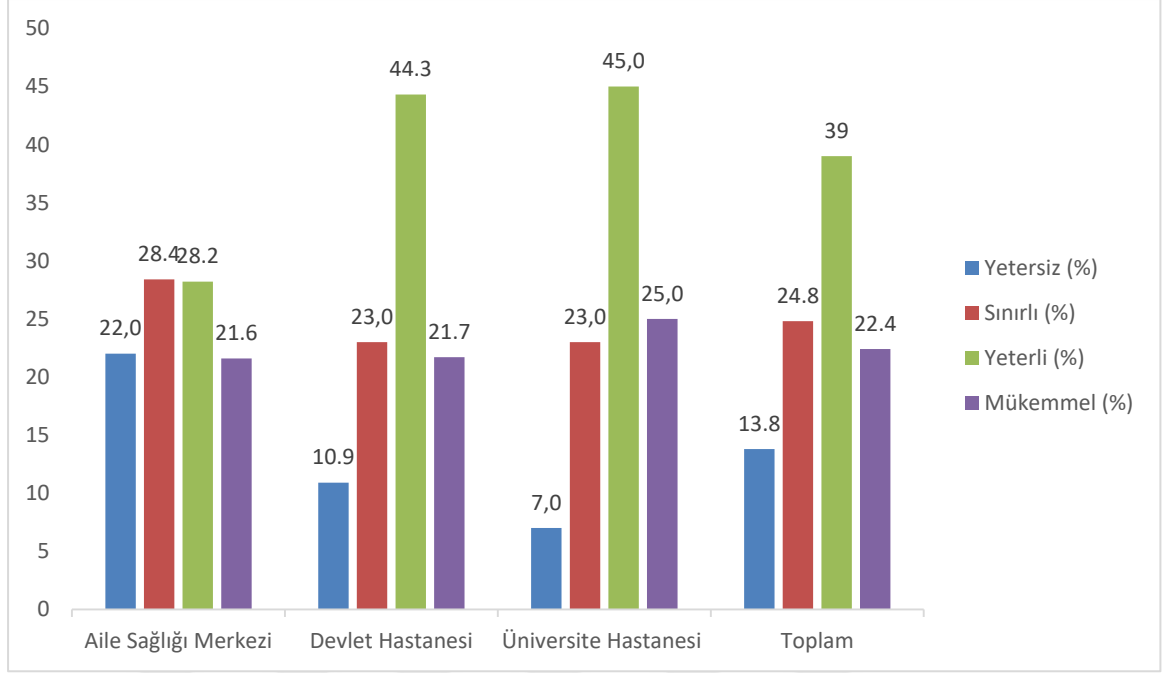
	Başvuru Yeri							
	Aile Sağlığı Merkezi		Devlet Hastanesi		Üniversite Hastanesi		Toplam	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Çalışma durumu								
Çalışmıyor	36	21,2	66	28,7	7	7,0	109	21,8
Ev Hanımı	39	22,9	62	27,0	19	19,0	120	24,0
İşçi	34	20,0	45	19,6	10	10,0	89	17,8
Memur	37	21,8	30	13,0	46	46,0	113	22,6
Esnaf/Özel sektör	15	8,8	16	7,0	15	15,0	46	9,2
Çiftçi	7	4,1	9	3,9	0	0,0	16	3,2
Emekli	2	1,2	2	0,9	3	3,0	7	1,4
Gelir Düzeyi								
Giderden Az	80	47,1	100	43,5	29	29,0	209	41,8
Gidere Denk	74	43,5	103	44,8	56	56,0	233	46,6
Giderden Fazla	16	9,4	27	11,7	15	15,0	58	11,6
Sağlık güvencesi								
Bulunmuyor	20	11,8	35	15,2	10	10,0	65	13,0
Genel sağlık sigortası	126	74,1	158	68,7	79	79,0	363	72,6
Özel Sigorta	11	6,5	16	7,0	5	5,0	32	6,4
Genel sağlık sigortası +Özel Sigorta	13	7,6	21	9,1	6	6,0	40	8,0
Toplam	170	100,0	230	100,0	100	100,0	500	100,0

Kadın ve erkeklerin yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında, 18 ile 44 yaş arasındaki katılımcılarda kadınların erkeklere göre daha fazla, 55 ve üzeri yaş grubunda da erkeklerin kadınlara göre daha fazla sayıda olduğu görülmüştür.

Katılımcıların çalışma durumlarına bakıldığında kadınların %12,6'sı 'Çalışmıyorum', %43,6'sı 'Ev hanımı' seçeneklerini işaretlediği görülmüştür. Sağlık güvencesi bulunma durumu açısından değerlendirildiğinde kadınların %14,4'ünün, erkeklerin %11,4'ünün herhangi bir sağlık güvencesi bulunmadığı, katılımcıların %60 'ının kadın olduğu, erkeklerin %10'unun özel sağlık sigortası bulunurken bu yüzdenin kadınlarda %3,3 olduğu görülmüştür.

Gelir düzeyleri açısından cinsiyetler arası karşılaştırma yapıldığında; iki cinsiyette de en yüksek yüzde ile gelir düzeyim gidere denk seçeneği, en düşük yüzde ile de gelir düzeyim giderden fazla seçeneği işaretlendiği görülmüştür.

Katılımcıların başvuru yerlerine göre sağlık okuryazarlık (SOY) kategorileri Şekil 1'de verilmektedir. Aile sağlığı merkezine başvuranların %28,2'sinin yeterli, Devlet hastanesine başvuranların % 44,3'ünün yeterli, üniversite hastanesine başvuranların ise %45,0'ının yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Yüzelere bakıldığında yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyinin de en düşük aile sağlığı merkezine başvuranlarda olduğu görülmektedir.



Şekil 1. Katılımcıların Başvuru Yerlerine Göre Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri

4.1.2 Katılımcıların Sağlık Durumlarına Ait Bulgular

4.1.2.1. Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Bulgular

Ağız ve diş sağlığı durumunuzu nasıl ifade edersiniz sorusuna katılımcıların %3,4'ü çok kötü, %9,4'ü kötü, %41,2'si orta şekilde cevap verirken, %42,4'ü iyi ve %3,6'sı mükemmel durumda şeklinde cevap vermiştir. Katılımcıların diş sayılarını ve dişlerine yapılan protez, dolgu, implant işlemlerini bilme durumları Tablo VII'de gösterilmektedir.

Tablo VII. Katılımcıların Sağlam ve Çürük Diş Sayıları ile Dişlerine Yapılan İşlemleri Bilme Durumları

	Bilmiyorum		Biliyorum	
	n	%	n	%
Sağlam diş sayısı	344	68,8	156	31,2
Çürük dişi olma durumu	87	17,4	413	82,6
Dolgulu dişi olma durumu	56	11,2	444	88,8
Protezli dişi olma durumu	71	14,2	429	85,8
İmplantlı dişi olma durumu	73	14,6	427	85,4

Katılımcılardan 221 kişi çürük dişi olduğunu ifade ederken bu kişilerin %31,7'si çürük diş sayısının kaç olduğunu bilmemektedir. Çürük diş sayısını bilen 151 katılımcının çürük diş sayı ortanca/en alt-en üst değerleri 2,0/1,0-25,0 şeklindedir. Dolgulu dişi olduğunu belirten 253 katılımcının %21,3'ü dolgu sayısını, sabit ya da hareketli protezli dişi olduğunu ifade eden 53 katılımcının %49,0'u protez sayısını, implantlı dişi olduğunu ifade eden 15 katılımcının %26,6'sı da implant sayısını bilmemektedir.

Katılımcıların %17,0'ı diş hekimi muayenesine hiç gitmemişken, diş hekimine en az bir sefer muayene olan 415 kişiden %6,5'si 'Düzenli olarak 6 ayda bir gidiyorum', %22,1'i 'Düzenli olarak yılda 1 sefer gidiyorum' cevabını işaretlemiştir. Katılımcıların %59,2'si ise diş hekimi muayenesine gitme durumları sorusuna 'Ağrı ve benzeri şikayet olduğunda diş muayenesine giderim' cevabını işaretlemiştir. En son diş hekimine ne zaman muayene oldukları sorusuna katılımcıların %22,4'ü son 6 ay içerisinde, %23,3'ü 2 yıl ve daha üzeri zaman içerisinde gittiklerini işaretlemiştir.

Diş fırçalama davranışı sorusuna katılımcıların %6,4'ü 'Fırçalamıyorum', %24,0'ı 'Haftada iki ya da üç sefer fırçalıyorum' cevabını işaretlemiştir. Diş ipi kullanımı sorusuna da katılımcıların %77,8'i 'Kullanmıyorum' şeklinde cevap vermiştir. Her gün düzenli şekilde diş fırçalama davranışı olan 348 kişinin %29,5'i, dişlerini önerilen süreden daha kısa olacak şekilde yaklaşık bir dakika fırçalamaktadır. Diş fırçalama ve diş ipi kullanma davranışları ile ilgili bulgular Tablo VIII'de gösterilmektedir.

Tablo VIII. Katılımcıların Diş Fırçalama ve Diş İpi Kullanım Davranışları

	n	%
Diş Fırçalama Davranışı		
Fırçalamıyorum	32	6,4
Haftada 2-3 sefer fırçalıyorum	120	24,0
Günde 1 sefer fırçalıyorum	194	38,8
Günde 2-3 sefer fırçalıyorum	154	30,8
Diş Fırçası Değişirme		
Ayda 1 değiştiririm	108	21,6
3 ayda 1 değiştiririm	201	40,2
6 ayda 1 değiştiririm	135	27,0
Yılda 1'den az değiştiririm	56	11,2
Diş İpi Kullanımı		
Kullanmıyorum	389	77,8
Arada kullanıyorum	87	17,4
Hergün düzenli kullanıyorum	24	4,8
Toplam	500	100,0

4.1.2.2.Sağlıklı Yaşam Davranışları ile İlgili Bulgular

Asitli ve gazlı içecek tüketim durumları sorusuna katılımcıların %42,4'ü günde 1-3 sefer tükettiğini belirtmiştir. Şeker ve tatlandırıcı katkılı besin tüketim durumlarına bakıldığında da katılımcıların %39,9'unun günde 1-3 sefer tükettiği görülmüştür. Asitli/gazlı içecek, şekerli gıda/tatlandırıcı tüketimi ve sigara içme davranışları ile ilgili ayrıntılı bulgular Tablo IX'da görülmektedir.

Tablo IX. Katılımcıların Asitli/Gazlı İçecek, Şekerli Gıda/Tatlandırıcı Tüketimi ve Sigara İçme Davranışları

	n	%
Asitli/Gazlı İçecek Tüketimi		
Tüketmiyorum	273	54,6
Günde 1-3 sefer tüketiyorum	212	42,4
Günde 4 ve üzeri sayıda tüketiyorum	15	3,0
Şekerli Gıda/Tatlandırıcı Tüketimi		
Tüketmiyorum	223	44,6
Tatlandırıcı kullanıyorum	36	7,2
Günde 1-3 sefer tüketiyorum	199	39,8
Günde 4 ve üzeri sayıda tüketiyorum	42	8,4
Sigara içme davranışı		
Hiç içmedim	290	58,0
Bıraktım	55	11,0
Arada içiyorum	60	12,0
Hergün içiyorum	95	19,0
Toplam	500	100,0

Katılımcıların %20,8'inin düzenli ilaç kullanımı gerektirecek hastalığı bulunmaktadır. Katılımcılardan kronik hastalığı olan 104 kişiden %19,2'sinin solunum sistemi hastalığı, %16,3'ünün hipertansiyonu, %14,4'ünün diabet hastalığı, %14,4'ünün eklem hastalığı, %10,6'sının kalp ve damar sistemi ile ilgili hastalığı bulunmaktadır. Kronik hastalığın ne olduğu sorulan katılımcılardan 'Diğer' cevabını işaretleyen 26 kişiden 10'u tiroid hastalığı olduğunu beyan etmiştir.

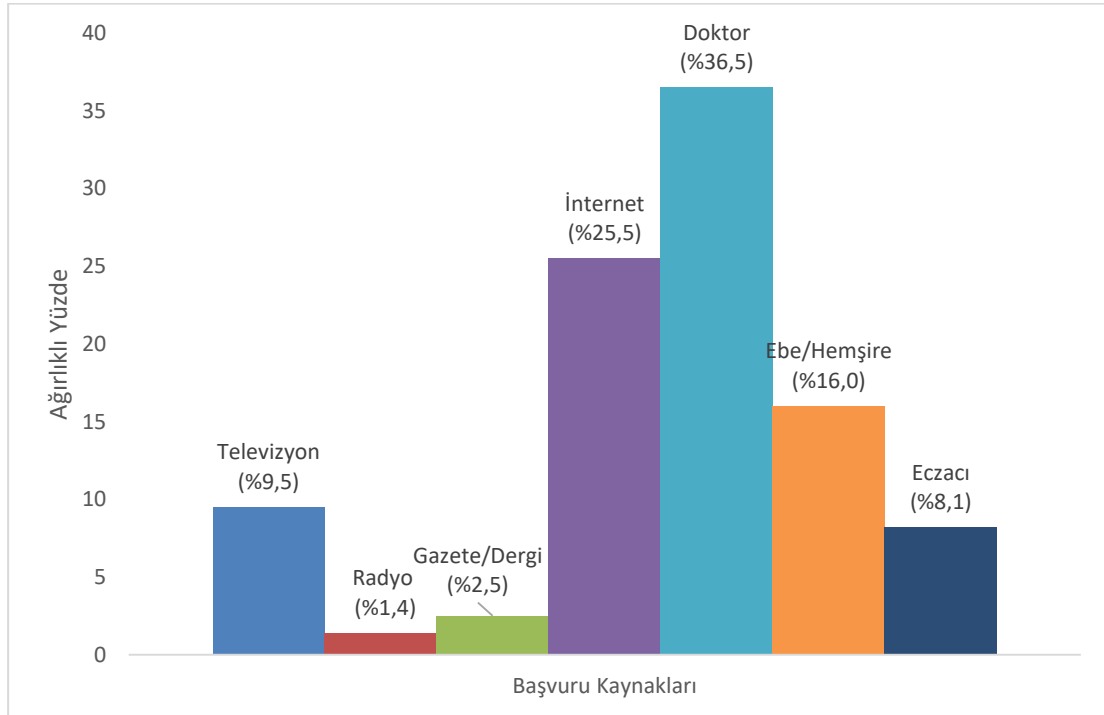
Katılımcıların sağlık kurumlarına başvuru nedenleri sorulduğunda %72,0'ının sadece herhangi bir sağlık şikayeti olduğu zaman sağlık kurumuna başvurduğu görülmüştür. Başvuru nedenleri içerisinde 'Diğer nedenler' cevabını işaretleyen 18 katılımcıdan iki kişi sağlık kurumuna gebelik dönemi nedeniyle geldiklerini, iki kişi de yakınları nedeniyle başvuruda bulunduğunu belirtmiş, 14 kişi ise nedenlerini yazmamıştır. Katılımcılar araştırmaya dahil olurken başvuruda buldukları birinci, ikinci ve üçüncü

basamak sağlık kurumlarına göre kategorilendirildiğinde genel olarak sağlık kurumlarına başvuru nedenlerinin dağılımı Tablo X’da görülmektedir.

Tablo X. Katılımcıların Başvuru Yerlerine Göre Sağlık Kurumuna Başvuru Nedenleri

Başvuru nedeni	Başvuru yeri							
	Aile Sağlığı Merkezi		Devlet Hastanesi		Üniversite Hastanesi		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
İlaç Yazdırmak	13	7,6	16	7,0	6	6,0	35	7,0
Kronik Hastalık Takibi	10	5,9	8	3,5	2	2,0	20	4,0
Sağlık Şikayeti Olması	113	66,5	161	70,0	86	86,0	360	72,0
İlaç Yazdırmak + Kronik Hastalık Takibi	3	1,8	2	0,9	0	0,0	5	1,0
İlaç Yazdırmak + Sağlık Şikayeti Olması	14	8,2	18	7,8	3	3,0	35	7,0
Kronik Hastalık Takibi + Sağlık Şikayeti Olması	8	4,7	9	3,9	0	0,0	17	3,4
İlaç Yazdırmak+ Kronik Hastalık Takibi + Sağlık Şikayeti Olması	4	2,4	3	1,3	3	3,0	10	2,0
Diğer	5	2,9	13	5,7	0	0,0	18	3,8
Toplam	170	100,0	230	100,0	100	100,0	500	100,0

Katılımcılara genel olarak sağlık bilgisine nereden ulaştıkları sorulmuş ve birden fazla yanıt işaretleyebilecekleri belirtilmiştir. Katılımcıların sağlık bilgisine ulaşma kaynaklarına verdikleri yanıtların ağırlıklı yüzdeleri Şekil 2’de görülmektedir.



Şekil 2: Katılımcıların Sağlık Bilgisine Başvuru Kaynakları Ağırlıklı Yüzdeleri

4.2 ADSOY-14 Uyarılama Çalışmasının Psikolinguistik Değerlendirme Bulguları

4.2.1 Tek metin oluşturma (Çeviri/geri çeviri, Kültürel uyarılama, Uzman görüşü)

HeLD-14 ölçeğinin Türk diline uyarılmasında ölçeğin Türkçe metninin oluşturulması amacıyla çeviri, geri çeviri ve kültürel uyarılama aşamaları yapılmış ve ardından hazırlanan tablo uzman görüşüne sunulmuş ve öneriler doğrultusunda tek metin haline getirilmiştir (Tablo XI).

Tablo XI. HeLD-14 Ölçeğinin Çeviri ve Geri Çeviri Aşamaları Sonrası Oluşturulan ADSOY-14 Ölçeği Çevirileri

ORJİNAL ÖLÇEK	ÇEVİRİ-GERİ ÇEVİRİ 1	ÇEVİRİ-GERİ ÇEVİRİ 2	ÇEVİRİ-GERİ ÇEVİRİ 3	ÇEVİRİ-GERİ ÇEVİRİ 4
HEALTH LİTERACY DENTAL SCALE-SHORT FORM (HeLD-14)	SAĞLIK OKUR YAZARLIĞI DIŞ ÖLÇEĞİ – KISA FORM /	SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DENTAL SKALASI-KISA FORM (HeLD-14)	SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DENTAL SKALA-KISA FORM (HeLD-14) /	AĞIZ VE DİŞ SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ-KISA FORM (ADSOY-14) /
	<i>HEALTH LİTERACY DENTAL SCALE-SHORT FORM</i>	<i>HEALTH LİTERACY DENTAL SCALE-SHORT FORM</i>	<i>HEALTH LİTERACY DENTAL SCALE-SHORT FORM</i>	<i>ORAL AND DENTAL HEALHT LITERACY SCALE-SHORT FORM</i>
Response categories and associated scores: ‘Without difficulty (score 4)’ with little difficulty’ (score 3), ‘with some difficulty’(score 2), ‘very difficult (score 1)’or ‘unable to do’ (score0)	Cevap kategorileri ve ilişkili skorlamalar: Zorlanmadan / kolaylıkla (Skor 4), Az zorlukla (Skor 3) Biraz zorlukla (Skor 2) Çok zorlukla (Skor 1) Hayır (Skor 0)	Cevap kategorileri ve ilişkili skorlamalar: Hiç zorlanmadan (Skor 4) Çok az zorlanarak (Skor3) Biraz zorlanarak (Skor 2) Çok zorlanarak (Skor 1) Yapamıyorum (Skor 0)	Yanıt kategorileri ve ilişkili puanlar: Zorluğu yok (Skor 4) Çok az zorluğu var (Skor 3) Bazı zorlukları var (Skor 2) Çok zor (skor 1) Yapılması İmkansız (Skor 0)	Cevap kategorileri ve ilişkili skorlamalar: Zorlanmadan yapabilirim (Skor 4) Az zorlanarak yapabilirim (Skor 3) Zorlanarak yapabilirim (Skor 2) Çok zorlanarak yapabilirim (Skor 1) Yapamam (Skor 0)
	<i>Answer categories and associated scoring: With difficulty / easily (score 4) With little difficulty (score 3) Little difficulty (score 2) Very difficult (score 1) No (score 0)</i>	<i>Answer categories and related scorings: Without difficulty(score 4) With few difficulty (score 3) With some difficulty (score2) With too much difficulty (score 1)</i>	<i>Reply category and related scores: Not Hard (4) A Little Hard (3) Hard (2) So Hard (1), Too Hard (0)</i>	<i>Answer categories and related scoring I can do it without difficulty (score 4) I can do it with little difficulty (score 3) I can do it with difficulty (score 2)</i>

Madde No	Without any difficulty Little difficulty With some difficulty Very difficult Unable to do	Zorlanmadan/ kolaylıkla / Without difficulty / easily Az zorlukla/ With little difficulty Biraz zorlukla/ Little difficulty Çok zorlukla/ Very difficult Hayır/ No	<i>I can't (score 0)</i>		<i>I can do it very hardly (score 1)</i> <i>I can't '(score 0)</i>
			Hiç zorlanmadan / Without difficulty Çok az zorlanarak / With few difficulty Biraz zorlanarak / With some difficulty Çok zorlanarak / With too much Yapamıyorum / I can't	Zorluğu Yok / No Hard Çok Az Zorluğu Var / A Little Hard Bazı Zorlukları Var / Hard Çok Zor / So Hard Yapılması İmkansız / Too Hard	
1	Are you able to pay attention to your dental or oral health?	Ağız ve diş sağlığınıza özen gösterebiliyor musunuz?	Ağız ve diş sağlığınıza dikkat edebiliyor musunuz?	Diş veya ağız sağlığınıza dikkat edebiliyor musunuz?	Ağız ve diş sağlığınıza dikkat edebiliyor musunuz?
		<i>Are you able to take care of your oral and dental health?</i>	<i>Can you take care of your oral and dental health?</i>	<i>Do you take care of your oral and dental health?</i>	<i>Do you take care of your oral and dental health?</i>
2	Are you able to make time for things that are good for your dental or oral health?	Ağız ve diş sağlığınız için yararlı/ iyi olan şeylere zaman ayırabiliyor musunuz?	Ağız ve diş sağlığınız için iyi olan şeylere zaman ayırabiliyor musunuz?	Diş veya ağız sağlığınıza iyi gelen şeyler için zaman ayırabiliyor musunuz?	Ağız ve diş sağlığınız için gerekli şeylere zaman ayırabiliyor musunuz?
		<i>Are you able to spare time for the things that are beneficial / good for your oral and dental health?/ do you have the opportunity to read?</i>	<i>Can you spare your time for things that are good for your oral and dental health?</i>	<i>Do you take the time to recuperative things for your oral and dental health ?</i>	<i>Can you spare time for what is necessary for your oral and dental health?</i>

3	Are you able to read written information eg leaflets given to you by your dentist?	Dişiniz tarafından size verilen broşür benzeri yazılı bilgileri okuyabiliyor musunuz? / okuma imkanınız oluyor mu?	Diş hekiminiz tarafından size verilen broşür gibi yazılı bilgileri okuyabiliyor musunuz?	Diş hekiminiz tarafından size verilen broşürler gibi yazılı bilgileri okuyabiliyor musunuz?	Diş hekimi tarafından size verilen bilgilendirme metinlerini okuyabilir misiniz?
		<i>Are you able to read written information eg. leaflets given to you by your dentist?</i>	<i>Can you read the written information such as brochures given by your dentist?</i>	<i>Do you read the written information like brochures given by your dentist?</i>	<i>Can you read written information such as a booklet provided to you by your dentist?</i>
4	Are you able to read dental or oral health information brochures left in dental clinics and waiting rooms?	Dişçi kliniği ve bekleme salonlarına bırakılan ağız ve diş sağlığı ile ilgili bilgilendirme broşürlerini okuyabiliyor musunuz?	Diş kliniklerinde ve bekleme odalarında bırakılan ağız ve diş sağlığı bilgi broşürlerini okuyabiliyor musunuz?	Diş kliniklerinde ve bekleme odalarında bırakılan diş veya ağız sağlığı bilgi broşürlerini okuyabilir misiniz?	Diş kliniklerinde ve bekleme odalarında bırakılan ağız ve diş sağlığı bilgi broşürlerini okuyabilir misiniz?
		<i>Are you able to read the information about oral and dental health left in the dentist clinic and waiting rooms?</i>	<i>Can you read oral and dental health information brochures left in the dental clinics and the waiting rooms</i>	<i>Do you read information brochures about oral and dental health left in the waiting rooms or dental clinics ?</i>	<i>Can you read brochures about oral and dental health left in dental clinics and waiting areas?</i>
5	Are you able to take family or a friend with you to a dental appointment?	Aile ve arkadaşınızı dişçi randevusuna götürebiliyor musunuz?	Ailenizi veya bir arkadaşınızı diş randevusuna götürebiliyor musunuz?	Ailenize veya bir arkadaşınıza diş randevunuza götürebiliyor musunuz?	Diş hekimi randevunuza ailenizden birini veya bir arkadaşınızı götürebilir misiniz?
		<i>Are you able to take your family and friend to a dentist appointment?</i>	<i>Can you take your family or your friend to the dental appointment? “Bir arkadaşınızı” ifadesi birebir çevrilmiyor, “One of your friends” de kullanılabilir. Belirsizlik</i>	<i>Do you take your family members or friends to dentist’s appointment?</i>	<i>Can you take one of your family or a friend to your dentist appointment?</i>

			<i>var, Yanıtlayanın mı götüreceği kişinin randevusu mu?</i>		
6	Are you able to ask someone to go with you to a dental appointment?	Birinden sizinle dişçiye gitmesini isteyebiliyor musunuz?	Birinden sizinle beraber bir diş randevusuna gitmesini isteyebiliyor musunuz?	Birinden sizinle bir diş randevusuna gitmesini isteyebilir misiniz?	Birinden diş hekimi randevunuza size eşlik etmesini isteyebilir misiniz?
		<i>Are you able to ask someone to go to the dentist with you?</i>	<i>Can you ask someone to go with you to a dental appointment?</i>	<i>Do you want someone to come with you to a dentist's appointment?</i>	<i>Can you ask any acquaintances if they can come to your dentist appointment with you?</i>
7	Are you able to pay to see a dentist?	Dişçiye gitmek için yeterli maddi imkanınız var mı?/ bütçeniz yeterli midir?	Diş hekimine gitmek için ödeme yapabiliyor musunuz?	Diş hekimi muayenesi için ödeme yapmaya hazır mısınız?	Diş hekimine muayene olmak için ödeme yapabilir misiniz?
		<i>Do you have sufficient financial means to go to the dentist?/ Is your budget enough?</i>	<i>Can you pay to go the dentist? Burada da bir anlam karmaşası var, ödeme yapmak için parası olmak anlamındaysa fül olarak "afford (gücü yetmek)" kelimesi kullanılmalı.</i>	<i>Do you get ready for payment on dentist examination?</i>	<i>Can you pay a dentist to be examined?</i>
8	Are you able to pay for medication to manage your dental or oral health?	Ağız ve diş sağlığı için ilaç alabiliyor musunuz? / ilaç alma imkanınız var mı?	Ağız ve diş sağlığı tedaviniz için gerekli ilaçları ödeyebiliyor musunuz?	Diş veya ağız sağlığınızı yönetmek için ilaç ödemesi yapmaya hazır mısınız?	Ağız ve diş sağlığınız için gerekli tedavilerin ücretini ödeyebilir misiniz?
		<i>Are you able to take medicines for oral and dental health?/ Do you have the opportunity to take medication?</i>	<i>Can you pay for the essential drugs for your oral and dental health?</i>	<i>Do you get ready for medicine payment to manage your oral and dental health?</i>	<i>Can you pay for the treatments required for your oral and dental health?</i>

9	Do you know how to get a dentist appointment?	Dişçi randevusunun nasıl alınacağını biliyor musunuz?	Bir diş hekimi randevusunun nasıl alındığını biliyor musunuz?	Diş hekimi randevusu almayı biliyor musunuz?	Diş hekimi randevusunun nasıl alındığını biliyor musunuz?
		<i>Do you know how to get a dentist's appointment?</i>	<i>Do you know how to get a dentist appointment?</i>	<i>Do you know how to get an appointment from dentist?</i>	<i>Do you know how to get the dentist appointment?</i>
10	Do you know what to do to get a dentist appointment?	Dişçi randevusu almak için neler yapılacağını biliyor musunuz?	Bir diş hekimi randevusu almak için ne yapılması gerektiğini biliyor musunuz?	Diş hekimi randevusu almak için ne yapacağınızı biliyor musunuz?	Diş hekimi randevusu almak için ne yapılması gerektiğini biliyor musunuz?
		<i>Do you know what to do to get a dentist's appointment</i>	<i>Do you know what should be done to get a dentist appointment?</i>	<i>Do you know what to do to get an appointment from dentist?</i>	<i>Do you know what to do to get a dentist appointment?</i>
11	Are you able to look for a second opinion about your dental health from a dental health professional?	Diş sağlığı uzmanından diş sağlığı ile ilgili ikinci bir görüşe başvurabilir misiniz? / başvurma imkanınız var mı?	Bir diş sağlığı uzmanından diş sağlığınız hakkında ikinci bir görüş alabiliyor musunuz?	Diş sağlığı uzmanından diş sağlığınız hakkında ikinci bir görüş alırmısınız?	Bir diş hekiminden diş sağlığınızla ilgili ikinci bir görüş alabilir misiniz?
		<i>Are you able to look a second opinion about dental health from a dental health professional? / Do you have the opportunity to apply?</i>	<i>Can you get a second opinion about your dental health from a dental health expert?</i>	<i>Do you get a second opinion about your dental health from dental hygienist?</i>	<i>Can you get a second opinion from your dentist about your dental health?</i>
12	Are you able to use information from a dentist to make decisions about your dental health?	Diş sağlığı ile ilgili karar alırken bir dişçiden aldığımız bilgiyi uygulayabiliyor musunuz?	Diş sağlığınız hakkında karar vermek için bir diş hekiminden gelen bilgileri kullanabiliyor musunuz?	Diş sağlığınızla ilgili kararlar vermek için diş hekiminden edindiğiniz bilgileri mi kullanırsınız?	Diş sağlığınızla ilgili karar verebilmek için diş hekiminin verdiği bilgileri kullanabilir misiniz
		<i>Are you able to apply the information you get from a dentist when making a</i>	<i>Can you use the information from a</i>	<i>Do you use the information received from your dentist to</i>	<i>Can you use the information provided by the dentist to</i>

		<i>decision about dental health?</i>	<i>dentist to decide about your dental health?</i>	<i>make a decision on your dental health?</i>	<i>make decisions about your dental health?</i>
13	Are you able to carry out instructions that a dentist gives you?	Bir dişcinin size verdiği yönergeleri / talimatları uygulayabiliyor musunuz?	Bir diş hekiminin size verdiği talimatları uygulayabiliyor musunuz?	Diş hekiminin size verdiği talimatları uygulayabiliyor musunuz?	Diş hekiminin size verdiği talimatları uygulayabilir misiniz?
		<i>Are you able to follow the instructions / directives given by a dentist to you?</i>	<i>Can you follow the instruction given to you by a dentist?</i>	<i>Do you practice the instructions given by dentist?</i>	<i>Can you follow the instructions given to you by your dentist?</i>
14	Are you able to use advice from a dentist to make decisions about your dental health?	Diş sağlığınızla ilgili karar verirken bir dişçiden aldığınız tavsiyeleri kullanabiliyor musunuz?	Diş sağlığınız hakkında karar vermek için bir diş hekiminden tavsiye alabiliyor musunuz?	Diş sağlığınız hakkında karar vermek için bir diş hekiminden tavsiye almırsınız?	Diş sağlığınızla ilgili karar vermek için diş hekiminin verdiği tavsiyeleri kullanabilir misiniz?
		<i>Are you able to use the advice you get from a dentist when you decide about your dental health?</i>	<i>Can you get advice from a dentist to decide about your dental health?</i>	<i>Do you take a dentist's advice to make decision about dental health?</i>	<i>Can you use the dentist's recommendations to make decisions about your dental health?</i>

Çeviri, geri çeviri aşamaları sonrası hazırlanan çeviri metinleri uzman görüşü ile kültürel adaptasyon açısından da değerlendirilerek tek metin haline getirilmiştir (Tablo XII). Hazırlanan metin ön deneme aşamasında kullanılmıştır.

Tablo XII: Çeviri, Geri Çeviri ve Uzman Görüşü Sonrası Hazırlanan ADSOY-14 Ölçeği

Lütfen aşağıdaki her maddeyi okuduktan sonra yapabileceğiniz durumunuzu zorluk derecesine göre işaretleyiniz.		Evet, Hiç Zorlanmadan	Evet, Biraz Zorlanarak	Evet, Zorlanarak	Evet, Çok Zorlanarak	Hayır
1	Ağız ve diş sağlığınıza özen gösterebilir misiniz?					
2	Ağız ve diş sağlığınız için yapılması gerekenlere zaman ayırabilir misiniz?					
3	Diş hekiminizin size verdiği, yapılacak işlemlere ait bilgilendirme formlarının ilgili yerlerini doldurabilir misiniz?					
4	Diş kliniklerine ve bekleme odalarına bırakılan ağız ve diş sağlığı broşürlerini okuyabilir misiniz?					
5	Diş hekimi randevunuz için ailenizden ya da arkadaşlarınızdan destek alabilir misiniz?					
6	Diş hekimi randevunuz için birinden size eşlik etmesini isteyebilir misiniz?					
7	Diş hekimi muayene ücretini ödeyebilir misiniz?					
8	Ağız ve diş sağlığınız için gerekli tedavi giderlerini karşılayabilir misiniz?					
9	Diş hekimi randevusunun nasıl alınacağını öğrenebilir misiniz?					
10	Diş hekimi randevusu almak için hangi işlemlerin yapılacağını öğrenebilir misiniz?					
11	Diş hekimlerinden ağız ve diş sağlığınız ile ilgili alternatif görüşler alabilir misiniz?					
12	Ağız ve diş sağlığınız ile ilgili karar verirken diş hekiminizin verdiği bilgileri kullanabilir misiniz?					
13	Diş hekiminin size verdiği talimatları uygulayabilir misiniz?					
14	Ağız ve diş sağlığınız ile ilgili karar verirken diş hekiminizin tavsiyelerini kullanabilir misiniz?					

4.2.2 Ön deneme

Uzman görüşü sonrası hazırlanan metnin ön deneme amacıyla uygulandığı 20 katılımcının 12'si erkek, 8'i kadındır. ADSOY-14 ölçeğinin ön deneme aşamasındaki iç tutarlılığı değerlendirmek için bakılan Cronbach alfa katsayısı 0,725, ICC değeri 0,760 bulunmuştur. Bu değerlendirmeler ile ADSOY-14 ölçeğinin madde değişikliğine gidilmeden ön denemede kullanılan şekli ile uygulanabileceği görülmüştür.

4.3 ADSOY-14 Ölçeği Türk Diline Uyarlamasında Psikometrik Değerlendirme

Bulguları

4.3.1 Geçerlilik Analizlerine Ait Bulgular

Araştırmada ADSOY-14 ölçeğinin geçerliliğinin değerlendirilmesi amacıyla yüz geçerliliği, dil geçerliliği, kriter geçerliliği ve yapı geçerliliği analizleri yapılmıştır.

4.3.1.1. Yüz (Görünüm) Geçerliliği

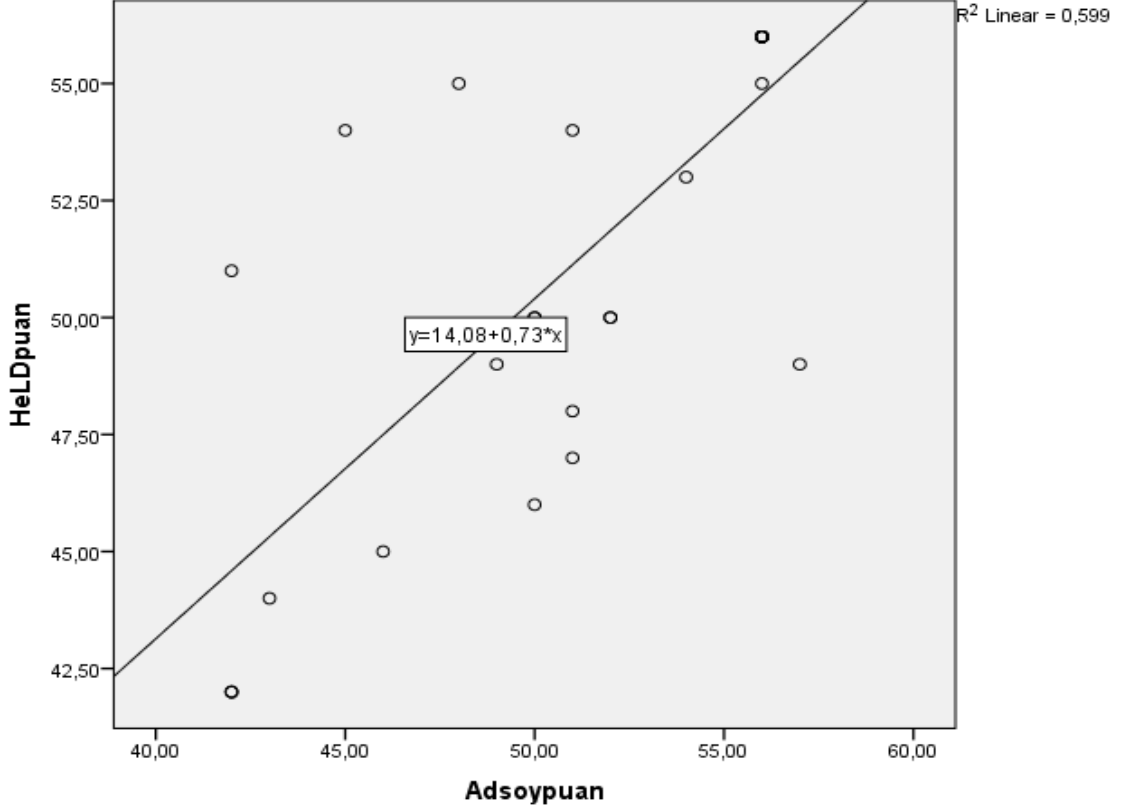
Kültürel uyarlama sonrası tek metin haline getirilen ADSOY-14 ölçeğinin görünüm geçerliliğini değerlendirmek için gönderildiği dört uzmana yönlendirilen sorular ile uzmanların ek görüş ve önerileri Tablo XIII'te yer almaktadır. Uzmanları görüş ve önerileri doğrultusunda maddelerde ve likert kategorilendirilmesinde yapılan değişiklikler sonrası oluşturulan ADSOY-14 ölçek formu Ek-6'da gösterilmektedir.

Tablo XIII. ADSOY-14 Ölçeğinin Kültürel Uyarlama Sonrası Oluşturulan Metine Uzmanlar Tarafından Yapılan Değerlendirmeler

	Uzman 1	Uzman 2	Uzman 3	Uzman 4
Açıklamalarla ilgili görüşleriniz nelerdir?	Açıklamalar yeterlidir.	Bir bütünlük olması için, açıklama kısmı da TSOY ölçeğine benzer olabilir.	Mantıklı	Daha ayrıntılı yönerge gerekebilir
Yanıtlamanız ne kadar sürdü?	5 dakika	5 dakika	3-4 dakika	4-5 dakika
Soruların sayısı kabul edilebilir mi?	Soru sayısı ideal	Soru sayısı ideal	Soru sayısı ideal	Kabul edilebilir
Soruların sırası mantıklı mı?	Mantıklı	Mantıklı	Mantıklı	Mantıklı
Cevap vermede zorlandığınız veya anlamadığınız soru oldu mu?	Evet, soru kökü ile likert yanıtları uyumlu görünmüyor. Belki 0-4 şeklinde derecelendirme yapılabilir.	Cevap seçeneklerinde soruların puanlamaları konulabilir	Genel olarak gayet anlaşılır görünüyor	5.ve 6.sorularda randevuya gitmek mi, görüşme mi net değil 12. ve 14. sorularda kullanabilirmisiniz kelimesi net değil
Genel olarak anlaşılabilirliği ve sadeliği nasıldır?	Anket anlaşılabilir ve sade	Anlaşılabilir	Sade, anlaşılabilir	Sade ama anlaşılmada sorun olan sorular var
Soruların derecelendirme siyle ilgili problem yaşadınız mı, başka bir öneriniz var mı?	5., 9., 10. soruda likert uyumsuz görünüyor.	Cevap seçenekleri Çok Kolay, Kolay, Zor, Çok Zor, Yapamam şeklinde olabilir.	5.,6.,9. ve 10. maddelere evet ya da hayır şeklinde cevaplanmaya uygun görünüyor	Evet ve hayır ifadeleri eklenebilir
Anketle ilgili herhangi bir öneriniz var mı?	Sorularda satır araları eşit dağılmalı ve 3 ve 4. soruda alt satırda boşluk bırakılmalıdır.	D-SOY-14 yerine ADSOY-14 olabilir	Hayır	5.,6.,9. ve 10. Soruların cevapları evet -hayıra uygun olduğu için ayrı gruplama da olabilir
Anketi doldurmak için yardıma ihtiyaç duyduunuz mu?	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır

4.3.1.2. Dil geçerliliği

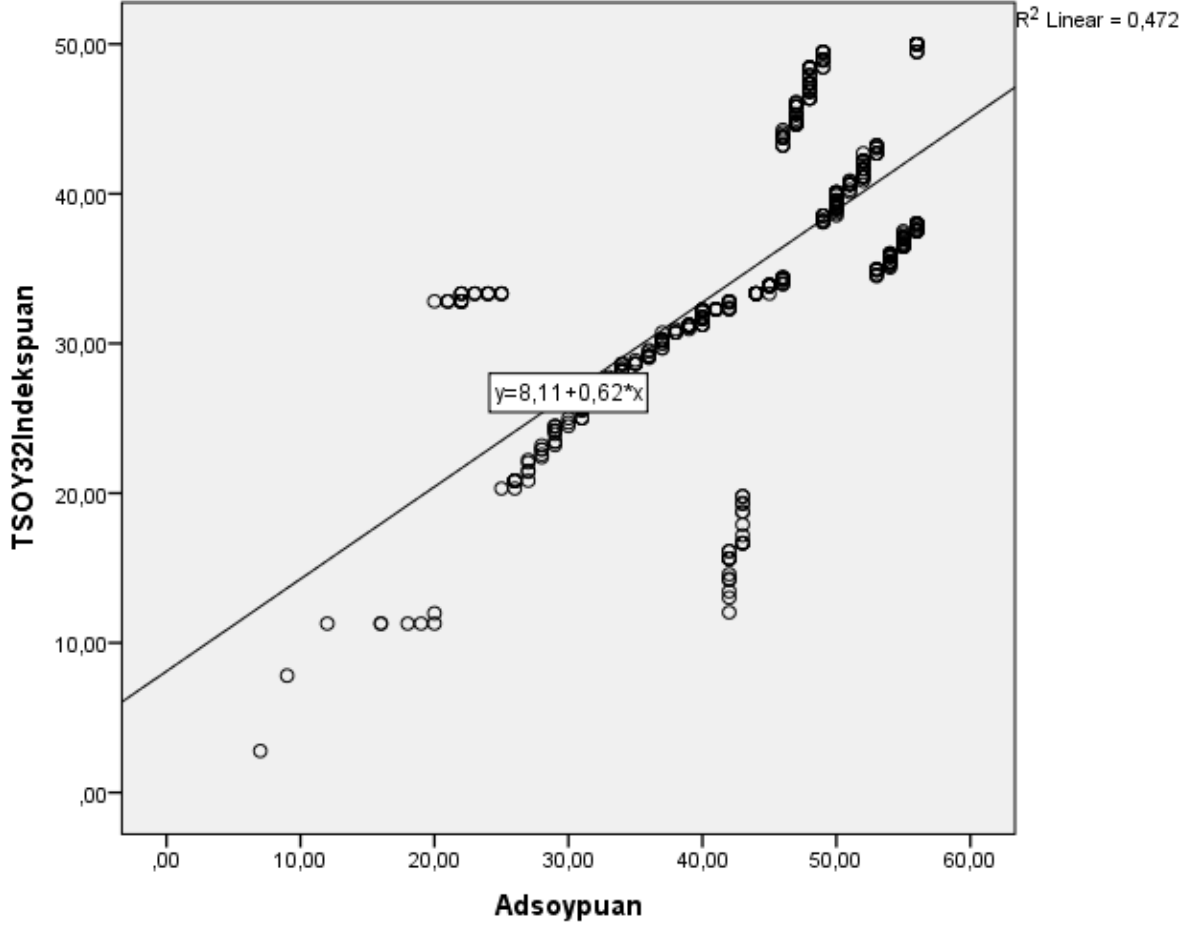
HeLD-14 ölçeği uygulaması ile bir hafta ara ile uygulanan ADSOY-14 ölçeğinin toplam puanları arasında olumlu yönde, çok güçlü düzeyde, anlamlı şekilde korelasyon bulunmuştur. ($r=0,774$, $p<0,001$)



Şekil 3. ADSOY Toplam Puanı ile HeLD Toplam Puanı Korelasyon Grafiği

4.3.1.3. Kriter Geçerliliği

TSOY-32 ölçek genel indeks puanı ile ADSOY-14 toplam puanları arasında olumlu yönde, güçlü düzeyde, anlamlı şekilde korelasyon bulunmuştur ($r=0,687$, $p<0,001$)



Şekil 4. ADSOY Toplam Puanı ile TSOY-32 İndeks Puanı Korelasyon Grafiği

4.3.1.4. Yapı Geçerliliği

Örnek Büyüklüğünün Faktör Analizine Uygunluğu

Örnek büyüklüğünün faktör analizine uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla bakılan Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri 0,875 bulunmuştur. Barlett küresellik testi sonucunda ki-kare değeri 3715,076 bulunmuştur (Tablo XIV). Araştırmada kullanılan maddelerin birbiriyle ilişkili olduğu ve faktör analizine uygun olduğu görülmüştür.

Tablo XIV. Kaiser-Meyer-Olkin ve Barlett Küresellik Testi Sonuçları

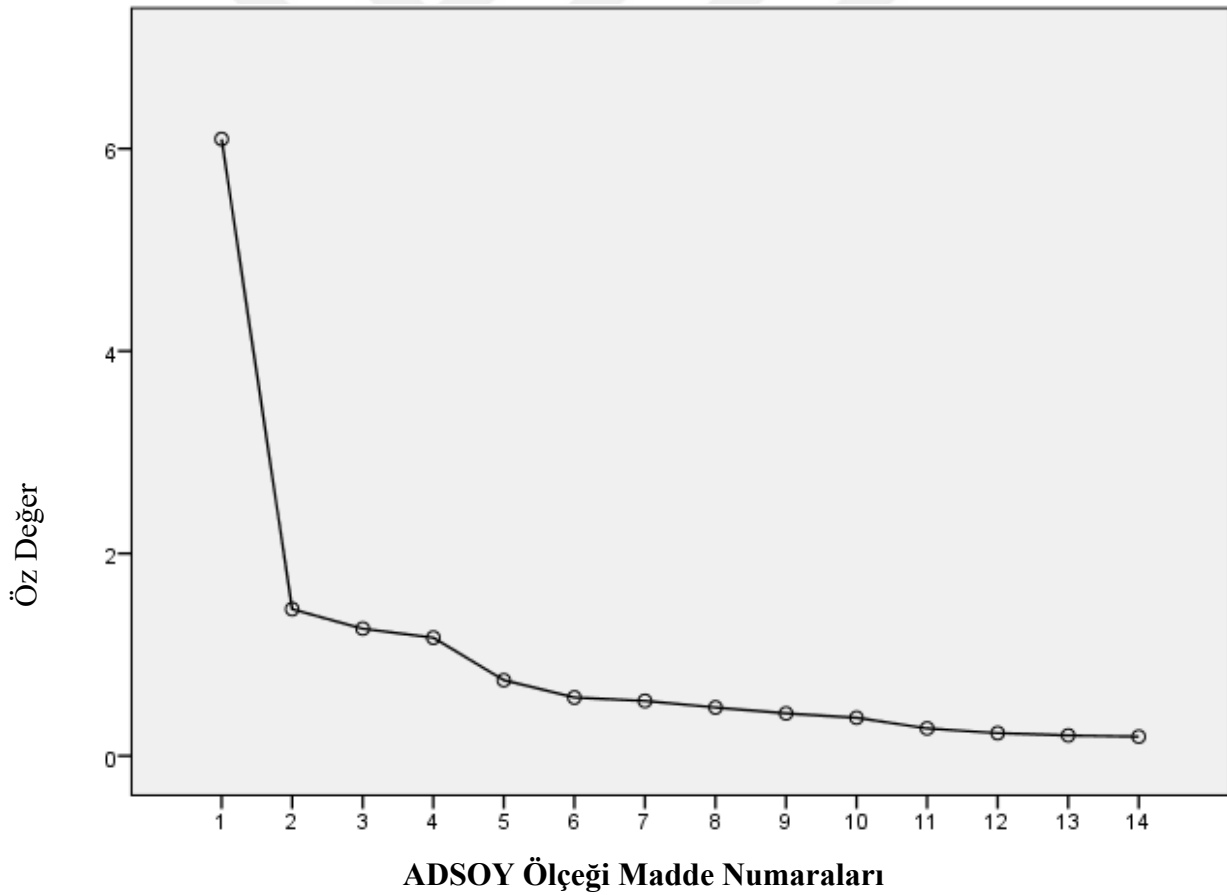
Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı	0,875
Barlett testi, Ki-kare	3715,076
Df	91
P	0,000

Açımlayıcı Faktör Analizi Bulguları

Temel bileşenler analizi ve promax rotasyonu ile yapılan AFA sonucunda öz değeri 1'in üstünde olan, toplam varyansın % 71,211'ini açıklayan dört faktörlü yapı elde edilmiştir (Tablo XV, Şekil 5)

Tablo XV. Alt Boyutların Özdeğer ve Açıklanan Toplam Varyans Tablosu

Faktörler	Özdeğer	Varyans (%)	Yığılımlı Varyans (%)
Faktör 1	6,095	43,536	43,536
Faktör 2	1,450	10,356	53,892
Faktör 3	1,257	8,976	62,868
Faktör 4	1,168	8,342	71,211



Şekil 5: Açımlayıcı Faktör Analizi Yamaç Birikinti Grafiği

Faktör matrisleri incelendiğinde tüm maddelerin faktör yüklerinin 0,4'ten büyük olduğu görülmüştür. Her bir boyuta giren maddelerin faktör yüklerine bakıldığında sadece madde 3'ün iki faktöre (Faktör1 ve Faktör 2) de dahil olduğu ve faktör yükleri arasında 0,10'dan daha düşük fark olduğu görülmüştür (Tablo XVI). Üçüncü maddenin boyut değerlendirme yapısal eşitlik modellemesinde yeniden analiz edilmiştir. AFA sonrası önerilen dört boyutlu modelin korelasyon değerleri Tablo XVII'de görülmektedir.

Tablo XVI. ADSOY-14 Ölçeğinin Maddelerinin Faktör Yükleri

Madde	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4
Madde 1		,899		
Madde 2		,854		
Madde 3	,414	,418		
Madde 4		,463		
Madde 5				,841
Madde 6				,877
Madde 7			,869	
Madde 8			,898	
Madde 9	,880			
Madde 10	,897			
Madde 11	,741			
Madde 12	,813			
Madde 13	,800			
Madde 14	,788			

Tablo XVII: AFA Sonrası Önerilen Dört Boyutun Korelasyon Değerleri

Faktör	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4
Faktör 1	1,000			
Faktör 2	,504	1,000		
Faktör 3	,394	,261	1,000	
Faktör 4	,319	,297	,224	1,000

Yapısal eşitlik modellemesi, Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları ve Uyum İndeksi Modelleri

AFA sonrası belirlenen dört alt boyutun uygulanan örnekleme içindeki doğrulaması için ikinci düzey çok faktörlü doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılarak model uyumu değerlendirilmesi yapılmıştır. Tüm maddelerin DFA analizlerindeki çoklu normallik varsayımını sağladığı görülmüştür. Maddelerin tanımlayıcı özellikleri Tablo XVIII ve Tablo XIX 'de gösterilmektedir.

Tablo XVIII. ADSOY-14 Ölçeği Maddelerinin Tanımlayıcı Özellikleri

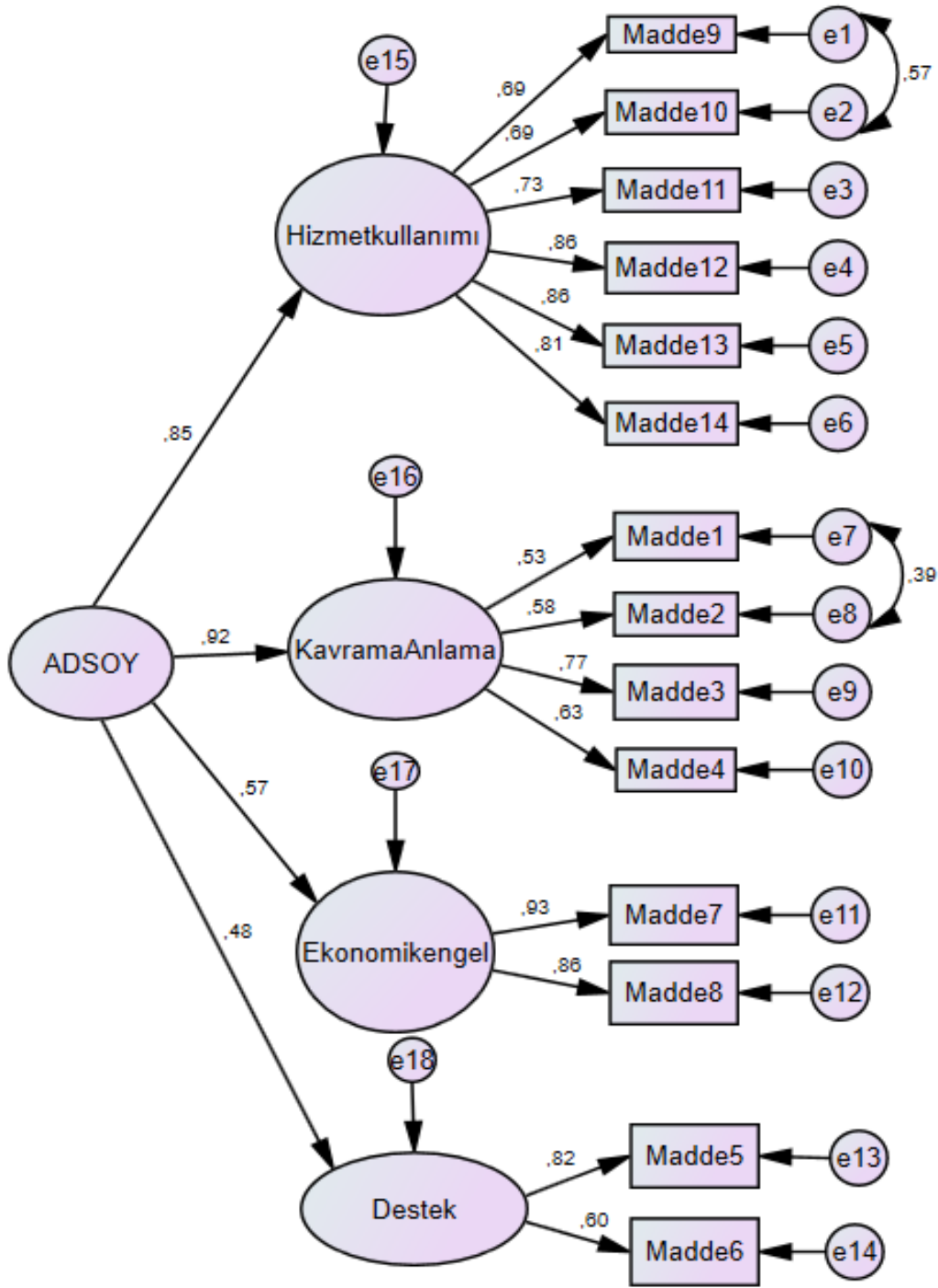
Faktör	Madde	Ortalama	SD	Ortanca	Skewness	Kurtosis
Faktör 1 (Hizmet Kullanımı)	Madde 10	3,28	1,07	4,00	1,444	1,155
	Madde 11	3,17	1,19	4,00	1,397	,886
	Madde 12	3,34	,97	4,00	1,505	1,565
	Madde 13	3,34	,93	4,00	1,457	1,608
	Madde 14	3,38	,91	4,00	1,585	2,037
Faktör 2 (Kavrama, Anlama)	Madde 2	3,17	,99	3,00	1,386	1,758
	Madde 3	3,41	,92	4,00	1,674	2,395
	Madde 4	3,28	1,16	4,00	1,720	2,040
Faktör 3 (Ekonomik Engeller)	Madde 7	2,54	1,43	3,00	,556	-1,042
	Madde 8	2,55	1,40	3,00	,592	-,931
Faktör 4 (Destek)	Madde 5	2,91	1,46	4,00	1,095	-,298
	Madde 6	2,54	1,65	3,00	,624	-1,320

Tablo XIX. Doğrulayıcı Faktör Analizi Modifikasyon Öncesi ve Sonrası Standardize Regresyon Katsayıları *

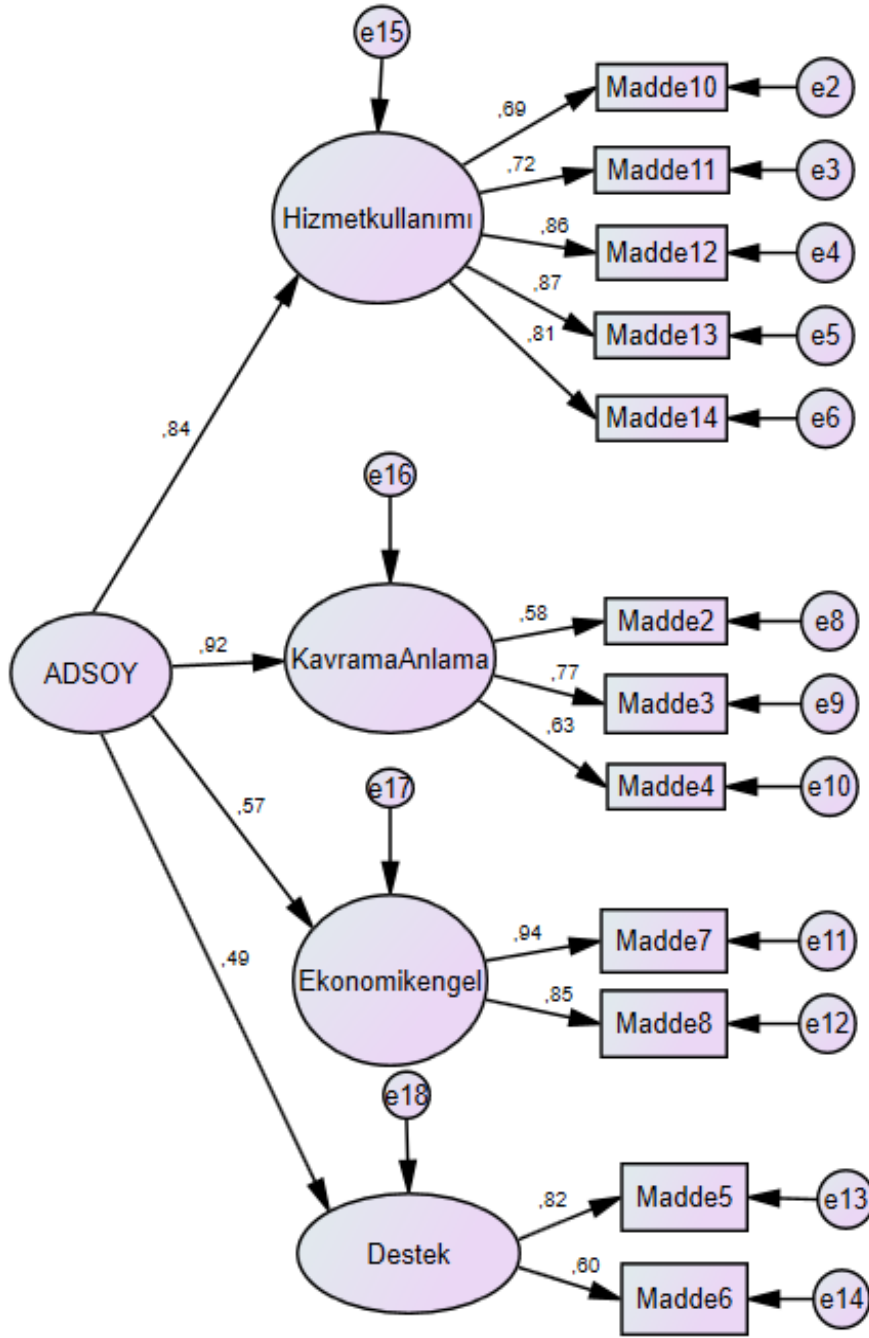
	Modifikasyon öncesi	Modifikasyon sonrası
Madde 1	0,614	-
Madde 2	0,653	0,659
Madde 3	0,741	0,768
Madde 4	0,627	0,629
Madde 5	0,814	0,818
Madde 6	0,605	0,602
Madde 7	0,921	0,935
Madde 8	0,864	0,850
Madde 9	0,739	-
Madde 10	0,746	0,694
Madde 11	0,739	0,725
Madde 12	0,848	0,864
Madde 13	0,842	0,866
Madde 14	0,804	0,812

*Her bir madde için $p < 0,001$

AFA’da yer alan alt boyutlara göre yapılan tüm maddelerin dahil olduğu modellemeye uyum indeksi kriterlerine uygunluk için düzenleme ihtiyacı olduğu görülmüştür (CMIN/DF:6,557, GFI:0,872, AGFI:0,882, CFI:0,889, RMR:0,075, SRMR: 0,55, RMSEA:0,106). Madde 9 ile madde 10 ve madde 1 ile madde 2 arasında oluşturulan kovaryanslar sonrasında modifikasyon indeksleri tekrar değerlendirilmiştir. Modifikasyon önerileri doğrultusunda Madde 1 ve Madde 9’un ölçekten çıkarılması ardından model yeniden analiz edilmiştir. Ölçeğe ait Path diyagramları (Modifikasyon öncesi ve sonrası) Şekil 6 ve Şekil 7’de görülmektedir.



Şekil 6: İkinci Düzey Çok Faktörlü Doğrulayıcı Faktör Analizi Modifikasyon Öncesi



Şekil 7: İkinci Düzey Çok Faktörlü Doğrulamalı Faktör Analizi Modifikasyon Sonrası

Dört boyut, 12 maddeden oluşan modelin ki-kare uyum değeri ($\chi^2=176,381$ d=50, $p<0.001$) anlamlı ve χ^2/df değeri 3,528 olarak saptanmıştır. Büyük örnek büyüklüğü nedeniyle ki-kare uyum değerinin anlamlı çıkması tolere edilebilir, χ^2/df değeri de kabul edilebilir uyum olarak değerlendirilmiştir. DFA neticesinde elde edilen modelin uyum indeks değerleri ve yorumları Tablo XX' de gösterilmektedir. DFA sonrası dört faktörlü modelin veri ile uyumlu ve kabul edilebilir olduğu görülmektedir.

Tablo XX. Modifikasyon Sonrası Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksi Değerleri

İndeks	Araştırma Bulgusu	Yorum
χ^2 ' p' değeri	176,381 <0,001	Tolere Edilebilir
χ^2 /SD	3,528	Kabul Edilebilir Uyum
GFI	0,943	Kabul Edilebilir Uyum
AGFI	0,911	Mükemmel Uyum
CFI	0,956	Mükemmel Uyum
RMR	0,071	Kabul Edilebilir Uyum
SRMR	0,042	Mükemmel Uyum
RMSEA	0,071	Kabul Edilebilir Uyum

4.3.1.5 Yakınsak ve İraksak Geçerlilik

DFA sonrası kabul edilen modelin boyutlar arası korelasyon değerleri Tablo XXI'de verilmiştir. Yakınsak ve ıraksak geçerlilikleri değerleri Tablo XXII'de görülmektedir. $MSV<AVE$, $ASV<AVE$, $CR>AVE$ koşullarının sağlandığı görülmüştür. Ancak Faktör 2'nin AVE değeri ile çalışmanın CR değerinin istenenenden düşük olduğu hesaplanmıştır. AVE karekök değerleri hesaplandığında da her bir faktör için faktörler arası korelasyon değerlerinden yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo XXI. ADSOY Ölçeği DFA Sonrası Belirlenen Boyutlar Arası Korelasyon Değerleri

	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4
Faktör 1	1			
Faktör 2	,279	1		
Faktör 3	,527	,303	1	
Faktör 4	,611	,305	,661	1

p<0,001

Tablo XXII. ADSOY Ölçeği DFA Sonrası Belirlenen Boyutların AVE, CR, MSV ve ASV Değerleri

	AVE	CR	MSV	ASV
Faktör 1	0,63	0,61	0,37	0,14
Faktör 2	0,49		0,09	0,24
Faktör 3	0,79		0,43	0,36
Faktör 4	0,51		0,43	0,36

4.3.2 Güvenilirlik Analizine Ait Bulgular

4.3.2.1.İç tutarlılık

ADSOY-14 ölçeğinin iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirildi. Cronbach alfa katsayısı 0,878 olarak hesaplandı. AFA ve DFA sonrası belirlenen boyutlara göre tespit edilen cronbach alfa değerleri ve taban ve tavan etki yüzdeleri Tablo XXIII’te verilmektedir.

Tablo XXIII. AFA ve DFA Modellemelerine Göre ADSOY-14 Ölçek ve Alt Boyutların Cronbach Alfa ile Taban ve Tavan Yüzde Değerleri

	Cronbach alfa		Taban etkisi	Tavan etkisi
	AFA	DFA	DFA	DFA
Faktör 1 (Hizmet Kullanımı)	0,904	0,889	0,00	40,60
Faktör 2 (Kavrama,Anlama)	0,752	0,689	2,00	31,00
Faktör 3 (Ekonomik Engeller)	0,886	0,886	11,00	28,00
Faktör 4 (Destek)	0,657	0,657	11,60	35,60
ADSOY	0,878	0,860	0,00	8,20

ADSOY-14 ölçeği maddelerinin AFA ve DFA modellerinde düzeltilmiş madde toplam korelasyonu ve madde çıkartıldığında cronbach alfa katsayıları Tablo XXIV'te verilmektedir. Madde 4 ve Madde 5'in çıkartılması durumlarında cronbacha alfa değerlerindeki artış olduğu ancak bu artışın %5'ten fazla olmadığı görülmüştür. Ölçekteki tüm maddelerin düzeltilmiş madde toplam korelasyonu 0,30'dan yüksek olacak şekilde 0,322-0,699 arasında hesaplanmıştır.

Tablo XIV. ADSOY-14 Ölçeği Maddelerinin AFA ve DFA Modellerinde Düzeltmiş Madde Toplam Korelasyonu ve Madde Çıkartıldığında Cronbach Alfa Katsayıları

No	Madde Sorusu	Düzeltmiş Madde Toplam Korelasyonu		Madde Çıkartıldığında Cronbach's Alfa	
		AFA	DFA	AFA	DFA
1-	Ağız ve diş sağlığınıza özen gösterebilir misiniz?	,455	-	,874	-
2-	Ağız ve diş sağlığınız için yapılması gerekenlere zaman ayırabilir misiniz?	,501	,470	,872	,853
3-	Diş hekiminizin size verdiği, yapılacak işlemlere ait bilgilendirme formlarının ilgili yerlerini doldurabilir misiniz?	,622	,601	,868	,847
4-	Diş kliniklerine ve bekleme odalarına bırakılan ağız ve diş sağlığı broşürlerini okuyabilir misiniz?	,511	,497	,871	,852
5-	Diş hekimi randevunuz için ailenizden ya da arkadaşlarınızdan destek alabilir misiniz?	,411	,430	,879	,859
6-	Diş hekimi randevunuz için birinden size eşlik etmesini isteyebilir misiniz?	,322	,346	,887	,869
7-	Diş hekimi muayene ücretini ödeyebilir misiniz?	,588	,591	,868	,846
8-	Ağız ve diş sağlığınız için gerekli tedavi giderlerini karşılayabilir misiniz?	,562	,557	,869	,848
9-	Diş hekimi randevusunun nasıl alınacağını öğrenebilir misiniz?	,639	-	,866	-
10-	Diş hekimi randevusu almak için hangi işlemlerin yapılacağını öğrenebilir misiniz?	,648	,613	,866	,845
11-	Diş hekimlerinden ağız ve diş sağlığınız ile ilgili alternatif görüşler alabilir misiniz?	,646	,623	,865	,843
12-	Ağız ve diş sağlığınız ile ilgili karar verirken diş hekiminizin verdiği bilgileri kullanabilir misiniz?	,705	,690	,864	,841
13-	Diş hekiminin size verdiği talimatları uygulayabilir misiniz?	,699	,684	,864	,842
14-	Ağız ve diş sağlığınız ile ilgili karar verirken diş hekiminizin tavsiyelerini kullanabilir misiniz?	,680	,665	,865	,844

ADSOY-14 ölçeği maddelerinin ve boyutlarından alınan puanların tanımlayıcı özellikleri Tablo XXV’te yer almaktadır. ADSOY-14 ölçeği boyutlarından ve tüm ölçekten alınan puanların taban ve tavan etki yüzdeleri hesaplandığında tüm alt boyutlarda ve ölçek toplam puanında taban etkisinin %15’in altında olduğu görülmüştür.

En düşük puan olan sıfır puanı alma yüzdeleri açısından taban etki yüzdesine bakıldığında birinci alt boyut ve toplam ölçekte sıfır puan alan kişi olmadığı görülmüştür. İkinci alt boyutun taban etki yüzdesinin % 2,0, üçüncü alt boyutta %11,0 ve dördüncü alt boyutta %11,6 olduğu görülmüştür.

Katılımcılardan hiç kimsenin alt boyutlardan ‘Hizmet kullanımı’ başlığı altındaki birinci faktöre sıfır puanı vermediği, en yüksek puan olan dört puanının da en yüksek yüzde ile bu alt boyuta verildiği görülmüştür. ‘Destek’ başlığı altındaki dördüncü faktör ise en yüksek yüzde ile katılımcılardan sıfır puanı alınan alt boyut olmuştur. Tüm maddelere sıfır veren katılımcı bulunmamaktadır.

Tavan etkisi yüzdesine bakıldığında; tüm sorulara en yüksek puanı vererek 56 puan alan katılımcıların %8,2 olduğu görülmüş, alt boyut puanlarındaki tavan etkileri yüzdelerinin dördünün de 15’in üzerinde olduğu hesaplanmıştır.

ADSOY-14 ölçeği maddelerine verilen puanlar incelendiğinde katılımcıların en düşük puan olan sıfırı en yüksek yüzde ile altıncı maddeye (Diş hekimini randevunuz için birinden size eşlik etmesini ister misiniz?) verdikleri görülmüştür. Tüm maddeler içinde en düşük yüzde ile en düşük puanı alan maddeler ise madde 13 ve madde 14 olmuştur. Katılımcıların %1,2’si on üçüncü (Diş hekiminin size verdiği talimatları uygulayabilir misiniz?) ve on dördüncü (Ağız ve diş sağlığınıza ile ilgili karar verirken diş hekiminizin tavsiyelerini kullanabilir misiniz?) maddelere en düşük puanı vermişlerdir. En yüksek puan olan dört puanının en yüksek yüzde ile verildiği maddenin madde 4 (Diş kliniklerinde ve bekleme odalarında bırakılan ağız ve diş sağlığı broşürlerini okuyabilir misiniz?), en düşük yüzde ile verildiği maddenin madde 8 (ağız ve diş sağlığınıza için gerekli tedavi giderlerini karşılayabilir misiniz?) olduğu görülmüştür.

Tablo XXV. ADSOY-14 Ölçeği Maddelerinden ve Alt Boyutlardan Alınan Puanların Tanımlayıcı Özellikleri

Boyut	Madde Sayısı	Olası en alt-en üst puan	Ortanca Değeri	%25-%75 Değeri	Taban etkisi (%)	Tavan etkisi (%)
Faktör 1 (Hizmet Kullanımı)	Madde 10		4,00	3,00-4,00	2,80	61,40
	Madde 11		4,00	3,00-4,00	6,00	57,40
	Madde 12	0,00-4,00	4,00	3,00-4,00	1,60	60,20
	Madde 13		4,00	3,00-4,00	1,20	56,80
	Madde 14		4,00	3,00-4,00	1,20	59,80
	Toplam	0,00-20,00	18,00	14,0-20,00	0,00	40,60
Faktör 2 (Kavrama, Anlama)	Madde 2		3,00	3,00-4,00	3,40	45,80
	Madde 3	0,00-4,00	3,00	3,00-4,00	2,50	46,00
	Madde 4		4,00	3,00-4,00	7,00	63,60
	Toplam	0,00-12,00	10,00	8,00-12,00	2,00	31,00
Faktör 3 (Ekonomik Engeller)	Madde 7	0,00-4,00	3,00	1,00-4,00	14,00	36,20
	Madde 8		3,00	2,00-4,00	14,00	34,60
	Toplam	0,00-8,00	6,00	3,00-8,00	11,00	28,00
Faktör 4 (Destek)	Madde 5	0,00-4,00	4,00	2,00-4,00	15,40	53,20
	Madde 6		3,00	1,00-4,00	24,40	45,00
	Toplam	0,00-8,00	6,00	4,00-8,00	11,60	35,60
ADSOY-14	Tüm Maddeler	0,00-56,00	46,00	37,0-52,00	0,0	8,20

4.3.2.2.Paralel Form Yöntemi Bulguları

ADSOY-14 ölçeği ile eş zamanlı uygulanan TSOY-32 ölçeği puanları arasında olumlu yönde güçlü düzeyde, anlamlı şekilde korelasyon gözlenmiştir. ($r=0,687$, $p<0,001$)

4.3.2.3. Test Tekrar Test Yöntemi Bulguları

ADSOY-14 ölçeğinin iki hafta ara ile yapılan uygulamalardan alınan puanlar arasında olumlu yönde çok güçlü düzeyde anlamlı korelasyon bulunmuştur ($r=0,803$, $p<0,001$). İki uygulama arasındaki sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) 0,885 olarak hesaplanmıştır. ($p<0,001$)

Her iki uygulamadan alınan puanların tanımlayıcı özellikleri Tablo XXVI'da gösterilmektedir.

Tablo XXVI. Katılımcıların Test-Retest Uygulamalarından Aldıkları ADSOY-14 Ölçeği Puan Ortanca, En Alt-En Üst ve Birinci, Üçüncü Çeyrek Değerleri

	Ortanca	En Alt-En Üst	%25-75	ICC
1.Uygulama	48,00	29,00-56,00	44,50-52,25	0,885
2.Uygulama	49,00	32,00-56,00	45,00-52,25	

4.3.2.4. İki Yarıya Bölme Yöntemi Bulguları

ADSOY-14 ölçeğinin iki yarıya bölme yönteminde bakılan Spearman-Brown değeri 0,801, Guttman Split-half değeri 0,799 olarak hesaplanmıştır.

4.4 Ağız ve Diş Sağlık Okuryazarlığı-Kısa Formu Ölçek Puanının Tanımlayıcı Özellikleri

4.4.1 Başvuru yerlerine göre ADSOY-14 Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Katılımcıların birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına başvuru durumlarına göre alınan ölçek toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo XXVII'de verilmektedir. Katılımcıların toplam ölçek ve alt boyutlarının hepsinde başvuru yerlerine göre anlamlı fark olduğu görülmüştür. Yapılan ileri analizlerde toplam puan, anlama, ekonomik engeller ve destek alt boyut puanları açısından farkın, üniversite hastanesine başvuranların puanlarının diğer iki gruba göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı görülmüştür. Kullanım alt boyut puanındaki farkın ise aile sağlığı merkezine başvuranların anlamlı şekilde daha düşük puan almasından kaynaklandığı görülmüştür.

Tablo XXVII. Katılımcıların ADSOY-14 Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Başvuru Yerlerine Göre Karşılaştırılması

Başvuru yerleri	Ortanca (%25-75) Değerleri				
	ADSOY-14	Hizmet Kullanımı	Kavrama, Anlama	Ekonomik Engeller	Destek
Aile Sağlığı Merkezi (n=170)	45,0 (32,0-51,0)	7,0* (11,0-20,0)	10,0 (8,0-12,0)	5,0 (3,0-8,0)	6,0 (3,0-8,0)
Devlet Hastanesi (n=230)	46,0 (39,0-52,0)	19,0 (15,0-20,0)	10,0 (9,0-12,0)	6,0 (3,0-,0)	6,0 (4,0-8,0)
Üniversite Hastanesi (n=100)	49,00* (43,0-52,5)	19,0 (16,0-20,0)	11,0* (9,5-12,0)	7,0* (4,0-8,0)	7,0* (4,0-8,0)

*Kruskal-Wallis Testi , p<0,05

4.4.2 Sosyodemografik Özelliklere Göre ADSOY-14 Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Katılımcıların cinsiyet, yaş, öğrenim, gelir ve çalışma durumlarına göre ADSOY-14 ölçeğinden aldıkları toplam puan ve alt boyut puanlarının karşılaştırmaları Tablo XXVIII'de görülmektedir. Katılımcılardan kadın olanların ADSOY-14 ile birinci ve ikinci alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı şekilde erkeklerden daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Ekonomik engeller ve destek alt boyutları puanlarında ise cinsiyetler arası anlamlı fark gözlenmemiştir.

Destek alt boyutunda yaş ve öğrenim durumunun istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı görülmüştür. Katılımcıların yaşlar 40 yaş ve altı ile 40 yaş üzeri olarak iki gruba ayrıldığında daha genç olan grupta destek alt boyutu dışında tüm alt boyutlarda ve toplam puanda anlamlı olarak fark gözlenmiştir. Herhangi bir işte çalışanlar ile çalışmayan ya da ev hanımı olanlar karşılaştırıldığında ise sadece ekonomik engeller alt boyutunda çalışan grubun anlamlı şekilde yüksek puan aldığı görülmüştür. Gelir düzeyine göre yapılan kategoriler arası ADSOY-14 ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiştir. Kruskal-wallis testi sonrası yapılan ileri karşılaştırmalarda bu farkın gelir düzeyi gidere göre az olan grubun puanlarının, gidere denk ve giderden fazla olan gruplara göre daha düşük ortancaya sahip olmasından kaynaklandığı görülmüştür. Sağlık güvencesi bulunan katılımcıların sadece ekonomik engeller alt boyunda anlamlı şekilde daha yüksek puan aldığı görülmüştür.

Tablo XXVIII. Katılımcıların ADSOY-14 Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması
Ortanca (%25-75) Değerleri

Tanımlayıcı özellikler	n (%)	ADSOY-14	Hizmet Kullanımı	Kavrama, Anlama	Ekonomik Engeller	Destek
Cinsiyet						
Kadın	271(54,2)	47,0*(40,0-52,0)	19,0* (15,0-20,0)	11,0* (9,0-12,0)	6,0 (3,0-8,0)	6,0 (4,0-8,0)
Erkek	229 (45,8)	44,0 (34,0-51,0)	17,0 (14,0-20,0)	10,0 (8,0-11,0)	6,0 (4,0-8,0)	6,0 (4,0-8,0)
Yaş Grupları						
≤40	348 (69,6)	47,0* (40,0-52,0)	19,0* (15,0-20,0)	10,0* (9,0-12,0)	6,0* (4,0-8,0)	6,0 (4,0-8,0)
>40	152 (30,4)	42,5 (31,0-50,0)	16,5 (12,0-20,0)	10,0 (8,0-11,0)	5,0 (3,0-7,5)	6,0 (3,5-8,0)
Eğitim Durumu						
Üniversite ve üzeri	161 (32,2)	49,0* (42,0-53,0)	19,0* (16,0-20,0)	11,0* (9,0-12,0)	7,0* (2,0-7,0)	6,0 (4,0-8,0)
Lise ve altı	339 (67,8)	44,0 (34,0-50,0)	18,0 (13,0-20,0)	11,0 (8,0-12,0)	5,0 (3,0-7,5)	7,0 (3,5-8,0)
Çalışma durumu						
Çalışıyor	271 (54,2)	46,0 (37,0-52,0)	18,0 (14,0-20,0)	10,0 (8,0-12,0)	6,0 (4,0-8,0)	6,0 (4,0-8,0)
Çalışmıyor/Ev hanımı	229 (45,8)	46,0 (37,0-51,0)	19,0 (15,0-20,0)	11,0 (9,0-12,0)	6,0 (2,0-7,0)	6,0 (4,0-8,0)
Gelir Düzeyi						
Giderden Az	209 (41,8)	42,0** (31,0-49,0)	17,0** (12,0-20,0)	10,0** (8,0-12,0)	4,0** (2,0-6,0)	6,0** (3,0-8,0)
Gidere Denk	233 (46,6)	47,0 (41,0-52,0)	19,0 (15,0-20,0)	10,0 (9,0-12,0)	6,0 (4,0-8,0)	6,0 (4,0-8,0)
Giderden Fazla	58(11,6)	50,0 (42,0-54,0)	19,5 (16,0-20,0)	11,0 (9,0-12,0)	7,0 (5,0-8,0)	7,0 (4,0-8,0)
Sağlık güvencesi						
Bulunuyor	435 (87,0)	46,0 (37,0-52,0)	18,0 (15,0-20,0)	10,0 (9,0-12,0)	6,0* (4,0-8,0)	7,0 (4,0-8,0)
Bulunmuyor	65 (13,0)	45,0 (36,0-52,0)	18,0 (14,0-20,0)	10,0 (8,0-12,0)	5,0 (2,0-7,0)	6,0 (4,0-8,0)

* Mann-Whitney-U testi, p<0,05 ** Kruskal Wallis testi p<0,05

4.4.3 Ağız ve Diş Sağlığı Bilgi ve Davranışlarına Göre ADSOY-14 Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Katılımcıların ağız ve diş sağlığı bilgi ve davranışları ile ADSOY-14 puanlarının karşılaştırma bulguları Tablo XXIX'da gösterilmektedir. Katılımcılara diş sağlığı durumunuzu nasıl hissedersiniz diye sorulduğunda 'çok kötü/kötü' cevabını işaretleyenler ile orta ve iyi/mükemmel cevaplarını işaretleyenler arasında hem ADSOY-14 toplam puanı hemde alt boyut puanları arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür. Katılımcılardan diş sayısını bildiğini ve diş ipi kullandığını ifade eden katılımcılarda destek alt boyutu dışında ölçeğin tüm alt boyutları ve toplam puanları anlamlı olarak sırası ile diş sayısını bilmeyen ve diş ipi kullanmayan katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. Dişlerini günde 2 ve üzeri sayıda düzenli fırçalayan katılımcıların tüm puanları düzensiz fırçalayan katılımcılardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Diş hekimi muayenesine son bir yıl içinde gittiğini ifade edenler ile son 1 yıldan önce gidenler arasında ve genel olarak düzenli diş muayenesine gittiklerini ifade eden katılımcılar ile diş hekimi muayenesine sadece herhangi bir problemi olduğunda gidenler arasında ADSOY puanları arasında destek alt boyutu dışında tüm alt boyutlarda ve toplamda anlamlı olarak fark bulunmuştur.

Tablo XXIX. Katılımcıların Ağız ve Diş Sağlığı Bilgi ve Davranışlarına göre ADSOY-14 Alt Boyut ve Toplam Puan Değerleri

Ağız ve diş sağlığı bilgi ve davranışları		Ortanca (%25-75) Değerleri				
	n (%)	ADSOY-14	Hizmet Kullanımı	Kavrama, Anlama	Ekonomik Engeller	Destek
Diş sağlığı durumu						
Çok kötü-kötü	64 (12,8)	34,0** (26,0-46,0)	14,0** (9,0-18,0)	8,0** (5,5-10,0)	4,0** (2,0-6,0)	4,0** (3,0-7,5)
Orta	206 (41,2)	45,0 (37,0-50,0)	18,0 (15,0-20,0)	10,0 (9,0-11,0)	6,0 (3,0-7,0)	6,0 (4,0-8,0)
İyi-mükemmel	230 (46,0)	49,0 (42,0-53,0)	19,5 (16,0-20,0)	11,0 (9,0-12,0)	6,0 (4,0-8,0)	7,0 (4,0-8,0)
Diş sayısı						
Bilenler	156 (31,2)	47,0* (41,5-52,0)	19,0* (16,0-20,0)	11,0* (9,0-12,0)	6,0* (4,0-8,0)	6,0 (4,0-8,0)
Bilmeyenler	344 (68,8)	46,0 (35,0-51,0)	18,0 (14,0-20,0)	10,0 (8,0-12,0)	6,0 (3,0-8,0)	6,0 (4,0-8,0)
Diş fırçalama davranışı						
<2/gün	346 (69,2)	43,0* (34,0-50,0)	17,0* (13,0-20,0)	10,0* (8,00-11,0)	5,0* (3,0-7,0)	6,0* (4,0-8,0)
≥2/gün	154 (30,8)	50,0 (45,0-53,0)	20,0 (17,0-20,0)	11,0 (10,0-12,0)	6,0 (4,0-8,0)	7,0 (4,0-8,0)
Diş ipi kullanımı						
Kullananlar	111 (22,2)	48,0* (42,0-53,0)	19,0 (15,0-20,0)	11,0 (9,0-12,0)	6,0* (5,0-8,0)	6,0 (4,0-8,0)
Kullanmayanlar	389 (77,8)	46,0 (36,0-51,0)	18,0 (14,0-20,0)	10,0 (8,0-12,0)	7,0 (3,0-8,0)	6,0 (4,0-8,0)
Diş hekimi muayenesi						
Düzenli	119 (33,8)	*49,0 (43,0-53,0)	19,0* (16,0-20,0)	11,0* (10,0-12,0)	7,0* (5,0-8,0)	7,0 (4,0-8,0)
Şikayet Olunca	381 (76,2)	45,0 (35,0-51,0)	18,0 (14,0-20,0)	10,0 (8,0-12,0)	5,0 (3,0-7,0)	6,0 (4,0-8,0)
Son diş hekimi muayene zamanı						
≤1yıl	299 (59,8)	48,0* (42,0-52,0)	19,0* (15,0-20,0)	11,0* (9,0-12,0)	6,0* (4,0-8,0)	6,0 (4,0-8,0)
>1yıl	201 (40,2)	42,0 (32,0-49,0)	17,0 (12,0-20,0)	9,0 (7,0-11,0)	4,0 (2,0-7,0)	6,0 (4,0-8,0)

* Mann-Whitney-U testi, p<0,05 ,** Kruskal Wallis testi p<0,05

Katılımcılara dişleri ile ilgili olarak çürük diş, dolgulu diş, protezli diş ve implantlı diş ile ilgili sorulara göre yapılan gruplar arası karşılaştırmalarda ölçek puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur (Tablo XXX). Yapılan ileri analizlerde farkın dişlerine yapılan işlemlere ‘Bilmiyorum’ yanıtını verenlerin ölçekten daha düşük puanlamalarından kaynaklandığı görülmüştür.

Tablo XXX. Katılımcıların Çürük, Dolgulu, Protezli ve İmplantlı Dişe Sahip Olma Durumlarına Göre ADSOY Ölçek Puanları

	ADSOY		p
	Ortanca	%25-75	
Çürük dişiniz var mı?			
Bilmiyorum(n=87)	36,00*	30,00-49,00	<0,001
Çürük dişim var(n=221)	46,00	39,00-50,00	
Çürük dişim yok(n=192)	48,50	42,00-53,00	
Dolgulu dişiniz var mı?			
Bilmiyorum (n=56)	34,00*	29,50-44,00	<0,001
Dolgulu dişim var (n=253)	47,00	40,00-52,00	
Dolgulu dişim yok (n=191)	47,00	38,00-52,00	
Protezli dişiniz var mı?			
Bilmiyorum(n=71)	34,00*	27,00-46,00	<0,001
Protezli dişim var (n=53)	43,00	35,00-48,00	
Protezli dişim yok(n=376)	47,50	40,00-52,00	
İmplantlı dişiniz var mı?			
Bilmiyorum(n=73)	35,00*	28,00-46,00	<0,001
İmplantlı dişim var(n=15)	49,00	39,00-52,00	
İmplantlı dişim yok(n=412)	47,00	40,00-52,00	

Kruskal Wallis testi

4.4.4 Genel Sağlık Bilgi ve Davranışlarına Göre ADSOY-14 Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Katılımcıların sigara içme ve beslenme davranışlarına göre ölçek puanları karşılaştırma bulguları Tablo XXXI'de verilmektedir. Katılımcılardan daha önce hiç sigara içmeyen kişiler ile hayatının bir döneminde içmiş olanlar ve hala içenler karşılaştırıldığında ADSOY-14 toplam puan ve anlama alt boyut puanlarının hiç içmeyen grupta anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Asitli ve gazlı içecek tüketmeyen katılımcılar ile tüketenler karşılatırıldığında ekonomik engeller ve destek boyutları dışında tüketmeyen grubun puanları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Şekerli gıda tüketimi ile şeker yerine tatlandırıcı kullanımı ile tüketmeyen katılımcılar arasında ölçek puanları arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Sağlık bilgisine ulaşım kaynağı olarak doktor, ebe, hemşire, eczacı ve diğer sağlık çalışanlarından herhangi birini işaretleyenler ile TV, radyo, gazete, dergi veya internet seçeneklerinden herhangi birini işaretleyenler arasında puanlar açısından herhangi bir fark bulunmamıştır.

Tablo XXXI. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Davranışlarına Göre ADSOY-14 Alt Boyut ve Toplam Puan Değerleri

	n (%)	Ortanca (%25-75) Değerleri				
		ADSOY-14	Hizmet Kullanımı	Kavrama, Anlama	Ekonomik Engeller	Destek
Sigara içme durumu						
Hiç İçmedim	290 (58,0)	47,0* (39,0-52,0)	19,0 (15,0-20,0)	11,0* (9,0-12,0)	6,0 (3,0-8,0)	7,0 (4,0-8,0)
Bıraktım/ İçiyorum	210 (42,0)	45,0 (34,0-51,0)	18,0 (13,0-20,0)	10,0 (8,0-12,0)	6,0 (4,0-8,0)	6,0 (4,0-8,0)
Asitli/gazlı içecek tüketimi						
Tüketmiyorum	273 (44,6)	47,0* (39,0-52,0)	19,0* (15,0-20,0)	11,0* (9,0-12,0)	6,0 (4,0-8,0)	6,0 (4,0-8,0)
Tüketiyorum	227 (45,4)	45,0 (36,0-50,0)	17,0 (13,0-20,0)	10,0* (8,0-11,0)	5,0 (3,0-8,0)	6,0 (4,0-8,0)
Şeker/Tatlandırıcı Gıda Tüketimi						
Şekerli Gıda	259 (51,8)	47,0 (38,0-52,0)	19,0 (15,0-20,0)	10,0 (8,0-12,0)	6,0 (4,0-8,0)	6,0 (4,0-8,0)
Tüketmiyorum						
/Tatlandırıcı tüketiyorum	241 (48,2)	45,0 (36,0-51,0)	18,0 (14,0-20,0)	10,0 (8,0-12,0)	6,0 (3,0-7,0)	6,0 (4,0-8,0)
Şekerli gıda						
Tüketiyorum						

*Mann-Whitney U Testi p<0,05

Kronik hastalık olma durumuna göre ölçek puanları karşılaştırıldığında anlamlı fark olduğu görülmüştür. Herhangi bir hastalığı olmayanların ölçek puanları daha yüksek olduğu görülmüştür(Tablo XXXII).

Tablo XXXII. Katılımcıların Kronik Hastalık Durumlarına Göre ADSOY-14 Puanları

Kronik hastalık	n	ADSOY-14			p*
		Ortanca	%25-75	En alt-En Üst	
Var	104	43,00	36,00-49,00	9,00-56,00	<0,001
Yok	396	47,00	37,00-52,00	7,00-56,00	

* Mann-Whitney U Testi

4.4.5 Sağlık Okuryazarlık Düzeylerine göre ADSOY-14 Ölçeği Karşılaştırma Bulguları

Katılımcıların TSOY-32 ölçek puanı sınıflandırmasına göre SOY kategorileri açısından ADSOY-14 ölçek puanları karşılaştırma bulguları Tablo XXXIII' te verilmektedir. Tüm gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür. Yapılan ileri analizlerde yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlık grupları ile, yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlık grupları arasında fark olmadığı görülmüştür. Gruplar arasındaki anlamlı farkın kaynağının ilk iki grupla yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı olan katılımcılar arasındaki farktan kaynaklandığı görülmüştür. Yetersiz ve sorunlu SOY kategorisinde olanlar ile Yeterli ve mükemmel SOY kategorisinde olanlar birleştirilerek yapılan analizlerde de anlamlı fark bulunmuştur (Tablo XXIV).

Tablo XXXIII. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlık Düzeylerine Göre ADSOY-14 Puanları-1

SOY kategorisi	n (%)	ADSOY-14			p*
		Ortanca	%25-75	En Alt-En Üst	
Yetersiz	69(13,8)	25,00	22,00-36,00	5,00-39,00	<0,001
Sorunlu	124(24,8)	31,00	27,00-33,00	17,00-36,00	
Yeterli	195(39,0)	44,00	39,00-46,00	17,00-48,00	
Mükemmel	112(22,4)	41,00	40,00-46,00	38,00-48,00	

*Kruskal Wallis Testi

Tablo XXXIV. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlık Düzeylerine Göre ADSOY-14 Puanları-2

SOY kategorisi	n (%)	ADSOY-14			p*
		Ortanca	%25-75	En Alt-En Üst	
Yetersiz/Sorunlu	193(38,6)	36,00	29,00-40,00	7,00-43,00	<0,001
Yeterli/Mükemmel	307(61,4)	50,00	47,00-54,00	22,00-56,00	

*Mann Whitney U Testi

5. TARTIŞMA

5.1 Araştırmanın Genel Değerlendirilmesi

Ağız sağlığı sistemik hastalıkları da etkileyebilen genel sağlık, refah ve yaşam kalitesinin temel bir göstergesidir (10). Ağız ve diş hastalıkları hem ülkemizde hem de diğer birçok ülkede çok yaygın görülmesi nedeniyle tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul görmektedir. Küresel Hastalık Yüğü Çalışması 2017, tedavi edilmemiş diş çürüklerinin en yaygın bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında yer aldığını raporlamıştır (11). Ülkelerin sağlık politikalarının belirlenmesinde önemli bir alan teşkil etmekle beraber tedavi edici hizmetler öncelikli olmak üzere ekonomik anlamda da ülkelere yüksek bir maliyet getirmektedir (42). Tüm sağlık hizmetlerinde olduğu gibi ağız ve diş sağlığı alanında da koruyucu hizmetlerin artırılması ile hem sağlık hem de ekonomik anlamda önemli kazanımlar alınabileceği görülmektedir.

Değişen ve gelişen sağlık sistemlerine baktığımızda, bireylerin kendi sağlıklarını koruma, geliştirme, sağlık hizmetleri hakkında bilgili olma ve sağlıkları ile ilgili karar verme süreçlerinde sorumluluk ve haklarını daha kapsamlı bilmeleri gerektiğini görmekteyiz. Tüm bu süreçlerde sağlık bilgilerini arama ve anlama, sağlık bilgisi ve hizmetini sunanlar ile iletişim kurmada bireylerin sağlık okuryazarlığı önemli bir etken olarak ortaya çıkmaktadır (51). Sağlık okuryazarlığının Türkçe tanımına baktığımızda "Bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdüreceği şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder" şeklinde ifade edildiği görülmektedir (5). Sağlık okuryazarlığının bir alt çeşidi olan ağız ve diş sağlığı okuryazarlığı "bireylerin uygun sağlık kararları almak için gerekli olan temel ağız sağlığı bilgi ve hizmetlerini alma, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesi" olarak tanımlanabilir (83).

Ağız ve diş sağlığının geliştirilmesi için öncelikle bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerine ek olarak olan ağız ve diş sağlığı okuryazarlık düzeylerinin de yükseltilmesi gerekmektedir. Literatüre baktığımızda konu ile ilgili fazla çalışmanın olmadığı hatta çalışmalarda kullanılacak geçerli ve güvenilir ölçeklerin bile az sayıda olduğu görülmüştür.

HeLD ölçeği bireylerin ağız ve diş sağlık okuryazarlık düzeylerini ölçerek, konu ile ilgili geliştirilmesi gereken alanları açığa çıkararak bir araç olarak karşımıza çıkmaktadır. HeLD-29 ölçeği Avustralya, Brezilya ve Endonezya olmak üzere üç ülkede, HeLD-14 ölçeği Avustralya ve Brezilya olmak üzere iki ülkede geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılarak araştırmalarda kullanılmaktadır. 14 maddeden oluşan HeLD-14 ölçeği 29 maddeden oluşan HeLD-29 ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik değerlendirilmesi yapılan kısa versiyonudur. Ölçeğin 'Kavrama', 'Anlama', 'Destek', 'Ekonomik Engeller', 'Erişim', 'İletişim' ve 'Kullanım' olmak üzere yedi alt boyutu bulunmaktadır.

Konu ile ilgili Türkiye'de kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek ihtiyacı olduğu görüldüğünde HeLD-14 ölçeğinin Türk diline uyarlaması için psikolinguistik ve psikometrik değerlendirmelerin yapılması amaçlanmıştır. Varyasyonun sağlanabilmesi amacıyla birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuru yapan yetişkin bireyler çalışmaya dahil edilmiş, ölçek 500 kişiye uygulanmıştır.

Geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinde yapısal eşitlik modellemesi kullanılmıştır. Dil, görünüm, kriter, yapı geçerliliği, yakınsak ve iraksak geçerlilik ile iç tutarlılık, paralel form, test-tekrar test ve iki yarı güvenilirliği değerlendirmeleri yapılmıştır. Dil geçerliliğinde 30 katılımcıya, tekrar test için 50 katılımcıya ulaşılmış, paralel form olarak da TSOY-32 ölçeği kullanılmıştır.

5.2 Türk Diline Uyarlama Bulgularının Değerlendirilmesi

HeLD-14 ölçeğinin literatürdeki geliştirme ve uyarlama çalışmalarına bakıldığında Avustralya, Brezilya ve Endonezya'da konu ile ilgili çalışmalar olduğu görülmüştür. Avustralya'da HeLD-29 ölçeğinin kısa formunun geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinin yapıldığı, Brezilya'da Portekiz dili uyarlamasının yapıldığı, Endonezya'da da HeLD-29 ölçeği uyarlaması yapıldığı görülmüştür. Tablo XXXV'te ilgili çalışmalarda kullanılan analiz yöntemleri ile karşılaştırma yapılmıştır.

Tablo XXXV. HeLD-14 Ölçek Uyarlama Çalışmaları Ve Kullanılan Değerlendirme Yöntemleri

		ADSOY (n=500)	HeLD-14 Avustralya (n=191)	HeLD-14 Brezilya (n=603)	HeLD-29 Endonezya (n=381)
PSIKOLİNGÜİSTİK	Çeviri/Tek metin oluşturma	Çeviri/geri çeviri/Uzman görüşü	-	Portekizce Çeviri/geri çeviri/uzman görüşü	Çeviri/Geri çeviri
	Ön deneme	20 katılımcı	-	20 katılımcı	-
PSİKOMETRİK	İç Tutarlılık	Cronbach alfa 0,878 Düzeltilmiş madde toplam korelasyonu >0,30	Cronbach alfa 0,87	Cronbach alfa 0,70	Cronbach alfa 0,94 Düzeltilmiş madde toplam korelasyonu>0,40
	Paralel Form	r=0,687 p<0,001	-	OHIP-14	-
	Test- Tekrar Test	50 Katılımcı r=0,803 p<0,001 ICC:0,885	-	40 Katılımcı ICC 0,934	-
	İki Yarı	Spearman- Brown 0,80 Guttman Split- half 0,79	-	-	-
	Görünüm	Uzman görüşü	Uzman görüşü	Uzman görüşü	Uzman görüşü
	Dil	Korelasyon r=0,774	-	-	-
	Kriter	r=0,687 p<0,001	-	-	-
	Yapı Geçerliliği	AFA: Dört boyut DFA: Uyumlu	AFA: Yedi boyut DFA: Uyumlu	AFA: Yedi boyut DFA: Uyumlu	-
	Yakınsak- İraksak	AVE,CR, ASV,MSV	-	AVE, CR	-

5.2.1 Geçerlilik Bulgularının Değerlendirilmesi

Araştırmada uyarlanan ölçeğin geçerliliğın değerlendirilmesinde dil, görünüm, kriter, yapı, yakınsak ve ıraksak geçerlilik analizleri yapılmıştır. Ölçek geliştirme çalışmalarında yapılması önerilen kapsam geçerliliğı uyarlama çalışmalarında gerekli görülmediğı için araştırmaya dahil edilmemiştir.

Çeviri-geri çeviri, tek metin haline getirme işlemleri sonrası uzman görüşüne başvurularak ölçeğın görünüm geçerliliğı değerlendirilmesi yapılmıştır. Uzman görüşleri sonrası son şekli verilen ölçeğın görünüm geçerliliğının sağlandığı yorumu yapılmıştır.

HeLD-14 ve ADSOY-14 ölçeklerinin iki hafta ara ile 30 akademisyene uygulanması sonrası bakılan ölçek puan korelasyonunun anlamlı şekilde olumlu yönde çok güçlü düzeyde çıkması ile dil geçerliliğının sağlandığı görülmüştür.

Eş zamanlı uygulanan TSOY-32 ölçek puanının ADSOY-14 ölçeğı ile anlamlı şekilde olumlu yönde güçlü çıkması ile kriter geçerliliğinin sağlandığı görülmüştür.

Yapı geçerliliğı değerlendirilmesi amacıyla açımlayıcı faktör analizi, doğrulayıcı faktör analizi ve yapısal eşitlik modellemesi yapılmıştır. Faktör analizi yapılmadan önce hesaplanan KMO değeri 0,87 bulunarak örneklemin faktör analizi için yeterli olduğu görülmüştür. Hesaplanan Barlett Küresellik testi ki-kare değeri 3715, 076 ve $p < 0,001$ olması, indeksin en az iki alt boyuta sahip olduğunu ve indeksin maddeler arasında belirli bir yapıyı yansıtacak korelasyon düzeyleri içerdiğini göstermiştir (152).

5.2.1.1 Açımlayıcı Faktör Analizi Bulgularının Değerlendirilmesi

Ölçeğın yapı geçerliliğini değerlendirmek için yapılan açımlayıcı faktör analizinde ölçeğın orijinal versiyonunda da kullanıldığı üzere temel bileşenler analizi ve rotasyon için promax tekniğı kullanılmıştır (97). Rotasyon sonrası birden büyük olan özdeğer sayısı kadar faktör belirlenmiştir. Ölçeğın orijinalinde yedi boyut mevcut iken yapılan açımlayıcı faktör analizinde dört boyut oluştuğı ve toplam varyansın %71,21'inin açıklandığı görülmüştür. Sırası ile birinci faktörün toplam varyansın %43,5'ini, ikinci faktörün %10,3'ünü, üçüncü faktörün 8,9'unu ve dördüncü faktörün %8,3'ünü açıkladığı görülmüştür.

Ölçeğın orijinalindeki üç boyutu oluşturan altı madde Türk diline uyarlamada bir boyutta, diğer iki boyutu oluşturan dört madde tek bir boyutta birleşmiş, son iki boyutun ikişer maddeleri de birer boyut olarak kalmıştır. 'Utilisation', 'Access' ve 'Communication'

boyutları ile ‘Understanding’ ve ‘Receptivity’ boyutlarının birleştiği, ‘Economic barriers’ ve ‘Support’ boyutlarının da aynı şekilde kaldığı görülmüştür. Birleşen üç boyuttaki altı madde; diş hekimi randevusu alabilme, diş hekimi görüşlerini anlayabilme ve kullanabilme şeklinde özetlenirse, diş hekimi muayenesinin etkili şekilde kullanılabilmesi ile ilgili oldukları görülerek Türk dilinde ‘Hizmet Kullanımı’ başlığı altında birleştirilebileceği düşünülmüştür. Ağız ve diş sağlığı önemini kavrama ve konu ile ilgili broşür ve formları anlayabilme ile ilgili olan ilk dört sorunun da Türk dilinde ‘Kavrama, Anlama’ başlığında birleştirilebileceği görülmüştür.

Birinci faktörü madde 9,10,11,12,13,14, ikinci faktörü madde 1,2,3,4, üçüncü faktörü madde 7, 8 ve dördüncü faktörü madde 5 ve 6 oluşturmuştur. ‘Diş hekiminin size verdiği, yapılacak işlemlere ait bilgilendirme formlarının ilgili yerlerini doldurabilir misiniz?’ şeklinde olan üçüncü maddenin ise rotasyon işlemine rağmen hem birinci faktöre (Hizmet kullanımı) hem de ikinci faktöre (Kavrama, Anlama) dahil olduğu, iki boyuta da 0,32’den büyük faktör yükü oluşturduğu görülmüştür. İki faktördeki faktör yükü değerleri arasında 0,10’un altında fark olduğu görülmüştür. Bu maddenin binişik olmasının, maddenin Türkiye’deki ağız ve diş sağlığı uygulamalarında karşılık bulamamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Karşılık bulmada zorluk yaşanması aynı maddenin çeviri aşamasında da görülmüştür. Ancak yapılan DFA’da üçüncü maddenin faktör yükünde herhangi bir sorun görülmemiştir. Üçüncü maddenin modele dahil edilmeden yapılan analizlerinde ise ölçeğin yeterli uyumlu olmadığı görülmüştür.

5.2.1.2 Doğrulayıcı Faktör Analizinin Bulgularının Değerlendirilmesi

AFA ile dört faktöre (boyuta) sahip olduğu tespit edilen ölçeğe faktör yapısının doğruluğunu ve anlamlılığını değerlendirmek ve araştırma örnekleminin modeli doğrulayıp doğrulamadığını kontrol etmek için DFA uygulanmıştır. Çoklu normallik varsayımını değerlendirmede skewness ve kurtosis c.r. değerlerine bakılmış ve uygun bulunması sonrası Maximum likelihood yöntemi seçilmiştir.

AFA’da tespit edilen dört boyut, 14 maddeden oluşan modelin uyum indeks değerleri kabul edilme sınırları dışında tespit edilmiş olup DFA modifikasyon indekslerine bakılmıştır. Madde 1 ve Madde 2 ile Madde 9 ve Madde 10 arasında kovaryans olduğu tespit edilmiştir. Düzeltme önerileri verilen bu maddelerin AFA değerleri de göz önünde bulundurularak Madde 1 ve Madde 9’un modelden çıkarılmasına karar verilmiştir. İki maddenin çıkarılmasının ardından faktör sayılarında da değişiklik olmamıştır.

Birinci madde ‘Ağız ve diş sağlığınıza özen gösterebilir misiniz?’ şeklinde, ikinci madde ‘Ağız ve diş sağlığınız için yapılması gerekenlere zaman ayırabilir misiniz?’ şeklinde sorulmaktadır. İki maddenin benzer şekilde ağız ve diş sağlığına verilen önemi sorguladığı düşünüldüğünde; birinin çıkarılmasının ölçek sonucunda herhangi bir kavram eksikliğine yol açmadığı düşünülmektedir. Benzer şekilde ‘Diş hekimi randevusunun nasıl alınacağını öğrenebilir misiniz?’ şeklinde sorulan dokuzuncu maddenin ‘Diş hekimi randevusu almak için hangi işlemlerin yapılacağını öğrenebilir misiniz?’ şeklinde sorulan onuncu madde ile benzerliğinden ötürü ölçekten çıkarılmasının herhangi bir sıkıntıya neden olmayacağı düşünülmektedir.

Dört boyut 12 maddeden oluşan modelin uyum değerlerine bakıldığında χ^2/df , RMSEA, RMR, GFI, değerlerinin kabul edilebilir AGFI, SRMR ve CFI değerlerinin mükemmel uyumda olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara dayanarak da 12 maddelik dört boyutlu ADSOY-12 ölçeğinin kabul edilebilir yapı geçerliliği bulunan bir model olduğu görülmüştür (Ek 10).

5.2.2 Güvenilirlik Bulgularının Değerlendirilmesi

Araştırmada iç tutarlılık, düzeltilmiş madde toplam korelasyonu, boyutlar arası korelasyon, paralel form, test-retest ve iki yarı güvenilirlik değerleri analiz edilerek güvenilirlik değerlendirmesi yapılmıştır.

Kelly ve ark. tarafından Avustralya’da yapılan 400 kişilik HeLD ölçeği geliştirmeye çalışmasında ölçeğin cronbach alfa değeri 0,87, Brezilya’da Mialhe ve ark. tarafından yapılan 603 kişilik çalışmada da 0,86 olarak saptanmıştır. Araştırma grubunda da benzer olarak ölçek Cronbach’s alfa değerleri 0.878 saptanarak iç tutarlılığın karşılandığı görülmüştür. Ölçekteki her bir sorunun ölçekten çıkartılmasıyla hesaplanan Cronbach alfa değerleri de 0,864 ve 0,887 arasında bulunmuştur. Ayrıca ölçeğin alt boyutlarının Cronbach’s alfa değerleri 0,657 ile 0,886 arasında tespit edilmiştir. Uyarlanan ölçeğin boyut sayısı farklı bulunduğu için cronbach değerleri arasında karşılaştırma yapılamamıştır.

Ölçeğin Türk diline uyarlanmasında tespit edilen dört alt boyut için de madde çıkartıldığında Cronbach’s alfa değerinde anlamlı artış görülmemesi, düzeltilmiş madde toplam korelasyonlarının 0,30’un üzerinde tespit edilmesi, test-retest uygulaması sınıf içi korelasyonun anlamlı bulunması ve paralel form yönteminde kullanılan TSOY-32 ölçeği ile korelasyonun 0,677 tespit edilmesi ile ADSOY ölçeğinin güvenilirliğinin sağlandığı yorumu yapılmıştır.

5.3 Ölçeğin Genel Değerlendirmesi

ADSOY ölçeğinin taban ve tavan etki değerleri ölçeğin tutarlılığını destekler nitelikte %15'in altında saptanmıştır. Alt boyutlar ayrı ayrı değerlendirildiğinde ise taban etkisi tüm alt boyutlarda %15 'in altında iken tavan etkisi %15'in üzerinde saptanmıştır. Ancak orijinal ölçeğin diğer ülkelerde yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında taban ve tavan etkilerinden bahsedilmediğinden karşılaştırma yapılamamıştır (96-99).

ADSOY-14 araştırmasına dahil olan 500 katılımcının yaş ortalaması \pm SS değerleri 35 \pm 11, ortanca/en alt-en üst değeri 34/18-68, birinci çeyrek ve üçüncü çeyrek değerleri 27-42 bulunmuştur. ADSOY ölçeği toplam puan ortalaması \pm SS değerleri 43,49 \pm 10,21, ortanca/en alt-en üst değeri 46,00/7,00-56,00, birinci çeyrek ve üçüncü çeyrek değerleri 37,00-52,00 bulunmuştur.

HeLD-14 ölçeği uyarlama çalışmaları katılımcılarının sosyodemografik verileri Tablo XXXVI'da verilmektedir. Avustralya çalışmasında çalışmamıza benzer şekilde genç katılımcı daha fazla iken, Brezilya çalışmasına 40 yaş üzeri katılımcının daha fazla olduğu görülmüştür. 191 kişilik Avustralya çalışmasında 38 yaş altında olanlar katılımcıların %59,1'ini oluştururken bizim çalışmamızda da benzer şekilde %61,2'sini oluşturmakta idi (97). Brezilya'daki 603 kişilik çalışmada katılımcılar 40 yaş ve altında ile 40 yaş üstü olarak gruplandırılmış olup genç katılımcılar %49,9'unu kapsarken bizim çalışmamızda % 69'6sını kapsamaktadır (98). Avustralya ve Brezilya çalışmalarında ADSOY-14 çalışmasından farklı olarak dişlerini günde 2 ve üzeri sayıda fırçalayanlar daha az fırçalayanlardan, diş hekimine son 1 yılda muayene olanlar daha önce muayene olanlardan daha yüksek yüzdede bulunmuştur.

Avustralya ve Brezilya'daki çalışmalarda HeLD-29 ve HeLD-14 ölçeklerinin ikisi de kullanıldığı için madde sayısındaki farklılıkları ortadan kaldırmak için madde sayısına bölünerek hesaplanan puan ortalamaları üzerinden yorum yapıldığı görülmüştür. Katılımcıların yaş gruplarına göre ölçek puan ortalamalarına bakıldığında üç çalışmada da anlamlı şekilde daha genç olan grupta daha yüksek puanların alındığı görülmüştür.

Cinsiyet açısından karşılaştırma yapıldığında Avustralya ve Brezilya çalışmalarında cinsiyetler arasında toplam puan açısından anlamlı fark bulunmamışken, Brezilya çalışmasında 'utilisation' alt başlığında kadınlarda anlamlı şekilde daha yüksek puan alındığı görülmüştür. Bizim çalışmamızda kadınlar ADSOY ölçek toplam puan ve 'hizmet kullanımı' ve 'kavrama, anlama' alt boyutlarında erkeklerden anlamlı şekilde daha yüksek puan almıştır.

Kadın cinsiyette kişisel hijyen, bakım ve temizlik anlamında kültürel olarak toplumsal farklılıkların olması ülkemizde anlamlı fark çıkmasına atfedilebilir.

Tablo XXXVI. HeLD-14 Ve ADSOY-14 Uyarılama Çalışmaları Katılımcılarının Sosyodemografik Verileri

	ADSOY		HeLD-14 Avustralya		HeLD-14 Brezilya		
	n(%)	Puan ortanca (%25-75)	n(%)	Puan ort(ss)	n(%)	Puan ort(ss)	
Yaş	≤40	348 (69,6)	47,0 (40,0-52,0)	113* (59,2)	-	296 (49,1)	45,3(0,5)
	>40	152 (30,4)	42,5 (31,0-50,0)	78 (40,8)	-	307 (50,9)	41,9(0,6)
Cinsiyet	Kadın	271 (54,2)	47,0 (40,0-52,0)	130 (68,1)	48,0 (0,2)	401 (66,5)	44,1 (0,5)
	Erkek	229 (45,8)	44,0 (34,0-51,0)	61 (31,9)	46,3 (0,2)	202 (33,5)	42,6 (0,7)
Eğitim	Lise ve altı	339 (67,8)	49,0 (42,0-53,0)	143 (74,9)	46,5 (0,2)	291 (48,1)	40,7(0,6)
	Üniversite ve üzeri	161 (32,2)	44,0 (34,0-50,0)	48 (25,1)	48,4 (0,3)	312 (51,9)	46,3(0,5)
Diş Fırçama	<2/gün	346 (69,2)	43,0 (34,0-50,0)	47 (24,5)	43,9 (0,3)	73 (11,6)	40,9 (1,3)
	≥2/gün	154 (30,8)	50,0 (45,0-53,0)	144 (75,5)	48,4 (0,2)	530 (88,4)	44,1 (0,4)
Muayene	≤1yıl	299 (59,8)	48,0 (42,0-52,0)	159 (83,6)	48,3(0,3)	378 (63,2)	44,5 (0,5)
	>1yıl	201 (40,2)	42,0 (32,0-49,0)	32 (16,4)	44,3(0,6)	220 (36,7)	42,1 (0,7)

*38 yaş ve altı

Eğitim açısından yapılan karşılaştırmalarda da eğitim düzeyi yüksek olan gruplarda bizim çalışmamızda ve Brezilya çalışmasında anlamlı şekilde daha yüksek puan alındığı görülmüştür. Avustralya çalışmasında katılımcı sayısının az olmasının cinsiyet ve eğitim açısından karşılaştırmalarda fark çıkmamasında bir etken olabileceği düşünülmektedir.

Gelir düzeyleri açısından yapılan değerlendirmede gelir düzeyi giderden az olanların anlamlı şekilde daha düşük puan aldıkları görülmüştür. Brezilya çalışmasında da gelir düzeyi aylık 2 asgari ücretin üzerinde ve altında olanlar şeklinde yapılan karşılaştırmada gelir düzeyi yüksek olanlar bizim çalışmamızla benzer şekilde anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır.

Diş fırçalama davranışı günde iki ve üzeri şekilde düzenli olanlar, herhangi bir sağlık şikayeti olmadan da kontrol amaçlı diş hekimi muayenesine gidenler, son muayene tarihi bir yıldan önce olanlar ölçekten anlamlı olarak yüksek puan almıştır. Diş sayısını bilmediğini işaretleyenler ile ‘Ağız ve diş sağlığınızı nasıl ifade edersiniz?’ sorusuna ‘çok kötü/kötü’ cevabını işaretleyenler ölçekten anlamlı şekilde daha düşük puan almıştır. Bu bulgular beklendiği üzere ağız ve diş sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksek olanların ağız ve diş bakımına daha fazla özen gösterdiği görüşüyle paralel çıkmıştır. Avustralya çalışmasında ise ağız sağlığı durumunu daha iyi olduğunu ifade edenlerin ölçek puan ortalamaları anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Ağız ve diş sağlığına verilen önem arttıkça sağlık durumunun farkındalık düzeyinin de artabileceği ve daha az sıkıntı olmasına rağmen ağız sağlığını daha kötü hissedebilmesinin bu duruma neden olabileceği düşünülmektedir.

Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları arasında da ağız ve diş sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür. Ayrıca aile sağlığı merkezine başvuranların sağlık okuryazarlık düzeylerine bakıldığında da yeterli düzeyin en düşük, yetersiz düzeyin de en yüksek olduğu grubun aile sağlığı merkezine başvuranlar olduğu görülmüştür. Aile sağlığı merkezinden araştırmaya katılanların puan ortalamalarının daha düşük olması yaşlarının daha yüksek, eğitim düzeylerini daha düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

2016’da ağız sağlığı okuryazarlığı ile ağız sağlığı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaları inceleyen derlemede diş tedavisi ihtiyacı olma durumu, diş kayıpları olması, dolgu, kanal vb diş restorasyon işlemi yapılmış olma durumları ile ağız sağlığı okuryazarlığı arasında çelişkili sonuçlar bulunduğu rapor edilmiştir. İncelenen çalışmalarda REALD-30 ve OHLI ölçeklerinin farklı versiyonlarının kullanıldığı görülmüştür. Diş kayıpları, maloklüzyon, diş protez ihtiyacı ile ağız sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı ilişki bulunduğu belirtilmiş, çelişkili olan çalışmaların örneklem seçiminde sıkıntılar olduğu ifade edilmiştir (153). Bu çalışmamızda ise diş hekimi muayenesi olma durumları ile beraber çürük, dolgu, protez ve implant durumları katılımcılara sorulmuştur. ‘Bilmiyorum’ yanıtını verme durumunun işlem yapılmış olma durumundan daha önemli olduğu görülmüştür. Dolgulu ya da implantlı diş

olanlar ile olmayanlar arasında fark gözlenmezken bilmeyenler ile bilenler (Var/Yok) arasında fark görülmüştür.

Literatüre bakıldığında ağız ve diş sağlığı okuryazarlığını araştıran fazla çalışma olmadığı görülmektedir. Ancak genel sağlık okuryazarlığı çalışmaları ile ağız ve diş sağlığı okuryazarlığı arasında ilişki olabileceği düşünülmektedir. Paralel form güvenilirliği ve kriter geçerliliği değerlendirilmesi amacıyla çalışmada kullanılan TSOY-32 ölçeği ile ADSOY ölçeği puanları beklendiği üzere anlamlı şekilde korele çıkmıştır. Ayrıca TSOY-32 ölçek genel indeks puanları kategorilendirildiğinde yetersiz ve sorunlu SOY düzeyine sahip olanların diğer iki gruba göre daha düşük puan aldığı görülmüştür.

Ekonomik durum ile SOY arasında iki yönlü bir ilişki bulunduğunu belirten çalışmalar mevcuttur. Aile gelir düzeyi düşük olanlarda çalışmamızla benzer şekilde SOY düzeyinin daha düşük olması beklenmektedir. Diğer yandan SOY düzeyi düşük olan ailelerin koruyucu sağlık hizmetlerinden yeterli şekilde yararlanamamaları, hastane ve acil sağlık hizmetlerini gereksiz kullanmaları gibi nedenlerden dolayı sağlık harcamaları daha fazladır (154)

SOY düzeyi ile genel sağlık durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında ise bizim çalışmamızda kronik hastalığı olanların ağız ve diş sağlığı okuryazarlık düzeyleri daha düşük bulunmuştur. SOY hakkında önemli çalışmaları olan Sorenson ve Wagner'in raporlarına bakıldığında da SOY düzeyi düşük olanlarda kronik hastalıkların görülme riskinin daha fazla olduğu, genel olarak sağlık durumlarının daha kötü olduğu belirtilmektedir (155,156).

Günümüzde internet erişiminin kolaylaşması, her yerde ve her zaman erişim olanağının olması gibi nedenlerden dolayı internet önemli bir bilgi kaynağı haline gelmiştir. Çalışmamızda katılımcıların sağlıkla ilgili bilgiye erişimde başvurdukları önemli kaynaklardan birisinin doktorlardan sonra diğer sağlık çalışanlarından daha fazla yüzde ile internet olduğu saptanmıştır. Eysenbach ve Kohler'in yaptıkları araştırmada internette yapılan aramaların % 4.5'nin sağlıkla ilgili olduğu ve bu aramaların giderek arttığı rapor edilmektedir (157).

Oo ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada sigara-alkol tüketme ve düzenli egzersiz yapmama alışkanlıklarının SOY düzeyi düşük olanlarda daha fazla olduğu rapor edilmiştir (158). Bu çalışmada da benzer olarak sigara hiç içmeyenlerin ağız ve diş sağlığı okuryazarlık puanlarının içiyorum /bıraktım diyenlere oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Ağız ve diş sağlığı okuryazarlığını etkileyen faktörlerin sosyodemografik açıdan daha heterojen ve büyük bir örneklem grubunda araştırılması ile daha ayrıntılı bir şekilde ortaya koyulabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Günümüzde tüm dünyada olduğu üzere Türkiye’de de ağız ve diş sağlığı problemleri en sık karşılaşılan sağlık problemleri arasında yer almaktadır. Bireylerin ağız ve diş sağlık okuryazarlık düzeylerinin artırılması bu sık karşılaşılan ağız ve diş sağlığı problemlerinin azaltılmasında, hatta önlenmesinde en önemli adımlardan birini oluşturmaktadır. Bireylerin öncelikle ağız ve diş sağlık okuryazarlık düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla toplumda rahatça ve hızlı kullanılabilmesi düşünülen ADSOY ölçeğinin durum tespiti aşamasında toplum çalışmalarına yardımcı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca ağız ve diş sağlığı okuryazarlığı kavramının Türkiye’deki literatürde yer almasının konu ile ilgili farkındalığı artırmada ve benzer çalışmaların planlanmasında yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Toplumdaki sağlık okuryazarlık düzeyinin artırılması ile sağlık hizmeti alamayan bireylerin hizmete ulaşması kolaylaştırılacak, hizmet alabilen bireylerin de hizmetleri kullanım kalitesinin daha da artırılması sağlanacaktır. ADSOY-12 ölçeği Türk dilinde yetişkinlerde ağız ve diş sağlığı okuryazarlığı ölçümünde geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak değerlendirilmiştir.

- 12 madde, dört boyuttan oluşan ADSOY ölçeğinin yurtdışında kullanılan HeLD ölçeğinden madde sayısı farklı olduğundan toplam puan karşılaştırmasında farklılıklar olacağı ön görülmektedir
- Yüksek puanlar daha yüksek ağız ve diş sağlık okuryazarlığı düzeyini gösterdiğinden Türk dilinde uyarlanmış olan ADSOY-12 ölçeğinin kullanımı arttıkça karşılaştırılabilir verilerin açığa çıkması sağlanacaktır.
- Toplumda rahatça ve hızlı kullanılabilmesi düşünülen ADSOY ölçeğinin durum tespiti aşamasında toplum çalışmalarına yardımcı olacağı düşünülmektedir
- Toplumdaki sağlık okuryazarlık düzeyinin artırılması ile sağlık hizmeti alamayan bireylerin hizmete ulaşması kolaylaştırılacak, hizmet alabilen bireylerin de hizmetleri kullanım kalitesinin daha da artırılması sağlanacaktır

-

Ağız ve diş sağlık okuryazarlığı kavramının, sağlık sistemi içerisindeki ağız ve diş sağlığı koruyucu hizmetlere entegre edilerek bireylerin konu ile ilgili bilgi düzeylerinin ve farkındalıklarının artırılması önerilmektedir. TSOY-32 ve ADSOY ölçek puanlarına bakıldığında birinci basamakta daha düşük olduklarının görülmesi ile koruyucu hizmet almaya gelenlerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin artırılmasındaki önemi daha iyi açığa çıkarmaktadır. TSOY-32 ve ADSOY ölçek puanlarının birinci basamakta daha düşük olması sağlık okuryazarlık düzeylerinin artırılması ihtiyacını daha ön plana çıkarmaktadır.

- Birinci basamak sağlık kurumlarına gebelik, aşı, sağlam çocuk takibi, kanser taraması vb nedenlerle gelen herkese konu ile ilgili farkındalık oluşturabilmek için bu ölçeğin uygulanabileceği önerilmektedir.
- Özellikle düşük puan alanlara ağız ve diş sağlığının korunmasına yönelik diş fırçalama, düzenli muayene olma gibi konularda bilgi verilmesinin etkili olacağı düşünülmektedir.

Ağız ve diş sağlık okuryazarlığı kavramının ayrıca ağız ve diş sağlığı hizmetleri içerisine de entegre edilmesi önerilmektedir. Tedavi edici hizmet almaya başvuran bireylerin konu ile ilgili bilgi düzeylerinin ve farkındalıklarının artırılmasının aldıkları hizmetin kalitesini artırmada etkili olacağı düşünülmektedir.

- Ağız ve diş sağlığı merkezlerine başvurularında muayene öncesi ADSOY ölçeğinin doldurulması modeli önerilmektedir
- Ölçek sonuçları muayene öncesinde diş hekimine bilgi olarak verildiğinde, diş hekiminin muayene olacak kişinin ağız ve diş sağlığı okuryazarlığı düzeyi hakkında bilgi sahibi olması sağlanacaktır
- Bu düzeyin bilinmesi ile diş hekiminin kişiye anlatacağı bilgilerin içeriğinin, anlatım şeklinin ve süresinin farklı olacağı düşünülmektedir
- Kişilerin kendi bilgi düzeylerine göre bilgi verilmesi ile de bilgilerin anlaşılabilirliğinin artması ve uygulamalardaki yanlışlıkların azalması beklenmektedir

Çok boyutlu bir kavram olan SOY'un yükseltilmesi için sosyokültürel yapı, eğitim sistemi ve sağlık sistemi gibi çok paydaşlı yaklaşım gerekmektedir. Yapılan araştırma ile ağız ve diş sağlık okuryazarlık düzeyini beklendiği üzere öğrenim düzeyinin etkilediği görülmüştür.

- Sağlık bilgisine ulaşma kaynağı olarak medya ve internet kullanımının da yüksek olduğu göz önünde bulundurularak kamu spotlarının artırılması, sağlık programları ve basında yer alan sağlık haberlerine yönelik denetimlerinin düzenlenmesi önerilmektedir.
- Konu ile ilgili farkındalığın artırılması için ağız ve diş sağlığının önemi, diğer hastalıklarla olan ilişkisi, düzenli diş fırçalama, diş ipi kullanımı, düzenli diş hekimi muayenesi olma ve beslenme önerileri gibi konuların yaş gruplarına uygun şekilde formal eğitime dahil edilmesinin etkili olacağı düşünülmektedir.

7. KISITLILIKLAR

Çalışmanın planlanması ve izinlerin alınması aşamaları sonrası sahada veri toplama aşamasına geçildiğinde COVID-19 pandemisi görülmüştür. Bu dönemde 65 yaş üstü veya kronik hastalığı olan bireylerin raporlu ilaçlarının tarihlerinin kuruma gelmeden uzatılması, reçetesiz ilaç alınabilmesi, sokağa çıkma konusunda hayata geçirilen kısıtlamalar vb nedenler sonrası bireylerin sağlık kurumuna başvuru yaklaşımlarında değişiklikler olduğu gözlemlenmiştir. Katılımcılardan 55-64 yaşa aralığında olanların %7, 65 yaş ve üzeri olanların sadece %1,4 olmasının bu nedenle olduğu düşünülmektedir.



8. SINIRLILIKLAR VE GÜÇLÜ YANLAR

Çalışmada araştırma süreci içerisinde çalışmayı sınırlayan unsurlar ile karşılaşıldığı düşünülmektedir. Araştırmaya gönüllülük esasına dayalı katılım olduğu için ağız ve diş sağlığı konusunda farkındalığı yüksek bir katılımcı grubu ile çalışılmış olması olasıdır. Gönüllü olmaya bağlı yanlılık olarak değerlendirilen bu durumda ağız ve diş sağlığı konularına yeterince önem vermeyen, ağız ve diş problemi olan, ağız ve diş sağlığı okuryazarlığı düşük olması muhtemel olan bireylerin çalışmaya katılmayı kabul etmedikleri düşünülmektedir. Konu ile ilgili kendi sağlık durumları hakkında bilgi vermekten kaçınmak amacı ile çalışmaya katılmayı kabul etmemiş olmaları olasıdır.

Ayrıca sağlık ile ilgili konularda beyana dayalı veriler üzerinden analizlerin yapılması da bildirim yanlılığı olarak çalışmayı sınırlayan bir diğer konudur. Diş hekimi muayenesi değil de kişilerin ağız ve diş sağlıkları ile ilgili kendi bilgi düzeylerine başvurulduğu için çürük, dolgulu diş sayısı gibi konularda bildirim eksikleri olması olasıdır.

Çalışmanın kısıtlılıkları ve sınırlılıkları olmasının yanında literatürdeki uyarılma çalışmaları ile karşılaştırıldığında güçlü yanlarının da olduğu görülmektedir. Uyarılma çalışmalarına bakıldığında psikolinguistik ve psikometrik değerlendirmeler açısından farklı yaklaşımlar olduğu görülmektedir. Güvenilirlik analizi olarak sadece iç tutarlılık değerlendirilmesi yapılması, geçerlilik aşamasında AFA yapıp DFA ile doğrulama yapılmaması literatür çalışmalarında görülen eksikliklere verilebilecek örneklerden birkaçıdır. Çalışmada çeviri aşamasından geçerlilik ve güvenilirlik aşamalarına kadar tüm basamakların güncel uyarılma kılavuzu önerilerine uygun şekilde değerlendirilmiş olması çalışmanın güçlü yanlarından biridir. Ayrıca yapı geçerliliği analizlerinin değerlendirilmesi açısından örneklem büyüklüğünde çok iyi olarak sınıflandırılan 500 katılımcıya ulaşılması durumunun da çalışmanın bir diğer güçlü yanı olduğu düşünülmektedir.

ÖZET

Ağız ve Diş Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Formu'nun (ADSOY-14) Türk Diline Uyarlaması

Amaç: Araştırmanın amacı, “Health Literacy Dental Scale-Short Form (HeLD-14)” ölçeğinin Türk diline uyarlamasının yapılarak, yetişkinlerde ağız ve diş sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir ölçeğin hazırlanmasıdır.

Yöntem: Metodolojik bir araştırmadır. Psikolinguistik değerlendirmeler yapıldıktan sonra olasılıksız örnekleme yöntemleri içerisinde amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak hedef grubun varyasyonunun sağlanması amacıyla birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına başvuran bireyler içerisinde 500 katılımcıya ulaşılmıştır. Geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinde yapısal eşitlik modellemesi kullanılmıştır. Dil, görünüm, kriter, yapı geçerliliği, yakınsak ve ıraksak geçerlilik ile iç tutarlılık, paralel form, test-tekrar test ve iki yarı güvenilirliği değerlendirmeleri yapılmıştır. Dil geçerliliğinde 30 katılımcıya, tekrar test için 50 katılımcıya ulaşılmış, paralel form olarak da TSOY-32 ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: Ölçek soruları KMO ve Barlett testleri ile değerlendirildiğinde örneklem sayısı ve veri içeriğinin faktör analizine uygun olduğu görülmüştür. Faktör analizinde toplam varyansın %71,21'ini açıklayan dört faktörlü yapı elde edilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizinde modifikasyon indeksleri doğrultusunda iki maddenin çıkarılması ile 12 maddeden oluşan dört faktörlü yapının model uyum indekslerinin kabul edilebilir uyum gösterdiği bulunmuştur. Ölçekten alınan toplam puan, TSOY-32 ölçeğinden elde edilen genel indeks puanı ile anlamlı şekilde olumlu yönde orta düzeyde korelasyon göstermiştir ($r=0,687$). ADSOY ölçeğinin Cronbach alfa katsayısı AFA'da 0,910, DFA sonrası kabul edilen modelde 0,860 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test sonucu, sınıf içi güvenilirlik katsayısı 0,885, dil geçerliliği değerlendirmesinde HeLD-14 ölçeği ile korelasyon olumlu yönde çok güçlü düzeyde anlamlı bulunmuştur ($r=0,774$).

Sonuç: Ağız ve diş sağlık okuryazarlık (ADSOY) ölçeğinin Türk diline uyarlamasının, Türkiye'deki yetişkinlerde ağız ve diş sağlığı okuryazarlığını ölçmek için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu gösterilmiştir. Alınan yüksek puanların daha iyi düzeyde ağız ve diş sağlığı okuryazarlığını gösterdiği görülmüştür.

Anahtar kelimeler: Sağlık okuryazarlığı, Ağız sağlığı, Diş hekimliği, Halk sağlığı, Güvenilirlik ve Geçerlilik

İletişim adresi: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı ABD, Merkez/Aydın, Tel: 0256 212 18 50.

SUMMARY

Adaptation of Oral and Dental Health Literacy Scale Short Form to Turkish Language

Aim: The aim of the study is to adapt the "Health Literacy Dental Scale-Short Form (HeLD-14)" scale to Turkish language and to prepare a valid and reliable scale to evaluate oral and dental health literacy in adults.

Method: It is a methodological research. After the psycholinguistic evaluations, 500 participants were reached among the individuals who applied to primary, secondary and tertiary health institutions in order to ensure the variation of the target group by using the purposeful sampling method among improbable sampling methods. Structural equation modeling was used in validity and reliability analysis. Language, appearance, criterion, construct validity, convergent and divergent validity, internal consistency, parallel form, test-retest and split-half reliability were evaluated. In terms of language validity, 30 participants were reached, 50 participants were reached for retest, and TSOY-32 scale was used as a parallel form.

Results: When the scale questions were evaluated with KMO and Barlett tests, it was seen that the sample size and data content were suitable for factor analysis. In the factor analysis, a four-factor structure that explains 71.21% of the total variance was obtained. In the confirmatory factor analysis, it was found that the model fit indexes of the four-factor structure consisting of 12 items showed acceptable fit by removing two items in line with the modification indexes. The total score obtained from the scale showed a moderate positive correlation with the general index score obtained from the TSOY-32 scale ($r = 0.687$). The Cronbach alpha coefficient of the ADSOY scale was found to be 0.910 in EFA and 0.860 in the model accepted after CFA. Test-retest result was found to have an in-class reliability coefficient of 0.885, and the correlation with the HeLD-14 scale in language validity assessment was found to be positively very strong. ($r = 0.774$).

Conclusion: The validity and reliability analyzes of the HeLD-14 scale, which was adapted to evaluate oral and dental literacy in Turkish, were found to be within acceptable limits. It was observed that the high scores obtained showed a better oral and dental health literacy.

Keywords: Health literacy, Oral health, Dentistry, Public health, Reliability and Validity

Contact address: Adnan Menderes University Faculty of Medicine, Department of Public Health, Headquarters / Aydın, Tel: 0256 212 18 50.

KAYNAKLAR

1. Health Education as Social Policy - Scott K. Simonds, 1974 [Internet]. [erişim tarihi 10.06.2020]. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10901981740020S102>
2. https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1 erişim tarihi 18.08.2020
3. World Health Organization. WHO | Health Literacy [Internet]. WHO. World Health Organization; 1998 [cited 2020 Jun 29]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/health-literacy/en/>
4. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012 Jan 25;12:80
5. Sağlık geliştirilmesi ve teşviki sözlüğü. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/64546/3/978_97_903613_tur.pdf, Erişim tarihi: 18.08.2020)
6. Baker, D. W., Parker, R. M., Williams, M. V., & Clark, W. S. (1998). Health literacy and the risk of hospital admission. *Journal of general internal medicine*, 13(12), 791-798.
7. Baur, C., Harris, L., & Squire, E. (2017). The US National Action Plan to improve health literacy: a model for positive organizational change. *Stud Health Technol Inform*, 240, 186-202.
8. Sadeghi S, Brooks D, Stagg-Peterson S, Goldstein R. Growing Awareness of the Importance of Health Literacy in Individuals with COPD. 2013; 10(1):72
9. Robinson LA., Crabtree MA, Allen NW, Baber G, Boseman JJ, Briskie DM & Gill, EA (2009). Health Literacy in Dentistry Action Plan 2010-2015. Chicago, IL: American Dental Association, 27(1), 33-9 (Aktaran: Güven, A. (2017). *Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler ve Sağlık Okuryazarlığı İle Hasta Güvenliği İlişkisi* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
10. https://www.who.int/health-topics/oral-health/#tab=tab_1 erişim tarihi 17.8.2020
11. James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., ... & Abdollahpour, I. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1789-1858.

12. Lee JY, Rozier RG, Lee SY, Bender D, Ruiz RE. Development of a word recognition instrument to test health literacy in dentistry: the REALD-30 a brief communication. *J Public Health Dent* 2007; 67: 94–8.
13. Richman JA, Lee JY, Rozier RG, Gong DA, Pahel BT, Vann WF Jr. Evaluation of a word recognition instrument to test health literacy in dentistry. *J Public Health Dent* 2007; 67:99–104.
14. Gong DA, Lee JY, Rozier RG, Pahel BT, Richman JA, Vann WF Jr. Development and testing of the test of functional health literacy in dentistry (TOFHLiD). *J Public Health Dent* 2007; 67: 105–12.
15. Sabbahi DA, Lawrence HP, Limeback H, Rootman I. Development and evaluation of an oral health literacy instrument for adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009; 37: 451–62,
16. Naghibi Sistani, M. M., Montazeri, A., Yazdani, R., & Murtomaa, H. (2014). New oral health literacy instrument for public health: development and pilot testing. *Journal of investigative and clinical dentistry*, 5(4), 313-321.
17. Peker K, Köse TE, Güray B, Uysal Ö & Erdem TL (2017). Reliability and validity of the Turkish version of the Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry (TREALD-30). *Acta Odontologica Scandinavica*, 75(3), 198-207.
18. Donald L Patrick v. d., “Reducing Oral Health Disparities: A Focus on Social and Cultural Determinants”, *BMC Oral Health*, C. I, No: 4, 2006
19. Gibson S, Williams S. (1999). Dental caries in pre–school children: associations with social class, toothbrushing habit and consumption of sugars and sugar– containing foods. *Caries research*, 33(2): 101-113.
20. Ekici Ö (2013) “Türkiye’de Kamu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması: Sorunlar ve Öneriler” Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Doktora Tezi, Ankara.(<https://docplayer.biz.tr/45848035-T-c-gazi-universitesi-sosyal-bilimler-enstitusu-isletme-anabilim-dali-saglik-kurumlari-yonetimi-bilim-dali.html> Erişim tarihi:20.06.2020)
21. World Health Organization (WHO). (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, June 19-22, 1946. World Health Organization. Basic Documents. 15th ed. Geneva: WHO.([https://www.who.int/bulletin/archives/80\(12\)981.pdf](https://www.who.int/bulletin/archives/80(12)981.pdf) Erişim tarihi:21.06.2020)

22. Oktay İ “Ağız Diş Sağlığının İyileştirilmesi ve Geliştirilmesi”, Türk Diş Hekimleri Birliği Dergisi (TDBD), sayı 12, 2000, s.50. (Aktaran: Kuzu Ö.F. Türkiye’deki Ağız Ve Diş Sağlığı Politikalarının İncelenmesi ve Yeni Model Önerisi: Bir Kamu Hastanesi Örneği, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksekisans Tezi)
23. Institute of Medicine (US). Committee on an Oral Health Initiative. (2011). Advancing oral health in America. National Academies Press.
24. Genderson MW, Sisco L, Markowitz K, Fine D. and Broder HL (2013). An overview of children's oral health-related quality of life assessment: from scale development to measuring outcomes. *Caries research*, 47(1): 13-21.
25. Kumar P, Dixit A, Gupta V, Singh H. and Sargagyan V. (2014). Cross sectional evaluation of awareness of prevention of dental caries among general paediatricians in Ghaziabad district, India. *Annals of medical and health sciences research*, 4(3): 302-306.
26. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S & Ndiaye C. (2005). The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(9), 661-669.).
27. Kılınç, G. & Günay, T. (2010). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin ağız diş sağlığı konusunda bilgi düzeyleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 24(3), 131-137.
28. Jo L. Freudenheim, v. d. “Periodontal Disease and Breast Cancer: Prospective Cohort Study of Postmenopausal Women.”, *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.*, C.XXIV, No:1, 2016, s. 43-50., Jun Shao, v. d., “Periodontal Disease and Breast Cancer: A Meta-Analysis of 1,73,162 Participants”, *Front Oncol.*, C.XII, No:8, 2018, s. 601.
29. Teshome, A., & Yitayeh, A. (2016). Relationship between periodontal disease and preterm low birth weight: systematic review. *Pan African Medical Journal*, 24(1).
30. <https://www.saglik.gov.tr/TR,10385/sayisi1219--rg-tarihi04041928--rg-sayisi863-tababet-ve-suabati-sanatlarinin-tarzi-icrasina-dair-kanun.html> (Erişim tarihi 23.-6.2020)
31. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2001. p.167.
32. Sheiham A, “Oral Health, General Health and Quality of Life”, *Bulletin of the World Health Organization*, C. LXXXIII, No: 9, 2005, s. 644-644., Türk Periodontoloji Derneği, <http://www.turkperio.org/haber-detay/agiz-genel-saglik-iliskisi-22.html>

33. <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,42972/agiz-ve-dis-sagligi-hizmetleri-ve-tescil-birimi.html> Erişim tarihi 01.07.2020
34. Gökalp, S., Güçüz Doğan, B., Tekçiçek, M., Berberoğlu, A., & Ünlüer, Ş. (2007). Erişkin ve Yaşlılarda Ağız-Diş Sağlığı Profili Türkiye-2004. *Hacettepe Diş Hek Fak Derg*, 31(4), 11-18.
35. Öcek ZU. (2002). “Dünyada Uygulanan Ağız-Diş Sağlığı Hizmet Sistemlerine Genel Bakış”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, 3:206-211 (https://www.belgelik.dr.tr/toplumhekim/kayit_goster.php?Id=RcLRNNcAzax Erişim tarihi:26.06.2020)
36. Gökalp, S., Doğan, B. G., Tekçiçek, M., Berberoğlu, A., & Ünlüer, A. G. Ş. Beş, On İki Ve On Beş Yaş Çocukların Ağız Diş Sağlığı Profili, Türkiye-2004 The Oral Health Profile Of 5, 12 And 15 Year Olds, Turkey-2004.
37. Patel R, The State of Oral Health in Europe. Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe. Eylül, 2012.
38. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı2012,file:///C:/Users/User/Downloads/_Ekutuphane_kitaplar_istaturk2012%20(1).pdf Erişim Tarihi 20.06.2020
39. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık İnsan Gücü Planlama Dairesi Başkanlığının 2018 yılı Kasım verileri (<https://www.sdplatform.com/Dergi/1159/Dis-hekimliginde-kiyaslamalar-ve-gelecek-icin-oneriler.aspx> Erişim tarihi:16.06.2020)
40. Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu, 2014, (<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/insangucu.pdf>)
41. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9> erişim tarihi 15.06.2020
42. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Güler Ç, Akın L (Eds), Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, GenişletilmişII. Baskı, Ankara, 2012.
43. Patel R. (2018). The State of Oral Health in Europe-Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe. 2012. Online information (<http://www.mah.se/PageFiles/49503/Report>.Erişim tarihi 28.05.2020)
44. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0> Erişim Tarihi 20.06.2020

45. Özyavaş, S. (2018). Türkiye’de Ağız Diş Sağlığı Politikası: Mevcut Durum Analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(4), 789-805.
46. Hayran O, “Sağlık Bakanlığı ve SGK Tarafından Verilen Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinden Yararlanma ve Hasta Memnuniyeti Araştırması”, Türk Diş Hekimleri Birliği Yayınları Araştırma Dizisi 2, 2000
47. Koletsis-Kounari H., Papaioannou W., Stefaniotis T., Greece’s High Dentist to Population Ratio: Comparisons, Causes, and Effects, *J Dent Educ.*, 2011 Kasım, 75 (11): 1507-15
48. UNESCO and education: Everyone has the right to education- UNESCO Digital Library <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000212715> Erişim tarihi 22.06.2020)
49. Polat O. (2005). Tıbbi Uygulama Hataları, Seçkin Yayınları, ss: 31, Ankara
50. Nutbeam D. Health Literacy As a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century. *Health Promotion International*. 2000;15: 259-67
51. Fertman, CI. & Allensworth DD. (2012). Sağlığı geliştirme programları: teoriden pratiğe. Sağlık Bakanlığı, Yayın no: 882. Ankara: Ereğ.
52. Ratzan, S. C., & Parker, R. M. (2000). Health literacy. *National library of medicine current bibliographies in medicine*. Bethesda: National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services.
53. World Health Organization (WHO). (1998). Division of health promotion, education and communications health education and health promotion unit. *Health Promotion Glossary*. World Health Organization, Geneva
54. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the American Council on Scientific Affairs, American Medical Association (AMA). (1999). Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 281: 552-557),
55. HLS-EU Consortium 2012. Comparative Report on Health Literacy in Eight EU Member States The European Health Literacy Survey. <http://www.health-literacy.eu>". Erişim tarihi: 20 Haziran 2020
56. IOM. (2004). Health Literacy – A Prescription to End Confusion. Institute of Medicine (IOM), The National Academies Press, Washington
57. Paasche-Orlow, M.K. & Wolf, M.S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31,19-26.

58. Nielsen- Bohlman, L., Panzer, A.M., Hamlin, B., & Kindig, D.A. (2004). Health literacy a prescription to end confusion, Institute of Medicine of the National Academies, Committee on Health Literacy Board on Neuroscience and Behavioral Health,
59. Osborn, C.Y., Paasche-Orlow, M.K., Bailey, S.C., & Wolf, M.S. (2011). The mechanisms linking health literacy to behavior and health status, *American Journal of Health Behavior*, 35(1),118-28
60. Çopurlar, C. K., & Kartal, M. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli? *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(1).
61. Cho, Yl., Lee SY., Arozullah, A.M., & Crittenden, K.S. (2008). Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social Science & Medicine*, 66(8), 1809–16.
62. Howard, D., Gazmararian, J.A., & Parker, R. (2005). The Impact of Low Health Literacy on the Medical Costs of Medicare Managed Care Enrollees. *The American Journal of Medicine*, 118(4), 371-377.
63. Safeer, R.S. & Keenan, J. (2005). Health Literacy: The Gap Between Physicians and Patients, *American Family Physician*,72(3), 463–468.
64. Petersen, P. E., & Kwan, S. (2010). The 7th WHO Global Conference on Health Promotion-towards integration of oral health (Nairobi, Kenya 2009). *Community Dental Health*, 27(Suppl 1), 129-136.
65. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD, editors. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen Ø, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2013.
66. <https://healthliteracy.bu.edu/all> Erişim Tarihi 01.07.2020
67. Parker RM, Baker DW, Williams MV and Nurss JR. (1995). The Test of Functional Health Literacy in Adults: A New Instrument for Measuring Patients Literacy Skills. *Journal of General Internal Medicine*, 10(10): 537-541.
68. Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ. Couns.* 1999; 38:33-42.
69. Davis TC, Long S, Jackson RH, Mayaux EJ, George RB, Murphy PW and Crouch MA. (1993). Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: a Shortened Screening Instrument. *Family Medicine*, 25(6): 391-395.
70. Kutner M, Greenberg E, Jin Y and Paulsen C. (2006). The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. *Education*, 6: 1-59.

71. Steckelberg A, Hülfenhaus C, Kasper J, Rost J, Mühlhauser I. (2009). How to Measure Critical Health Competences: Development and Validation of the Critical Health Competence Test (CHC Test). *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice*, 14: 11–22.),
72. Jordan JE, Buchbinder R, Briggs AM, Elsworth GR, Busija L, Batterham R and Osborne RH. (2013). The Health Literacy Management Scale (HeLMS): A Measure of an Individual’s Capacity to Seek, Understand and Use Health Information within the Healthcare Setting. *Patient Education and Counseling*, 91(2): 228-235.)
73. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. (2013). The Grounded Psychometric Development and Initial Validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 13: 658.)
74. Ozdemir HZ. Alper Y. Uncu, N. Bilgel. Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Educ Res* 2010;25(3):464-47.,
75. Eyüboğlu E, Schulz PJ. Validation of Turkish health literacy measures. *Health Promot Int.* 2016;31(2):355-62,
76. Abacıgil, F., Harlak, H., Okyay, P., Kiraz, D. E., Gursoy Turan, S., Saruhan, G., ... & Beşer, E. (2019). Validity and reliability of the Turkish version of the European Health Literacy Survey Questionnaire. *Health promotion international*, 34(4), 658-667.
77. Sezer, A. & Kadioğlu, H. (2014). Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği’nin geliştirilmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17:3.).
78. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2010). National Action Plan to Improve Health Literacy. Washington, DC,
79. The European Health Literacy Survey HLS-EU http://ec.europa.eu/chafea/documents/news/Comparative_report_on_health_literacy_in_eight_EU_member_states.pdf, Erişim tarihi 22.06.2020
80. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Sağlık-Sen Yayınları Aralık 2014 – Ankara.
81. Durusu T., M., Yıldırım, HH., Demiray Ready, N., Çakır, B., & Akalın, EH.(2012). Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması, Erişim: 21 Ocak 2015. <http://www.saglikxen.org.tr/MediaContent/vYcK-1419245270-mA5r.pdf>
82. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Araştırması, T.C.Sağlık Bakanlığı, Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Ankara 2018)
83. US Department of Health and Human Services. Healthy people 2010: oral health toolkit. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 2000. [Cited 26 Oct 2011].

A:<http://www.nidcr.nih.gov/EducationalResources/DentalHealthProf/HealthyPeople2010/>.

84. Marmot, M., & Bell, R. (2012). Fair society, healthy lives. *Public health, 126*, S4-S10.
85. Sheiham A, Alexander D, Cohen L, Marinho V, Moysés S, Petersen PE, et al. Global oral health inequalities: task group-implementation and delivery of oral health strategies. *Adv Dent Res. 2011;23:259–67]*
86. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med. 2011;155(2):97–116*
87. Holtzman, J. S., Atchison, K. A., Gironde, M. W., Radbod, R., & Gornbein, J. (2014). The association between oral health literacy and failed appointments in adults attending a university-based general dental clinic. *Community dentistry and oral epidemiology, 42(3)*, 263-270.
88. Horowitz AM, Kleinman DV. Oral Health Literacy: The new imperative to better oral health. *Dent Clin N Am. 2008;52:333-44*
89. Naghibi Sistani, M. M., Montazeri, A., Yazdani, R., & Murtomaa, H. (2014). New oral health literacy instrument for public health: development and pilot testing. *Journal of investigative and clinical dentistry, 5(4)*, 313-321.
90. Lee JY, Rozier RG, Lee SY, Bender D, Ruiz RE. Development of a word recognition instrument to test health literacy in dentistry: the REALD-30 a brief communication. *J Public Health Dent 2007; 67: 94–8*
91. Richman JA, Lee JY, Rozier RG, Gong DA, Pahel BT, Vann WF Jr. Evaluation of a word recognition instrument to test health literacy in dentistry. *J Public Health Dent 2007; 67:99–104.*
92. Atchison KA, Gironde MW, Messadi D, Der-Martirosian C. Screening for oral health literacy in an urban dental clinic. *J Public Health Dent 2010; 70: 269–75.*
93. Wong HM, Bridges SM, Yiu CK, McGrath CP, Au TK, Parthasarathy DS. Development and validity of Hong Kong Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry. *J Invest Clin Dent 2012; 3: 118–27.*
94. Gong DA, Lee JY, Rozier RG, Pahel BT, Richman JA, Vann WF Jr. Development and testing of the test of functional health literacy in dentistry (TOFHliD). *J Public Health Dent 2007; 67: 105–12.*

95. Macek MD, Haynes D, Wells W, Bauer-Leffler S, Cotton PA, Parker RM. Measuring conceptual health knowledge in the context of oral health literacy: preliminary results. *J Public Dent* 2010; 70: 197–204,
96. Ju, X., Brennan, D. S., Parker, E., Chrisopoulos, S., & Jamieson, L. (2018). Confirmatory factor analysis of the health literacy in dentistry scale (HeLD) in the Australian population. *Community Dent Health*, 35(3), 140-7.
97. Jones, K., Brennan, D., Parker, E., & Jamieson, L. (2015). Development of a short-form Health Literacy Dental Scale (He LD-14). *Community dentistry and oral epidemiology*, 43(2), 143-151.
98. Mialhe, F. L., Bado, F. M. R., Ju, X., Brennan, D. S., & Jamieson, L. (2020). Validation of the Health Literacy in Dentistry scale in Brazilian adults. *International dental journal*, 70(2), 116-126,
99. Rahardjo, A., Wachid, M. N., Adiatman, M., Wimardhani, Y. S., & Maharani, D. A. (2016). Short Communication Health Literacy in Dentistry Among Undergraduate Students in Indonesia.
100. Erkuş, A. (2012). Psikolojide ölçme ve ölçek geliştirme. *Ankara 3.baskı Pegem Akademi Yayınları*.
101. Öner N. (2009). Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler, Bir Başvuru Kaynağı, 2. Baskı. İstanbul, Boğaziçi Maatbası, 520-525.
102. Güvendir, M. A., & Özkan, Y. Ö. (2015). Türkiye’deki Eğitim Alanında Yayımlanan Bilimsel Dergilerde Ölçek Geliştirme Ve Uyarlama Konulu Makalelerin İncelenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(52).
103. Hambleton, R.K. ve Patsula, L. (1999). Increasing the validity of adapted tests: Myths to be avoided and guidelines for improving test adaptation practices. *Journal of Applied Testing Technology*, 1(1), 1-30.
104. Hambleton R.K, Meranda P.F. ve Spielberger C.D. (2005). Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assesment. London: Lawrance Erlbaum Associates
105. De Lima Barroso BI, Galvao CRC, Da Silva LB, Lancman S. A Systematic Review of Translation and Cross-Cultural Adaptation of Instruments for the Selection of Assistive Technologies. *Occupational Terapy International* 2018; Doi.Org/10.1155/2018/4984170
106. International Test Commission (ITC). Guidelines for Translating and Adapting Tests. *International Journal of Testing* 2018; 18(2):101–34.

tarihi:20.06.2020)

107. Seer İ. Spss ve Lısrrel ile Pratik Veri Analizi: Analiz ve Raporlaştırma. 2015
108. Akbaş, G. ve Korkmaz, L. (2007). Ölçek uyarlaması (Adaptasyon). Türk Psikoloji Bülteni, 13(40), 15–16.
109. apık, C., Gözüm, S., & Aksayan, S. (2018). Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: Güncellenmiş rehber. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(3), 199-210.
110. Wood G.L, Haber J. (2002). Reliability and validity. In: Polit DF, Beck CT (eds). *Essentials of Nursing Research, Methods, Appraisal and Utilization*, 1nd ed. St. Louis, Mosby. 311-330.
111. Ercan İ, Kan İ. (2004). Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 30: 211-16.). Erkuş, A. (2012). Psikolojide ölçme ve ölçek geliştirme. Ankara 3.baskı Pegem Akademi Yayınları s55-60
112. Dağ İ. (2005). Psikolojik test ve ölçeklerde geçerlik ve güvenirlik. *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi*, 13:17-32.
113. Seçer İ. (2018), Psikolojik Test Geliştirme ve Uyarlama Süreci, SPSS ve LISREL Uygulamaları, 2.baskı, Ankara, 65-76
114. Özgüven İE. (2004). Psikolojik Testler. 1. Baskı. Ankara, Sistem Ofset, 110-113.
115. Özdamar K. 2017, Ölçek ve Test Geliştirme Yapısal Eşitlik Modellemesi, 2.Baskı, Nisan Kitabevi,(70-86)
116. Seçer İ. (2018), Psikolojik Test Geliştirme ve Uyarlama Süreci, SPSS ve LISREL Uygulamaları, 2.baskı, Ankara, 17-32
117. Saray, M. T., & Hazer, O. (2017). Etik Tüketici Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması; Geçerlilik ve Güvenirliğine İlişkin Bir alışma: Hacettepe Üniversitesi Örneklemi. *International Journal Of Education Technology And Scientific Researches*, 2(4), 258-283.
118. Erkuş, A. (2007). Ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında karşılaşılan sorunlar. Türk Psikoloji Bülteni, 13(40), 17–25
119. Terwee, CB, Bot SD, de Boer MR, Van Der Windt DAWM, Knol DL, Dekker J, Bouter LM, de Vet HCW. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60:34-42.
120. Büyüköztürk, ř. (2017). Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı (23. Baskı). Ankara: Pegem Akademik Yayıncılık.

121. Tavşancıl, E. (2002). Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. Ankara: Nobel Yayıncılık.
122. Aktürk, Z., & Acemoğlu, H. (2012). Tıbbi araştırmalarda güvenilirlik ve geçerlilik. *Dicle Tıp Dergisi*, 39(2), 316-319.
123. Saray, M. T., & Hazer, O. (2017). Etik Tüketici Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması; Geçerlilik ve Güvenilirliğine İlişkin Bir Çalışma: Hacettepe Üniversitesi Örnekleme. *International Journal Of Education Technology And Scientific Researches*, 2(4), 258-283.
124. Büyüköztürk, Ş. (2016). Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı İstatistik, Araştırma Deseni SPSS Uygulamaları ve Yorum (22. bs.). Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık).
125. Landis, J, R. and Koch G.G. 1977 The Measurement Of Observer Agreement For Categorical Data, *Biometrics*, 33, 159-174
126. Aslan Ş. 2018 sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri, nicel, nitel ve karma tasarımlar için bir rehber, eğitim yayınevi, 148-162
127. Davis LL. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel experts. *Applied Nursing Research*, 5, 194-197. Dec 10
128. Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma. *HEMAR-G Hemşirelik Araştırma Dergisi* 2002; 4(2):9-20.
129. Esin N. Veri Toplama Yöntem ve Araçları: Veri Toplama Araçlarının Güvenirlik ve Geçerliği. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N, editörler. *Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik*. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri Tic. Ltd. Şti. 2014. p. 193-232.
130. Ljungberg AK, Fossum B, Furst CJ, Hagelin CL. Translation and Cultural Adaptation of Research Instruments—Guidelines and Challenges: An Example in Famcare-2 for use in Sweden. *Informatics for Health and Social Care* 2015; 40(1):67–78.
131. Thammaiah S, Manchaiah V, Easwar V, Krishna R. Translation and Adaptation of Five English Language Self-Report Health Measures to South Indian Kannada Language. *Audiology Research* 2016; 6:153.)
132. Büyüköztürk Ş. 2007. Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı, Ankara, Pegem Akademik Yayıncılık
133. Alpar R. (2016). Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik. 4. Baskı. Detay yayıncılık. Ankara
134. Suhr, D. D. (2006). Exploratory or confirmatory factor analysis? (pp. 1-17). In. Cary: SAS Institute

135. Aksu, G., Eser, M. T., & Güzeller, C. O. (2017). Açımlyıcı ve doğruylayıcı faktör analizi ile yapısal eşitlik modeli uygulamaları. Detay Yayıncılık.
136. Notes on factor analysis: Charles m.friel ph.d., criminal justice center, sam Houston state university, June 2015
137. Özdamar K. (2017). Eğitim, Sağlık ve Davranış Bilimlerinde Ölcek ve Test Geliştirme Yapısal Eşitlik Modellemesi IBM SPSS, IBM SPSS AMOS ve MINITAB Uygulamalı. Nisan Kitabevi, Eskişehir.
138. Gürbüz, S. & Şahin, F. (2018). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri-Felsefe-yöntem-analiz (5.baskı). Ankara: Seçkin.
139. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: SPSS ve LISREL uygulamaları. Ankara: Pegem Akademi; 2010
140. Munro BH. Statistical Methods For Health Care Research. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.351-76
141. Wang J, Wang X. Structural Equation Modeling: Applications Using Mplus: methods and applications. West Sussex: John Wiley & Sons; 2012. p.5-9.
142. Hu, L., & Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55.
143. Sümer, N. (2000). Yapısal eşitlik modelleri: Temel kavramlar ve örnek uygulamalar. *Türk Psikoloji Yazıları*, 3(6), 49-74.
144. Yaşlıoğlu, M. M. (2017). Sosyal Bilimlerde Faktör Analizi Ve Geçerlilik: Keşfedici Ve Doğruylayıcı Faktör Analizlerinin Kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 46, 74-85.
145. http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059 Erişim tarihi 02.06.2020
146. Turgut, F. M. Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme Metodları. 9 baskı. Ankara: Saydam Matbaacılık; 1993
147. Demir, E., Saatçioğlu, Ö., & İmrol, F. (2016). Uluslararası dergilerde yayımlanan eğitim araştırmalarının normallik varsayımları açısından incelenmesi. *Current Research in Education*, 2(3), 130-148.
148. Zucoloto, M.L., Maroco, J. and Campos, J.A.D.B. (2014): Psychometric properties of the oral health impact profile and new methodological approach. *Journal of Dental Research* 93, 645-650.

149. Aksakoğlu, G. (2001). *Sağlıkta araştırma teknikleri ve analiz yöntemleri*. Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları.
150. Harkness, J., & Schoua-Glusberg, A. (1998). Questionnaires in translation..
151. Deniz ZK. (2007). Psikolojik lme Aracı Uyarlama. Ankara Universitesi Eğitim Bilimleri Fakultesi Dergisi, 40(1):1-16.)
152. Alpar R. (2014). Uygulamalı istatistik ve geçerlilik-güvenilirlik: Spor, sağlık ve Eğitim bilimlerinden rneklerle. Detay Yayıncılık
153. Firmino, R. T., Ferreira, F. M., Paiva, S. M., Granville-Garcia, A. F., Fraiz, F. C., & Martins, C. C. (2017). Oral health literacy and associated oral conditions: a systematic review. *The Journal of the American Dental Association*, 148(8), 604-613.
154. Eichler K, Wieser S, Brgger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. *International journal of public health*. 2009;54(5):313).
155. Von Wagner C, Steptoe A, Wolf MS, Wardle J. Health literacy and health actions: a review and a framework from health psychology. *Health Education & Behavior*. 2009;36(5):860-77
156. Sørensen K, Pelikan JM, Rthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*. 2015;25(6):1053-8.
157. Eysenbach, G., & Kohler, C. (2003). What is the prevalence of health-related searches on the World Wide Web? Qualitative and quantitative analysis of search engine queries on the internet. In *AMIA annual symposium proceedings* (Vol. 2003, p. 225). American Medical Informatics Association.
158. Oo WM, Soe PP, Lwin KT. Status and determinants of health literacy: a study among adult population in selected areas of Myanmar. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*. 2017;2(3):318-22. 162

EKLER

EK-1.HeLD-14 Ölçeği Türk Diline Uyarlama İzini Amaçlı Ölçek Sahibi ile Yazışma

Re: Comment or question about "Health Literacy in Dentistry scale" 3

Yahoo/Gelen K... ★



Kelly Jones <kelly.jones@finders.edu.au>

Alıcı: ĀĀĀDEM YILMAZ AYDIN



6 Şubat Per tarihinde 13:54 saatinde ★

Hello. Yes please go ahead and validate. The held 14 is being translated into many languages, some which have been published and show good reliability in other languages. Happy to assist further if you need the paper on held14 is in PDF on my profile page in research Gate and shows sci-fi g constructs and questions
Regards
Kelly

Get [Outlook for iOS](#)

From: Health Literacy Tool Shed <healthliteracy@bu.edu>

Sent: Thursday, February 6, 2020 8:31:54 PM

To: Kelly Jones <kelly.jones@finders.edu.au>

Subject: Comment or question about "Health Literacy in Dentistry scale"

This is an email from the healthliteracy.bu.edu website, submitted via the Contact the Corresponding Author form on the "Health Literacy in Dentistry scale" [measure details page](#).

ĀĀĀDEM YILMAZ AYDIN (cigdemylmz23@yahoo.com) sent the following message:

Subject: Comment about measure Health Literacy in Dentistry scale - HeLD

Dear author

I am working as a research assistant doctor in Adnan Menderes Medical Faculty Public Health Department, in Turkey. I have read your work on oral health literacy. I would like to do Turkish validation and reliability study for my graduate thesis. If it is suitable for you, can I use short-form version of the health literacy in dentistry scale (HeLD-14) in this study. Also, does anyone have a contact with you to adapt to work in Turkey?

Best regards



**EK-2.Diş Hekimliğinde Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türk Diline Uyarlama Çalışması
Etik Kurul Onayı**

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 05/03/2020-E.15909



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Prof.Dr. Pınar OKYAY
Öğretim Üyesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 05.03.2020 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmamıza ilgili alınan 11 nolu karar aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

e-İmzalıdır
Prof.Dr. Hatice ERTABAKLAR
Kurul Başkanı

KARAR :11

Protokol No: 2020/56
Sorumlu Yürütücü : Prof. Dr. Pınar OKYAY
Halk Sağlığı AD

Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr.Pınar OKYAY'ın "Diş hekimliğinde sağlık okuryazarlığı ölçeği kısa formunun (HeLD-14) Türk diline uyarlaması" konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekleşe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde (ADÜBAP başvuru onay belgesi ile kurum izin onay belgesinin alınıp dosyaya konulmak üzere gelmeleri şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırıcıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te) ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] gönderilmesi gerektiğinin hatırlanmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-3. Diş Hekimliğinde Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türk Diline Uyarlama Çalışması Üniversite Hastanesi Başhekimlik Onayı

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 28/05/2020-E.27916



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 63364346-804.99
Konu : Çalışma ile ilgili

Sayın Prof.Dr. Pınar OKYAY
Öğretim Üyesi

İlgi : 25/05/2020 tarihli ve 2321 sayılı yazımız.

İlgi yazınızda bahsedilen sorumlu yürütücüsü olduğumuz "Diş Hekimliğinde Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Kısa Formunun (HeLD-14) Türk Diline Uyarlaması" konulu tez çalışma için etik kurul onayının bir örneğinin Başhekimliğimize ulaştırılması halinde uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır
Doç.Dr. Mustafa ÜNÜBOL
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

Evrakı Doğrulamak İçin: <https://ehys.adu.edu.tr/en/Vision/Dogrula/L95H5BV>

ADÜ Merkez Kampüs Aytepe Mevkii 09100 Efeler/AYDIN
Telefon No: 0256 444 12 56 Faks No: 0256 214 40 86
E-Posta: hastane@adu.edu.tr İnternet Adresi: www.hastane.adu.edu.tr

Bilgi İçin: Tuğba TÜRK
Unvan: Tıbbi Sekreter

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-4. Diş Hekimliğinde Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türk Diline Uyarlama Aydın İl Sağlık Müdürlüğü Onayı

Sayı :44021967-605.01
Konu : Araştırma İzni (Prof. Dr. Pınar OKYAY, Dr. Çiğdem YILMAZ AYDIN)

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

İlgi : Çiğdem YILMAZ AYDIN'ın 13/03/2020 tarihli dilekçesi.

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında Araştırma Görevlisi Dr. Çiğdem YILMAZ AYDIN tarafından, Öğretim Görevlisi Prof. Dr. Pınar OKYAY danışmanlığında, Efeler İlçesi 9 No'lu Aile Sağlığı Merkezinde "Diş Hekimliğinde Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Kısa Formunun (Held-14) Türk Diline Uyarlaması" konulu tez çalışması yapılması planlanmaktadır.

Söz konusu çalışma ile ilgili Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığının görüş yazısı ekte sunulmuş olup çalışmanın, Mayıs 2020-Ekim 2020 tarihleri arasında, yapılabilmesi hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Mete ERKİ
Sağlık Hizmetleri Başkanı

O L U R
.../.../2020
e-imzalıdır.
Dr. Osman AÇIKGÖZ
İl Sağlık Müdürü

Eki: Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Yazısı

Aydın İl Sağlık Müdürlüğü-Sağlık Hizmetleri Birimi
Telefon: Faks No: 02562151611
e-Posta: hanife.kacmaz@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Dahili Tel. Numarası: 1607

Bilgi için: HANİFE KAÇMAZ
HEMŞİRE
Telefon No: (0 256) 213 50 00

