
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Gazi
1926

6-12 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Nevra KARAMÜFTÜOĞLU

DOKTORA TEZİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HAZİRAN 2025

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Nevra KARAMÜFTÜOĞLU

17/06/2025

6-12 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

(Doktora Tezi)

Nevra KARAMÜFTÜOĞLU

GAZİ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Haziran 2025

ÖZET

Bu çalışmada, diş hekimliğinde çocuk hastaların ebeveynlerinin ağız ve diş sağlığı okuryazarlığı (ADSOY) düzeylerinin çocuklarının ağız ve diş sağlığı (ADS) çıktıları üzerindeki etkileri sosyodemografik, bilgi düzeyi ve davranışsal değişkenler bağlamında değerlendirilmiştir. Kesitsel olarak yürütülen bu çalışmada veri toplama aracı olarak TOHLAT-P ölçeği kullanılmış, 238 ebeveyn-çocuk çifti örneklemiyle analizler gerçekleştirilmiştir. Bulgular, ebeveyn yaşının (özellikle 40 yaş ve üzeri), eğitim düzeyinin (yüksekokul/üniversite mezunu), çalışma durumunun (çalışan), ekonomik durum algısının (orta düzey), genel sağlık sigortasına sahip olmanın ve düzenli ilaç kullanmama durumunun ADSOY düzeyi ile anlamlı biçimde ilişkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca, ailedeki kişi ve çocuk sayısı arttıkça TOHLAT-P skorlarında anlamlı azalmalar saptanmıştır. DMFT skoru 0 ve OHI-S skoru 0,00–1,20 olan çocukların ebeveynlerinde yüksek ADSOY düzeyi gözlenmiştir. Elde edilen bulgular, ebeveyn ADSOY düzeyinin çocukların ADS çıktıları üzerinde koruyucu bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymakta; sosyodemografik ve davranışsal faktörlerin bu düzeyi etkileyebileceğini göstermektedir. Bu bağlamda, aile temelli müdahale modelleri ve okuryazarlık odaklı sağlık eğitimi stratejileri geliştirilmesi önerilmektedir.

Bilim Kodu : 1079
Anahtar Kelimeler : Ağız ve diş sağlığı okuryazarlığı, TOHLAT-P, çocuk ağız sağlığı, ebeveyn tutumları, sağlık davranışı
Sayfa Adedi : 125
Danışman : Prof. Dr. Seçil ÖZKAN

ORAL HEALTH LITERACY LEVELS OF PARENTS OF CHILDREN AGED 6–12 YEARS AND ASSOCIATED FACTORS

(Ph. D. Thesis)

Nevra KARAMÜFTÜOĞLU

GAZİ UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

June 2025

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the effects of parents' oral health literacy (OHL) levels on their children's oral health (OH) outcomes, considering sociodemographic, cognitive, and behavioral factors. In this cross-sectional study, the Turkish version of the TOHLAT-P scale was applied to a sample of 238 parent-child pairs. The findings revealed significant associations between higher TOHLAT-P scores and parental characteristics such as age (40 years and older), education level (college/university), employment status (employed), perceived economic status (moderate), having general health insurance, and absence of regular medication use. Additionally, as the number of children and household members increased, OHL scores decreased. Parents of children with a DMFT score of 0 and an OHI-S score between 0.00–1.20 demonstrated higher OHL levels, suggesting a protective influence of parental literacy on children's oral health outcomes. These results emphasize the critical role of parental OHL in early preventive oral health and highlight the importance of integrating family-based interventions and literacy-driven health education strategies into public health policies.

Science Code : 1079
Key Words : Oral health literacy, TOHLAT-P, child oral health, parental attitudes, health behaviour
Page Number : 125
Supervisor : Prof. Dr. Seçil ÖZKAN

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimime başlamamda büyük katkıları olan, eğitimim süresince ve tezimin her aşamasında bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren, destek ve katkılarını esirgemeyen ve benim rol modelim olan değerli tez danışmanım Prof. Dr. Seçil ÖZKAN'a ve tez izleme komitesi üyeleri Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN ve Doç. Dr. Hülya ŞİRİN'e sonsuz teşekkür ederim.

Doktora eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, bu süreci büyük bir keyifle tamamlamama olanak sağlayan ve kişisel ve mesleki gelişimime önemli katkılarda bulunan kıymetli hocalarım; Prof. Dr. Fatma Nur BARAN AKSAKAL, Doç. Dr. Asiye UĞRAŞ DİKMEN ve Doç. Dr. Hakan TÜZÜN'e en içten teşekkürlerimi sunarım.

Tez araştırmamın yapılabilmesi için desteklerini her zaman yanımda hissettiğim Özel Öveçler Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği aileme, ayrıca her konuda bana destek olan değerli Anabilim Dalı Başkan'ım Doç. Dr. Cenkhan BAL ve kıymetli hocam Doç. Dr. Özlem Martı Akgün olmak üzere, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı'da görev yapan, hep yanımda olan çok sevgili asistanlarıma ve sevgili bölüm sekreterimize en derin şükranlarımı sunarım.

Bu yolculukta yanımda olan ve deneyimlerini benimle içtenlikle paylaşan-hem pedodonti hem de halk sağlığından-sevgili doktora arkadaşlarıma gönülden teşekkür ederim.

Bana her zaman destek olan ve her daim yanımda olan sevgili eşim Dr. Gökhan KARAMÜFTÜOĞLU'na, varlıkları ile bana mutluluk, huzur ve güç veren canım çocuklarım Göktuğ KARAMÜFTÜOĞLU ve Alp Şeref KARAMÜFTÜOĞLU'na, kıymetli annem, babam ve kardeşime destekleri için içten teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET iv

ABSTRACT v

TEŞEKKÜR vi

İÇİNDEKİLER vii

ÇİZELGELERİN LİSTESİ xi

ŞEKİLLERİN LİSTESİ xii

SİMGELER VE KISALTMALAR xiv

1. GİRİŞ 1

2. GENEL BİLGİLER 5

2.1. Ağız ve Diş Sağlığı 5

2.1.1. Ağız ve diş sağlığı indeksleri 7

2.2. Sağlık Okuryazarlığı 13

2.2.1. Sağlık okuryazarlığı tanımları ve kavramsal gelişim 14

2.2.2. Sağlık okuryazarlığı türleri ve düzeyleri 14

2.2.3. Sağlık okuryazarlığının ölçümü 15

2.2.4. Dünya ve Türkiye'de SOY 16

2.3. Ağız ve Diş Sağlığı Okuryazarlığı 17

2.3.1. Ağız ve diş sağlığı okuryazarlığı kavramı ve önemi 17

2.3.2. ADSOY'nin türleri, düzeyleri ve boyutları 19

2.3.3. Ebeveyn ağız ve diş sağlığı okuryazarlığı 20

2.3.4. Ağız ve diş sağlığı okuryazarlığının ölçüm araçları 22

2.3.5. Uluslararası öneriler ve klinik uygulamalardaki önemi 28

2.3.6. Dünya ve Türkiye'de ADSOY durumu 29

Sayfa

3. GEREÇ VE YÖNTEM 31
3.1. Araştırmanın Tipi 31
3.2. Araştırmanın Yeri 31
3.3. Araştırmanın Evreni ve Evrenin Tanıtılması 31
3.4. Araştırmanın Kabul ve Dışlanma Kriterleri 31
3.5. Araştırmanın Veri Kaynakları ve Uygulama Şekli 32
3.6. Araştırmanın Zaman Çizelgesi 34
3.7. İstatistiksel İncelemeler 35
3.8. Sınırlılıklar 36
4. BULGULAR 37
4.1. Ebeveynlerin Sosyodemografik Özellikleri 37
4.2. Ebeveynlerin Ağız ve Diş Sağlığı Eğitimi Alma Durumu 38
4.3. Ebeveynlerin Diş Çürüme Nedenleri ve Çürüğü Önleme Yöntemleri Hakkındaki Görüşleri 39
4.4. Ebeveynlerin Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Tutum ve Davranışları 39
4.5. Ebeveynlerin TOHLAT-P Ölçeği Skorları 41
4.6. Çocuk Hastaların Yaş Grubu ve Cinsiyetleri 41
4.7. Çocuk Hastaların Ağız ve Diş Sağlığı Durumu 41
4.8. Çocuk Hastaların Ağız İçi Muayenesi 42
4.9. Ebeveynlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre TOHLAT-P Düzeyleri Karşılaştırması 43
4.10. Ebeveynlerin Daha Önce Ağız ve Diş Sağlığı Eğitimi Almış Olma Durumlarına Göre TOHLAT-P Düzeyleri Karşılaştırması 52
4.11. Ebeveynlerin Diş Çürüme Nedenleri ve Diş Çürüğünü Önleme Yöntemlerine Göre TOHLAT-P Düzeyleri Karşılaştırması 52
4.12. Ebeveynlerin Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Tutum ve Davranışlarına Göre TOHLAT-P Düzeyleri Karşılaştırması 54
4.13. Çocuk Hastaların Ağız ve Diş Sağlığı Durumuna Göre TOHLAT-P Düzeyleri Karşılaştırması 60

Sayfa

4.14. Çocuk Hastaların Ağız İçi Muayene Bulgularına Göre TOHLAT-P Düzeyleri Karşılaştırması 62

4.15. TOHLAT-P Skoru Düzeyi ile İlgili Faktörlerin Korelasyon Analizi 63

4.16. TOHLAT-P Skoru Düzeyi ile İlgili Faktörlerin Regresyon Analizi 64

5. TARTIŞMA 67

5.1. Sosyodemografik Değişkenlerle TOHLAT-P Düzeyinin İlişkisi 67

5.1.1. Ebeveyn yaş değişkeni 69

5.1.2. Ebeveyn eğitim düzeyi 69

5.1.3. Ebeveynin ekonomik durum algısı 70

5.1.4. Ebeveynin çalışma durumu 71

5.1.5. Ebeveynin sağlık sigortası 72

5.1.6. Ebeveynin ilaç kullanma durumu 73

5.1.7. Ailedeki toplam kişi sayısı 73

5.1.8. Ailedeki toplam çocuk sayısı 74

5.2. Bilgi Düzeyi ve Davranış Örüntüleri ile TOHLAT-P Düzeyinin İlişkisi 75

5.3. Çocukların Ağız ve Diş Sağlığı Çıktıları ile TOHLAT-P Düzeyinin İlişkisi 76

5.3.1. DMFT/dmft indeksi 76

5.3.2. PUFA/pufa indeksi 76

5.3.3. OHI-S indeksi 76

5.4. Korelasyon Analizlerinin Değerlendirilmesi 77

5.4.1. OHI-S skoru ile TOHLAT-P arasındaki ilişki 77

5.4.2. Ailedeki kişi sayısı ile TOHLAT-P arasındaki ilişki 77

5.4.3. Ailedeki çocuk sayısı ile TOHLAT-P arasındaki ilişki 78

5.5. Regresyon Analizlerinin Değerlendirilmesi 79

5.5.1. Ebeveynin öğrenim durumu 79

5.5.2. Ebeveynin çalışma durumu 79

Sayfa

5.5.3. Ekonomik durum algısı 80
5.5.4. Sağlık sigortası türü 80
5.5.5. Regresyon bulgularının yorumlanması 81
6. SONUÇ 83
6.1. Sonuç 83
6.2. Öneriler 84
KAYNAKLAR 87
EKLER 95
EK-1. Komisyon Onay Belgesi 96
EK-2. Anket Formu 99
ÖZGEÇMİŞ 123

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge **Sayfa**

Çizelge 2.1. TOHLAT-P ölçeğinin içerik, ölçülen yeterlilik ve puan aralığı 28

Çizelge 3.1. Çalışmanın aşamaları 35

Çizelge 4.1. Ebeveynlerin bazı sosyodemografik özelliklerinin dağılımı 37

Çizelge 4.2. Ebeveynlerin daha önce ADS eğitimi almış olma durumu dağılımı 38

Çizelge 4.3. Ebeveynlerin diş çürüme nedenleri ve çürüğü önleme yöntemleri hakkındaki görüşlerinin dağılımı 39

Çizelge 4.4. Ebeveynlerin ADS ile ilgili tutum ve davranışlarının dağılımı 40

Çizelge 4.5. Ebeveynlerin TOHLAT-P ölçeği skorlarının dağılımı 41

Çizelge 4.6. Çocukların yaş gruplarına göre cinsiyet dağılımı 41

Çizelge 4.7. Çocukların ADS durumu dağılımı 42

Çizelge 4.8. Çocuğun ağız içi muayene bulgularının dağılımı 42

Çizelge 4.9. Ebeveynlerin tanımlayıcı özelliklerine göre TOHLAT-P düzeylerinin değerlendirilmesi 46

Çizelge 4.10. Ebeveynlerin daha önce ADS eğitimi almış olma durumlarına göre TOHLAT-P düzeyleri 52

Çizelge 4.11. Ebeveynlerin diş çürüme nedenleri ve çürüğü önleme yöntemleri hakkındaki görüşleri göre TOHLAT-P düzeyleri 53

Çizelge 4.12. Ebeveynlerin ADS ile ilgili tutum ve davranışlarına göre TOHLAT-P düzeyleri 55

Çizelge 4.13. Çocukların ADS durumuna göre ebeveynlerin TOHLAT-P düzeylerinin değerlendirilmesi 60

Çizelge 4.14. Çocuğun ağız içi muayene bulgularına göre ebeveynlerin TOHLAT-P düzeyleri 62

Çizelge 4.15. TOHLAT-P skoru düzeyi, ailedeki çocuk sayısı, ailedeki kişi sayısı, DMFT/dmft skoru, PUFA/pufa skoru ve OHI-S skorunun korelasyon analizi 64

Çizelge 4.16. TOHLAT-P skoru 30 ve altı puan olma durumu ile ebeveynlerin tanımlayıcı özellikleri ile ilişkili faktörler 65

Çizelge 4.17. TOHLAT-P skoru 30 ve altı puan olma durumu ile ebeveynlerin ads davranışları ile ilişkili faktörler 66

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil **Sayfa**

Şekil 2.1. TOHLAT-P ölçeği Bölüm1; normal süt dişlerinin ya da çürük dişlerin yapılarını ve ilgili soruları gösteren görsel..... 24

Şekil 2.2. TOHLAT-P ölçeği Bölüm 2; klinik randevu kartını ve ilgili soruları gösteren görsel 25

Şekil 2.3. TOHLAT-P ölçeği Bölüm 2; reçete etiketi ve ilgili soruları gösteren görsel..... 25

Şekil 2.4. TOHLAT-P ölçeği Bölüm 2; işlem sonrası talimatlar ve ilgili soruları gösteren görsel 26

Şekil 2.5. TOHLAT-P ölçeği Bölüm 2; diş macunu ve ilgili soruları gösteren görsel... 26

Şekil 2.6. TOHLAT-P ölçeği Bölüm 3; çocukların diş gelişimi üzerine ebeveyn görüşmesi sorularını gösteren görsel..... 27

Şekil 2.7. TOHLAT-P ölçeği Bölüm 3; diş fırçalama kılavuzu ve ilgili sorularını gösteren görsel 27

Şekil 4.1. Ebeveyn yaşının TOHLAT-P ile ilişkisi..... 48

Şekil 4.2. Ebeveyn öğrenim durumunun TOHLAT-P ile ilişkisi 48

Şekil 4.3. Ebeveyn çalışma durumunun TOHLAT-P ile ilişkisi 49

Şekil 4.4. Ebeveyn ekonomik durum algısının TOHLAT-P ile ilişkisi..... 49

Şekil 4.5. Ebeveyn sağlık sigortası durumunun TOHLAT-P ile ilişkisi..... 50

Şekil 4.6. Ebeveyn düzenli ilaç kullanma durumunun TOHLAT-P ile ilişkisi 50

Şekil 4.7. Ailedeki toplam kişi sayısının TOHLAT-P düzeyi ile ilişkisi..... 51

Şekil 4.8. Ailedeki toplam çocuk sayısının TOHLAT-P düzeyi ile ilişkisi..... 51

Şekil 4.9. Ebeveynlerin diş çürüme nedenleri cevapları ilişkisi 53

Şekil 4.10. Ebeveynlerin diş çürümesinin önlenmesi yapılması gerekenler cevapları ilişkisi 54

Şekil 4.11. Ebeveynin her gün düzenli diş fırçalama durumunun TOHLAT-P ile ilişkisi..... 57

Şekil 4.12. Ebeveynin günlük diş fırçalama sayısının TOHLAT-P ile ilişkisi..... 57

Şekil 4.13. Ebeveynin diş fırçası değiştirme sıklığının TOHLAT-P düzeyi ile ilişkisi.. 58

Şekil **Sayfa**

Şekil 4.14. Evde kullanılan diş macununun florid içerme durumunun TOHLAT-P düzeyi ile ilişkisi 59

Şekil 4.15. Tatlı, şeker, çikolata ve gazlı içecek tüketme sıklığının TOHLAT-P düzeyi ile ilişkisi 59

Şekil 4.16. Çocuğun kullandığı diş fırçası çeşidinin TOHLAT-P düzeyi ile ilişkisi..... 61

Şekil 4.17. Çocuğun daha önce florid uygulaması yaptırma durumunun TOHLAT-P düzeyi ile ilişkisi..... 61

Şekil 4.18. Çocuğun OHI-S indeks skorunun TOHLAT-P düzeyi ile ilişkisi..... 63

SİMGELER VE KISALTMALAR

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

Simgeler	**Açıklamalar**
%	Yüzde
<	Küçük
>	Büyük
$\chi 2$	Ki-kare

Kısaltmalar	**Açıklamalar**
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ADA	Amerikan Diş Hekimleri Birliği (American Dental Association)
ADS	Ağız ve Diş Sağlığı
ADSOY	Ağız-Diş Sağlığı Okuryazarlığı
ADSP	Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği
CMOHK	Kapsamlı Ağız Sağlığı Ölçümü (Comprehensive Measure of Oral Health**)**
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HKOHLAT-P	Hong Kong Pediatrik Diş Hekimliği İçin Ağız Sağlığı Okuryazarlığı Değerlendirme Görevi (Hong Kong Oral Health Literacy Assessment Task for Paediatric Dentistry**)**
HLS-EU	Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi (Health Literacy)
HPV	Human Papilloma Virus
IBM - SPSS	Uluslararası Ticaret Makineleri Şirketi Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi (International Business Machines Corporation Statistical Package for Social Sciences)
IOM	Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine)
NVS	En Yeni Hayati Belirtisi (Newest Vital Sign)

Kısaltmalar	Açıklamalar
OHI-S	Basitleştirilmiş Ağız Hijyen İndeksi (Oral Hygiene Index-Simplified)
REALD-30	Diş Hekimliğinde Yetişkin Sağlık Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirmesi-30 (Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry-30**)**
REALD-99	Diş Hekimliğinde Yetişkin Sağlık Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirmesi-99 (Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry-99)
REALM	Tıpta Yetişkin Sağlık Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirmesi (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine)
SOY	Sağlık Okuryazarlığı
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
TOFHLA	Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults)
TOFHLiD	Diş Hekimliğinde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Dentistry)
TOHLAT - P	Ebeveynler için Ağız Sağlığı Okuryazarlığı Görevleri Ölçeği (Tasks of Oral Health Literacy for Parents)
TSOY-32	Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
TSOY-32	Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32
UNESCO	Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (United Nations Educational Scientific Cultural Organization)

1. GİRİŞ

Ağız ve diş sağlığı (ADS), bireyin genel sağlığının ayrılmaz bir parçasıdır. Diş hekimliği mesleğinin karşılaştığı temel zorluklardan biri, tüm çocukların ve yetişkinlerin iyi ağız ve diş sağlığının faydalarından eşit şekilde yararlanmasını sağlamaktır (Dünya Sağlık Örgütü, 2003). Her ne kadar klinik ortamda çocukların tedavisi, çocuk diş hekimliği uygulamalarının temel taşı olsa da, bu yaklaşım tüm çocukların ihtiyaçlarını karşılayamaz; çünkü tüm dünyada ve Türkiye'de hem ADS hizmetlerine erişimde hem de hizmet sunma kapasitesinde sınırlılıklar vardır (Dünya Sağlık Örgütü, 2025). Bu nedenle, tüm çocukların ağız ve diş sağlığını en üst düzeye çıkarmak amacıyla toplum temelli ve halk sağlığı odaklı yaklaşımlar gereklidir. Bu bağlamda dental halk sağlığı kavramı oldukça önemlidir. Dental halk sağlığı, "Organize toplum çabaları yoluyla diş hastalıklarını önleme ve kontrol altına alma ile ağız sağlığını geliştirme bilimi ve sanatı" olarak tanımlanmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2013).

Dünya genelinde ağız hastalıkları, ciddi bir halk sağlığı sorunu oluşturmakta ve sosyoekonomik açıdan büyük bir yük yaratmaktadır. Küresel hastalık yükü çalışmasına göre, 2021 yılı çalışmasına göre dünya genelinde yaklaşık 3,69 milyar insan bir tür oral hastalıktan etkilenmiştir. Bu hastalıklar arasında en yaygın olanı, daimi dişlerde görülen tedavi edilmemiş diş çürükleridir. Bu durum, 100.000 kişide yaklaşık 27.500 kişiyi etkileyerek en yaygın sağlık sorunu olarak tanımlanmıştır. Daimi dişlerdeki tedavi edilmemiş çürüklerin yanı sıra, periodontal hastalıklar ve diş kaybı da önemli bir yük oluşturmaktadır. Periodontal hastalıklar 100.000 kişide yaklaşık 12.500 kişiyi etkilerken, diş kaybı dünya genelinde 350 milyon insanı etkilemektedir. Yaşa göre düzenlenmiş prevalans oranları, daimi dişlerdeki çürükler için %27,5, periodontal hastalıklar için %12,5 olarak belirlenmiştir. Bu bulgular, küresel oral sağlık stratejilerinin yetersiz kaldığını ve daha etkili, kapsamlı müdahalelere ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2023–2030 Küresel Oral Sağlık Eylem Planı'na göre, 2030 yılına kadar başlıca oral hastalıkların ve durumların yaşam boyu birleşik küresel prevalansında %10'luk göreli bir azalma hedeflenmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2025).

Diş hekimleri, hem hastalarının hem de içinde bulundukları toplumun ADS'sini geliştirme açısından oldukça önemli bir konumdadır. Çocuk diş hekimleri ise hastalara doğrudan tedavi sunmakla kalmaz, aynı zamanda çocukların ADS'sinin başlıca savunucuları olarak da görev

yaparlar (Pine ve Harris, 2007). Bu bağlamda dental halk sağlığı faaliyetlerinde de aktif rol oynayabilirler. Bu faktörler:

- Toplum su kaynaklarının florlanmasını savunmak,
- Okul ve toplum temelli sağlık geliştirme programlarına katılmak,
- Risk altındaki çocuklara florür verniği uygulanması için hekimlerin geri ödeme alabilmesini savunmak,
- Ağız ve diş sağlığı programları geliştirmek,
- Ağız ve diş sağlığı okuryazarlığını yaygınlaştırmak (Peres ve diğerleri, 2019).

Bu başlıklardan son yıllarda öne çıkan konu sağlık okuryazarlığı (SOY) ile birlikte ağız ve diş sağlığı okuryazarlığıdır (ADSOY). SOY, bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, bu bilgiyi anlama, değerlendirme ve günlük yaşamlarında uygulama yeteneğini ifade eden çok boyutlu bir kavramdır.

Günümüzde yapılan çalışmalarda, sağlık okuryazarlığı düzeyinin yalnızca gelişmekte olan ülkelerde değil, gelişmiş ülkelerde de düşük olduğunu ortaya konmuştur (Sørensen ve diğerleri, 2015; Weiss, 2015; Von Wagner ve diğerleri, 2007; Pelikan ve diğerleri, 2021; Murray ve Shillington, 2012). Avrupa'da gerçekleştirilen SOY araştırması araştırmasında yetersiz/sınırlı bulunan SOY düzeyi %47,6'iken, 2019-2021 raporunda da Avrupa'nın 17 ülkesinde %24 yetersiz/sınırlı düzey saptanmıştır (Sørensen ve diğerleri, 2015, Pelikan ve diğerleri, 2021). Bu durum Türkiye'de 2017 yılında yapılan çalışmada %68,9, 2024 yılında yapılan çalışmada ise %50 olarak tespit edilmiştir (Özkan ve diğerleri, 2018; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024). Avrupa'da ve Türkiye'de de 7 yıl içerinde sağlık okuryazarlığı düzeyinde iyileşme olmuştur.

SOY kavramı, günümüzde yalnızca genel sağlık hizmetleri ile sınırlı kalmayıp diş hekimliği gibi özel sağlık alanlarında da önem kazanmaktadır (Karamüftüoğlu ve Atabek, 2020). Bu doğrultuda ADSOY, bireylerin ağız ve diş sağlığına ilişkin bilgi ve hizmetlere erişebilme, bu bilgileri anlama, değerlendirme ve uygulayarak bilinçli kararlar alma yetkinliğini kapsamaktadır (Amerikan Diş Hekimleri Birliği, 2025). Bireyin koruyucu ADS davranışlarını benimseyebilmesi, tedavi süreçlerine etkin katılım gösterebilmesi ve ağız-diş sağlığı ile genel sağlık arasındaki ilişkiyi doğru kurabilmesi açısından ağız-diş sağlığı okuryazarlığı kritik bir öneme sahiptir. DSÖ de ağız ve diş sağlığını yaşam kalitesinin bir

göstergesi ve genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olarak tanımlamaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2003).

Ağız ve diş hastalıklarının dünya genelinde yaygınlığı, tedavi maliyetlerinin yüksekliği ve bu hastalıkların bireylerin yaşam kalitesine olumsuz etkileri, ağız-diş sağlığı okuryazarlığının önemini daha da artırmaktadır (Barnabe ve diğerleri, 2025). Özellikle çocukluk döneminde kazanılan ADS alışkanlıkları, ilerleyen yaşlarda sistemik hastalıkların önlenmesi açısından kritik rol oynamaktadır. Bu süreçte ebeveynlerin bilgi düzeyleri, tutumları ve davranışları çocuklarının ağız-diş sağlığı sonuçları üzerinde doğrudan etkili olmaktadır (Karamüftüoğlu ve Özkan, 2025; Buldur ve Oğuz, 2023; Wu ve diğerleri, 2024).

Araştırmalar, ebeveynlerin ADSOY düzeyinin çocukların diş fırçalama alışkanlıkları, diş hekimi ziyaret sıklığı, çürük prevalansı ve ağız-diş sağlığına bağlı yaşam kalitesi gibi önemli göstergelerle yakından ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. ADSOY düzeyi düşük olan ebeveynlerin, çocuklarının sağlıklı ağız ve diş alışkanlıkları geliştirmesinde yetersiz kaldığı bildirilmiştir (Alzahrani ve diğerleri, 2024; Baskaradoss ve diğerleri, 2019; Buldur ve Güvendi, 2020). Bu durum, çocukların ağız-diş sağlığına yönelik erken dönemde uygun alışkanlıklar kazanmalarını ve koruyucu hizmetlerden yararlanmalarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Firmino ve diğerleri, 2018; Wu ve diğerleri, 2024; Sağlam ve diğerleri, 2025).

Bu bağlamda, ebeveynlerin ADSOY düzeyinin belirlenmesi, çocuk ADS'sinin iyileştirilmesine yönelik politika, eğitim ve toplum temelli stratejilerin oluşturulmasında önemli bir bilimsel temel sağlayacaktır (Sørensen, ve diğerleri, 2012; Firmino ve diğerleri, 2018).

Bu tez çalışmasının amacı, ebeveynlerin ağız ve diş sağlığı okuryazarlığı düzeylerini belirlemek ve bu düzeylerin çocukların ağız ve diş sağlığı durumları üzerindeki etkilerini; ebeveynlerin bilgi düzeyi, tutum ve yaklaşımları ile birlikte, sosyo-demografik, davranışsal ve çevresel değişkenler bağlamında çok boyutlu olarak değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ağız ve Diş Sağlığı

Ağız ve diş sağlığı, bireyin genel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve toplumsal katılımı üzerinde doğrudan etkili olan temel bir sağlık bileşenidir. DSÖ'ye göre ağız sağlığı; ağrı, rahatsızlık, enfeksiyon, yüz deformiteleri ve ağız kaynaklı diğer bozukluklar olmaksızın; kişinin ağzını, dişlerini ve ilişkili yapıları tam fonksiyonla kullanabilmesi hâlidir (Dünya Sağlık Örgütü, 2024). Bu tanım, ağız ve diş sağlığının yalnızca hastalık yokluğuna indirgenemeyeceğini, aynı zamanda bireyin psikososyal refahını ve yaşam kalitesini de kapsayan geniş bir sağlık alanı olduğunu ortaya koymaktadır.

ADS, toplum düzeyinde değerlendirildiğinde, yalnızca bireysel bir iyilik hâli değil; aynı zamanda sağlık sistemlerinin yükünü doğrudan etkileyen ve sosyoekonomik eşitsizliklerin görünür hâle geldiği kritik bir halk sağlığı alanıdır. Nitekim düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireylerde ağız hastalıklarının prevalansı daha yüksektir ve bu bireylerin ADS hizmetlerine erişimi kısıtlı olabilmektedir (Watt ve diğerleri, 2019).

ADS aşağıdaki başlıca durumlardan etkilenen çok boyutlu bir sağlık alanıdır:

- Diş çürüğü: Çocukluk çağının en yaygın kronik hastalıklarından biri olup, asit üreten mikroorganizmaların fermente edilebilir karbonhidratlarla etkileşimi sonucu meydana gelir. Mine ve dentin dokularının demineralizasyonuna neden olan bu süreç, tedavi edilmediğinde daha derin yapılara ilerleyerek pulpal ve periapikal komplikasyonlara yol açabilir.
- Periodontal hastalıklar (gingivitis ve periodontitis): Dişeti iltihaplanmaları ve destek dokuların yıkımı ile karakterize, özellikle yetişkin bireylerde diş kaybının önde gelen nedenidir.
- Diş kaybı: Diş çürüğü veya periodontal hastalıkların ilerlemesi sonucu oluşan kalıcı diş eksiklikleri, çiğneme fonksiyonu, estetik ve konuşma üzerinde ciddi etkiler yaratabilir.
- Diş gelişim bozuklukları ve maloklüzyon: Özellikle çocukluk ve ergenlik döneminde görülen, çene-diş uyumsuzlukları ve estetik/sosyal sorunlara neden olan anomalilerdir.

- Ağız travmaları: Çocuklarda yaygın görülen, estetik kaygılarla birlikte ciddi fonksiyonel sorunlara yol açabilen diş kırıkları, avülsiyonlar veya yumuşak doku yaralanmalarıdır.
- Ağız mukozası hastalıkları: Aftöz ülserler, kandidiyazis, lichen planus gibi hastalıklar bireyin yaşam kalitesini azaltan ağrılı durumlar oluşturabilir.
- Oral kanserler**:** Özellikle tütün, alkol ve Human Papilloma Virus (HPV) enfeksiyonuyla ilişkilendirilen maligniteler, erken dönemde tanı konmadığında ölümcül olabilmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2024).

Tüm bu durumlar göz önünde bulundurulduğunda, ADS çok boyutlu bir yapıya sahiptir ve hem bireysel hem de toplumsal düzeyde önemsenmesi gereken bir sağlık alanı olarak ele alınmalıdır.

Bu çerçevede, ADS göstergelerinden biri olan diş çürüğü, çocukluk çağının en sık karşılaşılan kronik hastalıklarından biridir (WHO, 2003). Çürük gelişimini etkileyen başlıca risk faktörleri arasında; yüksek kariyojenik bakteri varlığı, sık şeker tüketimi, tükürük akışında yetersizlik, düşük florür maruziyeti, yetersiz ağız hijyeni, düşük sosyoekonomik düzey ve ebeveyn eğitimi yer almaktadır (Selwitz, 2007; Featherstone, 2004). Modern yaklaşımlar, çürükten korunmada biyopsikososyal modeli benimsemekte ve hasta merkezli, kanıta dayalı uygulamalarla koruyucu faktörlerin artırılması**,** risk faktörlerinin ise azaltılması prensibine dayanmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2025).

Özellikle çocuklarda diş çürüğü, sadece bireysel bir sağlık sorunu değil; tedavi maliyetleri, okul devamsızlığı, öğrenme güçlüğü, yetersiz beslenme, sosyal çekinme ve yaşam kalitesinde azalma gibi çok yönlü sonuçlara yol açan önemli bir halk sağlığı problemidir (Sheller ve diğerleri, 1997; Barnabe ve diğerleri, 2021). Son yıllarda yapılan araştırmalar, yüksek gelirli ülkelerde çürüğün görülme sıklığında düşüş eğilimi olmasına rağmen, düşük ve orta gelirli ülkelerde çürük prevalansının artmaya devam ettiğini göstermektedir (Eğri ve diğerleri, 2015; Orhan ve diğerleri, 2024; Moradi ve diğerleri, 2019).

ADS üzerindeki bu çok yönlü etkiler, yalnızca biyomedikal bir perspektifle değil; aynı zamanda bireylerin bilgi, algı ve davranış düzeyleriyle de ilişkilendirilmelidir. Bu noktada, literatürde giderek daha fazla önem kazanan ADSOY kavramı öne çıkmaktadır. ADSOY, genel sağlık okuryazarlığının bir alt bileşeni olarak, bireylerin ADS'ye ilişkin bilgiye

ulaşma, bu bilgiyi anlama, değerlendirme ve uygulama becerilerini kapsamaktadır. Ancak bu kavram henüz literatürde yeterince derinlemesine çalışılmamıştır. Bu nedenle, bu tez çalışmasında öncelikle SOY kavramı irdelenecek, ardından ADSOY konusu kapsamlı biçimde ele alınacaktır.

2.1.1. Ağız ve diş sağlığı indeksleri

ADS, bireyin genel sağlığının ayrılmaz bir parçası olup, özellikle çocukluk ve ergenlik dönemlerinde bu sağlık alanına ilişkin verilerin düzenli olarak izlenmesi büyük önem arz etmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2024). Diş çürüğü gibi yaygın ve önlenebilir hastalıkların değerlendirilmesinde standart indekslerin kullanımı, epidemiyolojik izlemeden halk sağlığı politikalarının şekillendirilmesine kadar geniş bir yelpazede karar verme süreçlerini desteklemektedir. Bu bağlamda, en yaygın biçimde başvurulan indekslerden biri DMFT/dmft olup (Becker ve diğerleri, 2007; Dünya Sağlık Örgütü, 2025), son yıllarda tedavi edilmemiş çürüklerin yol açtığı komplikasyonları değerlendirmeye yönelik geliştirilen PUFA/pufa indeksi de bu ölçümleri tamamlayıcı bir araç olarak literatürde yerini almıştır (Monse ve diğerleri, 2010; Aktaş ve diğerleri, 2018). Çürük ve çürüğe bağlı komplikasyonların değerlendirilmesinin yanı sıra, bireylerin ağız hijyen düzeylerini belirlemek amacıyla plak ve diş taşı varlığına dayalı ölçümler sunan Basitleştirilmiş Ağız Hijyen İndeksi (Oral Hygiene Index-Simplified-OHI-S) de çocuk diş hekimliği alanında yaygın biçimde kullanılmaktadır (Greene ve Vermillion, 1964; Demirel ve diğerleri, 2025).

<u>DMFT/dmft İndeksi</u>

ADS epidemiyolojisinde çürük prevalansı ve çürük deneyimini belirlemede en sık başvurulan parametrelerden biri olan DMFT/dmft (Decayed, Missing, Filled Teeth) indeksleri, bireylerin yaşamları boyunca karşılaştıkları çürük deneyimini kantitatif olarak ortaya koyar. Büyük harflerle yazılan DMFT daimi dişler için, küçük harflerle yazılan dmft ise süt dişleri için kullanılmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2013).

Bu indekslerin bileşenleri şunlardır:

- D / d (Decayed): Aktif, tedavi edilmemiş çürüğü bulunan dişlerin sayısı
- M / m (Missing): Çürük nedeniyle çekilmiş dişlerin sayısı

- F / f (Filled): Çürük nedeniyle restoratif tedavi uygulanmış dişlerin sayısı

Toplam DMFT veya dmft skoru, bireyin ağızda çürükle ilişkili kaç dişte deneyim yaşadığını gösteren ve ağız sağlığı yükünü özetleyen geri döndürülemez bir ölçüt niteliğindedir (Petersen ve Baez, 2013).

Söz konusu indekslerin klinik uygulamalardaki yaygınlığının yanı sıra, daha ayrıntılı ve yüzey bazlı değerlendirmelerin gerekli olduğu araştırma ortamlarında DMFS/dmfs (Decayed, Missing, Filled Surfaces) indeksleri tercih edilmektedir. Bu indeksler, çürük lezyonlarının yalnızca diş bazında değil, her bir dişin yüzeylerine (oklüzal, vestibül, palatinal/lingual, mezial ve distal) göre değerlendirilmesine olanak tanır. Böylece, özellikle erken dönem lezyonlar ve çok yüzeyli çürük durumlarında daha duyarlı ve klinik olarak anlamlı analizler yapılabilir (Petersen ve Baez, 2013). Bu yönüyle, DMFS/dmfs indeksleri, DMFT/dmft indekslerine kıyasla çürüğün yayılımı ve tedavi gereklilikleri konusunda daha yüksek ayrıntı sunma kapasitesine sahiptir.

DMFT/dmft indeksleri, basit gözlemle, invaziv işlem gerektirmeksizin uygulanabilir olup, özellikle saha çalışmaları ve okul taramaları gibi geniş örneklemli epidemiyolojik araştırmalarda sıklıkla kullanılmaktadır. Her bir bileşeni, ağız sağlığı hizmetlerine erişim düzeyi hakkında da dolaylı bilgiler sunar. Örneğin:

- D bileşeninin yüksek olması, tedaviye erişim eksikliği veya yetersiz hijyen alışkanlıklarını,
- M bileşeninin yüksekliği, ilerlemiş çürüklerin tedavisiz bırakılması nedeniyle diş kaybını,
- F bileşeninin yüksekliği ise, çürüklerin restoratif tedavi ile yönetildiğini ve sağlık hizmetlerine erişimin daha iyi olduğunu göstermektedir (Baelum, 2008).

DSÖ, DMFT indeksinin özellikle 12 yaş grubunda kullanılması gerektiğini belirtmektedir. Zira bu yaş grubu, daimi dişlerin büyük ölçüde sürdüğü ve ağız sağlığı takibinin sistematik olarak yapılabileceği bir dönemi temsil etmektedir. 2022 tarihli Küresel Oral Sağlık Raporu'na göre, dünya genelinde 12 yaş grubu bireylerde ortalama DMFT skoru 2,0 seviyelerindedir. Aynı zamanda DMFT=0 olan bireylerin oranı, "çürüksüzlük prevalansı"

olarak adlandırılmakta ve koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliğini yansıtan önemli bir parametre olarak değerlendirilmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2022).

Küresel hastalık yükü 2021 verileri, daimi diş çürüklerinin dünya genelinde 3,5 milyardan fazla insanı etkilediğini ve bu yönüyle en yaygın sağlık sorunu konumunda olduğunu ortaya koymuştur. Bernabé ve arkadaşlarının (2025) sistematik analizine göre, 1990–2021 yılları arasında çürük yükü özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde belirgin bir artış göstermiştir.

Türkiye özelinde yürütülen epidemiyolojik çalışmalar da benzer eğilimler ortaya koymaktadır. Örneğin, Orhan ve arkadaşlarının (2024) yürüttüğü 3. Ulusal Ağız ve Diş Sağlığı Araştırması'na göre;

- 5 yaş grubunda çürük prevalansı %66,2,
- 12 yaş grubunda %54,7,
- 15 yaş grubunda ise %69,4 olarak belirlenmiştir.

Eğri ve arkadaşlarının (2015) çalışması, sosyoekonomik düzey, ebeveyn eğitimi ve ağız hijyeni alışkanlıklarının DMFT skorları üzerinde anlamlı etkileri olduğunu göstermiştir. Kuter'in (2019) bulguları ise florür kullanımı, düzenli diş hekimi ziyareti ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları ile düşük DMFT değerleri arasında pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur.

Her ne kadar DMFT/dmft ve DMFS/dmfs indeksleri yaygın biçimde kullanılan ve bilimsel geçerliliği yüksek araçlar olsa da bazı sınırlılıkları mevcuttur. Örneğin, bu indeksler çürüğün şiddetini, ilerleyiciliğini ya da tedavi gereksinimini doğrudan yansıtmaz; yalnızca sayısal varlığına odaklanır. Ayrıca, "M" bileşeni çürük dışı nedenlerle çekilmiş dişleri de kapsayabilir. Bu tür sınırlılıklar nedeniyle, daha ayrıntılı değerlendirmeler için PUFA/pufa gibi tamamlayıcı indekslere başvurulması önerilmektedir (Monse ve diğerleri, 2010).

PUFA/pufa İndeksi

Diş çürüğü tedavi edilmediğinde, zamanla dişin daha derin dokularına ilerleyerek çeşitli klinik komplikasyonlara neden olabilir. Bu ilerlemiş lezyonlar yalnızca sert doku kaybıyla sınırlı kalmayıp aynı zamanda ağız mukozasında da olumsuz etkiler yaratabilir. Bu durumu değerlendirmek üzere geliştirilen PUFA/pufa indeksi, klasik çürük indekslerinin

(DMFT/dmft gibi) ötesine geçerek, tedavi edilmeyen çürüklerin yol açtığı ciddi sonuçları sınıflandırmayı amaçlayan tamamlayıcı bir epidemiyolojik araçtır (Dünya Sağlık Örgütü, 2013).

PUFA/pufa indeksi, ilk olarak Monse ve arkadaşları (2010) tarafından Filipinler'deki okul çocukları üzerinde yürütülen toplum temelli bir çalışmada tanımlanmış ve daha sonra Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından önerilen indeksler arasında yerini almıştır (Monse ve diğerleri., 2010; Dünya Sağlık Örgütü, 2013).

PUFA/pufa indeksi, daimi dişler için PUFA; süt dişleri için ise pufa olarak adlandırılır. Her harf, çürük kaynaklı bir komplikasyonu temsil eder:

Bileşen	Tanım
P / p	Pulpa ekspozisyonu: Derin çürüğe bağlı olarak pulpada açığa çıkma, nekrotik doku veya klinik olarak pulpaya ulaşmış kavitasyon
U / u	Ülserasyon: Çürük nedeniyle dişin keskin kenarlarının mukozada travmaya yol açması sonucu ülser
F / f	Fistül: Kronik apikal enfeksiyona bağlı olarak oluşmuş dişetinde fistül açıklığı
A / a	Apse: Akut inflamasyonla birlikte, şişlik veya apsenin klinik olarak gözlemlenmesi

Her bir diş için yalnızca bir en ciddi lezyon tipi kodlanır; örneğin aynı dişte hem pulpa ekspozisyonu hem de apse varsa, apse (A/a) kodlanır.

PUFA/pufa indeksinde skorlama

PUFA/pufa indeksinde her diş bir kez ve yalnızca en şiddetli komplikasyonu yansıtacak şekilde puanlanır. Değerlendirme yalnızca görsel muayeneye dayanır, dental prob veya radyografi gibi araçlara gerek duyulmaz. Gözlemlenen her bir bulgu için bir puan verilerek bireysel veya toplumsal düzeyde skor elde edilir (Monse ve diğerleri, 2010; Baginska ve Stokowska, 2013).

PUFA/pufa skoru aşağıdaki şekilde hesaplanır:

- Bireysel skor: Ağızdaki tüm daimi dişlerde (PUFA) ya da süt dişlerinde (pufa) toplam lezyon sayısı toplanır.
- Toplumsal prevalans: Örneklemin PUFA > 0 olan bireylerinin yüzdesi alınır.
- PUFA oranı: PUFA toplamının DMFT toplamına oranı alınarak, çürüklerin ne kadarının tedavi edilmeden komplikasyona dönüştüğü belirlenir.

Skorların anlamı:

- PUFA = 0: Bireyin ağızda tedavi edilmeyen çürüğe bağlı komplikasyon yoktur.
- PUFA ≥ 1: Tedavi edilmeyen çürükler komplikasyona neden olmuştur; müdahale gereklidir (Monse ve diğerleri, 2010).

PUFA indeksi ayrıca şu durumların değerlendirilmesinde kullanılır:

- Sağlık hizmetlerinin yeterliliği ve zamanında müdahale düzeyi
- Koruyucu uygulamaların başarısı
- Saha çalışmalarında öncelikli müdahale gruplarının belirlenmesi

PUFA/pufa indeksi, özellikle tedaviye erişimin sınırlı olduğu toplumlarda, ağız sağlığı planlaması ve önceliklendirme için kritik bir halk sağlığı aracıdır. Son yıllarda yapılan araştırmalar, PUFA'nın yaygın olarak kullanılmaya başlandığını ve klasik indekslerle birlikte kullanılmasının epidemiyolojik doğruluk açısından daha anlamlı sonuçlar sağladığını göstermektedir (Baginska ve Stokowska, 2013).

Basitleştirilmiş ağız hijyen indeksi (Oral Hygiene Index-Simplified-OHI-S) indeksi

OHI-S indeksi, bireyin ağız hijyen düzeyini değerlendirmek amacıyla Greene ve Vermillion tarafından 1964 yılında geliştirilmiş, günümüzde ise hem klinik uygulamalarda hem de halk sağlığı temelli epidemiyolojik çalışmalarda yaygın olarak kullanılan güvenilir bir ölçüm aracıdır (Greene ve Vermillion, 1964). OHI-S indeksi, bireyin ağız hijyenini diş plağı (debris) ve diş taşı (calculus) varlığı üzerinden değerlendiren iki alt bileşenden oluşur: Debris Index-Simplified (DI-S) ve Calculus Index-Simplified (CI-S).

- Debris Index-Simplified (DI-S): Diş yüzeylerinde birikmiş olan yumuşak artıkların (plak ve gıda artıkları) varlığına göre değerlendirme yapar.
- Calculus Index-Simplified (CI-S): Diş yüzeylerinde birikmiş olan sert birikintilerin (diş taşı) varlığını temel alır.

Bu iki bileşen, birlikte ağız hijyen düzeyini belirlemeye yönelik toplam OHI-S indeks skorunu oluşturur.

OHI-S indeks değerlendirmesi, her bir çenenin sağ, sol ve ön bölgelerinden seçilen 6 daimi diş üzerinden yapılır. Bu dişler şunlardır:

- Üst çene: Sağ birinci molar (16)'ın bukkal yüzeyi, sol birinci molar (26)'ın bukkal yüzeyi, sağ santral kesici (11)'nin vestibüler yüzeyi,
- Alt çene: Sol birinci molar (36)'ın lingual yüzeyi, sağ birinci molar (46)'ın lingual yüzeyi, sol santral kesici (31)'nin vestibüler yüzeyi.

Bu dişlerin yalnızca bukkal-vestibüler (ön) veya lingual (arka) yüzeyleri değerlendirmeye alınır. Her bir yüzey için debris ve calculus birikimi ayrı ayrı 0 ila 3 arasında puanlanır:

Debris ve calculus skorlaması:

Skor	Açıklama
0	Yüzeyde hiçbir birikinti yok
1	Yüzeyin üçte birinden azı kaplı
2	Yüzeyin üçte biri ile üçte ikisi arası kaplı
3	Yüzeyin üçte ikisinden fazlası kaplı

Her birey için DI-S ve CI-S toplamları ayrı ayrı 6'ya bölünür ve sonrasında toplanır. Elde edilen toplam OHI-S indeks skorunu verir.

$$\text{OHI-S skoru} = \frac{\text{Debris Skoru (Toplam)}}{6} + \frac{\text{Calculus Skoru (Toplam)}}{6}$$

OHI-S indeks skorunun değerlendirme aralıkları aşağıdaki gibidir:

OHI-S İndeks Skoru	Ağız Hijyen Düzeyi
0,0–1,2	İyi hijyen
1,3–3,0	Orta düzeyde hijyen
3,1–6,0	Kötü hijyen

OHI-S indeksi; basit, zaman açısından ekonomik ve özel donanıma ihtiyaç duymayan bir değerlendirme yöntemi olması nedeniyle, özellikle çocuklar, toplum temelli çalışmalar, okullarda yürütülen taramalar ve düşük kaynaklı sağlık sistemleri için son derece uygundur. Aynı zamanda bireyin ağız bakım alışkanlıklarının dolaylı bir göstergesi olarak da değerlendirilebilir.

OHI-S indeksi, yalnızca ağız hijyenini değil, aynı zamanda bireyin ADS'na yönelik farkındalığı**,** ağız hijyeni pratiği **ve** ağız hijyen eğitimi gibi faktörleri yansıtan dolaylı bir ölçüt olarak da yorumlanabilir. Ağız hijyen düzeyi düşük bulunan bireylerde daha yüksek DMFT/dmft skorları ve tedavi edilmemiş çürük prevelansı görülme olasılığı da artmaktadır (Demirel ve diğerleri, 2025; Petersen ve Baez, 2013).

2.2. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık, Türk Dil Kurumu Sözlüğü'nde bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik durumunda olması, vücut esenliği; keyif, sıhhat olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu, 2025). DSÖ ise sağlığı yalnızca hastalık veya sakatlığın yokluğu değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır (Sartorius, 2006).

Sağlık alanında bireylerin bilinçli kararlar alabilmesi, sağlık hizmetlerini etkin kullanabilmesi ve sağlığını koruyup geliştirebilmesi için gereken temel yetkinliklerden biri SOY'dur. SOY terimi ilk kez 1974 yılında Simonds tarafından kullanılmış olup, 1990'lı yıllardan itibaren kapsamı genişletilerek halk sağlığı ve sağlık hizmetleri alanında temel bir kavram haline gelmiş, sağlığın teşviki ve yetişkin eğitimi alanında yapılan çalışmaların etkisiyle yeniden tanımlanmaya çalışılmış ve bireylerin sağlık davranışları ile sağlık harcamaları üzerindeki etkileri nedeniyle halk sağlığının temel konuları arasına girmiştir

(Simonds, 1974; Sørensen ve diğerleri, 2012; Nutbeam, 2000; Ratzan, 2001; Aslantekin ve Yumrutaş, 2014; Dickson-Swift ve diğerleri, 2014, Weiss, 2015).

SOY yalnızca temel okuryazarlık becerilerini değil, aynı zamanda sağlık bilgilerini yorumlama, sağlıkla ilgili riskleri değerlendirme ve sağlık hizmetlerinden etkin yararlanabilme gibi ileri düzey bilişsel ve iletişimsel yetenekleri de kapsamaktadır (Nielsen-Bohlman ve diğerleri, 2004; Sørensen ve diğerleri, 2012). Bireylerin eğitim düzeyi, sosyoekonomik statüsü, kültürel altyapısı ve yaşadığı çevre gibi faktörler sağlık okuryazarlığı düzeyini doğrudan etkilemektedir (Murray ve Shillington, 2012).

Özellikle COVID-19 pandemisi gibi küresel sağlık krizleri, bireylerin doğru sağlık bilgisine ulaşması ve bu bilgiyi kullanabilmesi gerekliliğini bir kez daha ortaya koymuş; SOY'un toplum sağlığını koruma ve geliştirme açısından ne kadar kritik olduğunu göstermiştir (Paakkari ve Okan, 2020).

2.2.1. Sağlık okuryazarlığı tanımları ve kavramsal gelişim

Literatürde sağlık okuryazarlığı için farklı tanımlar yapılmıştır. Nutbeam (2000) sağlık okuryazarlığını; bireylerin sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve kullanma kapasitelerini geliştiren bilişsel ve sosyal beceriler bütünü olarak tanımlamıştır. Amerikan Tıp Enstitüsü ise SOY'u, bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri bulması, okuması, anlaması, değerlendirmesi ve uygulaması için gerekli yetkinlikler bütünü olarak tanımlamaktadır (Institute of Medicine, 2011).

SOY kavramı, yalnızca bireysel yeterlilik değil, aynı zamanda sağlık sistemlerinin bireylere sunduğu bilgi ve hizmetlerin anlaşılabilirliği ile de ilişkilidir (Kickbusch ve diğerleri, 2006; Sørensen ve diğerleri, 2012). Bu kapsamda, bireysel ve kurumsal sağlık okuryazarlığı kavramları geliştirilmiştir (Avcı ve Özkan, 2020).

2.2.2. Sağlık okuryazarlığı türleri ve düzeyleri

SOY, bireyin yaşam boyu süren bilişsel, sosyal ve iletişimsel becerilerini kapsayan çok boyutlu bir kavramdır. Nutbeam (2000) sağlık okuryazarlığını üç temel düzeyde sınıflandırmıştır:

- Temel/İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı: Bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri okuyabilmesi, anlayabilmesi ve temel sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için gereken temel okuma, yazma ve aritmetik becerilerini ifade eder. Bu düzey, daha çok pasif bir bilgi kullanımı sürecini kapsar.
- İletişimsel/Etkileşimli Sağlık Okuryazarlığı: Bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri farklı ortamlardan aktif olarak elde edebilmesi, yorumlayabilmesi ve değişen durumlara adapte edebilmesi yetkinliğini tanımlar. Bu düzey, daha gelişmiş bilişsel ve sosyal beceriler gerektirir.
- Kritik Sağlık Okuryazarlığı: Sağlıkla ilgili bilgileri eleştirel biçimde analiz etme ve bu bilgileri bireysel veya toplumsal sağlık düzeyini artıracak şekilde kullanabilme kapasitesidir. Bireylerin sağlıkla ilgili karar alma süreçlerine daha etkin katılım göstermeleri bu düzeyde gerçekleşir.

Ayrıca Zarcadoolas ve arkadaşları (2005), temel okuryazarlık, bilim okuryazarlığı, yurttaşılık okuryazarlığı ve kültürel okuryazarlık bileşenlerini ekleyerek kavramı genişletmiştir. Bu çerçeve, sağlıkla ilgili bilgilerin sadece anlaşılmasını değil, aynı zamanda sosyal ve kültürel bağlamlarda etkili bir şekilde kullanılmasını da içermektedir.

2.2.3. Sağlık okuryazarlığının ölçümü

Sağlık okuryazarlığı, karmaşık yapısı nedeniyle çeşitli ölçme araçlarıyla değerlendirilmeye çalışılmıştır. Bunlar dört ana grupta toplanabilir:

- Kelime Tanıma Testleri: Bireylerin tıbbi terminolojiye hâkimiyetini değerlendiren testlerdir. Örneğin, Tıpta Yetişkin Sağlık Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirmesi (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-REALM) en sık kullanılan araçlardan biridir.
- Okuduğunu Anlama Testleri: Bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri anlama düzeyini belirlemeye yönelik testlerdir. Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults-TOFHLA) bu kategoride en bilinen ölçektir.
- Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testleri: Sağlık bilgilerini hem anlama hem de sayısal verileri yorumlama yeteneğini ölçen testlerdir. En Yeni Hayati Belirtisi (Newest Vital Sign-NVS) bu ölçüm araçlarından biridir.

- Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Türkiye uyarlaması-Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32): Bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye erişim, anlama, değerlendirme ve kullanma becerilerini kapsamlı bir şekilde ölçen çok boyutlu ölçeklerdir (Sørensen vd., 2015; Özkan vd., 2018).

Ölçeklerin seçiminde bireylerin yaş, eğitim düzeyi, kültürel faktörler ve sağlık hizmetleriyle olan etkileşim düzeyleri dikkate alınmalıdır. Sağlık okuryazarlığının ölçülmesi, bireysel ve toplumsal düzeyde sağlık sonuçlarını iyileştirmek için stratejiler geliştirilmesine olanak sağlamaktadır.

2.2.4. Dünya ve Türkiye'de SOY

Dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yetersiz olduğu görülmektedir (Özkan ve diğerleri, 2018; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024). Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü United Nations (Educational Scientific Cultural Organization-UNESCO)'nun 2009 raporuna göre, dünya çapında yaklaşık 776 milyon yetişkin temel sağlık okuryazarlığı becerisine sahip değildir (UNESCO, 2009).

Avrupa'da sekiz ülkede 15 yaş ve üzeri gerçekleştirilen Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi (Health Literacy -HLS-EU) çalışması da katılımcıların yaklaşık yarısının (%47) sağlık okuryazarlık düzeyinin yetersiz veya sınırlı olduğunu ortaya koymuştur (Sørensen ve diğerleri, 2015). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 2003 yılında yapılan Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Değerlendirmesi'nde, yetişkinlerin %53'ünün orta düzeyde, %36'sının ise düşük veya yetersiz düzeyde ve yalnızca %12'sinin yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığa sahip olduğu bildirilmiştir (Kutner ve diğerleri, 2006). Benzer şekilde, İngiltere, Kanada, Avustralya ve Yeni Zelanda gibi gelişmiş ülkelerde de düşük sağlık okuryazarlığı oranları %50'nin üzerindedir (Von Wagner ve diğerleri, 2007; Lambert ve diğerleri, 2014; Murray ve Shillington, 2012).

Türkiye'de ise SOY düzeyinin dünyada olduğu gibi yetersiz seviyelerde olduğu belirlenmiştir. Sağlık-Sen tarafından 2014 yılında yapılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'na göre, toplumun %64,6'sı yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlık düzeyindedir (Tanrıöver ve diğerleri, 2014). Türkiye'de SOY düzeyine ilişkin yapılan araştırmalar, zaman içinde önemli değişiklikler göstermektedir. Özkan ve arkadaşlarının

2018 yılında gerçekleştirdiği "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Araştırması"nda, bireylerin %68,9'unun SOY düzeyinin yetersiz veya sorunlu-sınırlı olduğu belirlenmiştir. Bu durum, toplumun büyük bir kısmının sağlıkla ilgili bilgileri anlama, değerlendirme ve uygulama konusunda zorluk yaşadığını ortaya koymuştur. Bununla birlikte, Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü tarafından 2023 yılında başlatılan ve 2024 yılında sonuçları yayımlanan yeni saha araştırması, SOY düzeyinde olumlu bir gelişme olduğunu göstermektedir. Bu kapsamlı çalışmada, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) kullanılmış ve 15.430 hane ile yüz yüze görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, yetersiz ve sorunlu-sınırlı SOY düzeyi %53,9 olarak saptanmıştır. Bu, 2018 yılına kıyasla yaklaşık %15'lik bir iyileşmeyi ifade etmektedir. Bu ilerleme, SOY'a yönelik farkındalık artırıcı kampanyalar, dijital sağlık uygulamalarının yaygınlaşması ve sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması gibi faktörlerin etkisiyle açıklanabilir. Ancak, toplumun yaklaşık yarısının hâlâ yeterli SOY'na sahip olmaması, bu alanda daha fazla çaba gösterilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak, Türkiye'de SOY düzeyinde olumlu bir eğilim gözlemlenmekle birlikte, bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri etkin bir şekilde kullanabilme becerilerini artırmak için eğitim programları, bilinçlendirme kampanyaları ve sağlık iletişimi stratejilerinin güçlendirilmesi önem arz etmektedir. (Özkan ve diğerleri, 2018; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024).

Bu veriler, hem dünyada hem de Türkiye'de SOY'un geliştirilmesi için çok sektörlü yaklaşımların ve toplum temelli müdahalelerin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Erken yaşlardan itibaren SOY eğitiminin yaygınlaştırılması, toplum sağlığını iyileştirmek için kritik bir strateji olarak öne çıkmaktadır.

2.3. Ağız ve Diş Sağlığı Okuryazarlığı

2.3.1. Ağız ve diş sağlığı okuryazarlığı kavramı ve önemi

ADSOY, bireylerin ADS ile ilgili bilgiye ulaşma, bu bilgiyi anlama, değerlendirme ve günlük yaşamlarında uygulama kapasitelerini tanımlayan çok boyutlu bir kavramdır (Horowitz ve Kleinman, 2008; Dickson-Swift, 2014). Bir başka tanıma göre ağız-diş sağlığı

okuryazarlığı bireylerin uygun ağız sağlığı kararları verebilmeleri için gerekli bilgi ve hizmetlere ulaşma, bu bilgileri anlama ve kullanma kapasitesidir (Guo ve diğerleri, 2014). Bu bağlamda ADSOY, bireysel ve toplumsal ADS düzeyini etkileyen temel halk sağlığı göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir (Dickson-Swift ve diğerleri, 2014; Kwon ve diğerleri, 2021; Baskaradoss, 2018).

ADS, bireyin genel sağlık durumu ile doğrudan ilişkilidir. Diş çürükleri ve periodontal hastalıklar gibi ağız içi enfeksiyonlar; diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, solunum yolu enfeksiyonları ve erken doğum gibi sistemik hastalıklarla bağlantılıdır (Gurenlian, 2009; Tavares ve diğerleri, 2014; Schmalz ve Ziebolz, 2020; Huang ve diğerleri; 2024). Bu nedenle, ADS hizmetlerinden yeterince yararlanmak yalnızca ağız ve diş sağlığını değil, bireyin genel sağlık düzeyini de belirlemektedir.

ADSOY düzeyinin düşük olması; diş fırçalama eksiklikleri, koruyucu hizmetlere erişememe, randevu aksatma ve tedaviye uyumsuzluk gibi olumsuz davranışlarla ilişkilidir (Horowitz ve Kleinman, 2008; Horowitz ve Kleinman, 2012). Araştırmalar, düşük ADSOY düzeyine sahip bireylerde diş çürüğü prevalansının daha yüksek, periodontal sağlığın daha düşük ve ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesinin daha kötü olduğunu ortaya koymuştur (Wehmeyer ve diğerleri, 2014; Holtzman ve diğerleri, 2017; Firmino ve diğerleri, 2018; Baskaradoss, 2018; Alzahrani ve diğerleri, 2024).

Literatürde ADSOY'nin; sosyoekonomik durum, eğitim düzeyi, yaş, cinsiyet ve kültürel faktörler gibi değişkenlerle yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir (Horowitz ve Kleinman, 2008; Dickson-Swift, 2014; Buldur ve Güvendi, 2020). Özellikle düşük gelirli ve düşük eğitim seviyesine sahip bireylerde ADSOY'nin de düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, dil engelleri ve göçmenlik statüsü gibi faktörlerin de ağız-diş sağlığı okuryazarlığı üzerinde belirleyici etkileri olduğu vurgulanmaktadır (Naghibi Sistani ve diğerleri, 2013; Guo 2014; Baskaradoss, 2018).

DSÖ'nün 2003 tarihli ağız sağlığı raporunda ağız sağlığının genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olduğu vurgulanmış ve toplum temelli koruyucu ağız sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması gerektiği belirtilmiştir (Dünya Sağlık Örgütü, 2003). Bu bağlamda, bireylerin ağız-diş sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin artırılması, ağız-diş sağlığına yönelik tutum ve davranışların iyileştirilmesinde stratejik bir gereklilik hâline gelmiştir.

2.3.2. ADSOY'nin türleri, düzeyleri ve boyutları

ADSOY, bireylerin bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, değerlendirme ve uygulama yetenekleri temelinde farklı türlere ve düzeylere ayrılmaktadır. Literatürde, ADSOY'nin hem birey gruplarına hem de bilişsel gelişim düzeylerine göre sınıflandığı görülmektedir (Nutbeam, 2000; Sørensen ve diğerleri, 2012; Horowitz ve diğerleri, 2008).

ADSOY, kullanım bağlamına göre farklı türlere ayrılır:

- Hasta ağız ve diş sağlığı okuryazarlığı: Bireyin kendi ağız ve diş sağlığına ilişkin bilgi edinme, ağız hijyeni uygulamalarını yönetme ve tedavi süreçlerine aktif katılım becerisini ifade eder.
- Diş hekimi ağız ve diş sağlığı okuryazarlığı: Diş hekimlerinin, hastalarla etkili iletişim kurarak karmaşık sağlık bilgisini sadeleştirme ve hastaların okuryazarlık düzeyine uygun bilgi sunma yeteneklerini kapsar.
- Ebeveyn ağız ve diş sağlığı okuryazarlığı: Ebeveynlerin, çocuklarının ağız ve diş sağlığına ilişkin karar alma süreçlerinde etkin rol üstlenebilmesi ve koruyucu davranışları destekleyebilmesi kapasitesidir (Sørensen ve diğerleri, 2012; Horowitz ve diğerleri, 2008).

Nutbeam'in modeline göre ADSOY'nin düzeyleri:

- İşlevsel ağız ve diş sağlığı okuryazarlığı: Bireyin temel ağız sağlığı bilgilerini okuyup anlayarak günlük ağız hijyeni davranışlarını yerine getirme kapasitesidir (Nutbeam, 2000).
- İletişimsel/Etkileşimsel ağız ve diş sağlığı okuryazarlığı: Bireyin diş hekimiyle etkili iletişim kurarak sağlık bilgilerini sorgulama, anlama ve değişen koşullara göre uygulama becerisidir (Sørensen ve diğerleri, 2012).
- Eleştirel ağız ve diş sağlığı okuryazarlığı: Bireyin ağız ve diş sağlığına yönelik bilgileri eleştirel biçimde analiz edebilmesi, sağlık politikalarını ve ADS hizmetlerini değerlendirme kapasitesidir (Nutbeam, 2000).

ADSOY boyutları, yalnızca bilgi edinme ile sınırlı olmayan; bireylerin edindikleri bilgileri anlama, değerlendirme ve davranışa dönüştürme süreçlerini kapsayan çok boyutlu bir yeterlilik alanıdır (Horowitz ve diğerleri, 2014). Bu boyutlar şu şekilde sınıflandırılmaktadır:

- Bilgi edinme kapasitesi: Güncel ve doğru ağız sağlığı bilgilerine ulaşabilme becerisi.
- Mesajları anlama ve değerlendirme: Diş hekimi talimatlarını, broşürleri ve bilgilendirme materyallerini yorumlayabilme yetisi.
- Davranışa dönüştürebilme: Edinilen bilgileri doğru ağız sağlığı davranışlarına entegre edebilme becerisi.
- Tedaviye uyum ve hizmet kullanımı: Ağız sağlığı sorunlarını zamanında fark ederek profesyonel diş sağlığı hizmetlerinden yararlanma kapasitesi.

Bu sınıflamalar, ADSOY'un bireysel sağlığı etkilediği kadar toplum sağlığı üzerinde de doğrudan etkili olan kritik bir halk sağlığı göstergesi olduğunu ortaya koymaktadır (Alzahrani ve diğerleri, 2025).

2.3.3. Ebeveyn ağız ve diş sağlığı okuryazarlığı

Ebeveyn ADSOY, ebeveynlerin ADS ile ilgili bilgi ve hizmetlere ulaşma, bu bilgileri anlama, değerlendirme ve uygulama kapasitelerini ifade etmektedir (Firmino ve diğerleri, 2018; Alzahrani ve diğerleri, 2024). Ebeveyn ADSOY yalnızca ebeveynin kendi ADS üzerinde değil, aynı zamanda çocuklarının ağız ve diş sağlığı çıktıları üzerinde de belirleyici bir etkiye sahiptir (Baskaradoss, 2018; Firmino ve diğerleri, 2018; Karamüftüoğlu ve Atabek, 2020; Wu ve diğerleri, 2024; Taşkaya ve Buldur, 2025).

Çocukluk döneminde edinilen ağız hijyeni alışkanlıklarının erişkin yaşamda ADS ile ilişkili davranışların temelini oluşturduğu bilinmektedir. Bu süreçte, ebeveynlerin ADS bilgisi, tutumu ve davranışları çocuklarının sağlık çıktılarında kritik rol oynamaktadır (Wu ve diğerleri, 2024; Buldur ve Oğuz; 2023; Cecilia-Fabiana Márquez-Arrico, 2019; Moriyama ve diğerleri, 2022).

Araştırmalar, yüksek ebeveyn ADSOY düzeyinin;

- Çocukların diş fırçalama sıklığını,
- Düzenli diş hekimi kontrollerine katılımı,

- Sağlıklı beslenme alışkanlıklarını
- Tedavi süreçlerine uyumu pozitif yönde etkilediğini göstermektedir (Buldur ve Oğuz, 2023; Gudipaneni ve diğerleri, 2024).

Ebeveyn ADSOY düzeyinin belirlenmesinde, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum, kültürel faktörler ve sağlık hizmetlerine erişim olanakları gibi çeşitli sosyal belirleyiciler rol oynamaktadır (Moriyama ve diğerleri, 2022).

ADSOY ve çocuk ağız ve diş sağlığı arasındaki ilişki

Ebeveyn ADSOY, çocuk ağız ve diş sağlığının sosyal bir belirleyicisi olarak giderek daha fazla kabul görmektedir (Alzahrani ve diğerleri, 2024). Yapılan çalışmalar, düşük ADSOY'na sahip ebeveynlerin çocuklarında diş çürüğü prevalansının daha yüksek, periodontal sağlık düzeylerinin ise daha düşük olduğunu göstermektedir (Firmino vd., 2018; Baskaradoss, 2029; Alzahrani ve diğerleri, 2024; Wu ve diğerleri, 2024).

Ebeveynler için Ağız Sağlığı Okuryazarlığı Görevleri Ölçeği **(**Tasks of Oral Health Literacy for Parents-TOHLAT-P) gibi ölçme araçlarıyla gerçekleştirilen yol analizleri, ebeveyn ADSOY'nin çocuk ADS'sine dolaylı yollardan etkide bulunduğunu ve ebeveynin kendi davranışları üzerinden çocuğun davranışlarını şekillendirdiğini ortaya koymuştur (Buldur ve Oğuz, 2023). Ebeveynlerin **ADS**'sine yönelik kaygı düzeyleri ve tedaviye uyumları da, çocuklarının sağlık hizmetlerine başvuru sıklığını doğrudan etkilemektedir. Yüksek ADSOY düzeyine sahip ebeveynlerin çocuklarının düzenli diş hekimi kontrollerine gitme oranları daha yüksek olduğu ve bu çocukların tedavi süreçlerine daha iyi uyum gösterdikleri bildirilmiştir (Gudipaneni ve diğerleri, 2024).

Son yıllarda yapılan yapısal eşitlik modellemeleri, ebeveyn ADSOY'nin yalnızca bireysel davranışları değil, aynı zamanda çocuklara ilişkin ADS sonuçlarını da doğrudan ve dolaylı biçimde etkilediğini göstermektedir. Taşkaya ve Buldur (2025) tarafından geliştirilen kavramsal modelde, ebeveyn ADSOY'nin çocuklardaki ağız hijyeni davranışları, diş hekimi korkusu ve ağız sağlığına bağlı yaşam kalitesi gibi değişkenler üzerinde belirleyici rol oynadığı ve bu değişkenler aracılığıyla çocukların diş hekimine duyduğu güveni şekillendirdiği gösterilmiştir.

Benzer şekilde, Buldur ve Oğuz'un (2023) TOHLAT-P temelli çalışmasında, ebeveyn ADSOY düzeyinin çocukların ADS sonuçlarıyla ilişkisini değerlendiren bir yapısal model önerilmiştir. Bu modelde, ebeveyn bilgi düzeyinin hem ebeveynin hem de çocuğun ağız ve sağlığı davranışlarını etkilediği; dolayısıyla ebeveynin ağız-diş sağlığı okuryazarlığının artırılmasının çocuklarda çürük prevalansını ve diş hekimi korkusunu azaltabileceği gösterilmiştir.

Bu tür modeller, ebeveyn ADSOY'nın çocukların ADS parametrelerinin iyileştirilmesinin yanı sıra çocuklarda dental anksiyete, ağız-diş sağlığına bağlı yaşam kalitesi ve diş hekimine güven gibi psikososyal parametreler üzerinde çok boyutlu etkileri olduğunu ortaya koymaktadır. Dolayısıyla, ebeveyn hedefli müdahalelerin yalnızca davranışsal çıktılar üzerinde değil, aynı zamanda çocukların duygusal ve psikososyal sağlığı üzerinde de önemli etkileri olabileceği sonucuna varılmaktadır.

2.3.4. Ağız ve diş sağlığı okuryazarlığının ölçüm araçları

ADSOY'un objektif şekilde ölçülebilmesi amacıyla çeşitli değerlendirme araçları geliştirilmiştir. Bu araçlar, bireylerin ADS ile ilgili bilgiye ulaşma, anlama, değerlendirme ve uygulama becerilerini ölçmeyi hedeflemektedir. Öne çıkan başlıca ölçekler Diş Hekimliğinde Yetişkin Sağlık Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirmesi (Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry-30-REALD-30) ve Diş Hekimliğinde Yetişkin Sağlık Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirmesi (Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry-99-REALD-99) (Lee ve diğerleri, 2007; Richman ve diğerleri, 2007), Diş Hekimliğinde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Dentistry-TOFHLiD) (Gong ve diğerleri, 2007), Kapsamlı Ağız Sağlığı Ölçümü (Comprehensive Measure of Oral Health Knowledge-CMOHK) (Macek ve diğerleri, 2010), Hong Kong Pediatrik Diş Hekimliği İçin Ağız Sağlığı Okuryazarlığı Değerlendirme Görevi (Hong Kong Oral Health Literacy Assessment Task for Paediatric Dentistry-HKOHLAT-P**)** (Wong ve diğerleri, 2012)**, ve** TOHLAT-P'dir (Buldur ve Güvendi, 2023).

- READ-30 ve READ-99: Ağız ve diş sağlığına özgü sözcük tanıma testleridir **(**Lee ve diğerleri, 2007; Richman ve diğerleri, 2007). ADSOY değerlendirmelerinde sık kullanılan ve ağırlıklı olarak sözcük tanıma becerisine dayalı ölçekler olup READ-30 kısa tarama aracı iken, READ-99 daha kapsamlı bir değerlendirme sunmaktadır.

READALD-30, diş hekimliğine özgü 30 kelime içeren kısa versiyondur ve klinik pratikte hızlı tarama aracı olarak kullanılırken; READALD-99, daha kapsamlı değerlendirme olanağı sunan bir versiyondur.

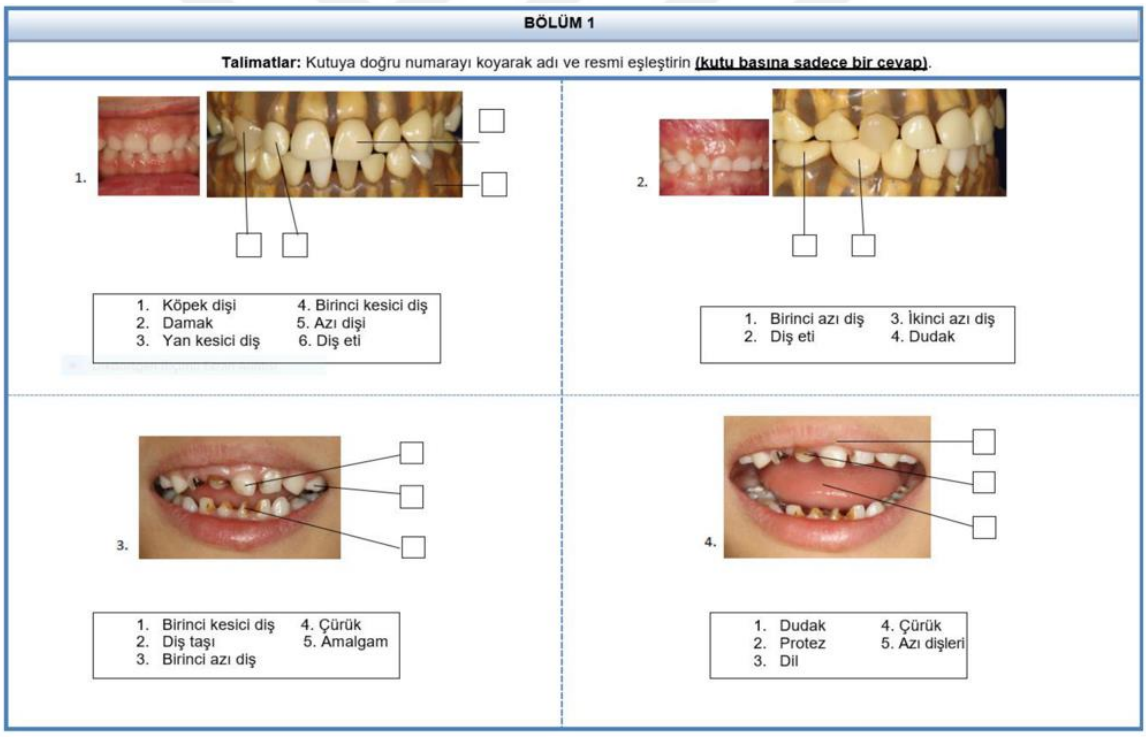
Her iki ölçüm aracı da bireylerin ADS ile ilişkili terminolojiyi ne ölçüde tanıyıp okuyabildiğini değerlendirse de bu araçların bilgi anlama ve uygulamaya dönüştürme gibi üst düzey bilişsel becerileri ölçmede sınırlı oldukları eleştirilmiştir. Bu sebeple, daha fonksiyonel ve kapsamlı ölçüm araçlarının geliştirilmesine ihtiyaç duyulmuştur.

- TOFHLiD: TOFHLiD, REALD serisinin eksikliklerini tamamlamak üzere geliştirilmiş olup, bireyin ADS ile ilgili metinleri anlama ve sayısal işlemleri gerçekleştirme becerisini ölçen fonksiyonel bir testtir. Okuduğunu anlama ve matematiksel işlem becerilerini de kapsayan bu ölçek, ADSOY'yi kavramsal düzeyde ölçmeye olanak sağlamaktadır. TOFHLiD, bireylerin günlük yaşamda karşılaştıkları sağlık metinlerini ne ölçüde anlayabildiğini ve bu bilgilere göre karar alıp uygulamaya geçip geçemediklerini değerlendirir (Gong ve diğerleri, 2007).
- CMOHK: Bireylerin ağız ve diş sağlığına ilişkin temel kavramları anlama düzeyini kavramsal bir çerçevede değerlendiren ölçektir. ADS'ye ilişkin temel kavramları anlama düzeyini belirlemeye yönelik olarak geliştirilen bu ölçek, sözcük tanıma testlerinin ötesine geçerek ADS bilgi düzeyinin kavramsal bir çerçevede değerlendirilmesini sağlamaktadır. ADSOY'nin bilgi temelli bileşenini güçlü bir şekilde ölçmeyi amaçlayan CMOHK, hem halk sağlığı araştırmalarında hem de hedefe yönelik eğitim programlarının değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (Macek ve diğerleri, 2010).
- HKOHLAT-P: Ebeveynlere yönelik geliştirilen, çocukların ADS bakımında bilgi, karar verme ve uygulama becerilerini değerlendiren özgün bir ölçektir (Wong ve diğerleri, 2012; Firmino ve diğerleri; 2019).
- TOHLAT-P: HKOHLAT-P Ölçeği, Buldur ve Oğuz tarafından 2023 yılında Türkçeye uyarlanarak TOHLAT-P ölçeği olarak adlandırılmış olup, ebeveyn ADSOY düzeylerinin çocuk ADS çıktıları ile ilişkisini analiz etmeye olanak sunmaktadır. Aynı araştırmada yol analizi yaklaşımı ile doğrulanan TOHLAT-P, ebeveyn davranışları, çocuk ADS davranışları, çürük prevalansı ve yaşam kalitesi gibi birçok bileşeni kapsamlı biçimde ele almaktadır (Buldur ve Oğuz, 2023).

Ağız sağlığı okuryazarlığı görevleri ölçeği (Tasks of Oral Health Literacy for Parents-TOHLAT-P)

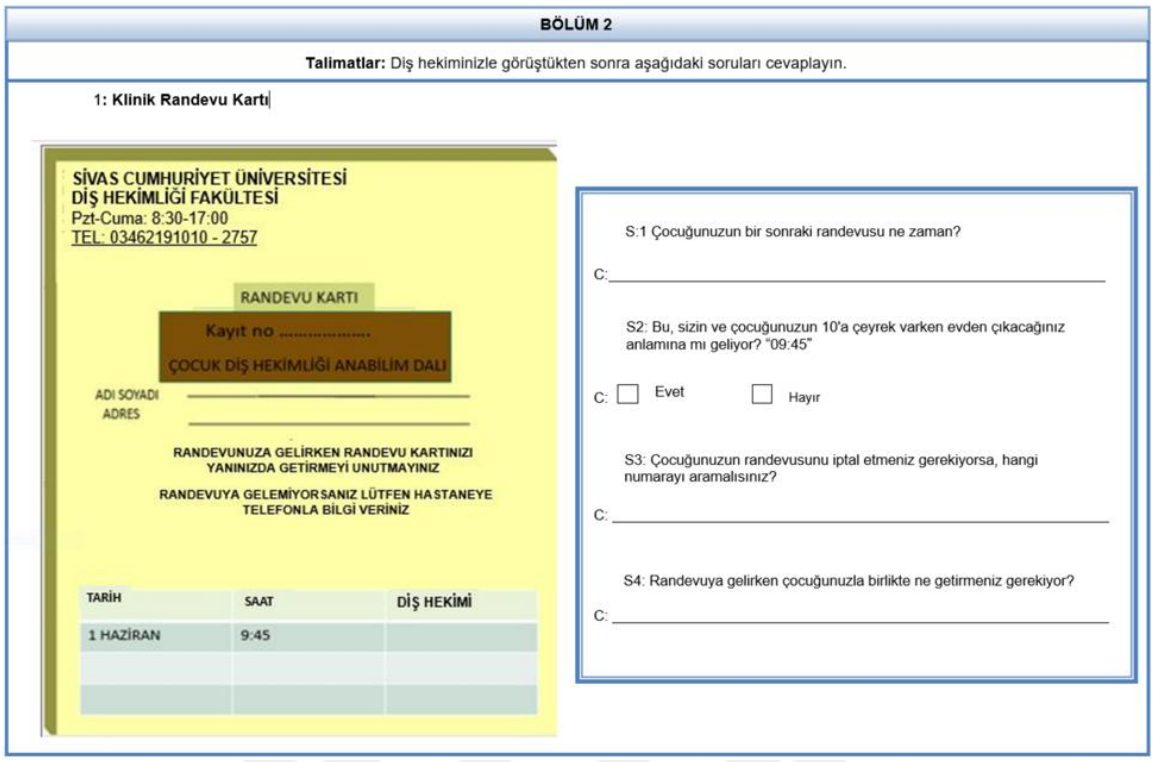
TOHLAT-P, ebeveynlerin ADS bilgilerini belirlemek amacıyla bir dizi okuryazarlık ve sayısal beceri kullanarak üç tür bilgiyi (olgusal, işlemsel ve kavramsal) ve bilişsel süreç boyutlarını (hatırlama, anlama ve analiz etme) değerlendirir. Ölçek üç bölümden oluşmaktadır ve her biri aşağıda açıklanmıştır:

1. TOHLAT-P'nin birinci bölümü; sağlıklı ve çürük süt dişlerini gösteren görseller aracılığıyla ADS bilgisini değerlendirir. Bu bölümde, normal süt dişlerinin ya da çürük dişlerin yapılarını gösteren dört görsel bulunmaktadır (Şekil 2.1). Katılımcılardan, görsellerdeki oklarla işaretlenmiş yapıların altında verilen numaralarla eşleştirilmesi istenir.

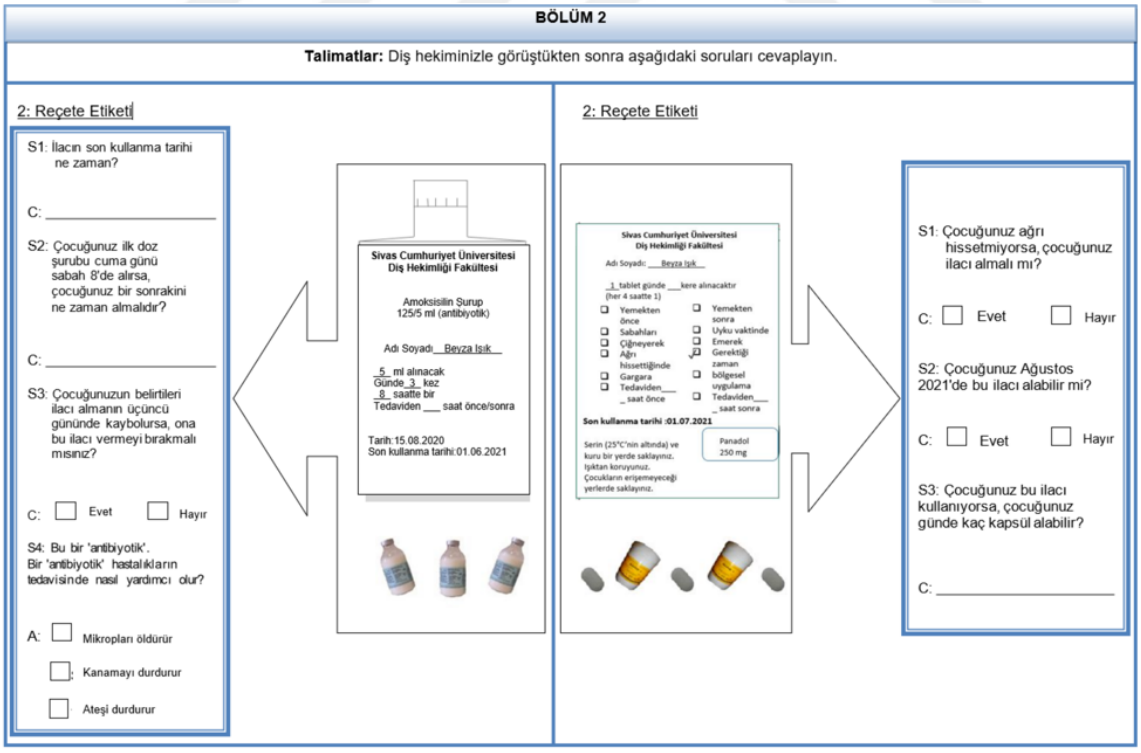


Şekil 2.1. TOHLAT-P ölçeği Bölüm1; normal süt dişlerinin ya da çürük dişlerin yapılarını ve ilgili soruları gösteren görsel

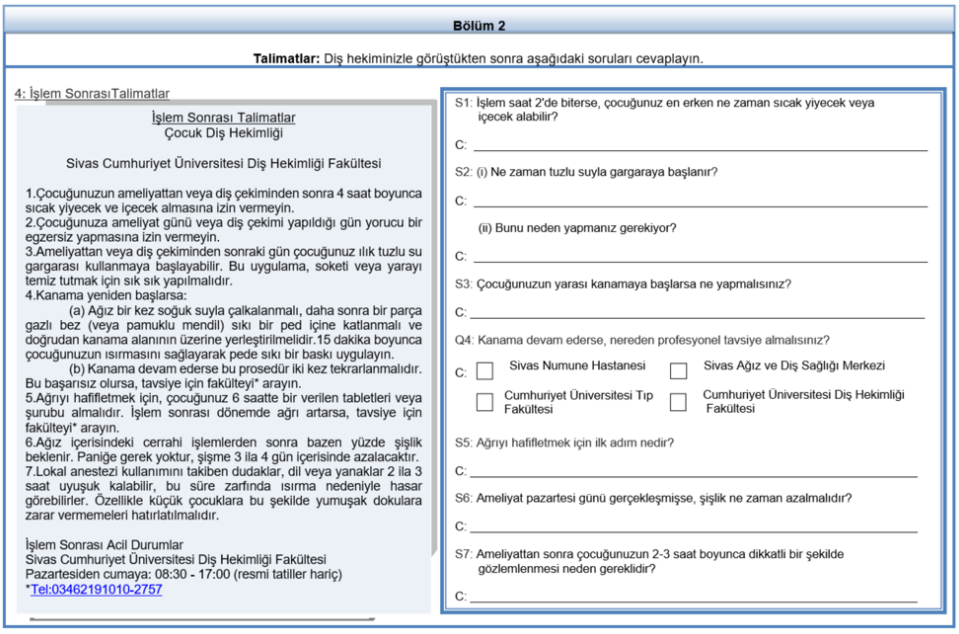
2. TOHLAT-P'nin ikinci bölümü; okuduğunu anlama ve aritmetik testlerden oluşur. Bu bölümde toplam dört set soru yer almaktadır ve bunlar bir klinik randevu kartı, reçete etiketi, işlem sonrası talimatlar ve bir diş macunu etiketi gibi materyalleri içermektedir (Şekil 2.2, 2.3, 2.4, 2.5). Katılımcılardan, verilen bilgi ve talimatlara dayanarak soruları yanıtlamaları beklenir.



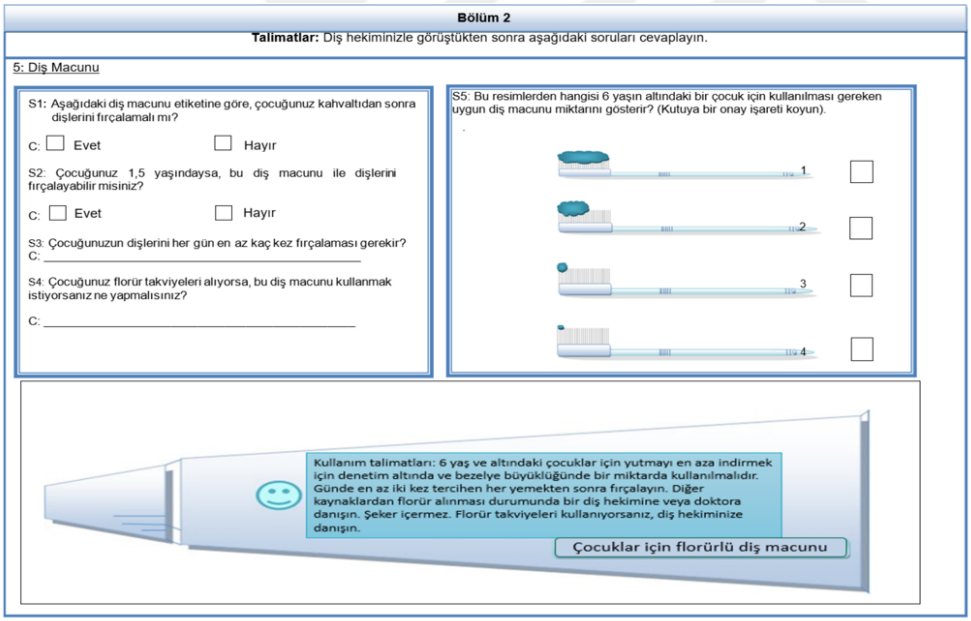
Şekil 2.2. TOHLAT-P ölçeği Bölüm 2; klinik randevu kartını ve ilgili soruları gösteren görsel



Şekil 2.3. TOHLAT-P ölçeği Bölüm 2; reçete etiketi ve ilgili soruları gösteren görsel



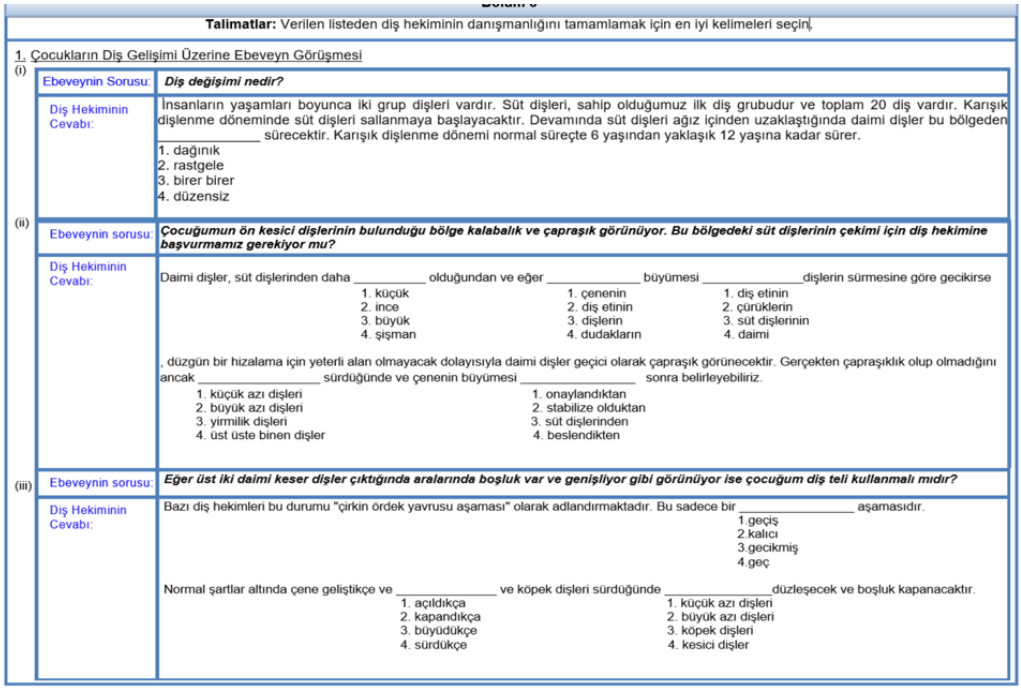
Şekil 2.4. TOHLAT-P ölçeği Bölüm 2; işlem sonrası talimatlar ve ilgili soruları gösteren görsel



Şekil 2.5. TOHLAT-P ölçeği Bölüm 2; diş macunu ve ilgili soruları gösteren görsel

3. TOHLAT-P'nin üçüncü bölümü; anlama testi (boşluk doldurma ve cümle sıralama) şeklindedir. Bu bölüm, boşluk doldurma sorularından oluşan üç alt bölüm ve cümlelerin yeniden sıralandığı bir bölüm içerir (Şekil 2.6, 2.7). Boşluk doldurma soruları; karmaşık dişlenme, diş çekimi ve ortodontik tedavilerle ilgilidir. Testin geliştirilmesinde forum tabanlı bir yapı kullanılmıştır; bu yapı, ebeveynlerin sorduğu sorular ve hekimlerin verdiği yanıtları içermektedir. "İçerik kelimesi çıkarımı" yöntemine dayalı olarak her soru için dört şık

sunulur ve yalnızca biri doğru yanıttır. Cümle sıralama bölümü için bir diş fırçalama rehberi kullanılmıştır.



Talimatlar: Verilen listeden diş hekiminin danışmanlığını tamamlamak için en iyi kelimeleri seçin.

1. Çocukların Diş Gelişimi Üzerine Ebeveyn Görüşmesi

(i)

Ebeveynin Sorusu:	***Diş değişimi nedir?***
Diş Hekiminin Cevabı:	İnsanların yaşamları boyunca iki grup dişleri vardır. Süt dişleri, sahip olduğumuz ilk diş grubudur ve toplam 20 diş vardır. Karışık dişlenme döneminde süt dişleri sallanmaya başlayacaktır. Devamında süt dişleri ağız içinden uzaklaştığında daimi dişler bu bölgeden _____ sürecektir. Karışık dişlenme dönemi normal süreçte 6 yaşından yaklaşık 12 yaşına kadar sürer. 1. dağınık 2. rastgele 3. birer birer 4. düzensiz

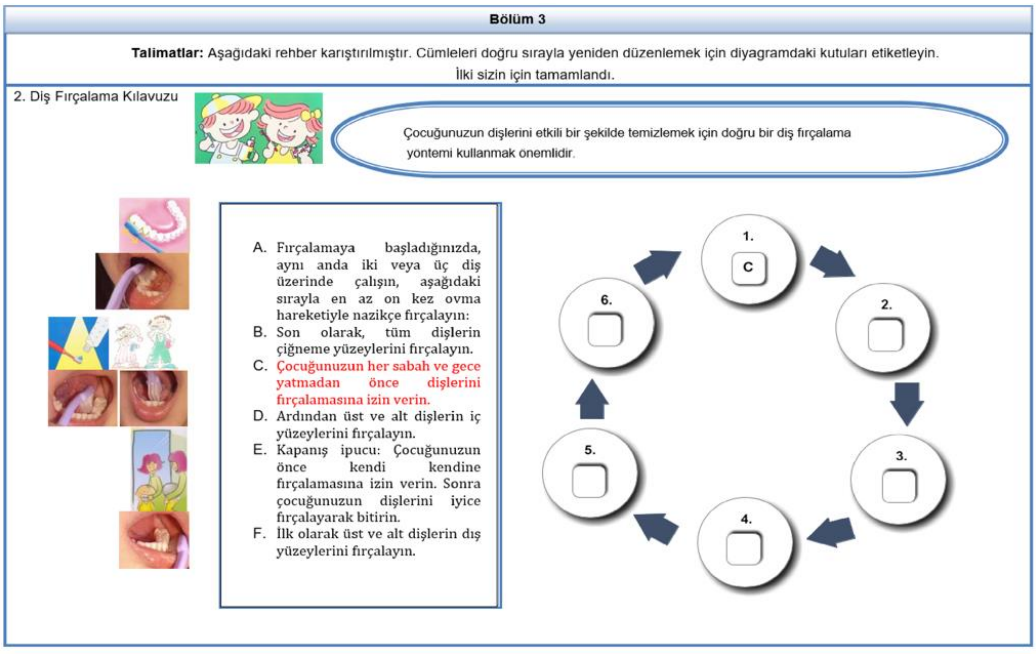
(ii)

Ebeveynin sorusu:	***Çocuğumun ön kesici dişlerinin bulunduğu bölge kalabalık ve çapraşık görünüyor. Bu bölgedeki süt dişlerinin çekimi için diş hekimine başvurmamız gerekiyor mu?***
Diş Hekiminin Cevabı:	Daimi dişler, süt dişlerinden daha _____ olduğundan ve eğer _____ büyümesi _____dişlerin sürmesine göre gecikirse 1. küçük / 2. ince / 3. büyük / 4. şişman 1. çenenin / 2. diş etinin / 3. dişlerin / 4. dudakların 1. diş etinin / 2. çürüklerin / 3. süt dişlerinin / 4. daimi , düzgün bir hizalama için yeterli alan olmayacak dolayısıyla daimi dişler geçici olarak çapraşık görünecektir. Gerçekten çapraşıklık olup olmadığını ancak _____ sürdüğünde ve çenenin büyümesi _____ sonra belirleyebiliriz. 1. küçük azı dişleri / 2. büyük azı dişleri / 3. yirmilik dişleri / 4. üst üste binen dişler 1. onaylandıktan / 2. stabilize olduktan / 3. süt dişlerinden / 4. beslendikten

(iii)

Ebeveynin sorusu:	***Eğer üst iki daimi keser dişler çıktığında aralarında boşluk var ve genişliyor gibi görünüyor ise çocuğum diş teli kullanmalı mıdır?***
Diş Hekiminin Cevabı:	Bazı diş hekimleri bu durumu "çirkin ördek yavrusu aşaması" olarak adlandırmaktadır. Bu sadece bir _____ aşamasıdır. 1.geçiş / 2.kalıcı / 3.gecikmiş / 4.geç Normal şartlar altında çene geliştikçe ve _____ ve köpek dişleri sürdüğünde _____düzleşecek ve boşluk kapanacaktır. 1. açıldıkça / 2. kapandıkça / 3. büyüdükçe / 4. sürdükçe 1. küçük azı dişleri / 2. büyük azı dişleri / 3. köpek dişleri / 4. kesici dişler

Şekil 2.6. TOHLAT-P ölçeği Bölüm 3; çocukların diş gelişimi üzerine ebeveyn görüşmesi sorularını gösteren görsel



Bölüm 3

Talimatlar: Aşağıdaki rehber karıştırılmıştır. Cümleleri doğru sırayla yeniden düzenlemek için diyagramdaki kutuları etiketleyin.
İlki sizin için tamamlandı.

2. Diş Fırçalama Kılavuzu

Çocuğunuzun dişlerini etkili bir şekilde temizlemek için doğru bir diş fırçalama yöntemi kullanmak önemlidir.

A. Fırçalamaya başladığınızda, aynı anda iki veya üç diş üzerinde çalışın, aşağıdaki sırayla en az on kez ovma hareketiyle nazikçe fırçalayın:
B. Son olarak, tüm dişlerin çiğneme yüzeylerini fırçalayın.
C. Çocuğunuzun her sabah ve gece yatmadan önce dişlerini fırçalamasına izin verin.
D. Ardından üst ve alt dişlerin iç yüzeylerini fırçalayın.
E. Kapanış ipucu: Çocuğunuzun önce kendi kendine fırçalamasına izin verin. Sonra çocuğunuzun dişlerini iyice fırçalayarak bitirin.
F. İlk olarak üst ve alt dişlerin dış yüzeylerini fırçalayın.

1. C
2.
3.
4.
5.
6.

Şekil 2.7. TOHLAT-P ölçeği Bölüm 3; diş fırçalama kılavuzu ve ilgili sorularını gösteren görsel

TOHLAT-P'nin her bir bölümünün maksimum puanı sırasıyla 12, 26 ve 14'tür. Toplam puan aralığı 0 ile 52 arasında değişir. Yüksek puanlar, yüksek düzeyde ağız-diş sağlığı okuryazarlığını temsil eder (Çizelge 2.1).

Çizelge 2.1. TOHLAT-P ölçeğinin içerik, ölçülen yeterlilik ve puan aralığı, Ankara, 2025.

Bölüm	İçerik	Ölçülen Yeterlilikler	Puan Aralığı
1. bölüm	Görseller üzerinden diş yapılarını tanıma ve etiketleme	Tanıma, eşleştirme (olgusal bilgi)	0–12
2. bölüm	Okuduğunu anlama ve sayısal hesaplamalar (örn. reçete etiketi, randevu kartı)	Anlama, uygulama (işlemsel bilgi)	0–23
3. bölüm	Boşluk doldurma ve cümle sıralama (diş tedavileri, forum tabanlı)	Kavrama, analiz (kavramsal bilgi)	0–14

2.3.5. Uluslararası öneriler ve klinik uygulamalardaki önemi

Amerikan Diş Hekimleri Birliği (American Dental Association-ADA) ve Institute of Medicine (IOM), ADSOY'nı artırmayı toplum sağlığını geliştirmeye yönelik temel stratejiler arasında değerlendirmektedir (Amerikan Diş Hekimleri Birliği, 2025; Committee on an Oral Health Initiative, 2012).

Klinik uygulamalarda önerilen stratejiler şunlardır:

- Hasta iletişiminde sade ve anlaşılır dil kullanımı,
- "Teach-back" yöntemi ile hastaların anlama düzeyinin teyit edilmesi,
- Kültürel ve dilsel açıdan uyumlu iletişim stratejilerinin benimsenmesi.

Bu yaklaşımlar, bireylerin ağız-diş sağlığına yönelik bilgiye ulaşmasını kolaylaştırmakta, tedavi süreçlerine uyumu artırmakta ve toplum genelinde ADS düzeyinin yükseltilmesine katkı sağlamaktadır (Horowitz ve Kleinman, 2008; Naghibi Sistani ve diğerleri, 2013; Atchison ve diğerleri, 2017).

2.3.6. Dünya ve Türkiye'de ADSOY durumu

Dünya genelinde ADSOY düzeyinin, genel SOY düzeyleriyle paralellik gösterdiği ve birçok ülkede önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu bildirilmektedir (Karamüftüoğlu ve Atabek, 2020); Alzahrani ve diğerleri, 2025).

ABD'de yapılan çalışmalarda, yetişkin nüfusun yaklaşık yarısının temel ADS bilgilerini anlama ve kullanma konusunda yetersiz olduğu saptanmıştır (Committee on an Oral Health Initiative, 2012). Özellikle düşük gelirli, düşük eğitimli ve azınlık gruplarında ADSOY düzeylerinin daha düşük olduğu, bu durumun ADS sonuçlarına olumsuz yansıdığı bildirilmiştir (Wehmeyer ve diğerleri, 2014). Avustralya ve Avrupa ülkelerinde yapılan çeşitli araştırmalar da, ADS hizmetlerine erişimde ve koruyucu davranışların benimsenmesinde ADSOY'nın önemli bir belirleyici olduğunu göstermektedir (Ju ve diğerleri, 2017; Lieske ve diğerleri, 2025).

Türkiye'de ise ADSOY düzeyine yönelik doğrudan yapılmış ulusal düzeyde geniş ölçekli bir çalışma henüz bulunmamaktadır. Ancak genel SOY düzeyine ilişkin yapılan araştırmalar, toplumun sağlıkla ilgili bilgiye erişim, anlama, değerlendirme ve uygulama becerilerinde ciddi yetersizlikler olduğunu göstermektedir. Özkan ve arkadaşlarının (2018) yürüttüğü çalışmada, toplumun yaklaşık %65'inin yetersiz veya sorunlu düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bildirilmiştir. Bu bulgular, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından 2017 ve 2024 yıllarında yürütülen 'Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Araştırması' ile de desteklenmektedir. 2024 yılı verilerine göre, bireylerin yalnızca %30,4'ü 'yeterli' veya 'mükemmel' düzeyde sağlık okuryazarlığına sahiptir. Bu durum, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine erişim, sağlık kararlarına katılım ve sağlık sisteminden etkin faydalanma açısından ciddi bir risk oluşturmaktadır. Bu genel yetersizlik, ADS özelinde de benzer bir eğilimin var olabileceğine işaret etmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024). Özellikle ebeveyn ADSOY düzeyinin düşük olması, çocuklarda diş çürüğü prevalansını artıran önemli bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (Buldur ve Oğuz, 2023).

Sonuç olarak, hem dünyada hem de Türkiye'de ADSOY'nın artırılmasına yönelik daha fazla sayıda çalışma, ilerisi için çok yönlü stratejiler ve toplum temelli müdahalelere ihtiyaç duyulmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, muayene ve diş tedavi için Özel Öveçler Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği (ADSP)'ne başvuran bir evrende yapılan, diş hekimliğinde çocuk hastaların ebeveynlerinin ADSOY düzeyi ve bununla ilgili ilişkili faktörlerin incelenmesini amaçlayan kesitsel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Bu çalışmada, çocuk hastaların ebeveynlerinin ADSOY düzeyi ve bununla ilgili ilişkili faktörler üzerine kapsamlı bir değerlendirme yapılmaktadır.

Bu doğrultuda çalışma Ankara'da özel bir klinik olan Özel Öveçler ADSP'de yapılmıştır. Klinik bünyesinde uzman ve pratisyen çok sayıda diş hekimini barındırmaktadır. Başvuran hasta ve ebeveynler Ankara, Dikmen bölgesinden gelmektedir.

Bu çalışmaya Özel Öveçler ADSP'ye başvurmuş çocuk hasta ve ebeveynleri dahil edilmiştir. Araştırma, anket doldurmayı ve çocuklarının ağız içi muayenesi yapılmasını kabul eden ebeveynlerden çevrimiçi olarak toplanan ve aynı ebeveynlerin çocuklarından ağız içi muayene sırasında toplanan verilerle yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Evrenin Tanıtılması

Çalışma evrenini Özel Öveçler ADSP'ye bir yıl boyunca (1.3.2024-30.3.2025) Bu tarih aralığında 255 çocuk kontrol ve tedavi için muayeneye başvurmuştur. Bu evreni oluşturmuş ve evrenin tamamına ulaşmak hedeflenmiştir. Başvuranlardan, çalışmaya katılmayı kabul eden ve kooperasyon kurabilen 238 çocuk hasta ve ebeveynidir.

3.4. Araştırmanın Kabul ve Dışlanma Kriterleri

Çalışmaya kabul edilme kriterleri şunlardır:

1. Çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak.

2. 1.3.2024 – 30.3.2025 tarihleri arasında çalışmaya katılmak.

Çalışmadan dışlanma kriteri şunlardır:

1. Çalışmaya katılmayı kabul etmemek.

2. Kooperasyon problemi varlığı.

3. Çocukta ve ebeveynde mental retardasyon vb. konuşulanları veya okuduklarını anlamakta güçlük problemi varlığı.

3.5. Araştırmanın Veri Kaynakları ve Uygulama Şekli

Gazi Üniversitesi Rektörlüğü Etik Komisyonu'nun 10.05.2022 tarih ve 9 sayılı toplantısındaki ilgili kararından sonra çalışmaya başlanmıştır.

Çalışmaya katılma koşullarını taşıyan ebeveynlerin onamları alındıktan sonra çevrimiçi olarak anket katılımcılara uygulanmıştır. Aynı zamanda ebeveynlerin çocuklarının ağız içi muayeneleri yapılmış ve veriler kayıt altına alınmıştır. Anket uygulaması muayeneyi iki diş hekimi aynı anda yapmıştır.

Araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanan anket formu, demografik veriler ve TOHLAT - P Ölçeği katılımcılara uygulanmıştır. Ölçekte diş hekimi ile görüşmeden önce, görüştükten sonra ve daha sonrası olmak üzere 3 bölümden oluşan sorular yer almaktadır (EK 2).

Anketteki sorular şunlara yönelik yanıtları içerecek şekilde tasarlanmıştır:

- Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (11 soru);

Bu bölümde, katılımcıların temel demografik bilgileri toplanmıştır. Sorular; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, ekonomik durum algısı, sağlık sigortası türü, çalışma durumu, yaşadığı il/semt gibi değişkenleri kapsamaktadır.

- Katılımcılara diş hekimi ile görüşmeden önce sorulan sorular (19 soru);

Bu bölümde, katılımcıların diş hekimiyle görüşme öncesindeki bilgi düzeyleri, ağız hijyeni alışkanlıkları ve tutumları değerlendirilmiştir. Sorular; ağız hijyeni eğitimi alıp almadığı, çocuğun diş fırçalama alışkanlığı, kullanılan fırça türü, florürlü diş macunu ve florür uygulamaları, şekerli gıda tüketimi, diş fırçalama sıklığı, diş fırçası değiştirme sıklığı, düzenli diş hekimi kontrollerine katılım gibi davranışsal ve çevresel faktörleri kapsamaktadır.

- Katılımcılara diş hekimi ile görüştükten sonra sorulan sorular (26 soru);

Bu bölümde, katılımcıların TOHLAT-P (Türkçe Ağız Sağlığı Okuryazarlığı Değerlendirme Ölçeği) üzerinden ölçülen işlevsel sağlık okuryazarlığı düzeyleri değerlendirilmiştir. Sorular; görsel materyaller üzerinde temel ağız anatomisi tanıma, randevu kartı ve ilaç etiketi yorumlama, doz ve zamanlama anlama, tedavi sonrası önerileri takip etme, diş macunu etiketini doğru değerlendirme ve iletişim bilgilerini anlama gibi becerileri ölçmeyi amaçlamaktadır.

- Katılımcılara diş hekimi ile görüştükten daha sonra sorulan sorular (5 soru);

Bu bölümde, çocuğun diş gelişimi ve ortodontik sorunlarla ilgili senaryo temelli sorular aracılığıyla ebeveynlerin ağız sağlığı konusundaki bilgi düzeyleri ve kavramsal anlama becerileri değerlendirilmiştir. Sorular, çapraşıklık, dişlerin sürme zamanları ve tedavi gereklilikleri gibi konular üzerine yapılandırılmıştır.

Geliştirilen veri toplama formunun ön denemesi aynı polikliniğe çalışma başlamadan başvuran 28 ebeveynde yapılmıştır. Soru formunun son hali verilmiştir. Bazı sorularda diğer seçeneğinin yürümediği saptanarak çıkarılmıştır. Diş fırçalama süresinin zor cevaplandığı farkedilmiş, ancak soru çıkarılmamıştır.

Alanda Türkçe geçerlilik-güvenirliği yapılmış TOHLAT-P Ölçeği'ni (Buldur ve Güvendi, 2023) içeren anket formu hazırlanmıştır. Bu çalışmada, katılımcıların ADSOY düzeylerini değerlendirmek amacıyla TOHLAT-P kullanılmıştır. TOHLAT-P, ADS'na ilişkin görsel ve yazılı materyalleri anlama, yorumlama ve uygulamaya dönük karar verme becerilerini

ölçmeyi amaçlayan, fonksiyonel SOY temelli bir ölçektir. Orijinal versiyonu ağız sağlığı eğitimi ve hasta eğitimi bağlamında geliştirilen görsel temelli değerlendirme araçlarına dayanmakta olup, Ölçek; katılımcıların diş ve ağız anatomisine ilişkin temel kavramları tanıma (ör. köpek dişi, damak, diş eti), diş hekimi randevu kartı, ilaç etiketi, tedavi sonrası talimatlar ve diş macunu etiketlerini anlama gibi çeşitli senaryolar üzerinden yapılandırılmıştır. Ayrıca, ebeveynlerin çocuklarının diş gelişimi, çürük oluşumu, diş değişimi ve ortodontik gereksinimler gibi konulardaki bilgi düzeyleri ve kavramsal farkındalıkları da TOHLAT-P aracılığıyla değerlendirilmiştir. Toplamda 30'dan fazla soru içeren bu ölçek, çoktan seçmeli, açık uçlu ve eşleştirmeye dayalı sorular aracılığıyla uygulanmakta ve bireyin ağız sağlığı okuryazarlığı düzeyi hakkında nitelikli bilgi sunmaktadır. TOHLAT-P, özellikle çocukların ADS bakımından karar verici konumda olan ebeveynlerin bilgi ve anlayış düzeylerini ölçmede etkili, geçerli ve uygulanabilir bir değerlendirme aracıdır. TOHLAT-P'ye ek olarak, literatürde ağız ve diş sağlığı okuryazarlığını ölçmek amacıyla geliştirilmiş çeşitli ölçekler de bulunmaktadır. Bu alanda öne çıkan başlıca ölçüm araçlarından biri, bireyin diş hekimliğiyle ilgili temel terimleri telaffuz edebilme yetisini değerlendirerek okuryazarlık düzeyini hızlı biçimde tahmin etmeyi amaçlayan READ-30 ölçeğidir. Bu ölçeğin daha kapsamlı bir versiyonu olan READ-99, kelime sayısını artırarak daha detaylı bir değerlendirme sunmaktadır. Diş hekimliği bağlamında fonksiyonel sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla geliştirilen bir diğer ölçek olan TOFHLiD, okuduğunu anlama ve temel numerik beceriler üzerinden bireyin ağız sağlığı bilgilerini kullanabilme kapasitesini ölçmektedir. Ayrıca, bireylerin ağız sağlığı konusundaki bilgi düzeylerini daha geniş kapsamda değerlendirmek üzere geliştirilen CMOHK, hem önleyici hem de tedavi edici ağız sağlığı bilgilerini kapsayan çok yönlü bir ölçektir. Çocuk ağız sağlığına odaklanan ve ebeveynlerin görsel materyaller aracılığıyla sağlık bilgisini yorumlama becerilerini ölçen HKOHLAT-P ölçeği ise, pedodontik bağlamda ebeveyn temelli okuryazarlık düzeylerini değerlendirmek için yapılandırılmıştır. Bu ölçeklerin tümü, bireylerin ADS ile ilgili doğru kararlar alabilmelerini, sağlık hizmetlerine etkin erişim sağlayabilmelerini ve koruyucu sağlık davranışlarını sürdürebilmelerini desteklemek amacıyla geliştirilmiştir.

3.6. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Çalışmanın tamamı 1.3.2024 – 30.3.2025 tarihleri arasında yapılmıştır. Aşağıdaki çizelgede 2 şer aylık aralıklarla tez aşamaları zaman çizelgesi sunulmuştur.

Çizelge 3.1. Çalışmanın aşamaları, Ankara, 2025.

Çalışma aşamaları	Mar–Nis 2024	May–Haz 2024	Tem–Ağu 2024	Eyl–Eki 2024	Kas–Ara 2024	Oca–Şub 2025	Mar–2025
Literatür tarama	✓	✓					
Araştırma veri formunun oluşturulması	✓	✓					
Etik kurul izni alınması		✓					
Ön deneme yapılması			✓				
Veri toplama aşaması			✓	✓			
Veri girişi ve temizlenmesi				✓	✓		
Veri analizi					✓	✓	
Tez yazım aşaması						✓	✓

3.7. İstatistiksel İncelemeler

Verilerinin istatistiksel analizleri için SPSS 26.0 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler kısmında kategorik değişkenler sayı, yüzde verilerek, sürekli değişkenler ise ortalama ± standart sapma ve ortanca (en küçük- en büyük değer) ile sunulmuştur. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogoro-Simirnov/Shapiro-Wilk testleri) kullanılarak değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenler arasında karşılaştırma yapılması için normal dağılıma uygunluk değerlendirilmiş ve normal dağılım göstermedikleri için iki bağımsız grup karşılaştırmalarında Mann Whitney-U testi, ikiden fazla bağımsız grupların karşılaştırılmasında ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırma analizlerinde Ki-kare testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi için normal dağılıma uygunluğu değerlendirilmiş ve normal

dağılım kriterleri sağlanmadığı için Sperman testi uygulanmıştır. Ki-kare testinde p değeri<0,25 olan değişkenlerden uygun görülenler regresyon modeline dahil edilmiştir. Bu çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi p<0,05 olarak kabul edilmiştir.

Ölçeğin SOY düzeyini belirtmede yeterli-yetersiz gruplaması yapılacak bir kesme noktası orijinalinde yoktur. Ölçek puanlarını ölçüm değişkeni olarak sunmanın yanısıra kesme noktası ile sunmak da maçlanmıştır. Bu nedenle TOHLAT-P ölçeğinin kesme noktası skorların ortanca değeri hesaplanarak alınmıştır.30 ve altı yetersiz, 31 ve üzeri yeterli SOY olarak tablolarda sunulmuştur.

3.8. Sınırlılıklar

Bulgular çalışma kontrol ve tedavi amaçlı özel bir ADS polikliniğine başvuran ebeveyn ve çocuklarda yapılmış olup, toplum taraması şeklinde şikayeti olmayan çocukları ve ebeveynlerini temsil etmemekte olup, çalışmaya katılan 238 kişiye dayalı verileri kapsamaktadır. Çalışmanın bir diğer sınırlılığı belli bir sosyoekonomik bölgede, tek ve özel bir ağız-diş sağlığı polikliniğinde, sadece 6-12 yaş grubu çocuklarda ve sadece başvuranlarda yapılmış olmasıdır. Çalışma grubu genel toplumu temsil etmemektedir. Çalışmanın gerçekleştirildiği ağız ve diş sağlığı polikliniğinde herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır. Ayrıca ebeveyn anket uygulamasının çevrimiçi olması zorluk açısından bir diğer sınırlılıktır ve basılı olarak uygulanması daha uygundur. Ebeveyn ağız ve diş sağlığı okuryazarlık düzeyini ortancaya göre belirlemek-bölmek bir diğer sınırlılıktır.

4. BULGULAR

4.1. Ebeveynlerin Sosyodemografik Özellikleri

Ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerinin sayı ve yüzde dağılımı Çizelge 4.1.'de gösterilmiştir. Bu dağılıma göre çalışmaya katılan ebeveynlerin yüzde olarak en fazla sosyodemografik özelliği; %49 (n=118) ile 40-49 yaş, %62,2 (n=148) ile kadın, %89,1 (n=212) ile evli, %52,1 (n=124) ile yüksekokul-üniversite mezunu, %54,6 (n=130) ile çalışan, %65,5 (n=156) ile orta düzeyde ekonomik durum algısı, %95,0 (n=226) ile genel sağlık sigortası, %78,2 (n=186) ile düzenli ilaç kullanmama, %42,9 (n=102) ile ailedeki toplam kişi sayısı 4, %46,2 (n=110) ile ailedeki toplam çocuk sayısı 2 şeklinde bulgulanmıştır.

Çizelge 4.1. Ebeveynlerin bazı sosyodemografik özelliklerinin dağılımı, Ankara, 2025.

Sosyodemografik özellikler (n=238)	Sayı	%
Yaş		
18-29	6	2,5
30-39	88	37,0
40-49	118	49,6
50 ve üzeri	26	10,9
Cinsiyet		
Kadın	148	62,2
Erkek	90	37,8
Medeni durum		
Evli	212	89,1
Bekar	26	10,9
Öğrenim durumu		
İlkokul mezunu	32	13,4
Ortaokul mezunu	20	8,4
Lise mezunu	62	26,1
Yüksekokul-üniversite mezunu	124	52,1
Çalışma durumu		
Ev hanımı	86	36,1
Çalışan	130	54,6
Emekli	16	6,7
İşsiz	6	2,5
Ekonomik durum algısı		
Kötü	20	8,4
Orta	156	65,5
İyi	62	26,1

Çizelge 4.1. (devam) Ebeveynlerin bazı sosyodemografik özelliklerinin dağılımı, Ankara, 2025.

Sosyodemografik özellikler (n=238)	Sayı	%
Sağlık sigortası		
GSS	226	95,0
Özel sağlık sigortası	12	5,0
Her gün düzenli kullanılan ilaç		
Var	52	21,8
Yok	186	78,2
Ailedeki toplam kişi sayısı		
2	14	5,9
3	40	16,8
4	102	42,9
5	58	24,4
6	16	6,7
7	6	2,5
8	2	0,8
Ailedeki toplam çocuk sayısı		
1	48	20,2
2	110	46,2
3	56	23,5
4	20	8,4
5	4	1,7

S: Sayı, %: Kolon yüzdesi

4.2. Ebeveynlerin Ağız ve Diş Sağlığı Eğitimi Alma Durumu

Ebeveynlerin daha önce ADS eğitimini %59,7 (n=142) oranında almamış olduğu bulgulanmıştır (Çizelge 4.2.).

Çizelge 4.2. Ebeveynlerin daha önce ADS eğitimi almış olma durumu dağılımı, Ankara, 2025.

	Sayı	%
Eğitim alma durumu		
Evet	96	40,3
Hayır	142	59,7

S: Sayı, %: Kolon yüzdesi

4.3. Ebeveynlerin Diş Çürüme Nedenleri ve Çürüğü Önleme Yöntemleri Hakkındaki Görüşleri

Ebeveynlerin diş çürüme nedenleri ve diş çürüğünü önleme yöntemleri hakkındaki görüşlerinin dağılımı Çizelge 4.3.'de verilmiştir. Soruların cevapları birden fazla seçeneği işaretleme şeklinde olup dişlerin çürüme nedenini ebeveynlerin %62,1'i (n=148) şekerli gıda ağırlıklı beslenme, %49,5'i (n=118) düzenli diş fırçalamama, %74,7'si (n=178) ise genetik yatkınlık olarak ifade ettiği bulgulanmıştır. Ebeveynlerin çürüğü önlemek için yapılması gerekenler sorusuna yanıtları ise %66,3 (n=158) şeker tüketimini kısıtlamak, %89,0 (n=212) düzenli diş fırçalamak ve %59,6 (n=142) düzenli diş hekimine gitmek olarak bulgulanmıştır.

Çizelge 4.3. Ebeveynlerin diş çürüme nedenleri ve çürüğü önleme yöntemleri hakkındaki görüşlerinin dağılımı, Ankara, 2025.

	Sayı	**%**
Dişlerin çürüme nedeni		
Şekerli gıda ağırlıklı beslenme	148	62,1
Düzenli diş fırçalamama	118	49,5
Genetik yatkınlık	178	74,7
Çürüğü önlemek için yapılması gerekenler		
Şeker tüketimini kısıtlamak	158	66,3
Düzenli diş fırçalama	212	89,0
Düzenli diş hekimi kontrolü	142	59,6

*Birden fazla cevap verilmiştir
S: Sayı, %: Kolon yüzdesi

4.4. Ebeveynlerin Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Tutum ve Davranışları

Ebeveynlerin ADS ile ilgili tutum ve davranışlarında; %68,1 (n=162) düzenli diş fırçaladığı, günlük diş fırçalama sayısının %64,0 (n=105) oranında 2 kez olduğu, diş fırçalama süresinin %56,1 (n=120) 2 dk. olduğu, diş fırçası değiştirme sıklığının %62,2 (n=148) oranında birkaç ayda 1 kez olduğu, evde kullanılan diş macununun %59,7 (n=142) oranında florid içerdiği, %87,4 (n=208) oranında tatlı, şeker, çikolata ve gazlı içecek tüketimi olduğu ve %42,3 (n=88) ara sıra tükettiği, %52,1 (n=124) oranında düzenli diş hekimi kontrolüne gittiği, diş hekimine gitme sıklığının %51,6 (n=64) senede 1 kez olduğu bulgulanmıştır (Çizelge 4.4).

Çizelge 4.4. Ebeveynlerin ADS ile ilgili tutum ve davranışlarının dağılımı, Ankara, 2025.

	Sayı	%
Düzenli diş fırçalama		
Evet	162	68,1
Hayır	76	31,9
Günlük diş fırçalama sayısı		
1	55	33,5
2	105	64,0
Nadiren	4	2,4
Diş fırçalama süresi		
1 dk. dan az	12	5,6
1 dk.	72	33,6
2 dk.	120	56,1
3-4 dk.	10	4,7
Diş fırçası değiştirme sıklığı		
Birkaç ayda 1 kez	148	62,2
Yılda 1 kez	42	17,6
Fırça kılları deforme olduğunda	34	14,3
Bilmiyorum	14	5,9
Evde kullanılan diş macunu florid içeriyor mu?		
Evet	142	59,7
Hayır	96	40,3
Tatlı, şeker, çikolata ve gazlı içecek tüketiyor musunuz?		
Evet	208	87,4
Hayır	30	12,6
Tüketiyorsanız ne sıklıkla?		
Ara sıra	88	42,3
Haftada bir	26	12,5
Haftada iki	54	26,0
Her gün (Günde kaç kez)	40	19,2
Düzenli diş hekimi kontrolü		
Evet	124	52,1
Hayır	114	47,9
Diş hekimi kontrolüne gitme sıklığı		
3 ayda 1 kez	12	9,7
6 ayda 1 kez	44	35,5
Ayda 1 kez	4	3,2
Senede 1 kez	64	51,6

S: Sayı, %: Kolon yüzdesi

4.5. Ebeveynlerin TOHLAT-P Ölçeği Skorları

Ebeveynlerin TOHLAT-P ölçeği skorları dağılımına bakıldığında ortalama±standart sapma 31,1±8,2 ve ortanca (min-max) 31,0 (11-47) olarak bulgulanmış ve skor grupları 31'in altı ve 31 ve üzeri olarak belirlenmiştir (Çizelge 4.5.).

Çizelge 4.5. Ebeveynlerin TOHLAT-P ölçeği skorlarının dağılımı, Ankara, 2025.

	Ort±SD	**Ortanca (min-max)**
	31,1±8,20	31,0 (11-47)
Skor grupları	S	%
31'in altı	108	45,4
31 ve üzeri	130	54,6

Ort: Ortalama, SD: Standart sapma

4.6. Çocuk Hastaların Yaş Grubu ve Cinsiyetleri

Çocuk hastaların yaş gruplarına göre cinsiyet dağılımı Çizelge 4.6.'da gösterilmiştir. Muayene edilen en fazla çocuk hastanın 7-12 yaş grubunda yer aldığı bulgulanmıştır.

Çizelge 4.6. Çocukların yaş gruplarına göre cinsiyet dağılımı

	Cinsiyet	
	K	**E**
Yaş grupları		
0-6	10	16
7-12	90	118
13 ve üzeri	2	2

K: Kız, E: Erkek

4.7. Çocuk Hastaların Ağız ve Diş Sağlığı Durumu

Çocuk hastaların ADS durumu Çizelge 4.7.'de gösterilmiştir. Çocuğun son diş hekimi kontrolünden sonra geçen süre %84,9 (n=202) ile son 6 ay, çocuğun kullandığı diş fırçası çeşidi %65,5 (n=156) ile manuel, çocuğun daha önce yapılan florid uygulaması olup olmadığı %48,7 (n=116) ile hayır olarak bulgulanmıştır.

Çizelge 4.7. Çocukların ADS durumu dağılımı, Ankara, 2025.

	Sayı	%
Çocuğun son diş hekimi kontrolünden sonra geçen süre		
Son 1 yıl	30	12,6
Son 5 yıl	4	1,7
Son 6 ay	202	84,9
İlk defa gelmiş	2	0,8
Çocuğun kullandığı diş fırçası çeşidi		
Manuel	156	65,5
Elektrikli	34	14,3
Her ikisi	48	20,2
Çocuğun daha önce yapılan florid uygulaması		
Evet	122	51,3
Hayır	116	48,7

S: Sayı, %: Kolon yüzdesi

4.8. Çocuk Hastaların Ağız İçi Muayenesi

Çocuğun ağız içi muayene bulgularının dağılımı Çizelge 4.8.'de gösterilmiştir. Ağız içi muayenede; DMFT/dmft skoru, PUFA/pufa skoru ve OHI-S indeks skoru olmak üzere 3 indekse bakılmıştır. DMFT skoru %28,6 (n=68), dmft skoru %20,2 (n=48), PUFA/pufa skoru %89,1 (n=212) ve OHI-S indeks skoru %78,9 (n=118) olarak bulgulanmıştır.

Çizelge 4.8. Çocuğun ağız içi muayene bulgularının dağılımı, Ankara, 2025.

	Sayı	%
DMFT skoru		
0	68	28,6
1	18	7,6
2	34	14,3
3	22	9,2
4	58	24,4
5	12	5,0
6	8	3,4
7	4	1,7
8	10	4,2
10	4	1,7

Çizelge 4.8. (devam) Çocuğun ağız içi muayene bulgularının dağılımı, Ankara, 2025.

	Sayı	%
dmft skoru		
0	48	20,2
1	28	11,8
2	26	10,9
3	26	10,9
4	24	10,1
5	18	7,6
6	26	10,9
7	16	6,7
8	8	3,4
9	2	0,8
10	4	1,7
12	2	0,8
14	4	1,7
16	2	0,8
19	2	0,8
20	2	0,8
PUFA/pufa skoru		
0	212	89,1
1	20	8,4
2	4	1,7
3	2	0,8
OHI-S skoru		
0,0-1,2	188	%79,0
1,3-3,0	48	%20,2
3,1-6,0	2	%0,8

S: Sayı, %: Kolon yüzdesi

4.9. Ebeveynlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre TOHLAT-P Düzeyleri Karşılaştırması

18-29 yaş grubunda yer alan katılımcıların TOHLAT-P ortanca puanı 33,0, 30-39 yaş grubunda yer alan katılımcıların TOHLAT-P ortanca puanı 29,50, 40-49 yaş grubunda yer alan katılımcıların TOHLAT-P ortanca puanı 33,0, yaş grubunda yer alan katılımcıların TOHLAT-P ortanca puanı 50 ve üzeri yaş grubunda yer alan katılımcıların TOHLAT-P ortanca puanı 34,00'dır. 18-29 yaş arasındaki katılımcıların %67,7'ü 31 puan ve üzeri TOHLAT-P düzeyine sahipken, 30-39 yaş arasındaki katılımcıların %40,9'u 31 puan ve üzeri TOHLAT-P düzeyine, 40-49 yaş arasındaki katılımcıların %62,9'u 31 puan ve üzeri TOHLAT-P düzeyine ve 50 yaş ve üzeri yaş arasındaki katılımcıların %61,5'i 31 puan ve

üzeri TOHLAT-P düzeyine sahiptir. Yaş grupları arasında TOHLAT-P düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,014).

Kadın katılımcıların TOHLAT-P ortanca puanı 31,50, erkek katılımcıların ise 31,00'dır. Kadın katılımcıların %52,7'si 31 puan ve üzeri TOHLAT-P düzeyine sahipken, erkek katılımcıların %57,8'i 31 puan ve üzeri TOHLAT-P düzeyine sahiptir.

Evli katılımcıların TOHLAT-P ortanca puanı 31,00, bekar katılımcıların ise 33,00'dır. Evli katılımcıların %52,8'i 31 puan ve üzeri TOHLAT-P düzeyine sahipken, bekar katılımcıların %69,2'si 31 puan ve üzeri TOHLAT-P düzeyine sahiptir.

Ortaokul ve altı düzeyde eğitimi olan katılımcıların TOHLAT-P ortanca puanı 25,50, lise mezunu katılımcıların 27,00, yüksekokul ve üniversite mezunu katılımcıların ise 35,00'dır. Ortaokul ve altı düzeyde eğitim alan katılımcıların yalnızca %15,4'ü, lise mezunu katılımcıların %35,5'i ve yüksekokul-üniversite mezunu katılımcıların %80,6'sı 31 puan ve üzeri TOHLAT-P düzeyine sahiptir. Öğrenim durumu grupları arasında TOHLAT-P düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,001).

Ev hanımı katılımcıların TOHLAT-P ortanca puanı 29,00, çalışanların 34,00, emeklilerin 30,00, çalışmayanların ise 18,00'dır. Ev hanımı katılımcıların %41,9'u, çalışanların %64,6'sı, emeklilerin %50,0'si ve çalışmayanların %33,3'ü 31 puan ve üzeri TOHLAT-P düzeyine sahiptir. Çalışma durumu grupları arasında TOHLAT-P düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p =0,007).

Ekonomik durumunu kötü olarak değerlendiren katılımcıların TOHLAT-P ortanca puanı 27,00, orta olarak değerlendirenlerin 31,00, iyi olarak değerlendirenlerin ise 34,00'dır. Ekonomik durumunu kötü olarak algılayan katılımcıların yalnızca %10,0'u, orta olarak algılayanların %56,4'ü ve iyi olarak algılayanların %64,5'i 31 puan ve üzeri TOHLAT-P düzeyine sahiptir. Ekonomik durum algısı grupları arasında TOHLAT-P düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,001).

Genel sağlık sigortasına sahip katılımcıların TOHLAT-P ortanca puanı 31,00, özel sağlık sigortasına sahip olanların ise 37,50'dir. Genel sağlık sigortasına sahip katılımcıların %53,1'i, özel sağlık sigortasına sahip katılımcıların ise %83,3'ü 31 puan ve üzeri TOHLAT-

P düzeyine sahiptir. Genel sağlık sigortası ve özel sağlık sigortası olan iki grup arasında TOHLAT-P düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,040).

Düzenli ilaç kullanan katılımcıların TOHLAT-P ortanca puanı 34,00, düzenli ilaç kullanmayanların ise 30,00'dır. Düzenli ilaç kullanan katılımcıların %76,9'u, düzenli ilaç kullanmayanların ise %48,4'ü 31 puan ve üzeri TOHLAT-P düzeyine sahiptir. Düzenli ilaç kullanan ve kullanmayan iki gruplar arasında TOHLAT-P düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p <0,001).

Ailedeki toplam kişi sayısı 2 olan katılımcıların TOHLAT-P ortanca puanı 35,00, toplam kişi sayısı 3 olan katılımcıların TOHLAT-P ortanca puanı 35,00, toplam kişi sayısı 4 olan katılımcıların TOHLAT-P ortanca puanı 32,00 ve toplam kişi sayısı beş ve üzeri olan katılımcıların TOHLAT-P ortanca puanı ise 28,00'dir. Ailedeki toplam 2 kişi yaşayan katılımcıların %85,7'si, 3 kişi yaşayanların %70,0'ı, 4 kişi yaşayanların %56,9'u ve beş ve üzeri kişi yaşayanların ise yalnızca %39,0'ı 31 puan ve üzeri TOHLAT-P düzeyine sahiptir. Ailedeki toplam kişi sayısı grupları arasında TOHLAT-P düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,001).

Ailedeki toplam çocuk sayısı 1 olan katılımcıların TOHLAT-P ortanca puanı 35,00, toplam çocuk sayısı 2 olanların 32,00, toplam çocuk sayısı 3 olanların 27,50 ve toplam çocuk sayısı 4 ve üzeri olanların ise 28,00'dir. Ailedeki toplam çocuk sayısı 1 olan katılımcıların %75,0'ı, toplam çocuk sayısı 2 olanların %60,0'ı, toplam çocuk sayısı 3 olanların %35,7'si ve toplam çocuk sayısı 4 ve üzeri olanların %33,3'ü 31 puan ve üzeri TOHLAT-P düzeyine sahiptir. Yaş grupları arasında TOHLAT-P düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,001).

Çizelge 4.9. Ebeveynlerin tanımlayıcı özelliklerine göre TOHLAT-P düzeylerinin değerlendirilmesi, Ankara, 2025.

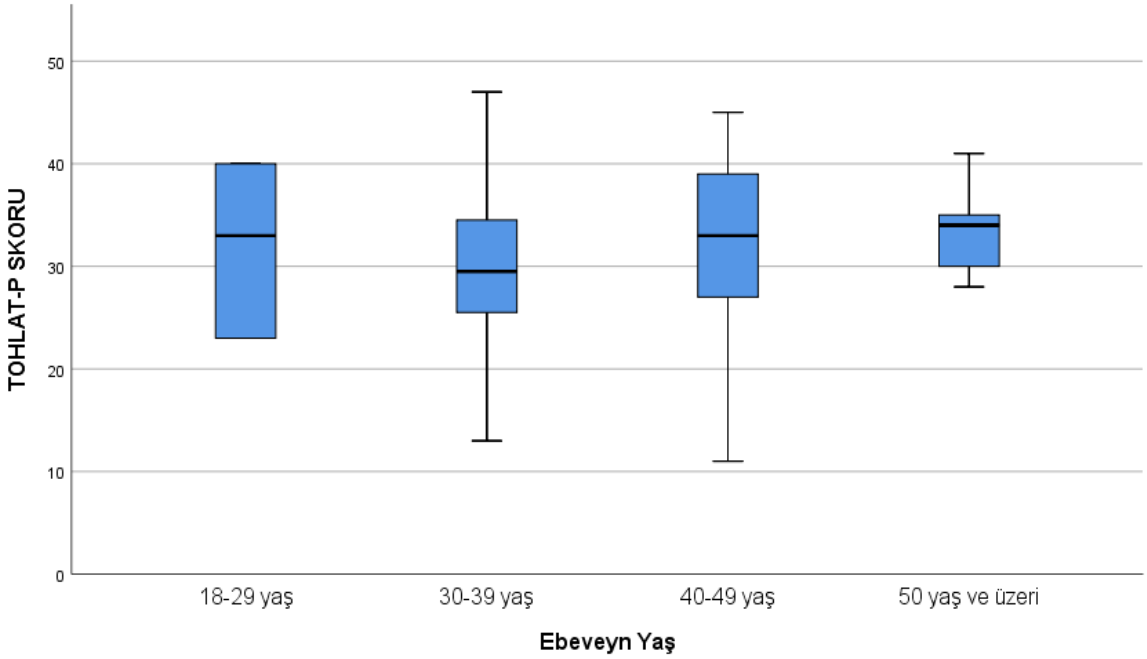
	TOHLAT-P		
	Puan ortanca(min-max)	**30 puan ve altı n (%)***	**31 puan ve üzeri n (%)***
Yaş (n=238)			
18-29	33,00 (23,00-40,00)	2 (33,3)	4 (66,7)
30-39	29,50 (13,00-47,00)	52 (59,1)	36 (40,9)
40-49	33,00 (11,00-45,00)	44 (37,3)	74 (62,9)
50 ve üzeri	34,00 (15,00-43,00)	10 (38,5)	16 (61,5)
	p=0,045**	**x^2=10,645**	**p=0,014********
Cinsiyet (n=238)			
Kadın	31,50 (11,00-47,00)	70 (47,3)	78 (52,7)
Erkek	31,00 (14,00-45,00)	38 (42,2)	52 (57,8)
	p=0,741***	x^2=0,582	p=0,446********
Medeni durum (n=238)			
Evli	31,00 (11,00-41,00)	100 (47,2)	112 (52,8)
Bekar	33,00 (18,00-41,00)	8 (30,8)	18 (69,2)
	p=0,554***	x^2=2,513	p=0,113********
Öğrenim durumu (n=238)			
Ortaokul ve altı	25,50 (11,00-36,00)	44(84,6)	8 (15,4)
Lise mezunu	27,00 (14,00-43,00)	40 (64,5)	22 (35,5)
Yüksekokul-üniversite mezunu	35,00 (21,00-47,00)	24 (19,4)	100 (80,6)
	p<0,001**	**x^2=75,340**	**p<0,001********
Çalışma durumu (n=238)			
Ev hanımı	29,00 (11,00-43,00)	50 (58,1)	36 (41,9)
Çalışan	34,00 (13,00-47,00)	46 (35,4)	84 (64,6)
Emekli	30,00 (15,00-43,00)	8 (50,0)	8 (60,0)
Çalışmıyor	18,00 (16,00-33,00)	4 (66,7)	2 (33,3)
	p<0,001**	**x^2 =12,123**	**p =0,007********
Ekonomik durum algısı (n=238)			
Kötü	27,00 (15,00-43,00)	18 (90,0)	2 (10,0)
Orta	31,00 (13,00-45,00)	68 (43,6)	88 (56,4)
İyi	34,00 (11,00-47,00)	22 (35,5)	40 (64,5)
	p=0,004**	**x^2=18,716**	**p<0,001********
Sağlık sigortası durumu (n=238)			
Genel sağlık sigortası	31,00 (11,00-47,00)	106 (46,9)	120 (53,1)
Özel sağlık sigortası	37,50 (28,00-45,00)	2 (16,7)	10 (83,3)
	p =0,011***	**x^2 =4,203**	**p=0,040********

Çizelge 4.9. (devam) Ebeveynlerin tanımlayıcı özelliklerine göre TOHLAT-P düzeylerinin değerlendirilmesi, Ankara, 2025.

	TOHLAT-P		
	Puan ortanca(min-max)	**30 puan ve altı n (%)***	**31 puan ve üzeri n (%)***
Düzenli ilaç kullanma durumu (n=238)			
Var	34,00 (15,00-44,00)	12 (23,1)	40 (76,9)
Yok	30,00 (11,00-47,00)	96 (51,6)	90 (48,4)
	p=0,006* **	**x^2 = 13,351**	**p <0,001**** **
Ailedeki toplam kişi sayısı (n=238)			
2	35,00 (19,00-40,00)	2 (14,3)	12 (85,7)
3	35,00 (15,00-47,00)	12 (30,0)	28 (70,0)
4	32,00 (13,00-43,00)	44 (43,1)	58 (56,9)
5 ve üzeri	28,00 (11,00-45,00)	50 (61,0)	32 (39,0)
	p=0,001**	**x^2 = 17,532**	**p=0,001**** **
Ailedeki toplam çocuk sayısı (n=238)			
1	35,00 (15,00-47,00)	12 (25,0)	36 (75,0)
2	32,00 (14,00-43,00)	44 (40,0)	66 (60,0)
3	27,50 (11,00-45,00)	36 (64,3)	20 (35,7)
4 ve üzeri	28,00 (15,00-36,00)	16 (66,7)	8 (33,3)
	p<0,001**	**x^2 = 21,791**	**p<0,001**** **

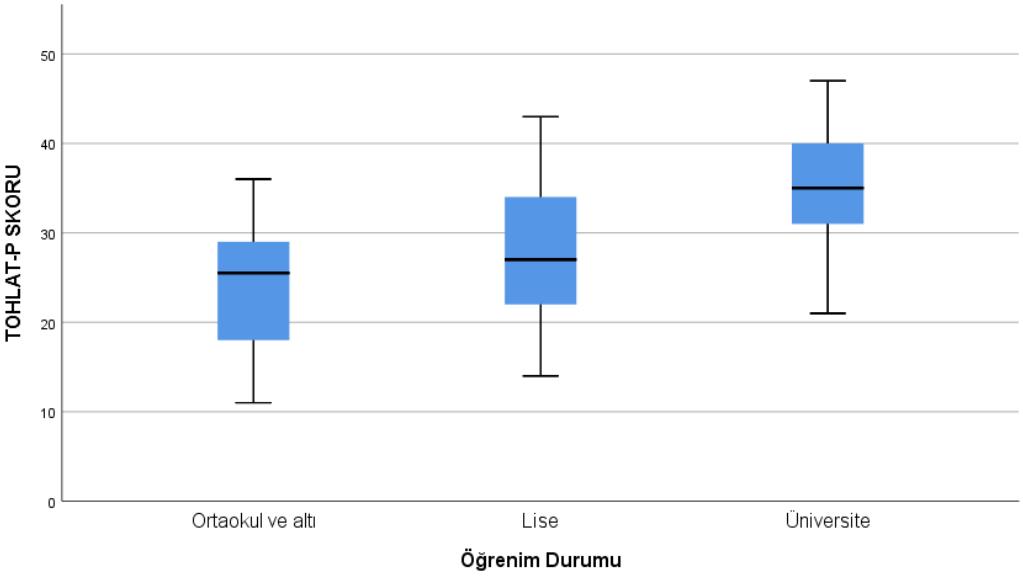
** : Satır yüzdesi*
*** : Kruskal-Wallis testi*
**** : Mann-Whitney U testi*
*****: Pearson ki-kare testi*

Ebeveynlerin yaş gruplarına göre ADSOY düzeyi bakıldığında 18-29 yaş grubunun ADSOY düzeyinin diğer gruplardan daha yüksek çıktığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulgulanmıştır (p<0,05) (Şekil 4.1).



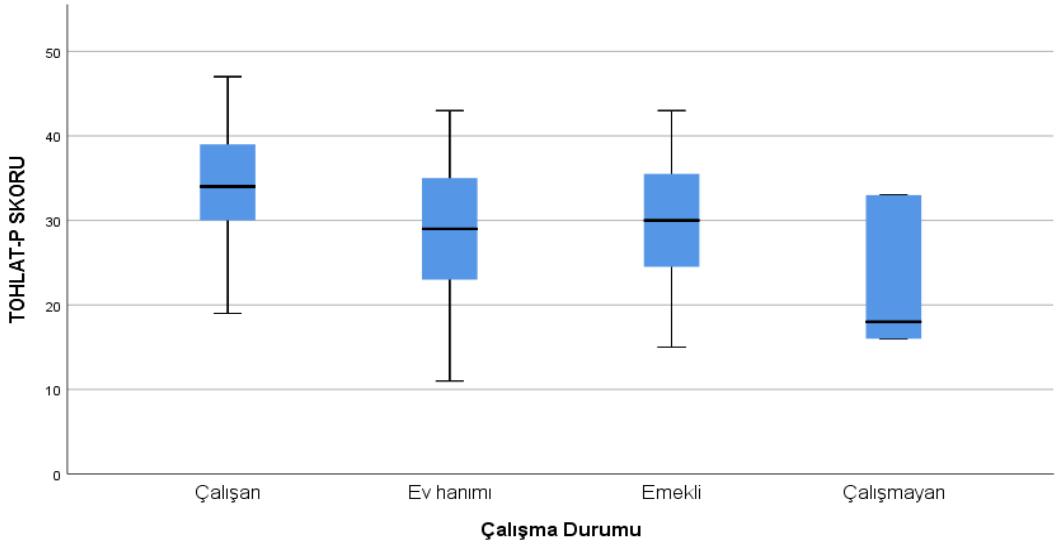
Şekil 4.1. Ebeveyn yaşının TOHLAT-P ile ilişkisi

Ebeveynlerin öğrenim durumuna göre ADSOY düzeyi bakıldığında öğrenim durumu yüksekokul/üniversite olan ebeveynlerin ADSOY düzeyinin diğer gruplardan daha yüksek çıktığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulgulanmıştır ($p<0,05$) (Şekil 4.2).



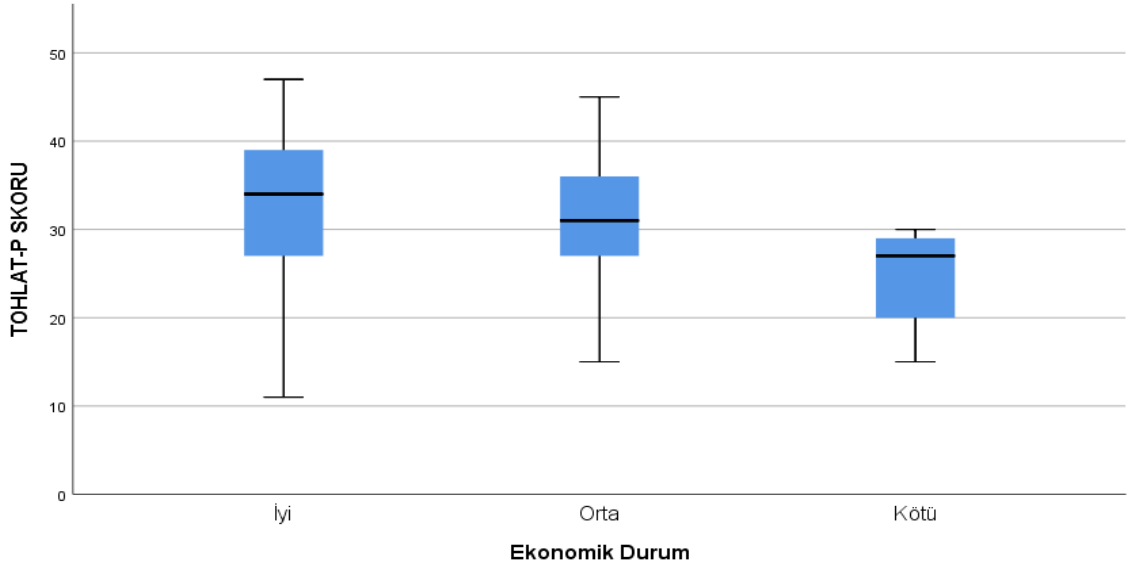
Şekil 4.2. Ebeveyn öğrenim durumunun TOHLAT-P ile ilişkisi

Ebeveynlerin çalışma durumuna göre ADSOY düzeyi bakıldığında çalışan ebeveynlerin ADSOY düzeyinin diğer gruplardan daha yüksek çıktığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulgulanmıştır ($p<0,05$) (Şekil 4.3).



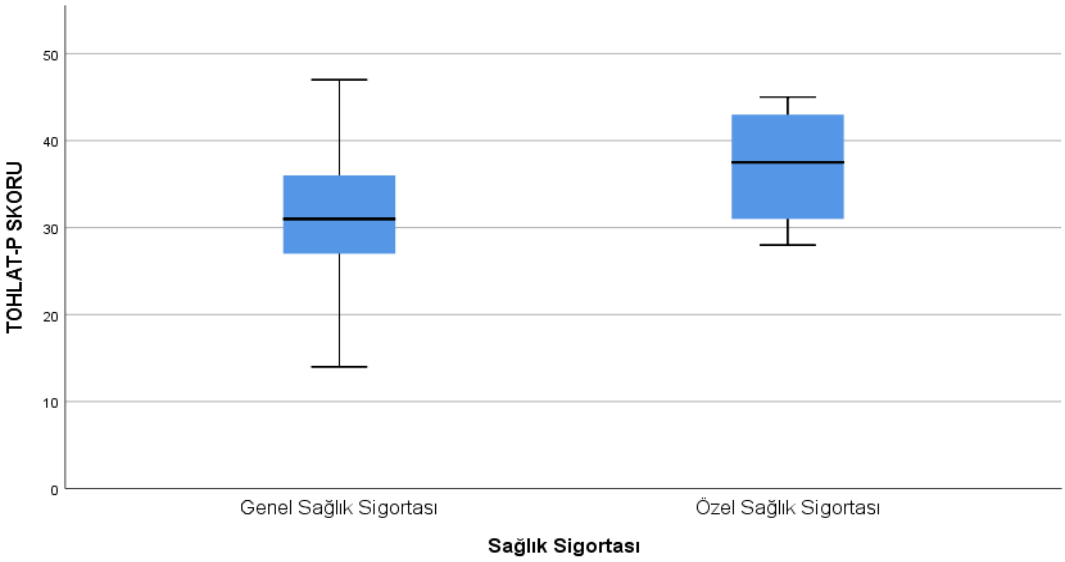
Şekil 4.3. Ebeveyn çalışma durumunun TOHLAT-P ile ilişkisi

Ebeveynlerin ekonomik durum algısına göre ADSOY düzeyi bakıldığında ekonomik durumunu iyi düzey olarak algılayıp ifade eden ebeveynlerin ADSOY düzeyinin diğer gruplardan daha yüksek çıktığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulgulanmıştır ($p<0,05$) (Şekil 4.4).



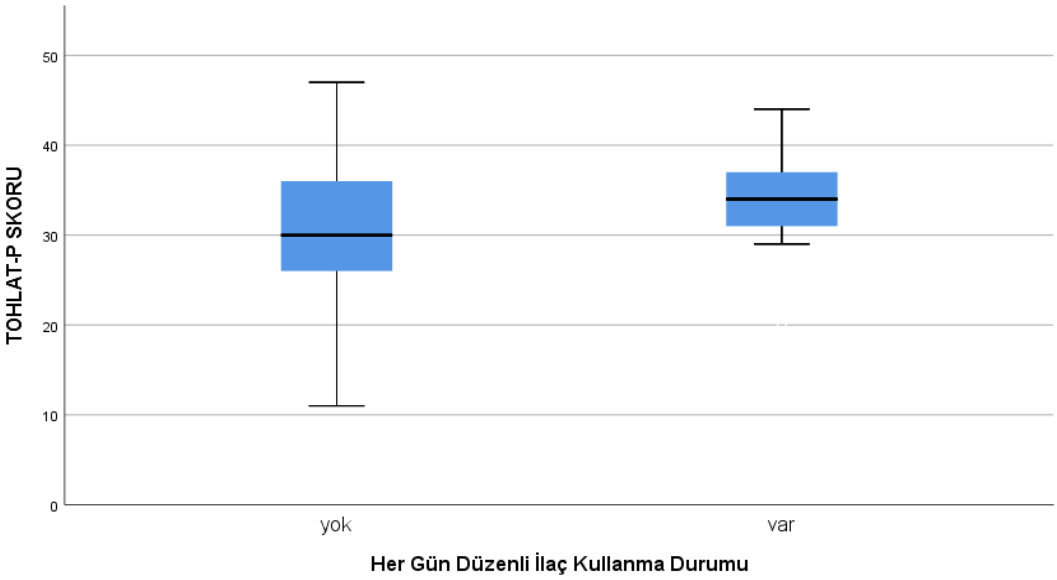
Şekil 4.4. Ebeveyn ekonomik durum algısının TOHLAT-P ile ilişkisi

Ebeveynlerin sağlık sigortası durumuna göre ADSOY düzeyi bakıldığında özel sağlık sigortası olan ebeveynlerin ADSOY düzeyinin genel sağlık sigortası olanlardan daha yüksek çıktığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulgulanmıştır ($p<0,05$) (Şekil 4.5).



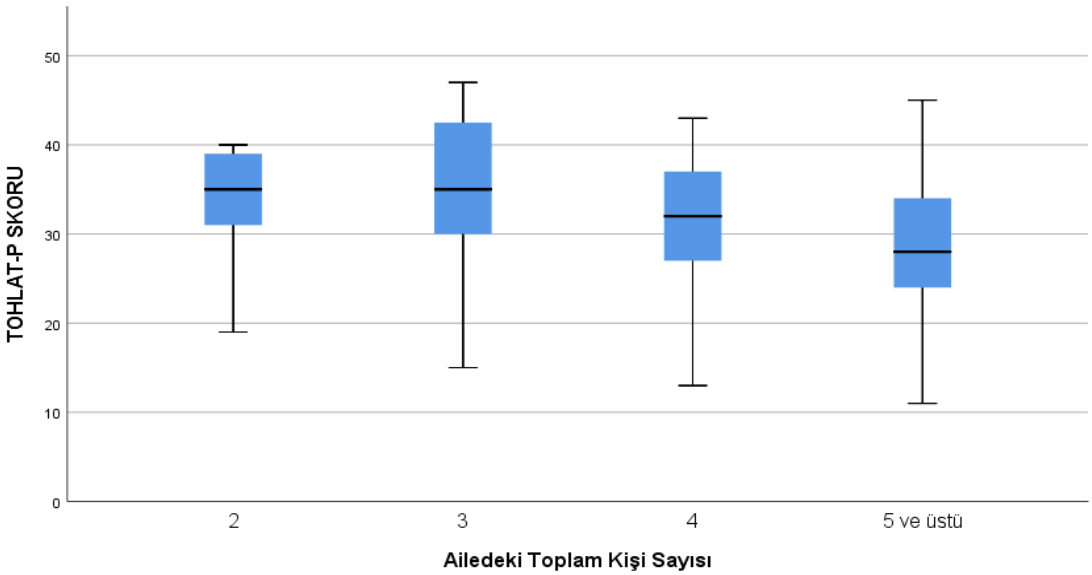
Şekil 4.5. Ebeveyn sağlık sigortası durumunun TOHLAT-P ile ilişkisi

Ebeveynlerin düzenli ilaç kullanma durumuna göre ADSOY düzeyi bakıldığında düzenli ilaç kullanan ebeveynlerin ADSOY düzeyinin kullanmayanlardan daha yüksek çıktığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulgulanmıştır ($p<0,05$) (Şekil 4.6).



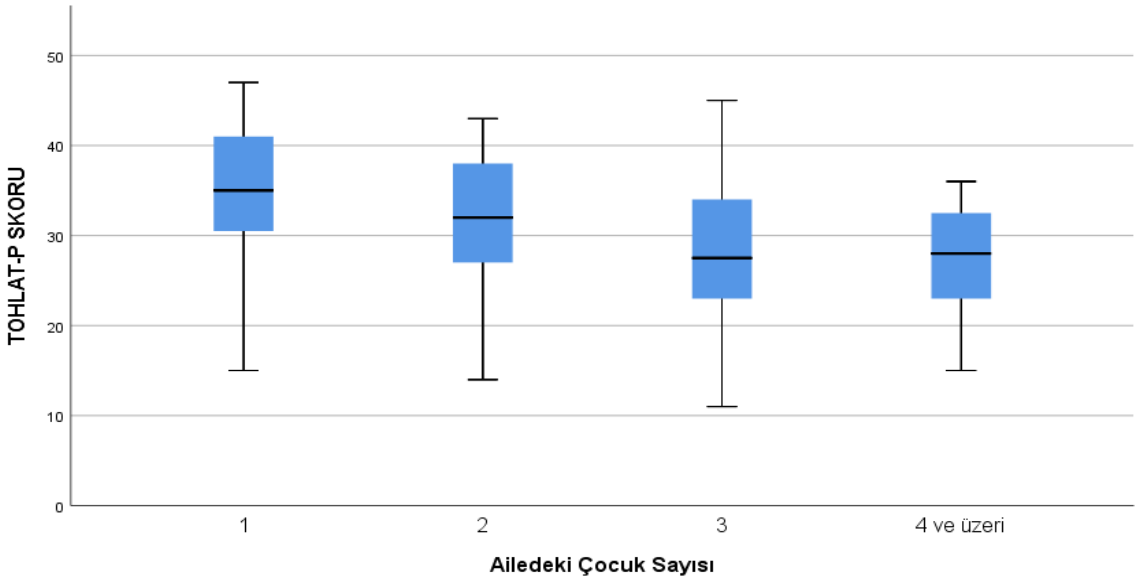
Şekil 4.6. Ebeveyn düzenli ilaç kullanma durumunun TOHLAT-P ile ilişkisi

Ailedeki toplam kişi sayısının TOHLAT-P düzeyi ile korelasyonuna bakıldığında 3 kişi olan ailelerdeki ebeveyn ADSOY düzeyinin diğer gruplardan daha yüksek çıktığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulgulanmıştır ($p<0,05$) (Şekil 4.7).



Şekil 4.7. Ailedeki toplam kişi sayısının TOHLAT-P düzeyi ile ilişkisi

Ebeveynlerin ailedeki toplam çocuk sayısına göre ADSOY düzeyi bakıldığında ailede 1 çocuk varlığının ebeveyn ADSOY düzeyinin diğer gruplardan daha yüksek çıktığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulgulanmıştır ($p<0,05$) (Şekil 4.8).



Şekil 4.8. Ailedeki toplam çocuk sayısının TOHLAT-P düzeyi ile ilişkisi

4.10. Ebeveynlerin Daha Önce Ağız ve Diş Sağlığı Eğitimi Almış Olma Durumlarına Göre TOHLAT-P Düzeyleri Karşılaştırması

Ebeveynlerin daha önce ADS eğitimi almış olma durumlarına göre TOHLAT-P düzeyleri değerlendirildiğinde eğitim alma durumu ile TOHLAT-P düzeyi arasında anlamlı bir farlılık bulgulanmamıştır (Çizelge 4.10).

Çizelge 4.10. Ebeveynlerin daha önce ADS eğitimi almış olma durumlarına göre TOHLAT-P düzeyleri, Ankara, 2025.

	TOHLAT-P		
	Puan ortanca(min-max)	**30 puan ve altı n (%)***	**31 puan ve üzeri n (%)***
Eğitim alma durumu (n=238)			
Evet	34,00 (11,00-47,00)	40 (41,7)	56 (58,3)
Hayır	31,00 (14,00-44,00)	68 (47,9)	74 (52,1)
	p=0,303**	x^2 =0,894	p=0,344***

** : Satır yüzdesi*
*** : Mann-Whitney U testi*
****: Pearson ki-kare testi*

4.11. Ebeveynlerin Diş Çürüme Nedenleri ve Diş Çürüğünü Önleme Yöntemlerine Göre TOHLAT-P Düzeyleri Karşılaştırması

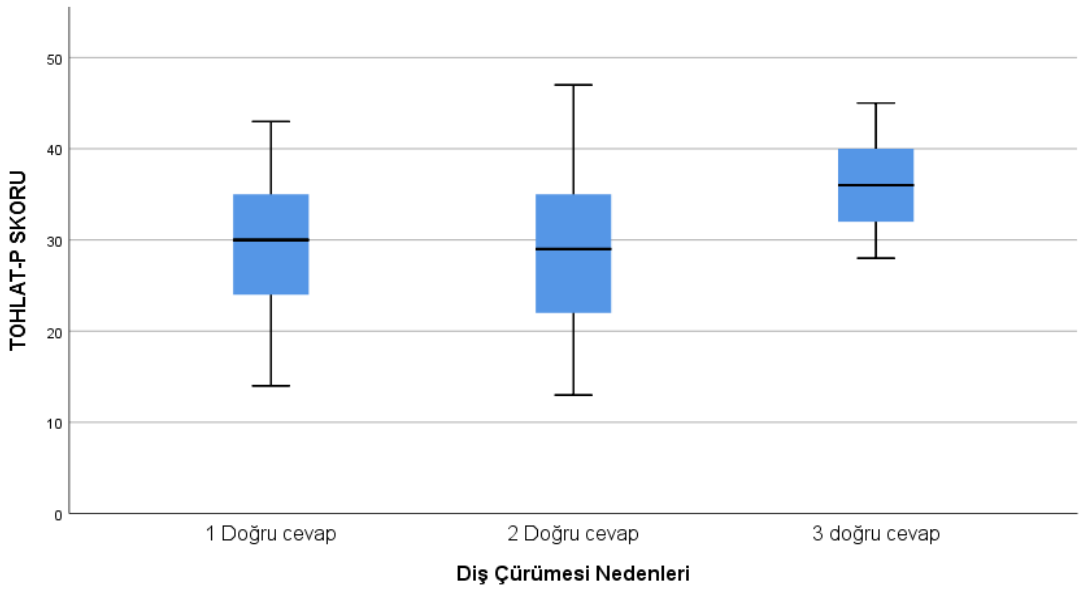
Ebeveynlerin diş çürüme nedenleri ve çürüğü önleme yöntemleri hakkındaki görüşleri göre TOHLAT-P düzeyleri incelendiğinde hem çürüme nedenleri hem de çürüğü önlemek için yapılması gerekenler cevaplarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulgulanmıştır (Çizelge 4.11). %81,8 (n=54) dişlerin çürüme nedenini genetik olarak ve çürüğü önlemek için yapılması gerekeni düzenli diş hekimi kontrolü olarak işaretleyen ebeveynlerin TOHLAT-P düzeyi yüksek (31 puan ve üzeri) çıkmıştır.

Çizelge 4.11. Ebeveynlerin diş çürüme nedenleri ve çürüğü önleme yöntemleri hakkındaki görüşleri göre TOHLAT-P düzeyleri, Ankara, 2025.

	TOHLAT-P		
	Puan ortanca(min-max)	**30 puan ve altı n (%)***	**31 puan ve üzeri n (%)***
Dişlerin çürüme nedeni (n=226)			
Şekerli gıda ağırlıklı beslenme	30,00 (14,00-43,00)	39 (52,0)	36 (48,0)
Düzenli diş fırçalamama	29,00 (13,00-47,00)	45 (52,9)	40 (47,1)
Genetik yatkınlık	36,00 (18,00-45,00)	12 (18,2)	54 (81,8)
	p<0,001 **	**x^2 =22,536**	**p<0,001*****
Çürüğü önlemek için yapılması gerekenler (n=232)			
Şeker tüketimini kısıtlamak	27,00 (14,00-39,00)	30 (62,5)	18 (37,5)
Düzenli diş fırçalama	33,00 (13,00-45,00)	45 (50,6)	44 (49,4)
Düzenli diş hekimi kontrolü	35,00 (18,00-47,00)	27 (28,4)	68 (71,6)
	p<0,001**	**x^2 =17,583**	**p<0,001*****

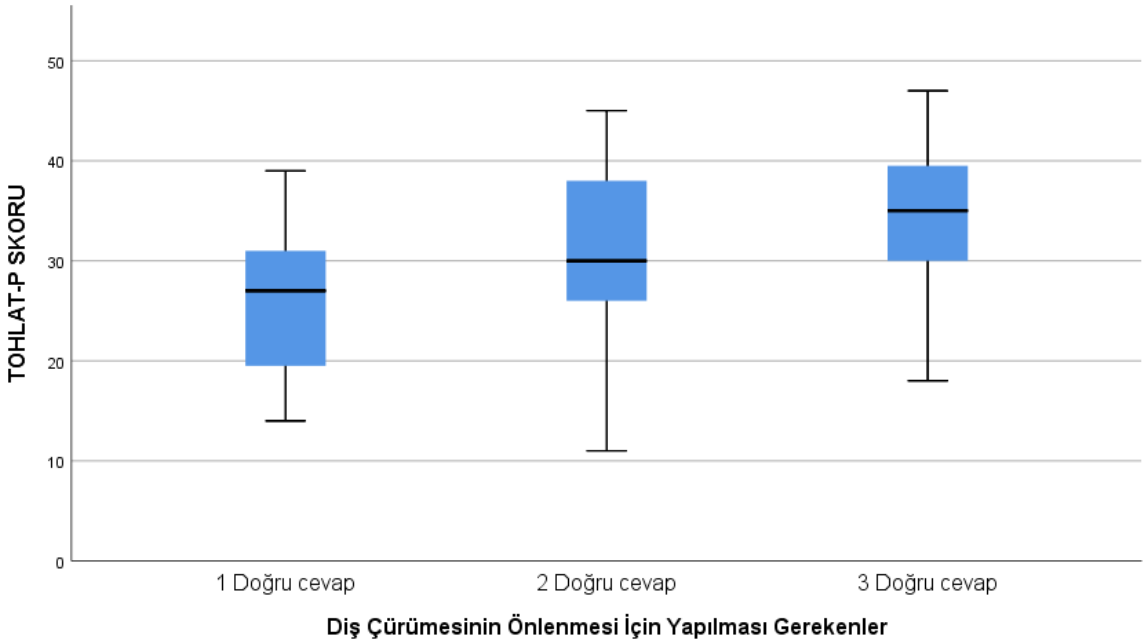
** : Satır yüzdesi*
*** : Kruskal-Wallis testi*
****: Pearson ki-kare testi*

Ebeveynlerin diş çürüme nedenlerine verdikleri doğru cevap sayısına göre ADSOY düzeyi karşılaştırıldığında 3 doğru cevap veren ebeveynlerin ADSOY düzeyinin, daha az cevap verenlere göre daha yüksek çıktığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulgulanmıştır (p<0,05) (Şekil 4.9).



Şekil 4.9. Ebeveynlerin diş çürüme nedenleri cevapları ilişkisi

Ebeveynlerin diş çürümesinin önlenmesi yapılması gerekenlerin TOHLAT-P düzeyi ile korelasyonuna bakıldığında 3 doğru cevap veren ebeveynlerin ADSOY düzeyinin, daha az cevap verenlere göre daha yüksek çıktığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulgulanmıştır ($p<0,05$) (Şekil 4.10).



Şekil 4.10. Ebeveynlerin diş çürümesinin önlenmesi yapılması gerekenler cevapları ilişkisi

4.12. Ebeveynlerin Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Tutum ve Davranışlarına Göre TOHLAT-P Düzeyleri Karşılaştırması

Ebeveynlerin ADS ile ilgili tutum ve davranışları göre TOHLAT-P düzeyleri değerlendirildiğinde düzenli diş fırçalama %60,9 (n=98), günlük diş fırçalama sayısı %69,1 (n=38) 1 olan, diş fırçalama süresi %65 (n=78) 2 dk. olan, diş fırçası değiştirme sıklığı %52,7 (n=78) birkaç ayda 1 kez olan, evde kullanılan diş macunu florid içeren %63,4 (n=90) olan tatlı, şeker, çikolata tüketme sıklığı %74,1 (n=40) haftada 2 kez olan ebeveynlerin TOHLAT-P düzeyi yüksek (31 puan ve üzeri) çıkmıştır (Çizelge 4.12.).

Çizelge 4.12. Ebeveynlerin ADS ile ilgili tutum ve davranışlarına göre TOHLAT-P düzeyleri, Ankara, 2025.

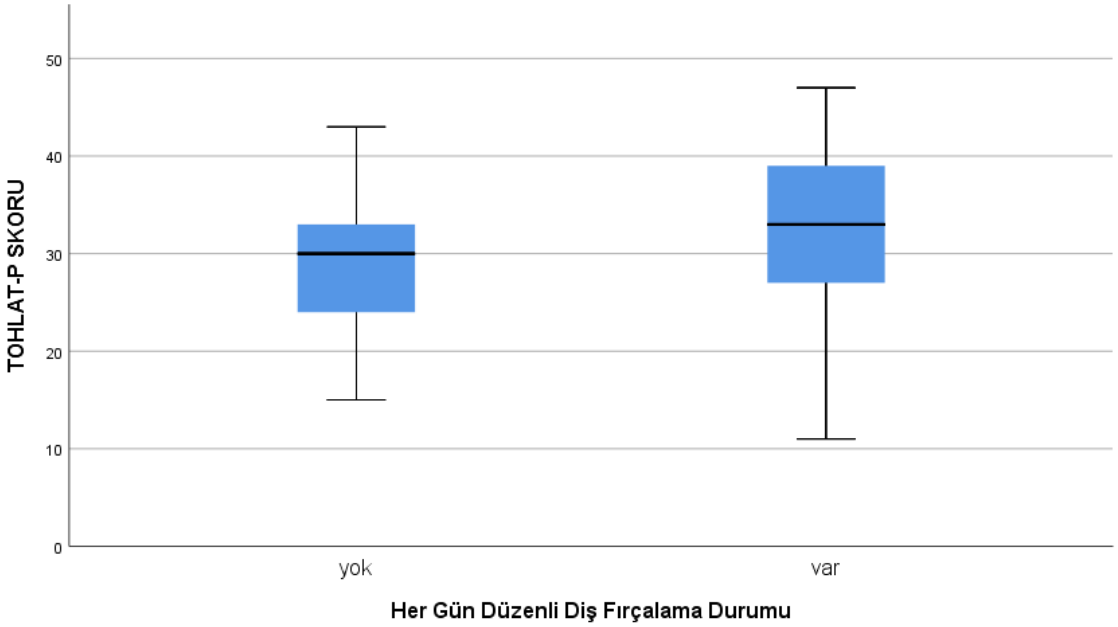
	TOHLAT-P		
	Puan ortanca(min-max)	**30 puan ve altı n (%)***	**31 puan ve üzeri n (%)***
Düzenli diş fırçalama (n=238)			
Hayır	30,00 (15,00-43,00)	45 (58,4)	32 (41,6)
Evet	33,00 (11,00-47,00)	63 (39,1)	98 (60,9)
	p=0,002**	**x^2=7,837**	**p=0,005********
Günlük diş fırçalama sayısı (n=161)			
1	35,00 (15,00-45,00)	17 (30,9)	38 (69,1)
2	33,00 (11,00-47,00)	46 (43,4)	60 (56,6)
	p=0,028**	x^2=2,371	p=0,124********
Diş fırçalama süresi (n=214)			
1 dk dan az	29,50 (27,00-45,00)	8(66,7)	4(33,3)
1 dk.	30,50 (15,00-44,00)	36(50,0)	36(50,0)
2 dk.	34,00(11,00-47,00)	42 (35,0)	78 (65,0)
3-4 dk.	27,00(23,00-36,00)	6 (60,0)	4 (40,0)
	p=0,122***	**x^2=8,495**	**p=0,037********
Diş fırçası değiştirme sıklığı (n=238)			
Birkaç ayda 1 kez	31,00 (11,00-47,00)	70(47,3)	78(52,7)
Yılda 1 kez	31,00 (13,00-44,00)	20(47,6)	22(52,4)
Fırça kılları deforme olduğunda	35,00 (27,00-44,00)	6(17,6)	28(82,4)
Bilmiyorum	30,00(18,00-32,00)	12 (85,7)	2 (14,3)
	p=0,003***	**x^2=20,043**	**p<0,001********
Evde kullanılan diş macununun Florid içerme durumu (n=238)			
Evet	33,00 (11,00-47,00)	52(36,6)	90(63,4)
Hayır	29,50 (14,00-45,00)	56(58,3)	40(41,7)
	p=0,003**	**x^2=10,895**	**p=0,001********
Ailede ayrı kaşık, çatal kullanma durumu (n=238)			
Ayrı ayrı kullanma	31,00 (11,00-47,00)	106(45,7)	126(54,3)
Birbirinin kaşı, çatalını kullanma	32,00 (30,00-36,00)	2(33,3)	4(66,7)
	p=0,622**	x^2 =0,360	p=0,692********
Tatlı, şeker, çikolata ve gazlı içecek tüketme durumu (n=238)			
Evet	31,00 (11,00-47,00)	96(46,2)	112(53,8)
Hayır	34,00 (19,00-43,00)	12(40,0)	18(60,0)
	p=0,080**	x^2 =0,401	p=0,527********

Çizelge 4.12. (devam) Ebeveynlerin ADS ile ilgili tutum ve davranışlarına göre TOHLAT-P düzeyleri, Ankara, 2025.

	TOHLAT-P		
	Puan ortanca(min-max)	**30 puan ve altı n (%)***	**31 puan ve üzeri n (%)***
Tüketiyorsanız ne sıklıkla (n=208)			
Ara sıra	31,00(11,00-45,00)	42(47,7)	46(52,3)
Haftada 1	28,00 (14,00-41,00)	18(69,2)	8(30,8)
Haftada 2 kez	35,00(15,00-47,00)	14(25,9)	40(74,1)
Her gün	30,00(15,00-44,00)	22(55,0)	18(45,0)
	p=0,001**	**x^2 =15,809**	**p=0,001********
Düzenli diş hekimi kontrolü (n=238)			
Evet	31,00 (11,00-47,00)	54(43,5)	70(56,5)
Hayır	31,00 (14,00-45,00)	54(47,4)	60(52,6)
	p=0,487**	x^2 =0,350	p=0,554********
Diş hekimi kontrolüne gitme sıklığı (n=124)			
Ayda 1 kez	31,00 (27,00-35,00)	2 (50,0)	2(50,0)
3 Ayda 1 kez	29,00 (16,00-44,00)	6 (50,0)	6 (50,0)
6 Ayda 1 kez	30,00 (11,00-47,00)	24 (54,5)	20 (45,5)
Senede 1 kez	33,50 (18,00-45,00)	22 (34,4)	42 (65,6)
	p=0,308**	x^2 =4,626	p=0,201********

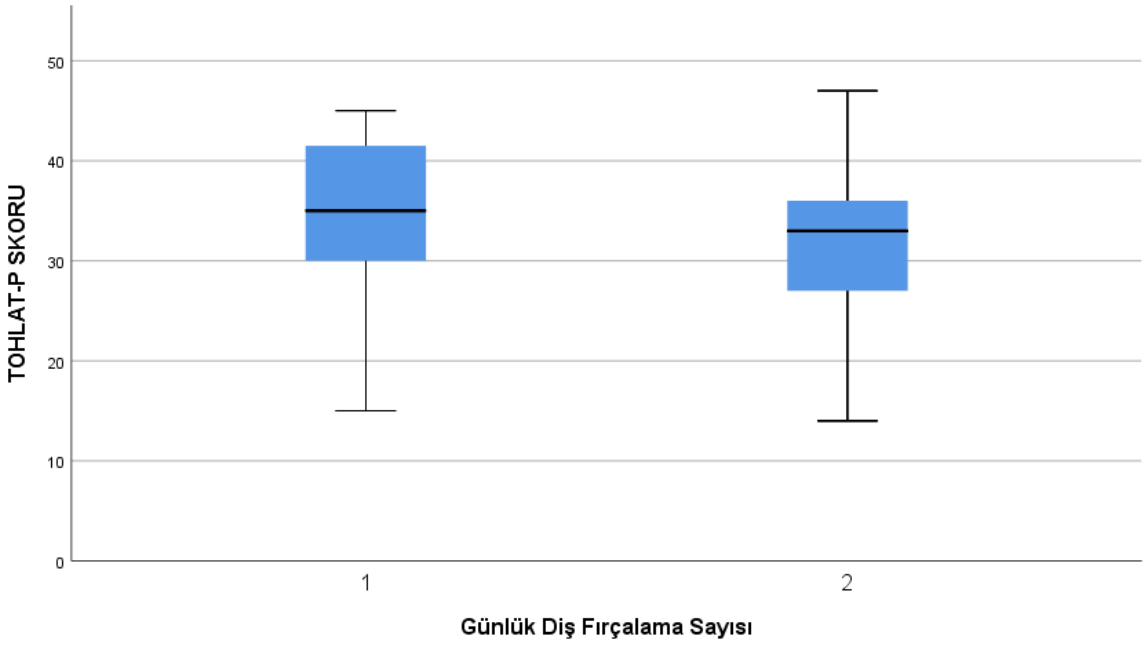
** : Satır yüzdesi*
*** : Mann-Whitney U testi*
**** : Kruskal-Wallis testi*
*****: Pearson ki-kare testi*

Ebeveynin her gün düzenli diş fırçalama durumunun TOHLAT-P düzeyi ile korelasyonuna bakıldığında düzenli diş fırçalamayan ebeveynlerin ADSOY düzeyinin fırçalamayanlardan daha yüksek çıktığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulgulanmıştır ($p<0,05$) (Şekil 4.11).



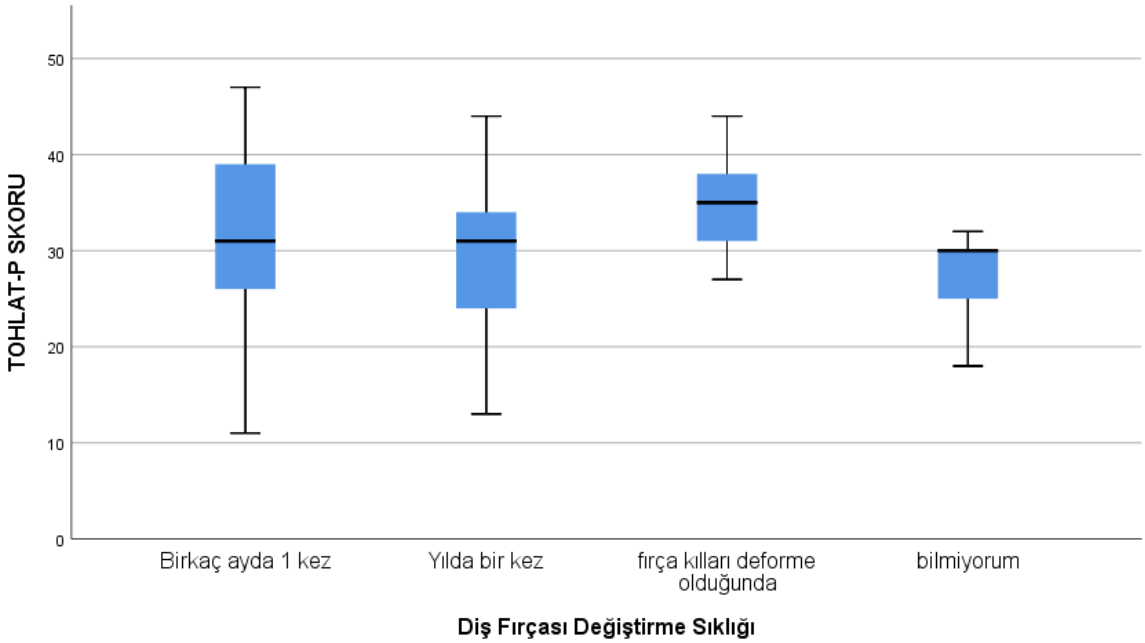
Şekil 4.11. Ebeveynin her gün düzenli diş fırçalama durumunun TOHLAT-P ile ilişkisi

Ebeveynin günlük diş fırçalama sayısının TOHLAT-P düzeyi ile korelasyonuna bakıldığında günde 1 kez diş fırçalayan ebeveynlerin ADSOY düzeyinin 2 kez fırçalayanlardan daha yüksek çıktığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulgulanmıştır ($p<0,05$) (Şekil 4.12).



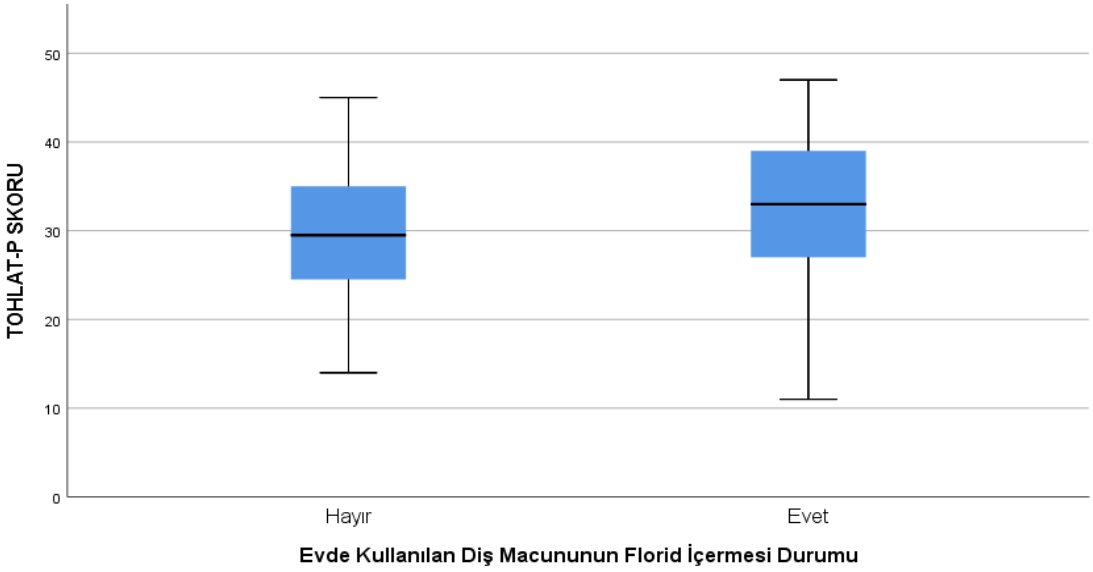
Şekil 4.12. Ebeveynin günlük diş fırçalama sayısının TOHLAT-P ile ilişkisi

Ebeveynin diş fırçası değiştirme sıklığının TOHLAT-P düzeyi ile korelasyonuna bakıldığında birkaç ayda 1 kez diş fırçası değiştiren ebeveynlerin ADSOY düzeyinin diğer gruplardan daha yüksek çıktığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulgulanmıştır ($p<0,05$) (Şekil 4.13).



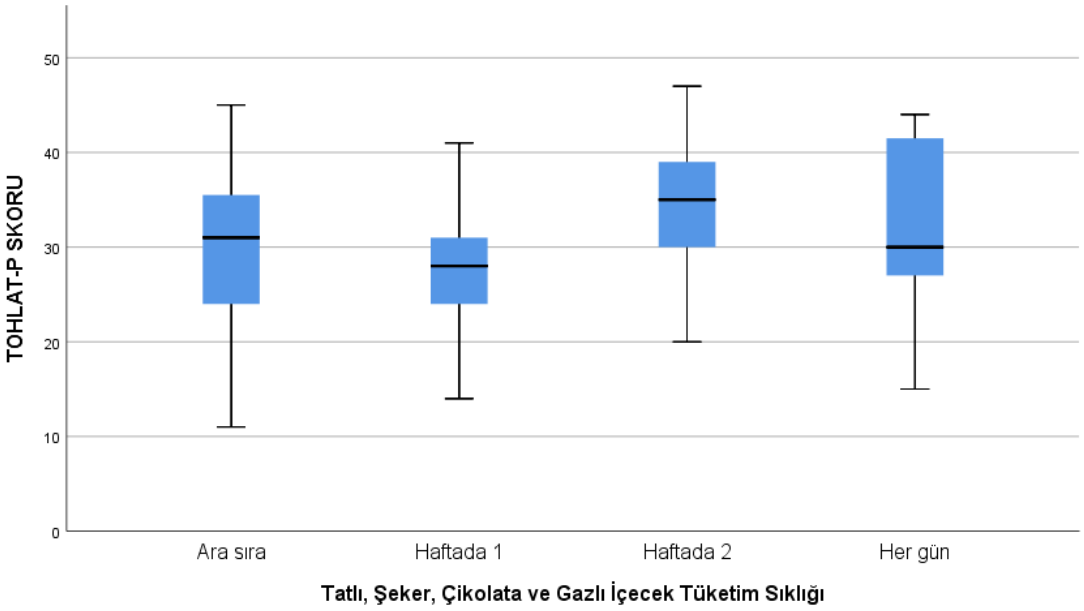
Şekil 4.13. Ebeveynin diş fırçası değiştirme sıklığının TOHLAT-P düzeyi ile ilişkisi

Evde kullanılan diş macununun florid içerme durumunun TOHLAT-P düzeyi ile korelasyonuna bakıldığında evdeki diş macununda florid içeren ebeveynlerin ADSOY düzeyinin içermeyenlerden daha yüksek çıktığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulgulanmıştır ($p<0,05$) (Şekil 4.14).



Şekil 4.14. Evde kullanılan diş macununun florid içerme durumunun TOHLAT-P düzeyi ile ilişkisi

Tatlı, şeker, çikolata ve gazlı içecek tüketen ebeveynlerin tüketme sıklığının TOHLAT-P düzeyi ile korelasyonuna bakıldığında her gün tüketen ebeveynlerin ADSOY düzeyinin diğer gruplardan daha yüksek çıktığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulgulanmıştır ($p<0,05$) (Şekil 4.15).



Şekil 4.15. Tatlı, şeker, çikolata ve gazlı içecek tüketme sıklığının TOHLAT-P düzeyi ile ilişkisi

4.13. Çocuk Hastaların Ağız ve Diş Sağlığı Durumuna Göre TOHLAT-P Düzeyleri Karşılaştırması

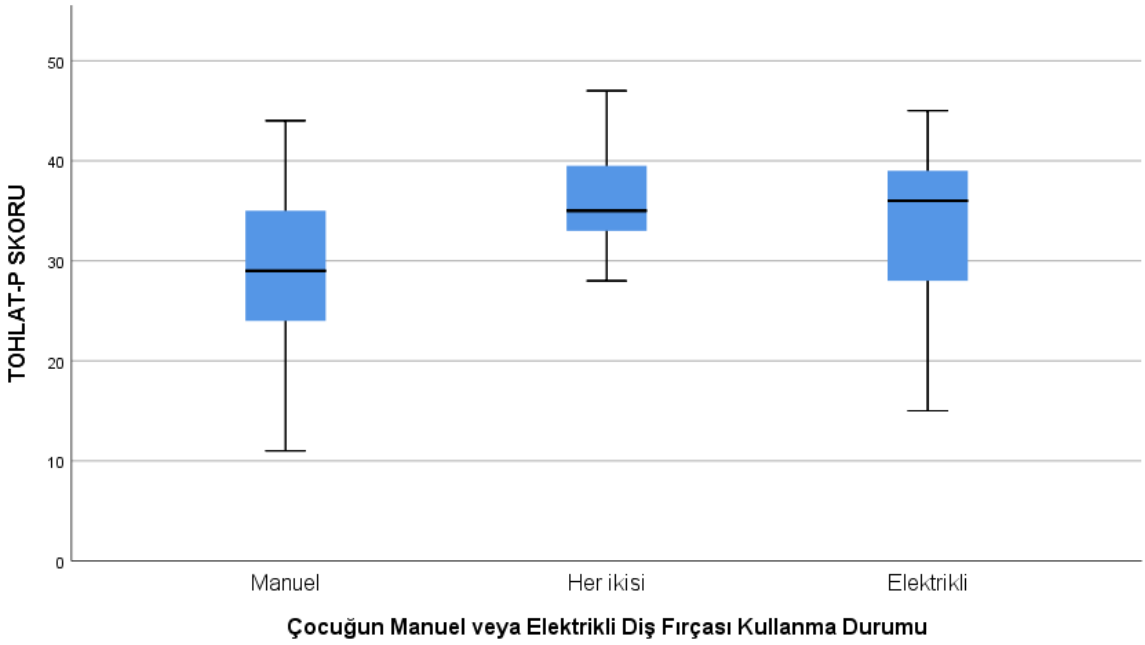
Çocuk hastaların ADS durumuna göre ebeveynlerin TOHLAT-P düzeylerinin değerlendirilmesinde çocuğun kullandığı diş fırçası çeşidinin ve çocuğa daha önce florid uygulaması yapılması durumunun TOHLAT-P düzeyi ile arasında anlamlı fark olduğu bulgulanmıştır (Çizelge 4.13.). Çocuğun kullandığı diş fırçası çeşidinin manuel olması %39,7 (n=62) ve çocuğa daha önce florid uygulaması yapılmış olması %67,2 (n=82) TOHLET-P düzeyinin yüksek olmasında (31 puan ve üzeri) anlamlı farklılık yaratmıştır.

Çizelge 4.13. Çocukların ADS durumuna göre ebeveynlerin TOHLAT-P düzeylerinin değerlendirilmesi, Ankara, 2025.

	TOHLAT-P		
	Puan ortanca(min-max)	**30 puan ve altı n (%)***	**31 puan ve üzeri n (%)***
Çocuğun son diş hekimi kontrolünden sonra geçen süre (n=238)			
Son 6 ay	31,00 (11,00-47,00)	92 (45,5)	110 (54,5)
1 yıl veya daha eski	31,00 (15,00-44,00)	16 (44,4)	20 (55,6)
	p=0,732**	x^2=0,015	p=0,903****
Çocuğun kullandığı diş fırçası çeşidi (n=238)			
Manuel	29,00 (11,00-44,00)	94 (60,3)	62 (39,7)
Elektrikli	36,00 (15,00-45,00)	10 (29,4)	24 (70,6)
Her ikisi	35,00 (21,00-47,00)	4 (8,3)	44 (91,7)
	p<0,001* **	**x^2= 44,005**	**p<0,001**** **
Çocuğa daha önce yapılan florid uygulaması olma durumu (n=238)			
Evet	34,00 (11,00-47,00)	40 (32,8)	82 (67,2)
Hayır	29,00 (13,00-44,00)	68 (58,6)	48 (41,4)
	p<0,001* **	**x^2= 16,010**	**p<0,001**** **

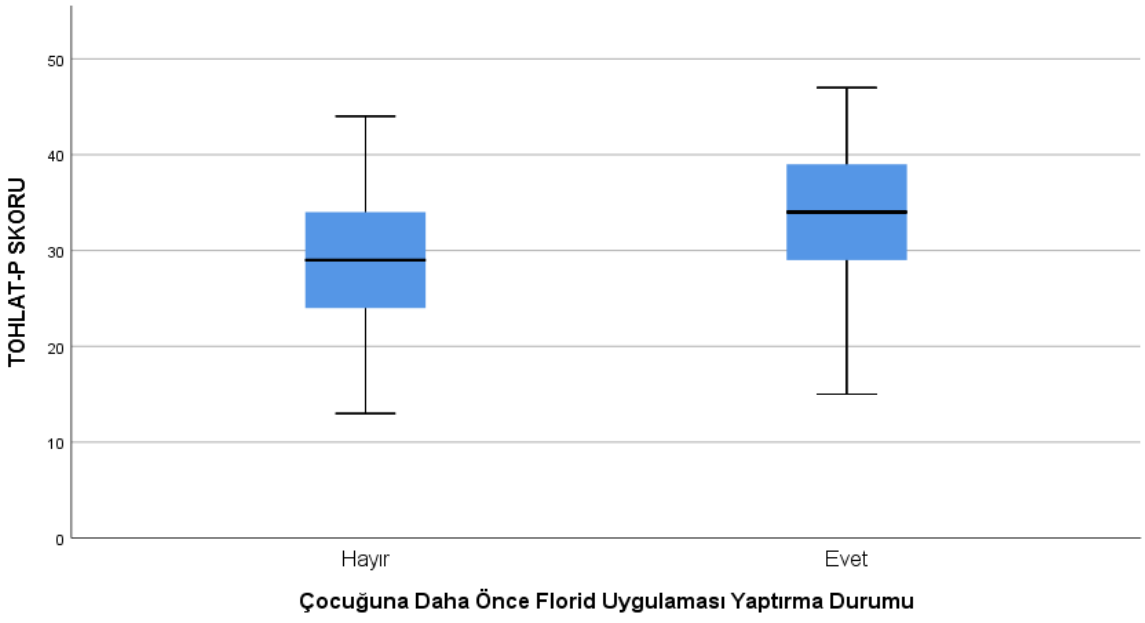
** : Satır yüzdesi*
*** : Kruskal-Wallis testi*
**** : Mann-Whitney U testi*
*****: Pearson ki-kare testi*

Çocuğun kullandığı diş fırçası çeşidinin TOHLAT-P düzeyi ile korelasyonuna bakıldığında hem manuel hem elektrikli fırçası olup her ikisini de kullanan çocukların ebeveynlerinin ADSOY düzeyinin diğer gruplardan daha yüksek çıktığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulgulanmıştır (p<0,05) (Şekil 4.16).



Şekil 4.16. Çocuğun kullandığı diş fırçası çeşidinin TOHLAT-P düzeyi ile ilişkisi

Çocuğun daha önce florid uygulaması yaptırma durumunun TOHLAT-P düzeyi ile korelasyonuna bakıldığında daha önce florid yaptıran çocukların ebeveynlerinin ADSOY düzeyinin yaptırmayanlardan daha yüksek çıktığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulgulanmıştır ($p<0,05$) (Şekil 4.16).



Şekil 4.17. Çocuğun daha önce florid uygulaması yaptırma durumunun TOHLAT-P düzeyi ile ilişkisi

4.14. Çocuk Hastaların Ağız İçi Muayene Bulgularına Göre TOHLAT-P Düzeyleri Karşılaştırması

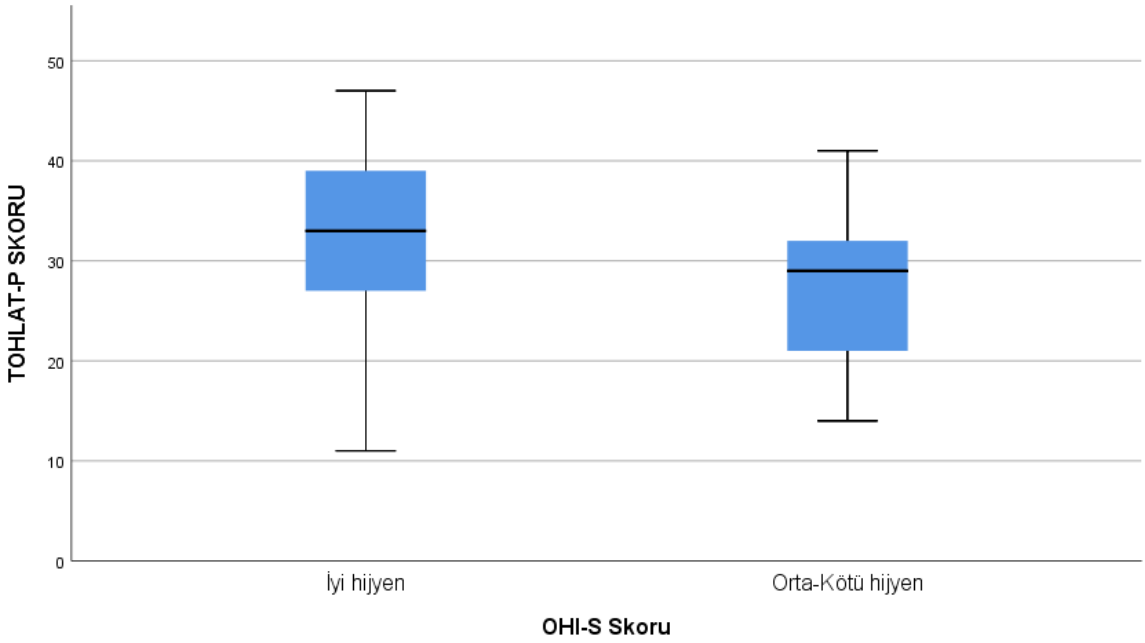
Çocuk hastaların ağız içi muayene bulgularından DMFT ve OHI-S skoru ile TOHLAT-P düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulgulanmıştır (Çizelge 4.14). DMFT skoru 0 olan çocukların ebeveynlerinde TOHLAT-P skoru yüksek (31 puan ve üzeri) bulgulanmıştır (p=0,029). OHI-S skoru 0,00-1,20 olan çocukların ebeveynlerinde TOHLAT-P skoru yüksek (31 puan ve üzeri) bulgulanmıştır (p<0,001).

Çizelge 4.14. Çocuğun ağız içi muayene bulgularına göre ebeveynlerin TOHLAT-P düzeyleri, Ankara, 2025.

	TOHLAT-P		
	Puan ortanca(min-max)	**30 puan ve altı n (%)***	**31 puan ve üzeri n (%)***
DMFT skoru (n=238)			
0	32,50 (15,00-45,00)	22 (32,4)	46 (67,6)
1-3	30,00 (13,00-47,00)	38 (51,4)	36 (48,6)
4-6	31,00 (11,00-43,00)	36 (46,2)	42 (53,8)
>6	28,00 (18,00-41,00)	12 (66,7)	6 (33,3)
	p=0,289**	**x^2=9,030**	**p=0,029****
dmft skoru (n=238)			
0	34,00 (15,00-43,00)	18 (37,5)	30 (62,5)
1-2	29,00 (11,00-43,00)	28 (51,9)	26 (48,1)
3-5	31,00 (14,00-47,00)	34 (50,0)	34 (50,0)
>5	32,50 (13,00-45,00)	28 (41,2)	40 (58,8)
	p=0,110**	x^2=3,185	p=0,364****
PUFA/pufa skoru (n=238)			
0	31,00 (11,00-47,00)	94 (44,3)	118 (55,7)
≥1	29,00 (18,00-44,00)	14 (53,8)	12 (46,2)
	p=0,232***	x^2= 0,844	p=0,358****
OHI-S skoru (n=238)			
0,00-1,20	33,00 (11,00-47,00)	72 (38,3)	116 (61,7)
>1.20	29,00 (14,00-41,00)	36 (72,0)	14 (28,0)
	p<0,001*	**x^2= 18,099**	**p<0,001****

** : Satır yüzdesi*
*** : Kruskal-Wallis testi*
**** : Mann-Whitney U testi*
*****: Pearson ki-kare testi*

Çocuğun OHI-S indeks skorunun TOHLAT-P düzeyi ile korelasyonuna bakıldığında OHI-S skoru iyi olan çocukların ebeveynlerinin ADSOY düzeyinin diğer gruptan daha yüksek çıktığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulgulanmıştır (p<0,05) (Şekil 4.17).



Şekil 4.18. Çocuğun OHI-S indeks skorunun TOHLAT-P düzeyi ile ilişkisi

4.15. TOHLAT-P Skoru Düzeyi ile İlgili Faktörlerin Korelasyon Analizi

Yapılan Spearman korelasyon analizi sonucunda anlamlı düzeyde farklılık bulunan sonuçların korelasyonu Çizelge 4.15.'te verilmiştir. Bu analize göre; TOHLAT-P skoru ile ailedeki çocuk sayısı (-0,314) arasında negatif orta düzeyde bir korelasyon, ailedeki kişi sayısı (-0,272) arasında negatif zayıf düzeyde bir korelasyon ve OHI-S skoru (-0,300) arasında negatif orta düzeyde bir korelasyon bulunmuştur. Ayrıca ailedeki çocuk sayısı ile DMFT (0,175) ve PUFA/pufa skoru (0,182) arasında pozitif zayıf düzeyde bir korelasyon bulunmuştur. Ailedeki kişi sayısı ile PUFA/pufa skoru (0,153) arasında pozitif zayıf düzeyde bir korelasyon bulunmuştur. DMFT skoru ile ve OHI-S skoru arasında (0,183) pozitif zayıf düzeyde bir korelasyon bulunmuştur.

Çizelge 4.15. TOHLAT-P skoru düzeyi, ailedeki çocuk sayısı, ailedeki kişi sayısı, DMFT/dmft skoru, PUFA/pufa skoru ve OHI-S skorunun korelasyon analizi, Ankara, 2025.

		Korelasyon Tablosu						
n=238		**TOHLAT-P skoru**	**Ailedeki çocuk sayısı**	**Ailedeki kişi sayısı**	**DMFT skoru**	**dmft skoru**	**PUFA/pufa skoru**	**OHI-S skoru**
TOHLAT-P skoru	**r**	**1**						
	p							
Ailedeki çocuk sayısı	**r**	**-0,314****	1					
	p	<0,001						
Ailedeki kişi sayısı	**r**	**- 0,272****	**0,911****	1				
	p	<0,001	<0,001					
DMFT skoru	**r**	-0,118	**0,175****	0,114	1			
	p	0,070	0,007	0,080				
dmft skoru	**r**	0,052	-0,390	0,006	**-0,213****	1		
	p	0,425	0,550	0,927	0,001			
PUFA/pufa skoru	**r**	-0,790	**0,182****	**0,153***	-0,067	0,950	1	
	p	0,227	0,005	0,018	0,305	0,144		
OHI-S skoru	**r**	**-0,300****	0,019	-0,005	**0,183****	0,550	0,054	1
	p	<0.001	0,765	0,942	0,005	0,401	0,405	

** : Korelasyon anlamlılık düzeyi 0,05'dir.*
***: Korelasyon anlamlılık düzeyi 0,01'dir.*

4.16. TOHLAT-P Skoru Düzeyi ile İlgili Faktörlerin Regresyon Analizi

40 yaş ve üstü katılımcıların TOHLAT-P düzeyinin düşük olma riski, 18-39 yaş arasındaki katılımcılara göre 2,560 kat daha fazladır (p=0,008). Lise mezunu ve altı olan katılımcıların TOHLAT-P düzeyinin düşük olma riski, yüksekokul-üniversite mezunu olan katılımcılara göre 10,141 kat daha fazladır (p<0,001). Ekonomik durum algısı kötü olan katılımcıların TOHLAT-P düzeyinin düşük olma riski, iyi olan katılımcılara göre 6,050 kat daha fazladır (p=0,040).

Çizelge 4.16. TOHLAT-P skoru 30 ve altı puan olma durumu ile ebeveynlerin tanımlayıcı özellikleri ile ilişkili faktörler, Ankara, 2025.

		p değeri	OR	%95 güven aralığı
Ebeveyn yaş grubu	18-39 yaş		Referans	
	40 yaş ve üstü	**0,008**	**2,560**	(1,272-5,154)
Öğrenim durumu	Lise mezunu ve altı	**<0,001**	**10,141**	(4,498-22,865)
	Yüksekokul-üniversite mezunu		Referans	
Çalışma durumu	Aktif olarak çalışıyor		Referans	
	Aktif olarak çalışmıyor	0,291	0,656	(0,299-1,435)
Ekonomik durum algısı	Kötü	**0,040**	**6,050**	**(1,081-33,857)**
	Orta	0,805	1,098	(0,505-2,197)
	İyi		Referans	
Düzenli ilaç kullanma durumu	Var		Referans	
	Yok	0,141	1,879	(0,812-4,349)
Ailedeki toplam kişi sayısı	3 kişi veya daha az		Referans	
	4 kişi	0,125	2,948	(0,741-11,724)
	5 kişi ve üstü	0,737	1,451	(0,165-12,797)
Ailedeki toplam çocuk sayısı	1 Çocuk		Referans	
	2 Çocuk	0,125	0,413	(0,096-1,772)
	3 Çocuk ve üstü	0,796	1,362	(0,131-14,123)

Dişlerin çürümesini engellemek için yapılması gerekenlere 1 doğru cevap veren katılımcıların TOHLAT-P düzeyinin düşük olma riski, 3 doğru cevap veren katılımcılara göre 8,152 kat daha fazladır (p<0,001). Dişlerin çürümesini engellemek için yapılması gerekenlere 2 doğru cevap veren katılımcıların TOHLAT-P düzeyinin düşük olma riski, 3 doğru cevap veren katılımcılara göre 1,807 kat daha fazladır (p=0,173). Günlük diş fırçalama sayısı 2 olan katılımcıların TOHLAT-P düzeyinin düşük olma riski, 1 olan katılımcılara göre 2,402 kat daha fazladır (p=0,034). Tatlı, şeker, çikolata ve gazlı içecek tüketen katılımcıların

TOHLAT-P düzeyinin düşük olma riski, tüketmeyenlere göre 5,698 kat daha fazladır (p=0,037).

Çizelge 4.17. TOHLAT-P skoru 30 ve altı puan olma durumu ile ebeveynlerin ads davranışları ile ilişkili faktörler, Ankara, 2025.

		p değeri	**OR**	**%95 güven aralığı**
Dişlerin çürüme nedenine doğru cevap verme durumu	1 Doğru cevap	0,239	1,990	(0,633-6,253)
	2 Doğru cevap	0,074	2,625	(0,910-7,575)
	3 Doğru cevap		Referans	
Dişlerin çürümesini engellemek için yapılması gerekenlere doğru cevap verme durumu	1 Doğru cevap	**<0,001**	**8,152**	(2,278-29,169)
	2 Doğru cevap	**0,173**	**1,807**	(0,772-4,231)
	3 Doğru cevap		Referans	
Günlük diş fırçalama sayısı	1		Referans	
	2	**0,034**	**2,402**	(1,123-6,619)
Tatlı, şeker, çikolata ve gazlı içecek tüketme	Evet	**0,037**	**5,698**	(1,113-29,165)
	Hayır		Referans	
Çocuğa daha önce yapılan florid uygulaması	Evet		Referans	
	Hayır	0,104	0,506	(0,222-1,150)

5. TARTIŞMA

Bu tez çalışması, ebeveynlerin ADSOY düzeyleri ile çocuklarının ADS çıktıları arasındaki ilişkiyi çok boyutlu biçimde ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilmiştir. TOHLAT-P ölçeği kullanılarak değerlendirilen ebeveyn ADSOY düzeyi; sosyodemografik değişkenlerle, bilgi düzeyiyle, tutum ve davranışlarla ve çocukların ADS'na ilişkin objektif ölçütlerle ilişkilendirilmiş ve bu kapsamda hem bireysel hem de kamusal sağlık hizmetleri açısından dikkate değer sonuçlar elde edilmiştir.

Bu çalışmada ayrıca TOHLAT-P ölçeği için literatürde daha önce tanımlanmamış bir eşik değerin belirlenmiş olması da metodolojik açıdan özgün bir katkıdır. Ebeveynlerin TOHLAT-P skorlarının dağılımına göre, ortanca değer 31 olarak hesaplanmış ve bu eşik doğrultusunda 30 puan ve altı değerler "düşük", 31 ve üzeri puanlar ise "yüksek" ADSOY olarak sınıflandırılmıştır. Bu yaklaşım, gelecekte yapılacak benzer çalışmalara referans olabilecek pratik bir yöntem olarak literatüre katkı sunmaktadır.

5.1. Sosyodemografik Değişkenlerle TOHLAT-P Düzeyinin İlişkisi

DSÖ tarafından SOY, bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama becerilerini kapsayan, bireyin sağlığı üzerindeki kontrolünü doğrudan etkileyen bir kavram olarak tanımlanmaktadır (Dünya Sağlığı Örgütü, 1998). ADSOY ise bu genel çerçevede, bireyin ADS ile ilgili bilgileri anlaması, yorumlaması ve uygulaması bağlamında değerlendirilir (Holtzman ve diğerleri, 2017; Horowitz ve Kleinman, 2008). Bu tez çalışmasının bulgularına göre, ebeveynlerin yaş, eğitim düzeyi, ekonomik durum algısı, çalışma durumu, sağlık sigortasına sahip olma, ilaç kullanma durumu, ailedeki kişi ve çocuk sayısı gibi sosyodemografik değişkenlerle TOHLAT-P düzeyleri arasında anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Özellikle 18-29 yaş grubundaki, yüksekokul-üniversite mezunu, çalışan, iyi düzey ekonomik algıya sahip, özel sağlık sigortası olan, düzenli ilaç kullanan, ailedeki toplam kişi sayısı 2 olan ve ailedeki toplam çocuk sayısı 1 olan ebeveynlerde ADSOY düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

Orijinal versiyon olan HKOHLAT-P ve Türkçe uyarlaması TOHLAT-P üzerine yapılmış önceki çalışmalara bakıldığında, bu sosyodemografik değişkenlerin tamamının aynı kapsamda sistematik şekilde ele alınmadığı görülmektedir. TOHLAT-P ölçeğinin geçerlik

ve güvenirlik çalışmasını yapan Buldur ve Oğuz (2023), ebeveyn yaşı ve eğitim düzeyi değişkenlerini analiz etmiş; bu değişkenlerden yalnızca eğitim düzeyinin TOHLAT-P skorları ile anlamlı şekilde ilişkili olduğunu bildirmiştir. Yaş değişkeni değerlendirilmiş olmakla birlikte, TOHLAT-P puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Bunun yanında, ekonomik durum, çalışma durumu, sağlık sigortası ya da ailedeki toplam kişi sayısı, ailedeki toplam çocuk sayısı gibi diğer sosyodemografik değişkenler bu çalışmada değerlendirilmemiştir.

HKOHLAT-P'nin Brezilya-Portekizce uyarlamasını gerçekleştiren Firmino ve arkadaşları (2019) da ebeveyn yaşı ve eğitim düzeyini değerlendirmiş, ancak yaş ile ADSOY düzeyi arasında anlamlı bir ilişki tespit etmemiştir. Buna karşılık, ebeveynlerin eğitim düzeyleri ile HKOHLAT-P puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Aynı çalışmada gelir düzeyi (ekonomik durum) değişkeni toplanmış olsa da, HKOHLAT-P skorları ile analitik düzeyde ilişkilendirilmemiştir. Çalışma, ağırlıklı olarak ölçeğin psikometrik özellikleri ve geçerliği üzerinde durmuştur.

HKOHLAT-P'nin orijinal geliştirme çalışmasında ise Wong ve arkadaşları (2013), eğitim düzeyinin ADSOY'nın en güçlü belirleyicilerinden biri olduğunu açıkça ortaya koymuştur. Ebeveynlerin eğitim düzeyi arttıkça HKOHLAT-P puanlarının da anlamlı biçimde yükseldiği bildirilmiştir. Bununla birlikte, çalışmada ebeveyn yaşı demografik veri olarak yer almasına rağmen, HKOHLAT-P ile anlamlı ilişki göstermemiştir. Ayrıca bu orijinal çalışmada ekonomik durum, sigorta, meslek, çalışma durumu ya da aile yapısına ilişkin değişkenlere yer verilmemiştir.

Bu bağlamda, mevcut tez çalışması, TOHLAT-P ölçeği kullanılarak sadece eğitim düzeyini değil; yaş, ekonomik durum, çalışma ve sigorta durumu gibi çok sayıda sosyodemografik değişkeni kapsamlı biçimde değerlendirmesi açısından literatüre özgün ve genişletici bir katkı sunmaktadır. Önceki çalışmalar çoğunlukla eğitim düzeyine odaklanmışken, bu tezde elde edilen bulgular, ADSOY'un çok boyutlu sosyal belirleyicilerle birlikte ele alınması gerektiğini ve bu belirleyicilerin çocukların ADS çıktıları üzerinde etkili olabileceğini göstermektedir.

5.1.1. Ebeveyn yaş değişkeni

Literatürde ebeveyn ADSOY ve çocukların ADS durumu ile ilgili yapılan çalışmalarda, Baskaradoss ve arkadaşları (2019), Cecilia-Fabiana Márquez-Arrico ve arkadaşları (2019), Firmino ve arkadaşları (2018) ve Wu ve arkadaşları (2024), ebeveyn yaşının çocukların ADS üzerindeki etkisini değerlendirmişler ancak yaş ile çocukların ADS çıktıları arasında anlamlı bir ilişki bulgulamamışlardır. Bu tez çalışmasında ise, ebeveynin 18-29 yaş aralığında olması, ebeveyn ADSOY düzeyinin yüksek olması ile ilişkilendirilmiş ve bu durum çocukların ADS çıktılarında da istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmıştır.

Bu durum, genç ebeveynlerin dijital sağlık okuryazarlığına daha yatkın olmaları, ADS'ye ilişkin bilgi kaynaklarına daha kolay erişebilmeleri ve çocuklarının sağlık ihtiyaçlarına daha duyarlı yaklaşabilmeleri ile açıklanabilir. Özellikle internet ve sosyal medya gibi dijital mecralardan edinilen bilgilerin yaygınlığı, genç yaş grubundaki ebeveynlerin bu bilgilere erişimini kolaylaştırmakta ve ADS'ye ilişkin farkındalıklarını artırmaktadır (Sørensen ve diğerleri, 2015; Okan ve diğerleri, 2022).

Bununla birlikte, 30–39 yaş grubundaki bireylerde TOHLAT-P düzeyinin diğer gruplara göre görece düşük olması dikkat çekicidir. Bu yaş grubundaki ebeveynlerin iş-yaşam dengesi, bakım yükü, zaman kısıtı gibi nedenlerle ADS'na ilişkin bilgilere erişim ve uygulama konusunda zorluk yaşayabilecekleri düşünülebilir. Öte yandan, 40 yaş üzeri bireylerde TOHLAT-P düzeyinin tekrar yükselmesi, yaş ilerledikçe sağlıkla ilgili farkındalığın arttığını ve bireyin deneyim yoluyla bilgi birikimini geliştirdiğini düşündürmektedir.

Sonuç olarak, yaş değişkeni TOHLAT-P düzeylerini etkileyen tek başına belirleyici bir faktör olmamakla birlikte, bazı yaş gruplarında gözlenen farklar, ADSOY düzeyinin yaşla birlikte dijital okuryazarlık, yaşam deneyimi ve sağlık davranışları gibi çeşitli değişkenlerin etkileşimiyle şekillenebileceğini göstermektedir.

5.1.2. Ebeveyn eğitim düzeyi

Ebeveyn eğitim düzeyi ile ebeveyn TOHLAT-P skorları arasındaki güçlü pozitif ilişki bu çalışmanın bir diğer dikkat çekici bulgusudur. Yüksekokul ve üniversite mezunu

ebeveynlerin ADSOY düzeyleri, daha düşük eğitim düzeyine sahip ebeveynlere kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, Buldur ve Oğuz (2023), Firmino ve arkadaşları (2019) ile Wong ve arkadaşları (2013) gibi literatürdeki pek çok çalışmayla tutarlıdır. Buldur ve Oğuz (2023), Türkçe TOHLAT-P ölçeği geçerlik çalışmasında, ebeveyn eğitim düzeyinin TOHLAT-P skorları ile anlamlı şekilde ilişkili olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde, Firmino ve arkadaşları (2019), HKOHLAT-P'nin Brezilya-Portekizce uyarlamasında yüksek eğitim düzeyine sahip ebeveynlerin ağız sağlığı okuryazarlık skorlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Wong ve arkadaşlarının (2013) orijinal HKOHLAT-P çalışmasında da eğitim düzeyinin, ADSOY'u belirleyen en güçlü sosyodemografik faktörlerden biri olduğu ifade edilmiştir. Bu çalışmalar, eğitim düzeyinin yalnızca bilgiye erişim değil, aynı zamanda bu bilgiyi yorumlayabilme ve uygulayabilme kapasitesi ile doğrudan ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Dolayısıyla, bu tez çalışmasında da benzer bir örüntünün gözlemlenmiş olması, mevcut literatür ile güçlü bir örtüşme göstermektedir. Bununla birlikte, yüksek eğitim düzeyinin yalnızca bireysel bilgi düzeyini artırmakla kalmayıp, çocukların ADS'si ile ilgili tutum ve davranışlarına da olumlu yansıdığı görülmektedir.

5.1.3. Ebeveynin ekonomik durum algısı

Bu tez çalışmasında ebeveynlerin ekonomik durum algısı ile ADSOY düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Özellikle kendisini iyi düzey ekonomik duruma sahip olarak tanımlayan ebeveynlerin TOHLAT-P skorlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, ebeveynlerin sosyoekonomik koşullarının, yalnızca sağlık hizmetlerine erişimlerini değil, aynı zamanda ADS konusundaki bilgiye ulaşma, bilgiyi yorumlama ve bunu davranışa dönüştürme kapasitelerini de etkilediğini göstermektedir.

Literatürde ekonomik durumun ADSOY üzerindeki etkisi çeşitli çalışmalarda dolaylı olarak değerlendirilmiştir. Firmino ve arkadaşları (2019), HKOHLAT-P'nin Brezilya-Portekizce uyarlamasında gelir düzeyi değişkenini veri olarak toplamış ancak analiz sonuçlarında ekonomik durum ile ADSOY arasında doğrudan bir ilişki raporlamamıştır. Wong ve arkadaşlarının (2013) orijinal HKOHLAT-P geliştirme çalışmasında ise ekonomik duruma dair herhangi bir veri yer almamaktadır. Benzer şekilde, Buldur ve Oğuz'un (2023) TOHLAT-P geçerlik çalışmasında da ekonomik durum değişkeni değerlendirilmemiştir.

Bununla birlikte, Cecilia-Fabiana Márquez-Arrico ve arkadaşları (2019) çalışmalarında, eğitim düzeyinin yanı sıra bireylerin sosyoekonomik statülerinin de ADS bilgi düzeyleri üzerinde etkili olduğu belirtilmiştir. Ayrıca Karamüftüoğlu ve Özkan (2025) tarafından yapılan bir derlemede, ebeveynlerin ekonomik güçlük yaşamasının, çocukların ADS hizmetlerinden yeterince yararlanamamasına ve koruyucu uygulamaların ihmal edilmesine neden olabileceği vurgulanmıştır.

Bu bağlamda, mevcut tez çalışmasında ekonomik durum algısının TOHLAT-P düzeyi ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermesi, literatürde yeterince ele alınmamış bir boşluğu doldurmakta ve ADSOY'un sosyal belirleyicileri kapsamında ekonomik algının önemini vurgulamaktadır.

5.1.4. Ebeveynin çalışma durumu

Bu tez çalışmasının bulgularına göre, ebeveynlerin çalışma durumu ile TOHLAT-P skorları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Özellikle çalışan ebeveynlerde ADSOY düzeylerinin daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bu bulgu, çalışma hayatının sadece ekonomik bir avantaj sağlamaktan öte, bireyin sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarına erişimi, sağlık bilinci ve bu bilginin davranışa dönüşmesi açısından da önemli bir rol oynadığını ortaya koymaktadır.

Mevcut literatürde ebeveynin çalışma durumu ile ADSOY düzeyi arasındaki ilişki, genellikle dolaylı yollarla değerlendirilmiştir. Firmino ve arkadaşlarının (2018) sistematik derlemesinde, sosyoekonomik durumun bir bileşeni olarak çalışma statüsünün, çocukların ağız sağlığı çıktıları üzerinde etkili olabileceği ifade edilmiştir. Bununla birlikte, TOHLAT-P ve HKOHLAT-P ölçeklerine dayanan özgün çalışmaların çoğunda çalışma durumu değişkeni ya değerlendirilmemiştir ya da analizlere dahil edilmemiştir (Buldur ve Oğuz, 2023; Wong ve diğerleri, 2013).

Çalışan ebeveynlerin daha fazla bilgi kaynağına maruz kalması, çocuklarının sağlık takibini daha sistemli yapmaları ve sağlık hizmetleriyle daha fazla temas hâlinde olmaları bu farkı açıklayabilecek olası nedenler arasında yer almaktadır. Ayrıca düzenli bir iş yaşamına sahip bireylerin, sosyal güvence ve sağlık bilinci açısından daha avantajlı olmaları da ADSOY düzeylerine yansıyor olabilir. Karamüftüoğlu ve Özkan (2025), ebeveynin istihdam durumu

ile çocuğun diş hekimi kontrollerine düzenli gitme oranları arasında pozitif ilişki olduğunu bildirmiştir.

Dolayısıyla, bu tez çalışmasında çalışan ebeveynlerde yüksek TOHLAT-P skorlarının gözlemlenmiş olması, istihdamın sadece ekonomik değil, aynı zamanda davranışsal sağlık okuryazarlığı açısından da önemli bir sosyal belirleyici olduğunu ortaya koymaktadır.

5.1.5. Ebeveynin sağlık sigortası

Bu çalışmada ebeveynlerin sağlık sigortası türleri ile TOHLAT-P skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Özellikle özel sağlık sigortasına sahip ebeveynlerin ADSOY düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, özel sigortanın bireyin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmanın yanı sıra, koruyucu sağlık davranışlarını benimseme ve sağlıkla ilgili bilgileri edinme konusunda da olumlu etkiler yarattığını göstermektedir.

Mevcut literatürde doğrudan sağlık sigortası türü ile ADSOY arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. TOHLAT-P ve HKOHLAT-P temelli çalışmalarda (Buldur ve Oğuz, 2023; Wong ve diğerleri, 2013; Firmino ve diğerleri, 2019), sağlık sigortası genellikle ikincil ya da kontrol değişkeni olarak değerlendirilmiş, sigorta kapsamı ve kalitesine dair ayrıntılı analizlere yer verilmemiştir. Ancak bu çalışmanın bulguları, özel sağlık sigortasının yalnızca yapısal erişim avantajı sağlamadığı, aynı zamanda bireyin ADS ile ilgili farkındalığını ve bilgi edinme kapasitesini de güçlendirdiğini göstermektedir.

Özel sağlık sigortasına sahip bireylerin, genellikle daha kısa bekleme süreleriyle sağlık hizmetlerine ulaşabilmeleri, rutin kontrolleri aksatmama ve bireysel sağlık sorumluluğunu daha etkin biçimde üstlenme eğilimleri, onların ADS'na ilişkin bilgiye ulaşma ve bu bilgiyi kullanma becerilerini artırmaktadır (Karamüftüoğlu ve Özkan, 2025). Bu durum, ADSOY'nın yalnızca bireysel çabalarla değil, sağlık sisteminin sunduğu imkânlarla da şekillendiğini ortaya koymaktadır.

Dolayısıyla, özel sağlık sigortasına sahip ebeveynlerde yüksek TOHLAT-P düzeylerinin gözlemlenmiş olması, ADS'na yönelik bilgi edinme ve koruyucu davranış geliştirme süreçlerinde sağlık hizmetlerine erişim kalitesinin belirleyici bir faktör olabileceğini göstermektedir. Bu bağlamda, ADSOY düzeyini artırmaya yönelik müdahalelerin yalnızca

bireysel bilgi düzeyine odaklanmakla kalmayıp, yapısal ve politik düzeyde sağlık güvencesinin niteliğini de dikkate alması gerektiği söylenebilir.

5.1.6. Ebeveynin ilaç kullanma durumu

Bu tez çalışmasında, ebeveynlerin düzenli ilaç kullanma durumları ile TOHLAT-P skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Düzenli ilaç kullanan ebeveynlerin ADSOY düzeylerinin daha yüksek olması, sağlık hizmetlerine daha sık temas etmelerinin bir sonucu olarak değerlendirilebilir. Kronik hastalığa sahip bireyler, hastalıklarının takibi ve tedavisi amacıyla sağlık sistemiyle daha yoğun bir ilişki içindedirler. Bu süreçte, yalnızca kendi hastalıklarıyla ilgili değil, aynı zamanda ADS gibi farklı sağlık alanlarında da bilgi edinme ve farkındalık geliştirme fırsatları artmaktadır (Kickbusch ve diğerleri, 2013).

Nitekim literatürde, sağlık hizmetlerine erişimin ve sağlık sistemindeki etkileşim sıklığının bireylerin SOY düzeyini olumlu etkilediği belirtilmektedir (Nutbeam, 2008; Sørensen ve diğerleri, 2012). Firmino ve arkadaşlarının (2018) sistematik derlemesinde, ADSOY düşük bireylerin sistemik hastalık prevalansının daha yüksek olduğu ve bu bireylerin hem koruyucu davranışlarda bulunmada hem de tedaviye uyumda yetersiz kaldıkları vurgulanmıştır. Bu da, ADSOY'un yalnızca bilgi edinme değil, aynı zamanda sağlık davranışlarına dönüştürme kapasitesiyle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Bu çalışmadaki bulgu, düzenli ilaç kullanan bireylerin sağlık sistemine olan yakın temaslarının, onların ADS'ye dair bilgi edinme yollarını da genişlettiğini ve bu durumun TOHLAT-P skorlarına yansıdığını göstermektedir. Dolayısıyla, ADSOY'nın bireyin sağlık durumu ve hizmetlere erişim sıklığı ile doğrudan ilişkili olabileceği, özellikle kronik hastalıkları nedeniyle düzenli sağlık kontrolü altında olan bireylerde bu farkındalığın daha belirgin olduğu söylenebilir. Bu bağlamda, ADSOY'un genel sağlık okuryazarlığının bir bileşeni olarak ele alınması, toplumun farklı kesimlerinde yürütülecek eğitim ve farkındalık programlarının kapsamını belirlemede önemli bir kriter olabilir.

5.1.7. Ailedeki toplam kişi sayısı

Bu tez çalışmasında ebeveynlerin yaşadığı hanedeki toplam kişi sayısı ile ADSOY düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Özellikle ailedeki birey sayısı arttıkça,

ebeveynlerin TOHLAT-P skorlarında düşüş gözlenmiştir. Bu durum, kalabalık aile yapılarında hem zaman hem de maddi kaynakların sınırlı olması nedeniyle çocukların ADS'sine ayrılan bireysel ilginin azalabileceğini düşündürmektedir.

Literatürde aile büyüklüğü gibi hane halkı yapısının ADS çıktıları üzerindeki etkisini ele alan çalışmalar nispeten sınırlıdır. Bununla birlikte, Buldur ve Güvendi'nin (2020) yürüttüğü çalışmada, ailedeki birey sayısının artmasıyla birlikte çocuklarda ağız hijyenine yönelik davranışların olumsuz etkilendiği ve bu durumun ebeveynin farkındalık düzeyi ile doğrudan bağlantılı olabileceği ifade edilmiştir. Aynı şekilde Moriyama ve arkadaşları (2022) da ailedeki birey sayısının, çocukların diş fırçalama sıklığı ve ebeveynin koruyucu ADS tutumları üzerinde negatif etki oluşturabileceğini belirtmişlerdir.

Bu çalışmada saptanan negatif korelasyon, özellikle daha kalabalık hanelerde ADSOY'a dayalı uygulamaların yaygınlaştırılmasında aileye özgü stratejilerin geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir. Aile yapısı, sadece bireysel tutum ve davranışları değil, aynı zamanda ebeveynin sağlıkla ilgili kararlarını da şekillendirmektedir. Bu nedenle ADSOY düzeyini artırmayı hedefleyen girişimlerde aile bazlı müdahale modelleri önem kazanmaktadır.

5.1.8. Ailedeki toplam çocuk sayısı

Bu tez çalışmasında ebeveynlerin sahip olduğu çocuk sayısı ile ADSOY düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Özellikle ailedeki çocuk sayısı arttıkça, ebeveynlerin TOHLAT-P skorlarında düşüş gözlemlenmiştir. Bu durum, çok çocuklu ailelerde bireysel çocuklara ayrılan sağlık ilgisinin azaldığını ve sağlıkla ilgili bilgi ve davranışların yeterince sürdürülememiş olabileceğini düşündürmektedir.

Literatürde çocuk sayısı değişkeni çoğunlukla doğurganlık, bakım yükü ve ebeveyn ilgisinin dağılması gibi bağlamlarda incelenmiştir. Buldur ve Güvendi (2020), ailedeki çocuk sayısının artmasının ebeveynlerin koruyucu sağlık davranışlarını uygulama kapasitesini azaltabileceğini ve bunun da çocukların ağız sağlığı çıktıları üzerinde olumsuz etki yaratabileceğini ifade etmiştir. Ayrıca Moriyama ve arkadaşları (2022) tarafından yapılan bir çalışmada, çok çocuklu ailelerde çocukların diş fırçalama sıklığının azaldığı ve ebeveynlerin ADS'sine ilişkin bilgi düzeylerinin yeterince yüksek olmadığı bildirilmiştir.

Bu çalışmada saptanan negatif korelasyon, çocuk sayısı arttıkça ebeveynlerin yalnızca ekonomik değil, bilgiye erişim ve uygulama açısından da zorlanabileceğini göstermektedir. Bu bulgu, çok çocuklu ailelerde ADS'ye yönelik davranışların bireyselleştirilememesi ve ebeveynin ADSOY'nı etkili biçimde yansıtamaması ile ilişkilidir. Dolayısıyla, ADS'na yönelik müdahalelerde çocuk sayısını da dikkate alan aile odaklı yaklaşımların geliştirilmesi gerektiği açıktır.

5.2. Bilgi Düzeyi ve Davranış Örüntüleri ile TOHLAT-P Düzeyinin İlişkisi

Ebeveynlerin diş çürüğü nedenlerine ve çürüğü önleme yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyleri ile TOHLAT-P skorları arasında anlamlı farklılıkların bulunması dikkat çekicidir. Genetik yatkınlık, şekerli gıdalarla beslenme ve düzenli diş fırçalamama gibi nedenleri doğru biçimde ifade eden ebeveynlerin TOHLAT-P düzeylerinin yüksek olması, kavramsal okuryazarlığın gelişmiş olduğuna işaret etmektedir (Macek ve diğerleri, 2010; Holtzman ve diğerleri, 2017). Ebeveynlerin çoklu yanıtlar sunduğu bu sorularda, genetik ve davranışsal faktörlerin birlikte kavranması, kavramsal okuryazarlığın üst düzeyde olduğuna işaret eder.

Düzenli diş fırçalama, floridli diş macunu kullanma, belirli aralıklarla diş fırçası değiştirme ve diş hekimi kontrollerine düzenli gitme gibi tutum ve davranışların yüksek TOHLAT-P düzeyi ile pozitif ilişkili bulunması ise, fonksiyonel okuryazarlığın davranışa dönüştüğünü göstermektedir (Kwon ve diğerleri, 2021; Buldur ve Oğuz, 2023). Ayrıca, çocuğun kullandığı diş fırçası türünün manuel olması ve florid uygulaması yapılmış olması gibi göstergelerin de yüksek TOHLAT-P düzeyi ile anlamlı ilişki göstermesi, ebeveynin ADS'na yönelik tutumlarının çocuk üzerindeki etkisini açıkça ortaya koymaktadır.

Ebeveynlerin daha önce ADS eğitimi almış olup olmamalarına göre TOHLAT-P düzeylerinde anlamlı bir fark bulunmamış olması ise, yalnızca bilgi temelli ve pasif öğrenme yaklaşımı içeren eğitimlerin sağlık davranışları ve ADSOY düzeyi üzerinde kalıcı bir etki yaratmada yetersiz olabileceğini düşündürmektedir. Bu bulgu, klasik eğitim programlarının revize edilmesi gerektiğini ve davranışsal değişim odaklı içeriklerin önem kazandığını göstermektedir. Atchison ve arkadaşlarının (2017) da belirttiği üzere, etkili sağlık eğitimi programları; interaktif, bağlamsal ve davranışsal olarak yapılandırılmış olmalıdır. Sadece bilgi sunmak değil, bu bilginin nasıl ve ne zaman kullanılacağına dair beceri geliştirmek de önemlidir.

5.3. Çocukların Ağız ve Diş Sağlığı Çıktıları ile TOHLAT-P Düzeyinin İlişkisi

5.3.1. DMFT/dmft indeksi

Çalışmada yer alan çocuklara ait ADS indeksleri ile TOHLAT-P düzeyleri arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Özellikle DMFT skoru 0 olan ve OHI-S skoru 0,00–1,20 arasında olan çocukların ebeveynlerinin TOHLAT-P skorlarının yüksek olması, ebeveyn ADSOY'nın çocuğun ADS üzerindeki koruyucu etkisini ortaya koymaktadır ve bu bulgular Firmino ve arkadaşları ile Baskaradoss ve arkadaşlarının çalışmaları ile uyumludur (Firmino ve diğerleri, 2017; Baskaradoss ve diğerleri, 2019). Bu durum, ebeveynlerin bilgi ve davranış düzeylerinin çocukların ADS çıktılarında doğrudan etkili olduğunu ve yüksek ADSOY'nın erken yaşta koruyucu etkiler oluşturabileceğini düşündürmektedir.

5.3.2. PUFA/pufa indeksi

PUFA/pufa skorları ile TOHLAT-P düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış olması, çürük komplikasyonlarının sadece ebeveyn bilgi düzeyinden değil, sağlık hizmetlerine erişim, sosyoekonomik zorluklar ve çocuğun bireysel risk profili gibi çok sayıda etkenden kaynaklanabileceğini göstermektedir (Monse ve diğerleri, 2010; Aktaş ve diğerleri, 2018). Nitekim DSÖ'nün önerdiği PUFA/pufa indeksi, tedavi edilmemiş çürüğün komplikasyon düzeyini göstermesi açısından önem arz etmekte ve toplum temelli epidemiyolojik çalışmalar için vazgeçilmez bir araç olarak kabul edilmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2013).

5.3.3. OHI-S indeksi

OHI-S skoru ile TOHLAT-P düzeyi arasında saptanan anlamlı ilişki, ebeveynlerin ADSOY çocukların ağız hijyen durumu üzerindeki belirleyici etkisini ortaya koymaktadır. Bu çalışmada OHI-S skoru 0,00–1,20 aralığında olan yani daha iyi ağız hijyenine sahip çocukların ebeveynlerinde TOHLAT-P skorlarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, ebeveynin bilgi düzeyinin ve bu bilgiyi davranışa dönüştürme becerisinin çocuğun günlük ağız hijyenine olumlu yansıdığını göstermektedir.

Literatürde benzer bulgular mevcuttur. Buldur ve Oğuz (2023), Türk örnekleminde yürüttükleri çalışmada, yüksek TOHLAT-P skorlarına sahip ebeveynlerin çocuklarında daha

iyi ağız hijyeni gözlendiğini bildirmiştir. Ayrıca Holtzman ve arkadaşları (2017), ağız sağlığı okuryazarlığı yüksek olan bireylerin daha düşük plak birikimi ve daha iyi ağız hijyeni indekslerine sahip olduğunu ortaya koymuştur. Macek ve arkadaşlarının (2010) geliştirdiği kavramsal modelde de ağız sağlığı bilgisinin, davranışsal çıktılar ve dolayısıyla ağız hijyeni üzerinde doğrudan etkili olduğu vurgulanmıştır.

Bu bağlamda, OHI-S skoru gibi nesnel ağız hijyeni ölçütleri, yalnızca çocuğun ağız sağlığı düzeyini değil, aynı zamanda ebeveynin sağlık okuryazarlığı düzeyinin davranışa dönüşümünü de yansıtan dolaylı bir gösterge niteliğindedir. Bu nedenle, ağız sağlığı okuryazarlığını değerlendirmeye yönelik programların, ebeveynin bilgi düzeyinin çocuk üzerindeki etkisini yalnızca öz bildirimle değil, aynı zamanda nesnel klinik çıktılarla ilişkilendirmesi önem arz etmektedir.

5.4. Korelasyon Analizlerinin Değerlendirilmesi

5.4.1. OHI-S skoru ile TOHLAT-P arasındaki ilişki

Korelasyon analizlerinde, çocukların ağız hijyeni indekslerinden biri olan OHI-S skorları ile ebeveynlerin TOHLAT-P düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgu, çocukların daha düşük OHI-S skorlarına sahip olduğu yani daha iyi ağız hijyenine sahip olduğu durumlarda ebeveynlerin ADSOY düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Buldur ve Oğuz'un (2023) çalışmasında da ebeveyn ADSOY düzeyinin çocukların ağız hijyenine doğrudan etki ettiği bildirilmiştir. Ayrıca Holtzman ve arkadaşları (2017), ADSOY yüksek olan bireylerin daha az plak ve daha iyi ağız hijyen skorlarına sahip olduğunu ifade etmiştir. Bu bulgular, ebeveynin bilgi ve davranış düzeyinin çocukların ağız hijyenine doğrudan katkı sağladığını göstermektedir.

5.4.2. Ailedeki kişi sayısı ile TOHLAT-P arasındaki ilişki

Ailedeki birey sayısı arttıkça TOHLAT-P skorlarında azalma gözlenmiştir. Bu negatif korelasyon, özellikle kalabalık hanelerde çocuk başına düşen sağlık ilgisinin ve ebeveyn kaynaklarının sınırlanabileceğini göstermektedir. Buldur ve Güvendi (2020), büyük aile yapılarının çocukların ağız hijyeni ve genel sağlık davranışları üzerinde sınırlayıcı etkiler yaratabileceğini raporlamıştır. Benzer şekilde, Moriyama ve arkadaşları (2022) da kalabalık

aile yapısının çocukların düzenli ağız hijyeni davranışlarını sürdürmesinde engelleyici bir faktör olabileceğini belirtmiştir. Bu durum, sağlık eğitimi ve davranış değişikliği programlarında aile büyüklüğünün dikkate alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.

5.4.3. Ailedeki çocuk sayısı ile TOHLAT-P arasındaki ilişki

Benzer şekilde, ailedeki çocuk sayısının artışı ile TOHLAT-P düzeyleri arasında negatif bir ilişki gözlenmiştir. Bu durum, çok çocuklu ailelerde bireysel sağlık takibinin zayıfladığını, ebeveynin her bir çocuk için ağız sağlığına ilişkin bilgi ve davranışlarını yeterince sürdüremediğini göstermektedir. Literatürde bu yönde benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Örneğin Buldur ve Güvendi (2020), çok çocuklu ailelerde ebeveynin koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyinin düştüğünü ve bunun çocukların ağız sağlığına olumsuz yansıdığını belirtmiştir. Moriyama ve arkadaşları (2022) da çok çocuklu ailelerde çocukların diş fırçalama sıklığının azaldığını ve ebeveyn okuryazarlığıyla ilişkili davranışların daha az gözlendiğini ifade etmiştir.

Tüm bu bulgular, korelasyon analizlerinin yalnızca sayısal bir ilişkiyi değil, aynı zamanda aile içi kaynak paylaşımı, sağlık bilinci ve uygulama davranışları gibi çok boyutlu etkileri de yansıttığını ortaya koymaktadır. Dolayısıyla, ADSOY düzeylerinin artırılması hedeflenirken aile büyüklüğü ve çocuk sayısı gibi faktörler göz önünde bulundurularak özelleştirilmiş müdahale stratejileri geliştirilmelidir.

Karamüftüoğlu ve Atabek (2020) tarafından yapılan bir derlemede, ADSOY düzeyinin sadece bilgi değil, davranış ve hizmete erişimi de etkilediğini belirtilmiş ve ebeveynlerin ADSOY düzeyinin yükseltilmesinin, çocukların koruyucu hizmetlerden faydalanma oranını artıracağı ifade edilmiştir.

Sonuç olarak, bu çalışmada elde edilen bulgular, ADSOY'nın bireysel sağlık davranışları ve çocukların ADS çıktıları üzerinde güçlü bir belirleyici olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, ADSOY düzeyinin artırılmasına yönelik stratejilerin sadece bireysel bilgi artırımıyla sınırlı kalmaması; sosyal, yapısal ve davranışsal boyutları da içermesi gerekmektedir. Ayrıca, çocuk diş hekimlerinin koruyucu sağlık hizmetlerinde aktif rol üstlenmeleri, toplumsal farkındalığın artırılması ve sağlık hizmetine erişimde eşitsizliklerin azaltılması adına kritik önem taşımaktadır.

5.5. Regresyon Analizlerinin Değerlendirilmesi

5.5.1. Ebeveynin öğrenim durumu

Bu çalışmada ebeveynin öğrenim düzeyi ile TOHLAT-P skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ortaokul ve altı düzeyinde eğitim alan bireylerin TOHLAT-P skorlarının anlamlı derecede düşük olduğu, yükseköğretim mezunlarında ise puanların belirgin biçimde arttığı gözlenmiştir. Bu durum, sağlık okuryazarlığı literatüründe sıklıkla vurgulanan temel bir bulgudur. Eğitim düzeyi, bireyin sağlıkla ilgili bilgileri edinme, anlama, değerlendirme ve uygulama becerilerinin gelişmesinde temel bir belirleyici olarak öne çıkmaktadır (Nutbeam, 2008).

Buldur ve Oğuz (2023) tarafından yapılan çalışmada da benzer biçimde, yüksek öğrenim düzeyine sahip ebeveynlerin çocuklarının ağız sağlığı çıktılarının daha iyi olduğu gösterilmiştir. Eğitimli bireyler, yalnızca daha fazla bilgiye erişim sağlamakla kalmaz; aynı zamanda bu bilgiyi eleştirel biçimde değerlendirerek, sağlıkla ilgili doğru kararlar alma olasılıklarını artırırlar. Bu bulgu, ADSOY düzeyinin artırılmasına yönelik müdahalelerde ebeveyn eğitim düzeyinin dikkate alınmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Ayrıca çok değişkenli lojistik regresyon analizinde lise mezunu ve altı ebeveynlerin TOHLAT-P düzeyinin düşük olma olasılığının, yüksekokul ve üniversite mezunlarına göre 18 kat daha fazla olduğu görülmüştür.

5.5.2. Ebeveynin çalışma durumu

Elde edilen bulgulara göre, çalışan ebeveynlerin TOHLAT-P düzeylerinin ev hanımı, emekli veya çalışmayan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışan bireylerin sosyal çevreleri daha geniş olmakta, sağlıkla ilgili konularda daha sık bilgi alışverişinde bulunmakta ve dijital okuryazarlık düzeyleri artmaktadır. Bu etkenlerin, sağlık bilgiye erişim ve bilgiyi işleme kapasitesine olumlu katkı sunduğu düşünülmektedir.

Bununla birlikte, çalışan ebeveynlerin sağlık hizmetlerine ulaşma konusunda daha proaktif davrandıkları ve koruyucu diş hekimliği hizmetlerinden daha fazla faydalandıkları da literatürde belirtilmiştir (Kiyak, 2005). Çalışma yaşamının getirdiği bilinç, planlama becerisi ve zaman yönetimi gibi unsurlar, çocukların ağız sağlığının yönetimi açısından da avantaj

sağlayabilmektedir. Ancak çok değişkenli analizde çalışma durumu ile TOHLAT-P düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

5.5.3. Ekonomik durum algısı

Çalışmada, ekonomik durumu "iyi" olarak algılayan ebeveynlerin TOHLAT-P skorlarının daha yüksek olduğu, "kötü" olarak algılayanların ise anlamlı şekilde daha düşük düzeylerde bulunduğu görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı ile ekonomik durum arasındaki ilişki, literatürde sıklıkla dile getirilen bir konudur. Ekonomik olanakları daha iyi olan bireylerin hem sağlık hizmetlerine erişim hem de bilgiye ulaşım açısından avantajlı konumda oldukları bilinmektedir.

Firmino ve arkadaşlarının (2018) sistematik derlemesinde, sosyoekonomik düzeyi düşük bireylerde ağız sağlığı hizmetlerinden yararlanma oranlarının daha az olduğu, tedavi edici hizmetlere daha fazla başvurulduğu ve koruyucu hizmetlere erişimin sınırlı kaldığı raporlanmıştır. Bu çalışma da benzer biçimde, ekonomik durumun ebeveynin ağız ve diş sağlığına yönelik bilgi düzeyi ve davranışlarını etkilediğini göstermektedir. Regresyon analizinde de ekonomik durum algısı kötü olan bireylerde TOHLAT-P düzeyinin düşük olma riski, iyi olarak algılayan bireylere göre 6,05 kat daha yüksek bulunmuştur (p=0,040).

5.5.4. Sağlık sigortası türü

Bu araştırmada özel sağlık sigortasına sahip ebeveynlerin TOHLAT-P düzeylerinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, sağlık güvencesinin yalnızca hizmete erişim değil, aynı zamanda bireyin sağlıkla ilgili bilgi edinme motivasyonunu da artırabileceğini göstermektedir. Özel sağlık sigortası, bireylerin sağlık hizmetlerinden daha kolay ve hızlı faydalanmalarını sağlamakta, bu da sağlıkla ilgili bilgi ve farkındalık düzeyini desteklemektedir.

Wong ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında, sigorta kapsamı geniş bireylerin koruyucu ağız-diş sağlığı hizmetlerinden daha fazla faydalandığı bildirilmiştir. Bu durum, TOHLAT-P düzeylerinin yükselmesinde yapısal eşitsizliklerin azaltılmasının ne kadar kritik olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca, özel sağlık sigortası olan bireylerin sağlık bilgilerini daha aktif arama ve kullanma davranışları sergiledikleri bilinmektedir. Bu nedenle sağlık

politikalarının yalnızca kamu güvencelerine değil, özel sağlık sigortası erişimine de duyarlılık göstermesi önerilmektedir.

5.5.5. Regresyon bulgularının yorumlanması

Bu çalışmada yapılan çok değişkenli lojistik regresyon analizleri, TOHLAT-P düzeyini etkileyen bağımsız faktörlerin belirlenmesine ışık tutmuştur. Elde edilen sonuçlara göre; 40 yaş ve üzeri ebeveynlerin TOHLAT-P düzeyinin düşük olma riski, 18-39 yaş grubuna göre yaklaşık 5 kat daha fazladır. Bu sonuç, yaş ilerledikçe sağlık bilgilerini güncelleme ve kullanma kapasitesinin azalabileceğini göstermektedir.

Öğrenim düzeyi ise en güçlü belirleyicilerden biri olarak öne çıkmıştır. Lise ve altı düzeyinde eğitime sahip bireylerin, yükseköğretim mezunlarına kıyasla TOHLAT-P düzeylerinin düşük olma olasılığı 18 kat daha fazladır. Bu bulgu, eğitim düzeyinin ADSOY üzerinde belirleyici etkisini kuvvetle desteklemektedir.

Bununla birlikte, diş çürüklerini önlemeye yönelik 1 doğru yanıt veren ebeveynlerin düşük TOHLAT-P düzeyine sahip olma riski, 3 doğru yanıt verenlere göre 8,152 kat daha yüksektir. Ayrıca, günde iki kez diş fırçalayan bireylerde TOHLAT-P düzeyinin düşük olma olasılığı da 3,309 kat daha fazladır; bu beklenmedik sonuç, belki de bireylerin bilgi ile davranışları arasında tutarsızlık olabileceğini düşündürmektedir. Tatlı ve gazlı içecek tüketen bireylerde de düşük TOHLAT-P düzeyi gözlenmiştir.

Bu analizler, yalnızca bireyin demografik özelliklerinin değil, aynı zamanda davranışsal faktörlerin de TOHLAT-P düzeylerini etkileyebileceğini göstermekte; ADS davranışlarının sağlık okuryazarlığının bir sonucu kadar, onunla birlikte şekillenen bir değişken olduğunu ortaya koymaktadır.

6. SONUÇ

6.1. Sonuç

Bu araştırma, Ankara'da özel bir Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği'nde, çocuk hastalar ve onların ebeveynlerinden birinden oluşan 238 kişinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Ebeveynlerin ağız-diş sağlığı okuryazarlığı, çocuklarının ağız-diş sağlığı çıktıları ile ilişkili çok boyutlu faktörler kapsamında değerlendirilmiştir. TOHLAT-P ölçeği ile yapılan ölçümler, ebeveyn ağız-diş sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin; yaş, öğrenim durumu, ekonomik durum algısı, çalışma durumu, sağlık sigortası varlığı, düzenli ilaç kullanımı ve ailedeki kişi/çocuk sayısı gibi sosyodemografik değişkenlerle anlamlı ilişkiler gösterdiğini ortaya koymuştur.

40 yaş ve üzeri ebeveynlerin TOHLAT-P düzeylerinin düşük olma riskinin genç bireylere kıyasla daha yüksek olduğu, lise mezunu ve altı olan bireylerin ise yükseköğretim mezunlarına göre ağız-diş sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin düşük olma riskinin çok daha fazla olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, ekonomik durumu kötü olarak algılayan ebeveynlerde düşük TOHLAT-P skoru görülme olasılığı anlamlı düzeyde artmıştır.

Ebeveynlerin ağız-diş sağlığına yönelik bilgi düzeyleri, tutum ve davranışları ile çocuklarının ağız içi muayene bulguları (özellikle DMFT ve OHI-S skorları) arasında kurulan ilişkiler, yüksek ağız-diş sağlığı okuryazarlığı düzeyinin koruyucu etkilerini açık biçimde yansıtmıştır. PUFA/pufa skorları ile anlamlı bir ilişki bulunmamış olması, çürüğün komplikasyon düzeylerinin yalnızca ebeveyn bilgisiyle değil; sosyal ve yapısal faktörlerle de şekillendiğini göstermektedir.

Bu çalışmada, TOHLAT-P ölçeği için ortanca skora dayalı olarak 31 puan eşik değeri belirlenmiş ve bu değer, Türkiye örnekleminde ilk kez kullanılan anlamlı bir metodolojik katkı olarak literatüre kazandırılmıştır. Ayrıca, diş fırçalama sıklığı, tatlı ve asitli gıda tüketimi gibi davranışsal faktörlerin de TOHLAT-P skorunu öngördüğü gösterilmiştir. Ebeveynlerin bilgi düzeylerinin davranışlara tam olarak yansımadığı durumlar, sağlık okuryazarlığının sadece bilişsel değil, duyuşsal ve davranışsal boyutlarının birlikte değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak, bu çalışma; ebeveyn ADSOY düzeyinin yalnızca bireysel bilgi ve davranışları değil, aynı zamanda çocukların ağız-diş sağlığına yönelik hizmetlere erişimini, bu hizmetlerden yararlanma düzeyini ve sağlık davranışlarını da doğrudan etkileyen önemli bir belirleyici olduğunu açıkça ortaya koymuştur. Bu nedenle ebeveyn ağız-diş sağlığı okuryazarlığı düzeyinin artırılması, çocukların yaşam boyu ağız-diş sağlığına yönelik olumlu alışkanlıklar geliştirmesi açısından kritik bir strateji olarak değerlendirilmelidir.

6.2. Öneriler

1. Ebeveynlere Yönelik Eğitim Programları Geliştirilmelidir: Ağız-diş sağlığı okuryazarlığı düzeyini artırmak amacıyla ebeveynlere yönelik yapılandırılmış, uygulamalı, etkileşimli ve davranışsal değişim odaklı eğitim programları tasarlanmalı ve bu programlar özellikle düşük eğitimli ve sosyoekonomik dezavantajlı gruplara öncelik verilerek yaygınlaştırılmalıdır.

2. Erken Müdahale ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri Teşvik Edilmelidir: Ebeveyn ağız-diş sağlığı okuryazarlığı düzeyinin çocukların çürük prevalansı ve ağız hijyen skorları ile ilişkili olduğu göz önüne alındığında, mobil sağlık birimleri, okul temelli taramalar ve toplumsal koruyucu diş hekimliği hizmetlerinin yaygınlaştırılması sağlanmalıdır.

3. Sosyoekonomik Eşitsizlikler Giderilmelidir: Ekonomik durum algısı, sağlık güvencesi ve hane halkı büyüklüğü gibi sosyal belirleyiciler dikkate alınarak, düşük gelirli, kalabalık ve çok çocuklu aileler için özel destek mekanizmaları ve sosyal politika araçları geliştirilmelidir.

4. Sağlık Sigortası Kapsamı Genişletilmelidir: Özel sağlık sigortasına sahip bireylerin daha yüksek TOHLAT-P skorlarına sahip olduğu göz önüne alındığında, ağız-diş sağlığı hizmetlerinin sigorta kapsamına dâhil edilmesi ve bu hizmetlere erişimin kolaylaştırılması ebeveynlerin sağlık bilgilerini daha etkin kullanmalarını teşvik edecektir.

5. TOHLAT-P Ölçeği Yaygınlaştırılmalı ve Geliştirilmelidir: Türkiye'de ebeveyn ağız-diş sağlığı okuryazarlığı düzeyinin değerlendirilmesinde TOHLAT-P ölçeği yaygın olarak kullanılmalı; farklı bölgelerde, kültürel bağlamlarda ve dijital ortamda test edilerek geçerlik ve güvenilirlik düzeyleri artırılmalı, kısa formları ve dijital versiyonları geliştirilmelidir.

6. Aile Odaklı Müdahale Modelleri Uygulanmalıdır: Ailedeki birey sayısı ve çocuk sayısı arttıkça ADSOY düzeyinde yaşanan düşüş dikkate alınarak, aileye bütüncül yaklaşan, bilgi paylaşımını kolaylaştıran, ev temelli ya da grup temelli müdahale stratejileri geliştirilmelidir.

7. Diş Hekimlerinin Rolü Güçlendirilmelidir: Diş hekimleri yalnızca klinik uygulayıcılar değil; aynı zamanda eğitici, yönlendirici ve toplumsal savunucular olarak görülmeli; toplum temelli projelerde ve koruyucu hizmetlerde daha aktif roller üstlenmeleri desteklenmelidir.

8. Gelecek Araştırmalar için Tavsiyeler: TOHLAT-P temelli bu çalışmanın sonuçları, davranışsal müdahaleleri içeren, uzunlamasına tasarlanmış, farklı sosyokültürel grupları kapsayan ileri araştırmalarla desteklenmelidir. Ayrıca ADSOY'un çocukların uzun vadeli sağlık çıktıları üzerindeki etkisi ayrıntılı biçimde incelenmelidir.

Bu öneriler doğrultusunda, çocukların yaşam boyu sürecek ağız-diş sağlığı davranışlarının geliştirilmesinde ebeveynlerin kilit rolü desteklenerek, toplum temelli ağız-diş sağlığı iyileştirme stratejileri daha etkili ve sürdürülebilir hâle getirilebilir.

KAYNAKLAR

Aktaş, N., Akal, N., Akın, Y., and Moğulkoç, A. İ. (2018). Evaluation of untreated dental caries in children using the PUFA index. *Acta Odontologica Turcica*, 35(1), 23–28. https://doi.org/10.17214/gaziaot.311982

Alzahrani, A. Y., El Meligy, O., Bahdila, D., Aljawi, R., Bamashmous, N. O., and Almushayt, A. (2024). The influence of parental oral health literacy on children's oral health: A scoping review. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 48(4), 16–25.

Alzahrani, A. Y., El Meligy, O., Bahdila, D., Aljawi, R., Bamashmous, N. O., and Almushayt, A. (2025). Health and oral health literacy: A comprehensive literature review from theory to practice. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 35(2), 434–445.

Aslantekin, F., and Yumrutaş, M. (2014). Health literacy and measurement. In *Proceedings of Health Literacy Symposium*(pp. 327–334).

Atchison, K. A., Macek, M. D., and Markovic, D. (2017). Advanced informatics understanding of clinician-patient communication and oral health literacy. *Journal of Public Health Dentistry*, 77(Suppl 1), S39–S47.

Avcı, E., and Özkan, S. (2020). The level of health literacy in world and Turkey and affecting factors. *Turkey Health Literacy Journal*, 1(1), 1–9.

Baginska, J., and Stokowska, W. (2013). Pulpal involvement-roots-sepsis index: A new method for describing the clinical consequences of untreated dental caries. *Medical Principles and Practice*, 22(6), 555–560.

Baskaradoss, J. K. (2018). Relationship between oral health literacy and oral health status. *BMC Oral Health*, 18, Article 172. https://doi.org/10.1186/s12903-018-0640-3

Baskaradoss, J. K., Baweja, D. K., and Khadka, N. (2019). Association of parental oral health literacy with children’s oral health status in a multi-ethnic population. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry*, 10(4), e12466.

Becker, T., Levin, L., Shochat, T., and Einy, S. (2007). How much does the DMFT index underestimate the need for restorative care? *Journal of Dental Education*, 71(5), 677–681.

Bernabe, E., Marcenes, W., Abdulkader, R. S., Abreu, L. G., Afzal, S., Alhalaiqa, F. N., ... and GBD 2021 Oral Disorders Collaborators. (2025). Trends in the global, regional, and national burden of oral conditions from 1990 to 2021: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*, 405(10482), 897–910.

Buldur, B., and Güvendi, O. N. (2020). Conceptual modelling of the factors affecting oral health-related quality of life in children: A path analysis. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 30(2), 181–192.

Buldur, B., and Oğuz, E. (2023). Reliability and validity of the Turkish version of the Oral Health Literacy Assessment Task: Pathways between parental oral health literacy and oral health consequences in children. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 33(2), 101–112.

Márquez-Arrico, C. F., Almerich-Silla, J. M., and Montiel-Company, J. M. (2019). Relationship between educational level and oral health knowledge in adult population in Spain. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 11(12), e1143–e1150.

Committee on an Oral Health Initiative. (2012). *Advancing oral health in America*. National Academies Press.

Demirel, A., Güçlü, H. S., Güçlü, M., and Bağış, N. (2025). Evaluation of effects of verbal and video-based instructions on the improvement of oral hygiene in children. *International Journal of Dental Hygiene*, Advance online publication. https://doi.org/[DOI eklenecekse buraya]

Dickson-Swift, V., Kenny, A., Farmer, J., Gussy, M., and Larkins, S. (2014). Measuring oral health literacy: A scoping review of existing tools. *BMC Oral Health*, 14, Article 148. https://doi.org/10.1186/1472-6831-14-148

Dünya Sağlık Örgütü, (2013). *Oral health surveys: Basic methods* (5th ed.). Geneva: World Health Organization.

Eğri, M., Kayaoğlu, A., Önder, Y., ve Çıtıl, R. (2015). Tokat il merkezindeki ilköğretim 12 yaş öğrencilerde DMFT indeksi ve ilişkili faktörler. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 7(3), 198–207.

Featherstone, J. D. (2004). The continuum of dental caries—evidence for a dynamic disease process. *Journal of Dental Research*, 83(Spec No C), C39–C42.

Firmino, R. T., Ferreira, F. M., Martins, C. C., Granville-Garcia, A. F., Fraiz, F. C., and Paiva, S. M. (2018). Is parental oral health literacy a predictor of children's oral health outcomes? Systematic review of the literature. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 28(5), 459–471.

Firmino, R. T., Ferreira, F. M., Martins, C. C., Granville-Garcia, A. F., Fraiz, F. C., and Paiva, S. M. (2019). Validation for Brazilian Portuguese language of the Hong Kong Oral Health Literacy Assessment Task for Pediatric Dentistry (HKOHLAT-P). *International Journal of Paediatric Dentistry*, 29(6), 698–707.

Firmino, R. T., Ferreira, F. M., Paiva, S. M., Granville-Garcia, A. F., Fraiz, F. C., and Martins, C. C. (2017). Oral health literacy and associated oral conditions: A systematic review. *Journal of the American Dental Association*, 148(8), 604–613.

Gong, D. A., Lee, J. Y., Rozier, R. G., Pahel, B. T., Richman, J. A., and Vann, W. F. Jr. (2007). Development and testing of the test of functional health literacy in dentistry (TOFHLiD). *Journal of Public Health Dentistry*, 67(2), 105–112.

Greene, J. C., and Vermillion, J. R. (1964). The simplified oral hygiene index. *Journal of the American Dental Association*, 68(1), 7–13.

Gong, D. A., Lee, J. Y., Rozier, R. G., Pahel, B. T., Richman, J. A., and Vann, W. F. Jr. (2007). Development and testing of the test of functional health literacy in dentistry (TOFHLiD). *Journal of Public Health Dentistry*, 67(2), 105–112.

Guo, Y., Logan, H. L., Dodd, V. J., Muller, K. E., Marks, J. G., and Riley, J. L. III. (2014). Health literacy: A pathway to better oral health. *American Journal of Public Health*, 104(7), e85–e91.

Gurenlian, J. R. (2009). The relationship between oral health and systemic disease. *The Dental Assistant*, 78(4), 24–28.

Gudipaneni, R. K., Alzabni, K. M. D., Alrashedi, F. F. A., Alruwaili, D. H. J., Albalawi, F. A., Alanazi, A. H., Alshamri, B. A, Almaeen, S.H., Manchery, and Bawazir, O. A. (2024). The impact of parental dental anxiety and oral health literacy on child oral health and dental-visit patterns: A cross-sectional study. *BMC Oral Health*, 24(1), Article 853.

Holtzman, J. S., Atchison, K. A., Macek, M. D., and Markovic, D. (2017). Oral health literacy and measures of periodontal disease. *Journal of Periodontology*, 88(1), 78–88.

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

Horowitz, A. M., and Kleinman, D. V. (2012). Oral health literacy: A pathway to reducing oral health disparities in Maryland. *Journal of Public Health Dentistry*, 72(1), 26–30.

Horowitz, A. M., Kleinman, D. V., Atchison, K. A., Weintraub, J. A., and Rozier, R. G. (2020). The evolving role of health literacy in improving oral health. In *Health literacy in clinical practice and public health* (pp. 95–114). IOS Press.

Horowitz, A. M., Maybury, C., Kleinman, D. V., Radice, S. D., Wang, M. Q., Child, W., and Rudd, R. E. (2014). Health literacy environmental scans of community-based dental clinics in Maryland. *American Journal of Public Health*, 104(8), 85–93.

Huang, D., Wang, Y. Y., Li, B. H., Wu, L., Xie, W. Z., Zhou, X., and Ma, B. (2024). Association between periodontal disease and systemic diseases: A cross-sectional analysis of current evidence. *Military Medical Research*, 11(1), 1–13.

İnternet: Institute of Medicine (US) Committee on Oral Health Access to Services. (May, 2011). *Advancing oral health in America*. National Academies Press. https://nap.nationalacademies.org/catalog/13086/advancing-oral-health-in-america adresinden 20 Mayıs 2025'te alınmıştır.

İnternet: Amerikan Diş Hekimleri Birliği, Diş Hekimliğinde Sağlık Okuryazarlığı. (Nisan, 2025). Web: https://www.ada.org/resources/community-initiatives/health-literacy-in-dentistry

İnternet: Dünya Sağlık Örgütü, Sağlığın Geliştirilmesi Terimleri Sözlüğü (Aralık, 1998). Web: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1 adresinden 19 Mayıs 2025'te alınmıştır.

İnternet: Dünya Sağlık Örgütü, (Haziran, 2003). Dünya Ağız Sağlığı Raporu 2003: 21. Yüzyılda Ağız Sağlığının Sürekli İyileştirilmesi – DSÖ Küresel Ağız Sağlığı Programı Yaklaşımı Web: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NPH-ORH-03-2 adresinden 19 Mayıs 2025'te alınmıştır.

İnternet: Dünya Sağlık Örgütü, Küresel Ağız Sağlığı Durum Raporu: 2030'a Kadar Ağız Sağlığı İçin Evrensel Sağlık Kapsamına Doğru (Mart, 2022). https://www.who.int/team/noncommunicable-diseases/global-status-report-on-oral-health-2022 adresinden 22 Mayıs 2025'te alınmıştır.

İnternet: Dünya Sağlık Örgütü, Ağız Sağlığı. (May, 2024). Web: https://www.who.int/westernpacific/health-topics/oral-health#tab=tab_1 adresinden 19 Mayıs 2025'te alınmıştır.

İnternet: Dünya Sağlık Örgütü, Çocukluk Çağı Diş Çürüklerinin Sona Erdirilmesi: DSÖ Uygulama Kılavuzu**.** (April, 2025). Web: https://www.who.int/publications/i/item/9789240000056 adresinden 19 Mayıs 2025'te alınmıştır.

İnternet: Dünya Sağlık Örgütü, 2023–2030 Küresel Ağız Sağlığı Stratejisi ve Eylem Planı (March, 2025). Web: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376623/9789240090538-eng.pdf adresinden 20 Mayıs 2025'te alınmıştır.

İnternet: Dünya Sağlık Örgütü, (May, 2025). Küresel Sağlık Gözlemevi. Web: https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3812 adresinden 21 Mayıs 2025'te alınmıştır.

İnternet: Kutner, M. A., Greenberg, E., Jin, Y., Paulsen, C., and White, S. (September, 2006). *The health literacy of America's adults*. Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy. https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED493284.pdf adresinden 23 Mayıs 2025'te alınmıştır.

İnternet: Pine, C. M., and Harris, R. (January, 2007). *Community oral health*. Quintessence Publishing. https://www.quintessence-publishing.com/deu/en/product/community-oral-health adresinden 21 Mayıs 2025'te alınmıştır.

İnternet: Türk Dil Kurumu. (October, 2025). https://sozluk.gov.tr adresinden 22 Mayıs 2025'te alınmıştır.

İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Araştırması, 2017 ve 2024. (Aralık, 2024). https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/50280/0/turkiye-saglik-okuryazarligi-ve-iliskili-faktorleri-arastirmasipdf.pdf adresinden 19 Mayıs 2025'te alınmıştır.

İnternet: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), 2009 UNESCO Kültürel İstatistikler Çerçevesi (September, 2009). https://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/unesco-framework-for-cultural-statistics-2009-en_0.pdf adresinden 23 Mayıs 2025'te alınmıştır.

İnternet: Zaralı, F., ve Dede, Z. (Kasım, 2011). *Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü*. Ankara: Anıl Matbaacılık. https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/439 adresinden 22 Mayıs 2025'te alınmıştır.

Ju, X., Parker, E., Whelan, J., Steffens, M., and Jamieson, L. (2017). The effectiveness of a culturally adapted oral health education program for Indigenous adults in Australia. *Journal of Public Health Dentistry*, 77(4), 370–378.

Karamüftüoğlu, N., ve Atabek, D. (2020). Sağlık okuryazarlığında yeni bir alan: Ağız ve diş sağlığı okuryazarlığı. *Turkey Health Literacy Journal*, 1(2), 130–148.

Karamüftüoğlu, N., ve Özkan, S. (2025). Çocuk diş hekimliğinde ebeveyn ağız-diş sağlığı okuryazarlığı ve çocukların ağız-diş sağlığı üzerindeki etkileri. *Turkey Health Literacy Journal*, 5(3), 97–103.

Kickbusch, I., Wait, S., Maag, D., and Banks, I. (2006). *Navigating health: The role of health literacy*. Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre.

Kwon, S., Atchison, K., Holtzman, J., Markovic, D., and Macek, M. (2021). Oral health literacy and its relationship with oral health behaviors in underserved adults. *Journal of Public Health Dentistry*, 81(1), 43–50.

Kuter, B. (2019). İzmir ilindeki 6 yaş grubu çocukların ağız-diş sağlığı durumlarının değerlendirilmesi ve önemli çürük indeksinin önemi. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 29(2), 176–181.

Lambert, M., Luke, J., Downey, B., Crengle, S., Kelaher, M., Reid, S., and Smylie, J. (2014). Health literacy: Health professionals' understandings and their perceptions of barriers that Indigenous patients encounter. *BMC Health Services Research*, 14, 1-10.

Lee, J. Y., Rozier, R. G., Lee, S. Y. D., Bender, D., and Ruiz, R. E. (2007). Development of a word recognition instrument to test health literacy in dentistry: The REALD-30—a brief communication. *Journal of Public Health Dentistry*, 67(2), 94–98.

Lieske, B., Kofahl, C., Borof, K., Spinler, K., Poth, A., Dingoyan, D., Beikler, T., Heydecke, G., and Aarabi, G. (2025). Oral health literacy and oral health status of a German adult population with migration background—Findings from the MuMi Study. *Journal of Migration and Health*, 11, 100309.

Macek, M. D., Atchison, K. A., Chen, H., Wells, W., Haynes, D., and Parker, R. M. (2010). Oral health conceptual knowledge and its relationships with oral health outcomes: Findings from a multi-site health literacy study. *Journal of the American Dental Association*, 141(12), 1218–1227.

Macek, M. D., Haynes, D., Wells, W., Bauer-Leffler, S., Cotten, P. A., and Parker, R. M. (2010). Measuring conceptual health knowledge in the context of oral health literacy: Preliminary results. *Journal of Public Health Dentistry*, 70(3), 197–204.

Monse, B., Heinrich-Weltzien, R., Benzian, H., Holmgren, C., and van Palenstein Helderman, W. (2010). PUFA—An index of clinical consequences of untreated dental caries. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 38(1), 77–82.

Paakkari, L., and Okan, O. (2020). COVID-19: Health literacy is an underestimated problem. *The Lancet Public Health*, 5(5), e249–e250.

Pelikan, J., Link, T., and Straßmayr, C. (2021). The European Health Literacy Survey 2019 of M-POHL: A summary of its main results. *European Journal of Public Health*, 31(Supplement_3), ckab164–497.

Pereira, S. M., Silva, E. P., Cortellazzi, K. L., Ambrosano, G. M. B., Mialhe, F. L., Meneghim, M. C. (2009). Estimate of DMFT index using the teeth most affected by dental caries in twelve-year-old children. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 179–182.

Peres, M. A., Macpherson, L. M. D., Weyant, R. J., Daly, B., Venturelli, R., Mathur, M, R. (2019). Oral diseases: A global public health challenge. *The Lancet*, 394(10194), 249–260.

Petersen, P. E., and Baez, R. J. (2013). *Oral health surveys: Basic methods* (5th ed.). World Health Organization.

Ratzan, S. C. (2001). Health literacy: Communication for the public good. *Health Promotion International*, 16(2), 207–214.

Richman, J. A., Lee, J. Y., Rozier, R. G., Gong, D. A., Pahel, B. T., and Vann Jr, W. F. (2007). Evaluation of a word recognition instrument to test health literacy in dentistry: The REALD-99. *Journal of Public Health Dentistry*, 67(2), 99–104.

Sağlam, C., Mojarrab, N., Ahlat, E. M., Çınarcık, B. Ş., Ersin, N., Ertuğrul, F., and Çoğulu, D. (2025). Evaluation of the effectiveness of parental oral health education. *Evaluation*, 12(1), 7–13.

Sartorius, N. (2006). The meanings of health and its promotion. *Croatian Medical Journal*, 47(4), 662.

Schmalz, G., and Ziebolz, D. (2020). Special issue "Oral health and systemic diseases". *Journal of Clinical Medicine*, 9(10), 3156.

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

Sheller, B., Williams, B. J., and Lombardi, S. M. (1997). Diagnosis and treatment of dental caries-related emergencies in a children's hospital. *Pediatric Dentistry*, 19(8), 470–475.

Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monographs*, 2(1_suppl), 1–10.

Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Uiters, E. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058.

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

Tanrıöver, M. D., Yıldırım, H. H., Ready, F. N. D., Çakır, B., ve Akalın, H. E. (2014). *Sağlık okuryazarlığı araştırması*. Sağlık-Sen Yayınları.

Tavares, M., Calabi, K. A. L., and San Martin, L. (2014). Systemic diseases and oral health. *Dental Clinics of North America*, 58(4), 797–814.

Taşkaya, B., and Buldur, B. (2025). Parental and individual determinants of dental trust in children: A path analysis of a conceptual model. *BMC Oral Health*, 25, 127.

Von Wagner, C., Knight, K., Steptoe, A., and Wardle, J. (2007). Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(12), 1086–1090.

Watt, R. G., Daly, B., Allison, P., Macpherson, L. M., Venturelli, R., Listl, S., Weyant, R. J., Mathur, M. R., Guarnizo-Herreno, C. C., Celeste, R. K., Peres, M.A., Kearns, C., Benzian, H. (2019). Ending the neglect of global oral health: Time for radical action. *The Lancet*, 394(10194), 261–272.

Wehmeyer, M. M., Corwin, C. L., Guthmiller, J. M., and Lee, J. Y. (2014). The impact of oral health literacy on periodontal health status. *Journal of Public Health Dentistry*, 74(1), 80–87.

Weiss, B. D. (2015). Health literacy research: Isn't there something better we could be doing?. *Health Communication*, 30(12), 1173–1175.

Wong, H. M., Bridges, S. M., Yiu, C. K., McGrath, C. P., Au, T. K., and Parthasarathy, D. S. (2012). Development and validation of Hong Kong rapid estimate of adult literacy in dentistry. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry*, 3(2), 118–127.

Wong, H. M., Bridges, S. M., Yiu, C. K. Y., McGrath, C. P. J., Parthasarathy, D. S., Terry, K.A., Parthasarathy D. S. (2013). Validation of the Hong Kong Oral Health Literacy Assessment Task for Pediatric Dentistry (HKOHLAT-P). *International Journal of Paediatric Dentistry*, 23(5), 366–375.

Wu, K., Yin, W., Liang, X., Zou, L., and Yang, Z. (2024). The influence of parents' oral health literacy and behavior on oral health of preschool children aged 3–6 years—Evidence from China. *BMC Oral Health*, 24(1), 1445.

Zarcadoolas, C., Pleasant, A., and Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promotion International*, 20(2), 195–203.

EKLER

EK-1. Komisyon Onay Belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 25.05.2022-E.366953

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu

Sayı : E-77082166-302.08.01-366953 25.05.2022
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

Sayın Prof. Dr. Seçil ÖZKAN
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı - Öğretim Üyesi

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı **Doktora Öğrencisi Nevra KARAMÜFTÜOĞLU'nun, Prof.Dr.Seçil ÖZKAN'ın** danışmanlığında yürüttüğü ***"Comprehensive Measure of Oral Health Knowledge-(CMOHK) Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması"*** adlı tez çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun **10.05.2022** tarih ve **09** sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Araştırma Kod No: 2022 - 680

Prof. Dr. İsmail KARAKAYA
Komisyon Başkanı

Ek:1 Liste
DAĞITIM
Gereği:
Sayın Prof. Dr. Seçil ÖZKAN

Bilgi:
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu :BSR0R4UUF2 Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/gazi-universitesi-ebys

Emniyet Mahallesi Bandırma Caddesi No :6/1 06560 Yenimahalle/ANKARA
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76
İnternet Adresi :http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/
Kep Adresi: gaziuniversitesi@hs01.kep.tr
Bilgi için :Nursel Güner
Genel Evrak Sorumlusu
Telefon No:202 20 57

Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-1. (devam) Etik Komisyon Onay Belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 30.04.2025-E.1229605

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Komisyonu

2025 AİLE YILI

Sayı : E-77082166-302.08.01-1229605 30.04.2025
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

DAĞITIM YERLERİNE

Daha önce 25.05.2022 tarih ve E.366953 sayılı yazımız ile onay alan 2022 - 680 kod numaralı, Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Doktora Öğrencisi Nevra KARAMÜFTÜOĞLU'nun, Prof.Dr.Seçil ÖZKAN'ın danışmanlığında yürüttüğü ***"Comprehensive Measure of Oral Health Knowledge-(CMOHK) Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması"*** başlıklı tez çalışması hakkında ilgililerden alınan 28.04.2025 tarihli dilekçe Komisyonumuzun **29.04.2025** tarih ve **07** sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

Dilekçede; tez çalışmasının başlığının ***"Ebeveynlerin Ağız-Diş Sağlığı Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler"*** olarak değiştirilmesi ile ilgili talebin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. İsmail KARAKAYA
Komisyon Başkanı

DAĞITIM
Gereği:
Sayın Prof. Dr. Seçil ÖZKAN

Bilgi:
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu :BSD246ZD42 Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/gazi-universitesi-ebys

Emniyet Mahallesi Bandırma Caddesi No :6/1 06560 Yenimahalle/ANKARA
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76
İnternet Adresi :http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/
Kep Adresi: gaziuniversitesi@hs01.kep.tr
Bilgi için :Nursel Güner
Genel Evrak Sorumlusu
Telefon No:202 20 57

Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-1. (devam) Etik Komisyon Onay Belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 10.07.2025-E.1283552

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Komisyonu

2025 AİLE YILI

Sayı : E-77082166-302.08.01-1283552 10.07.2025
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

DAĞITIM YERLERİNE

Daha önce 25.05.2022 tarih ve E.366953 sayılı, 30.04.2025 tarih ve E.1229605 yazılarımız ile onay alan 2022 - 680 kod numaralı, Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı **Doktora Öğrencisi Nevra KARAMÜFTÜOĞLU'nun, Prof.Dr.Seçil ÖZKAN'ın** danışmanlığında yürüttüğü ***"Ebeveynlerin Ağız-Diş Sağlığı Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler"*** başlıklı tez çalışması hakkında ilgililerden alınan 08.07.2025 tarihli dilekçe Komisyonumuzun **08.07.2025** tarih ve **11** sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

Dilekçede; çalışmanın başlığının ***"6-12 Yaş Grubu Çocukların Ebeveynlerinin Ağız-Diş Sağlığı Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler"*** olarak değiştirilmesi ile ilgili talebin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. İsmail KARAKAYA
Komisyon Başkanı

DAĞITIM
Gereği:
Sayın Prof. Dr. Seçil ÖZKAN

Bilgi:
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu :BS927J8P73 Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/gazi-universitesi-ebys

Emniyet Mahallesi Bandırma Caddesi No :6/1 06560 Yenimahalle/ANKARA
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76
İnternet Adresi :http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/
Kep Adresi: gaziuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için :Nursel Güner
Genel Evrak Sorumlusu
Telefon No:202 20 57

Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-2. Anket Formu

Değerli ebeveyn,

Bu anket, doktora tezi kapsamında Prof. Dr. Seçil ÖZKAN ve Dr. Nevra KARAMÜFTÜOĞLU tarafından yürütülen "Ebeveynlerin Ağız-diş Sağlığı Okuryazarlık Düzeyi ve İlişkili Faktörler" başlıklı araştırma için hazırlanmıştır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme yapılmayacaktır. Anketi yanıtlayanların kişisel bilgilerine yönelik bir soru sorulmamaktadır ve dolayısıyla anketi yanıtlayanlar anonim olarak kalacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorsanız anketi dikkatlice okuyup soruları yanıtlamanızı rica ederiz. Yanıtlarınız, çalışmanın amacına ulaşmada büyük bir katkı sağlayacaktır. Anketin tamamlanması yaklaşık 30 dakikanızı alacaktır.

Değerli katılımlarınız için teşekkürler.

Dr. Nevra KARAMÜFTÜOĞLU
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Halk Sağlığı Doktora Öğrencisi

☐ Ankete gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum

EK-2. (devam) Anket Formu

BÖLÜM 1

1. İsim, Soyisim

……...

2. Çocuğunuzun adı, soyadı

……...

3. Yaşadığınız İl ve Semt

……

4. Telefon numarası

……

5. Yaş

- 18-29 yaş
- 30-39 yaş
- 40-49 yaş
- 50 yaş ve üzeri

6. Cinsiyet

- Kadın
- Erkek

7. Medeni durum

Evli

Bekâr

8. Öğrenim durumu

- Okuryazar değil
- İlkokul mezunu
- Ortaokul mezunu
- Lise mezunu
- Yüksekokul- Üniversite mezunu

9. Çalışma durumu

- Ev Hanımı
- İşsiz
- Çalışan
- Emekli

EK-2. (devam) Anket Formu

10. Ekonomik durum

- Kötü
- Orta
- İyi

11. Sağlık sigortanız (GSS-Emekli sandığı, SGK, Bağkur) nedir?

- GSS
- Özel Sağlık Sigortası
- Sağlık Güvencesi Yok

12. Çocuğunuzun son diş hekimi ziyaretinden bu yana geçen süre nedir?

- Son 6 Ay
- Son 1 Yıl
- Son 5 Yıl
- İlk Defa Götürüyor

13. Daha önce hiç ağız hijyeni eğitimi aldınız mı?

- Evet
- Hayır

14. Çocuğunuzun manuel veya elektrikli diş fırçası kullan durumu nedir?

- Manuel Fırça
- Elektrikli Fırça
- Her İkisi

15. Ailenizdeki çocuk sayısı kaçtır?

……

16. Ailenizdeki toplam kişi sayısı kaçtır?

……

17. Size göre dişlerin çürüme nedeni nedir? (Birden fazla işaretlenebilir)

- Fırçalamama
- Beslenme
- Genetik

18. Size göre dişlerin çürümemesi için yapılması gereken/ler nedir? (Birden fazla işaretlenebilir)

- Düzenli Fırçalama
- Şeker Tüketimini Kısıtlama

EK-2. (devam) Anket Formu

- Düzenli Diş Hekimi Kontrolü

19. Her gün düzenli diş fırçalıyor musunuz?

- Evet
- Hayır

20. Günlük diş fırçalama sayınız nedir?

- Hiç
- Nadiren
- 1
- 2
- 3-4

21. Diş fırçalama süreniz ne kadardır?

- 1 dk.'dan az
- 1 dk.
- 2 dk.
- 3-4 dk.

22. Diş fırçanızı ne sıklıkla değiştiriyorsunuz?

- Yılda 1 kez
- Birkaç ayda 1 kez
- Fırça kılları deforme olduğunda

23. Kullandığınız diş macunu florid içeriyor mu?

- Evet
- Hayır

24. Çocuğunuza daha önce florid uygulaması yaptırdınız mı?

- Evet
- Hayır

25. Tatlı, şeker, çikolata ve gazlı içecek tüketiyor musunuz?

- Evet
- Hayır

26. Cevabınız evet ise tatlı, şeker, çikolata ve gazlı içecek tüketim sıklığınız nedir?

- Her gün (Günde kaç kez)
- Haftada iki
- Haftada bir

EK-2. (devam) Anket Formu

- Ara sıra

27. Her gün düzenli kullandığınız ilaç var mı?

- Evet
- Hayır

28. Ailede ayrı çatal kaşık kullanma durumu nedir?

- Ayrı-Ayrı Kullanma
- Birbirinin Çatal Kaşığını Kullanma

29. Düzenli olarak diş hekimi kontrolüne gidiyor musunuz?

- Evet
- Hayır

30. Cevabınız evet ise ne sıklıkla gidiyorsunuz?

- Ayda 1 kez
- 3 ayda 1 kez
- 6 ayda 1 kez
- Senede 1 kez
-

BÖLÜM 2

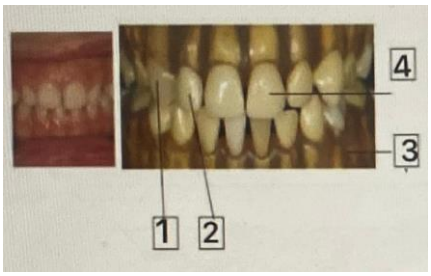
TÜRKÇE VERSİYON AĞIZ SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (TOHLAT - P)

Şekilde yer alan kutularla aşağıdaki cevapları eşleştirin (kutu başına sadece bir cevap)

Aşağıdaki görselde numaralandırılmış diş yapıları gösterilmektedir.

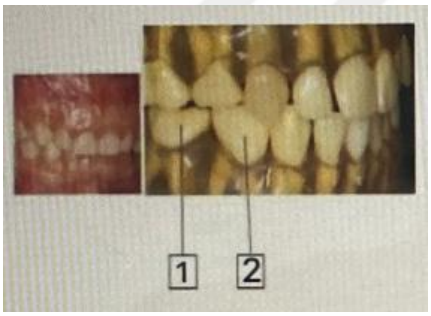
1. Şekilde yer alan kutularla aşağıdaki cevapları eşleştirin (kutu başına sadece bir cevap)

EK-2. (devam) Anket Formu



Köpek dişi	
Damak	
Yan kesici diş	
Birinci kesici diş	
Diş eti	
Azı dişi	

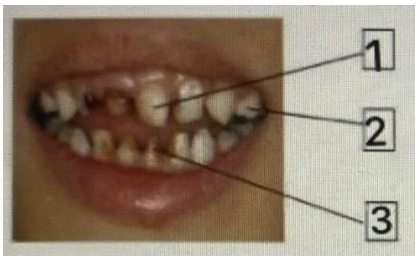
2. Şekilde yer alan kutularla aşağıdaki cevapları eşleştirin (kutu başına sadece bir cevap)



Birinci azı diş	
Diş eti	
İkinci azı diş	
Dudak	

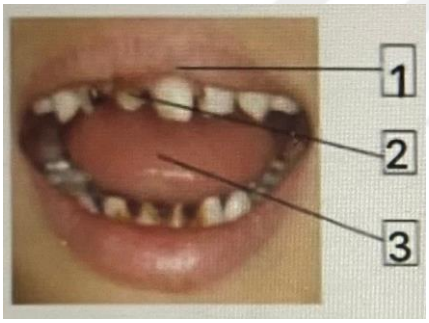
3. Şekilde yer alan kutularla aşağıdaki cevapları eşleştirin (kutu başına sadece bir cevap)

EK-2. (devam) Anket Formu



Birinci kesici diş	
Diş taşı	
Birinci azı dişi	
Çürük	
Amalgam	

4. Şekilde yer alan kutularla aşağıdaki cevapları eşleştirin (kutu başına sadece bir cevap)



Dudak	
Protez	
Dil	
Çürük	
Azı dişleri	

Diş hekiminizle görüştükten sonra aşağıdaki randevu kartına göre devamındaki 4 soruyu cevaplayın.

EK-2. (devam) Anket Formu



5. Çocuğunuzun bir sonraki randevusu ne zaman?

…….

6. Bu sizin ve çocuğunuzun 10'a çeyrek varken evden çıkacağınız anlamına mı geliyor? "09.45"

- Evet
- Hayır

7. Çocuğunuzun randevusunu iptal etmeniz gerekiyorsa hangi numarayı aramanız gerekiyor?

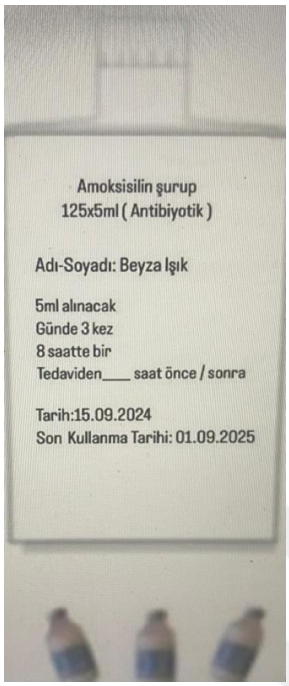
……

8. Randevuya gelirken çocuğunuzla birlikte ne getirmeniz gerekiyor?

……

Diş hekiminizle görüştükten sonra aşağıdaki 4 soruyu görsele göre cevaplayın.

EK-2. (devam) Anket Formu



9. İlacın son kullanma tarihi ne zaman?

…….

10. Çocuğunuz ilk dozu şurubu cuma günü saat 8'de alırsa, çocuğunuz bir sonrakini ne zaman almalıdır?

……

11. Çocuğunuzun belirtileri ilacı almanın üçüncü gününde kaybolursa, ona bu ilacı vermeyi bırakmalı mısınız?

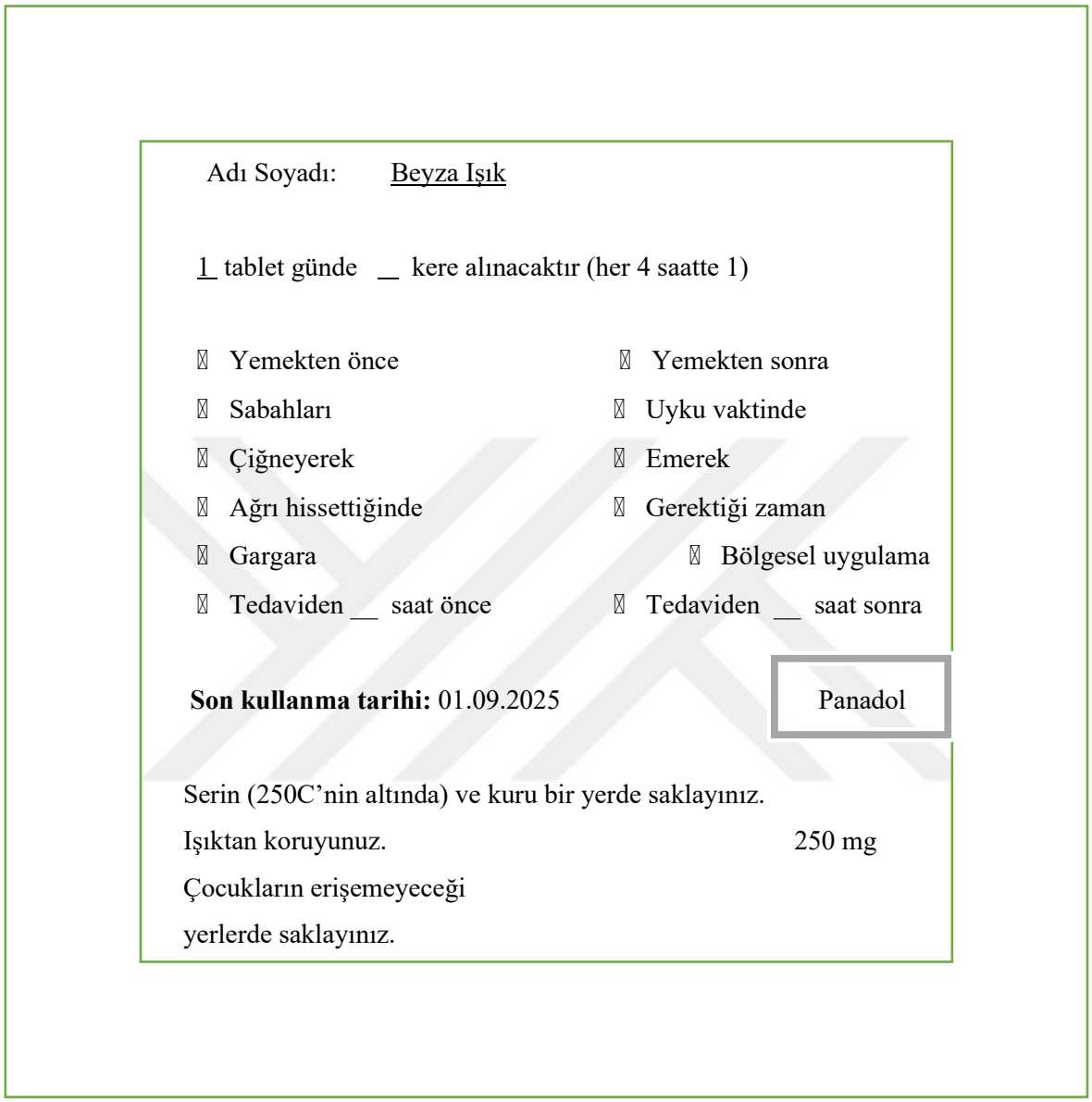
- Evet
- Hayır

12. Bu bir "antibiyotik". Bir "antibiyotik" hastaların tedavisine nasıl yardımcı olur?

- Mikropları öldürür
- Kanamayı durdurur
- Ateşi durdurur

Diş hekiminizle görüştükten sonra aşağıda yer alan görsele göre devamındaki 4 soruyu cevaplayın.

EK-2. (devam) Anket Formu



Adı Soyadı: Beyza Işık

1 tablet günde __ kere alınacaktır (her 4 saatte 1)

- Yemekten önce
- Yemekten sonra
- Sabahları
- Uyku vaktinde
- Çiğneyerek
- Emerek
- Ağrı hissettiğinde
- Gerektiği zaman
- Gargara
- Bölgesel uygulama
- Tedaviden __ saat önce
- Tedaviden __ saat sonra

Son kullanma tarihi: 01.09.2025

Panadol

Serin (250C'nin altında) ve kuru bir yerde saklayınız.
Işıktan koruyunuz.
Çocukların erişemeyeceği yerlerde saklayınız.

250 mg

13. Çocuğunuz ağrı hissetmiyorsa, çocuğunuz ilacı almalı mı?

- Evet
- Hayır

14. Çocuğunuz Ekim 2025'te bu ilacı alabilir mi?

- Evet
- Hayır

15. Çocuğunuz bu ilacı kullanıyorsa, çocuğunuz günde kaç kapsül alabilir?

……

EK-2. (devam) Anket Formu

Diş hekiminizle görüştükten sonra aşağıda yer alan İşlem Sonrası Talimatlar'a göre devamındaki 4 soruyu cevaplayın.



İşlem Sonrası Talimatlar

Çocuk Diş Hekimliği

Özel Öveçler Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği

1.Çocuğunuzun ameliyattan veya diş çekiminden sonra 4 saat boyunca sıcak yiyecek ve içecek almasına izin vermeyin.

2.Çocuğunuza ameliyat günü veya diş çekimi yapıldığı gün yorucu bir egzersiz yapmasına izin vermeyin.

3.Ameliyattan veya diş çekiminden sonraki gün çocuğunuz ılık tuzlu su gargarası kullanmaya başlayabilir. Bu uygulama, soketi veya yarayı temiz tutmak için sık sık yapılmalıdır.

4.Kanama yeniden başlarsa:

(a) Ağız bir kez soğuk suyla çalkalanmalı, daha sonra bir parça gazlı bez (veya pamuklu mendil) sıkı bir ped içine katlanmalı ve doğrudan kanama alanının üzerine yerleştirilmelidir. 15 dakika boyunca çocuğunuzun ısırmasını sağlayarak pede sıkı bir baskı uygulayın.

(b) Kanama devam ederse bu prosedür iki kez tekrarlanmalıdır. Bu başarısız olursa, tavsiye için polikliniği * arayın.

5.Ağrıyı hafifletmek için, çocuğunuz 6 saatte bir verilen tabletleri veya şuruhu almalıdır. İşlem sonrası dönemde ağrı artarsa, tavsiye için polikliniği * arayın.

6.Ağız içerisindeki cerrahi işlemlerden sonra bazen yüzde şişlik beklenir. Paniğe gerek yoktur, şişme 3 ila 4 gün içerisinde azalacaktır.

7.Lokal anestezi kullanımını takiben dudaklar, dil veya yanaklar 2 ila 3 saat uyuşuk kalabilir, bu süre zarfında ısırma nedeniyle hasar görebilirler. Özellikle küçük çocuklara bu şekilde yumuşak dokulara zarar vermemeleri hatırlatılmalıdır.

İşlem Sonrası Acil Durumlar

Özel Öveçler Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği

Pazartesi-Cumartesi: 09:00-19:00

*Telefon: 0312 481 91 11

EK-2. (devam) Anket Formu

16. İşlem saat 2'de biterse, çocuğunuz en erken ne zaman sıcak yiyecek veya içecek alabilir?

…….

17. Ne zaman tuzlu suyla gargara başlanır? Bunu neden yapmanız gerekiyor? (Her 2 soru için de yanıt yazınız.)

……..

18. Çocuğunuzun yarası kanamaya başlarsa ne yapmalısınız?

……..

19. Kanama devam ederse, nereden profesyonel tavsiye almalısınız?

- Hastane
- Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
- Tıp Fakültesi
- Özel Öveçler Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği

20. Ağrıyı hafifletmek için ilk adım nedir?

……

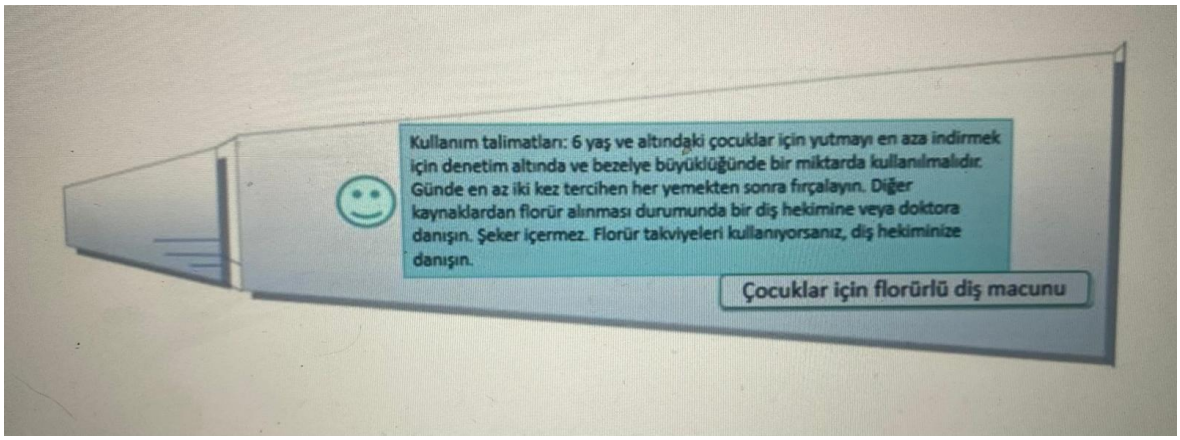
21. Ameliyat pazartesi günü gerçekleşmişse, şişlik ne zaman azalmalıdır?

……

22. Ameliyattan sonra çocuğunuzun 2-3 saat boyunca dikkatli bir şekilde gözlemlenmesi neden gereklidir?

……

Diş hekiminizle görüştükten sonra aşağıdaki görsele göre devamındaki 4 soruyu cevaplayın.



EK-2. (devam) Anket Formu

23. Yukarıdaki diş macunu etiketine göre, çocuğunuz kahvaltıdan sonra dişlerini fırçalamalı mı?

- Evet
- Hayır

24. Çocuğunuz 1,5 yaşındaysa, bu diş macunu ile dişlerini fırçalayabilir misiniz?

- Evet
- Hayır

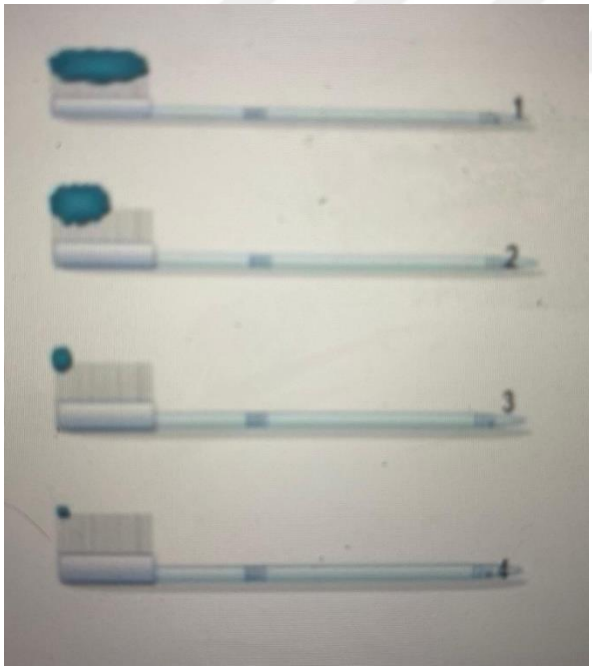
25. Çocuğunuzun dişlerini her gün en az kaç kez fırçalaması gerekir?

……..

26. Çocuğunuz florür takviyelerini alıyorsa, bu diş macununu kullanmak istiyorsanız ne yapmalısınız?

…….

27. Aşağıdaki resimlerden hangisi 6 yaşın altındaki bir çocuk için kullanılması gereken uygun diş macunu miktarını gösterir?



- 1.Fırça
- 2. Fırça
- 3. Fırça
- 4. Fırça

EK-2. (devam) Anket Formu

Aşağıdaki sorulardaki boşlukları en uygun seçenekle doldurunuz.

28. -Ebeveynin Sorusu:

Diş değişimi nedir?

- Diş Hekiminin Cevabı:

İnsanların yaşamları boyunca iki grup dişleri vardır. Süt dişleri, sahip olduğumuz ilk diş grubudur ve toplam 20 diş vardır. Karışık dişlenme döneminde süt dişleri sallanmaya başlayacaktır. Devamında süt dişleri ağız içinden uzaklaştığında daimi dişler bu bölgeden ..... sürecektir. Karışık dişlenme dönemi normal süreçte 6 yaşından yaklaşık 12 yaşına kadar sürer.

- o dağınık
- o rastgele
- o birer birer
- o düzensiz

29. - Ebeveynin Sorusu:

Çocuğumun ön kesici dişlerinin bulunduğu bölge kalabalık ve çapraşık görünüyor. Bu bölgedeki süt dişlerinin çekimi için diş hekimine başvurmamız gerekiyor mu?

-Diş Hekiminin Cevabı:

Daimi dişler, süt dişlerinden daha _____ olduğundan ve eğer ..... büyümesi ..... dişlerin sürmesine göre gecikirse, düzgün bir hizalama için yeterli alan olmayacak dolayısıyla daimi dişler geçici olarak çapraşık görünecektir. Gerçekten çapraşıklık olup olmadığını ancak ..... sürdüğünde ve çenenin büyümesi .....sonra belirleyebiliriz. [1. Boşluk]

- o küçük
- o ince
- o büyük
- o şişman

EK-2. (devam) Anket Formu

30. - Ebeveynin Sorusu:

Çocuğumun ön kesici dişlerinin bulunduğu bölge kalabalık ve çapraşık görünüyor. Bu bölgedeki süt dişlerinin çekimi için diş hekimine başvurmamız gerekiyor mu?

-Diş Hekiminin Cevabı:

Daimi dişler, süt dişlerinden daha ..... olduğundan ve eğer _____ büyümesi ..... dişlerin sürmesine göre gecikirse, düzgün bir hizalama için yeterli alan olmayacak dolayısıyla daimi dişler geçici olarak çapraşık görünecektir. Gerçekten çapraşıklık olup olmadığını ancak ..... sürdüğünde ve çenenin büyümesi ..... sonra belirleyebiliriz. [2. Boşluk]

- çenenin
- diş etinin
- dişlerin
- dudakların

31. - Ebeveynin Sorusu:

Çocuğumun ön kesici dişlerinin bulunduğu bölge kalabalık ve çapraşık görünüyor. Bu bölgedeki süt dişlerinin çekimi için diş hekimine başvurmamız gerekiyor mu?

-Diş Hekiminin Cevabı:

Daimi dişler, süt dişlerinden daha ..... olduğundan ve eğer ..... büyümesi _____ dişlerin sürmesine göre gecikirse, düzgün bir hizalama için yeterli alan olmayacak dolayısıyla daimi dişler geçici olarak çapraşık görünecektir. Gerçekten çapraşıklık olup olmadığını ancak ..... sürdüğünde ve çenenin büyümesi ..... sonra belirleyebiliriz. [3. Boşluk]

- diş etinin
- çürüklerin
- süt dişlerinin
- daimi dişlerin

EK-2. (devam) Anket Formu

32. - Ebeveynin Sorusu:

Çocuğumun ön kesici dişlerinin bulunduğu bölge kalabalık ve çapraşık görünüyor. Bu bölgedeki süt dişlerinin çekimi için diş hekimine başvurmamız gerekiyor mu?

-Diş Hekiminin Cevabı:

Daimi dişler, süt dişlerinden daha ..... olduğundan ve eğer ..... büyümesi ..... dişlerin sürmesine göre gecikirse, düzgün bir hizalama için yeterli alan olmayacak dolayısıyla daimi dişler geçici olarak çapraşık görünecektir. Gerçekten çapraşıklık olup olmadığını ancak _____ sürdüğünde ve çenenin büyümesi ..... sonra belirleyebiliriz. [4. Boşluk]

- o küçük azı dişleri
- o büyük azı dişleri
- o yirmilik dişler
- o üst üste binen dişler

33. - Ebeveynin Sorusu:

Çocuğumun ön kesici dişlerinin bulunduğu bölge kalabalık ve çapraşık görünüyor. Bu bölgedeki süt dişlerinin çekimi için diş hekimine başvurmamız gerekiyor mu?

-Diş Hekiminin Cevabı:

Daimi dişler, süt dişlerinden daha ..... olduğundan ve eğer ..... büyümesi ..... dişlerin sürmesine göre gecikirse ..... , düzgün bir hizalama için yeterli alan olmayacak dolayısıyla daimi dişler geçici olarak çapraşık görünecektir. Gerçekten çapraşıklık olup olmadığını ancak ..... sürdüğünde ve çenenin büyümesi _____ sonra belirleyebiliriz. [5. Boşluk]

- o onaylandıktan
- o stabilize olduktan
- o süt dişlerinden
- o beslendikten

EK-2. (devam) Anket Formu

34. -Ebeveynin sorusu:

Eğer üst iki daimi keser dişler çıktığında aralarında boşluk var ve genişliyorsa, çocuğum diş teli kullanmalı mıdır?

-Diş Hekiminin Cevabı:

Bazı diş hekimleri bu durumu "çirkin ördek yavrusu aşaması" olarak adlandırmaktadır. Bu sadece bir _____ aşamasıdır.

- o geçiş
- o kalıcı
- o gecikmiş
- o geç

35. -Ebeveynin sorusu:

Eğer üst iki daimi keser dişler çıktığında aralarında boşluk var ve genişliyorsa, çocuğum diş teli kullanmalı mıdır?

-Diş Hekiminin Cevabı:

Normal şartlar altında çene geliştiğinde ve _____ ve köpek dişleri sürdüğünde ..... düzleşecek ve boşluk kapanacaktır. [1. Boşluk]

- o açıldıkça
- o kapandıkça
- o büyüdükçe
- o sürdükçe

36. -Ebeveynin sorusu:

Eğer üst iki daimi keser dişler çıktığında aralarında boşluk var ve genişliyorsa, çocuğum diş teli kullanmalı mıdır?

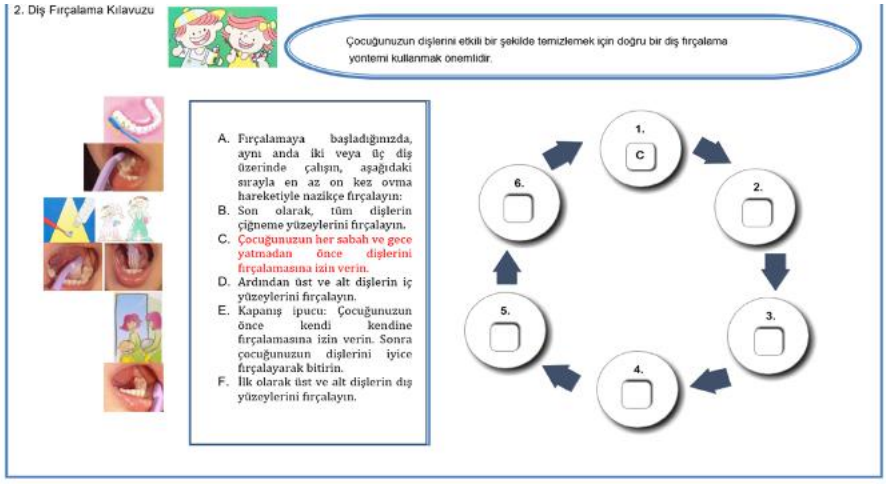
-Diş Hekiminin Cevabı:

Normal şartlar altında çene geliştiğinde ve ..... ve köpek dişleri sürdüğünde _____ düzleşecek ve boşluk kapanacaktır. [2. Boşluk]

- o küçük azı dişleri
- o büyük azı dişleri
- o köpek dişleri
- o kesici dişler

EK-2. (devam) Anket Formu

Aşağıdaki rehber karıştırılmıştır. Cümleleri doğru sırayla yeniden düzenlemek için kutuların içine hangi harfin geleceğini seçin. İlki sizin için tamamlandı.



37. 2. kutu

- A
- B
- D
- E
- F

38. 3. kutu

- A
- B
- D
- E
- F

EK-2. (devam) Anket Formu

39. 4. kutu

- A
- B
- D
- E
- F

40. 5. kutu

- A
- B
- D
- E
- F

41. 6. kutu

- A
- B
- D
- E
- F

Bu ankete eklemek istediğiniz herhangi bir geri bildiriminiz veya ek açıklamalarınız varsa lütfen belirtiniz:

……..

Anketin sonuna geldik, vaktinizi ayırdığınız için çok teşekkür ederiz. Katkılarınız için minnettarız ve başarılarınızın devamını dileriz.

Anketle ilgili herhangi bir konuda ulaşmak isterseniz nvrserbest@hotmail.com e-posta adresini kullanabilirsiniz.

Saygılarımla,

Nevra KARAMÜFTÜOĞLU.

EK-3. Hasta Muayene Formu

Hasta Muayene Formu

Adı / Soyadı :

Yaş :

Dosya Numarası :

1. DMFT/dmft

DURUM (D)		TEDAVİ (T)
Daimi diş	Süt dişi	
0=sağlıklı	A	0=yok
1=çürük	B	1=fissür örtücü
2=dolgu ve çürük yok	C	2=tek yüzlü amalgam
3=dolgu ve çürük var	D	3=iki/üç yüzlü amalgam
4=çürüğe bağlı kayıp	E	4=kron
5=başka nedenle kayıp		5=köprü gövde
6=fissür örtücü	F	6=pulpa tedavisi
7=kron/köprü	G	7=çekim
8=sürmemiş diş		8=başka tedavi
9=uzamış diş		

1. Değerlendirme

T														
D														
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65		
	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75		
T														
D														

EK-3. (devam) Hasta Muayene Formu

DMFT/dmft Skoru:

2. Değerlendirme

T														
D														
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65		
	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75		
T														
D														

DMFT/dmft Skoru:

2. PUFA/pufa İNDEKSİ

Görünür pulpa tutulumu (P/p)

Çıkık diş parçalarının neden olduğu ülserasyon (U/u)

Fistül (F/f)

Apse (A/a)

$\frac{\text{PUFA + pufa}}{\text{D + d}} \times 100$

EK-3. (devam) Hasta Muayene Formu

1. Değerlendirme

T														
D														
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65		
	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75		
T														
D														

PUFA/pufa Skoru:

2. Değerlendirme

T														
D														
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65		
	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75		
T														
D														

PUFA/pufa Skoru:

EK-3. (devam) Hasta Muayene Formu

3. OHI-S İNDEKSİ

Greene JC, Vermillion JR. The Simplified Oral Hygiene Index. J Am Dent Assoc 1964, 68, 7-13

Debris Değerlendirme İndeksi

0 Debris yok.

1 Diş yüzeyinin 1/3'ünden az debris var.

2 Diş yüzeyinin 1/3'ünden fazla 2/3'ünden az debris var.

3 Diş yüzeyinin 2/3'ünden fazla debris var.

Diştaşı Değerlendirme İndeksi

0 Diştaşı yok.

1 Diş yüzeyinin 1/3'ünden az diştaşı var.

2 Diş yüzeyinin 1/3'ünden fazla, 2/3'ünden az supragingival diştaşı servikalde bölgesel subgingival diştaşı var.

3 Diş yüzeyinin 2/3'ünden fazla supragingival diştaşı ve servikalde bant şeklinde supgingival diştaşı var.

1. Değerlendirme

Debris Değerlendirme İndeksi

16(F)	11(F)	26(F)	36 (L)	31(F)	46 (L)

Diştaşı Değerlendirme İndeksi

16(F)	11(F)	26(F)	36 (L)	31(F)	46 (L)

OHI-S Skoru :

EK-3. (devam) Hasta Muayene Formu

2. Değerlendirme

Debris Değerlendirme İndeksi

16(F)	11(F)	26(F)	36 (L)	31(F)	46 (L)

Diştaşı Değerlendirme İndeksi

16(F)	11(F)	26(F)	36 (L)	31(F)	46 (L)

OHI-S Skoru :

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : KARAMÜFTÜOĞLU, Nevra

Uyruğu : T.C.

Eğitim Derecesi	**Eğitim Birimi**	**Mezuniyet Tarihi**
Doktora	Gazi Üniversitesi/ Halk Sağlığı Anabilim Dalı	Devam ediyor
Diş hekimliğinde Uzmanlık/doktora	Gazi Üniversitesi / Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı	2007
Lise	K.D.Z. Ereğli Anadolu Lisesi	2006

İş Deneyimi

Yıl	**Yer**	**Görev**
2024-Devam ediyor	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı	Dr. Öğr. Üyesi
2023-2024	Yozgat Bozok Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı	Dr. Öğr. Üyesi
2022-2023	Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı	Dr. Öğr. Üyesi
2011-2023	Özel Öveçler Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği	Başhekim
2007-2011	Özel Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği	Çocuk Diş Hekimi
2002-2007	Gazi Üniversitesi Gülhane Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı	Araştırma Görevlisi

Yabancı Dil

İngilizce

Yayınlar

1. T. Ulusu, N. Karamüftüoğlu. "Ağız–Diş Sağlığı ile İlgili Eğitim Programları ve Koruyucu Programlar", **T.D.B.D.**, 2003; 24(3): 145–149.
2. Ç. Çınar, N. Karamüftüoğlu, T. Ulusu, B. Özçelik. "Antibacterial Effect of Silver-Zeolite Containing Root-Canal Filling Material", **Journal of Biomedical Materials Research Part B: Applied Biomaterials**, 2009; 90(2): 592–595. doi:10.1002/jbm.b.31321.
3. M.N. İlhan, N. Karamüftüoğlu, M. A. Dündar. "The Prevalence and Possible Risk Factors of Depression and Anxiety Disorders in Syrian Migrant Women in Turkey", **Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi**, 2020; 2(1): 14–19.
4. N. Karamüftüoğlu, T. Ulusu. "Assessment of Caries Risk in Children with 'Cariogram'", **Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi**, 2021; 2(3): 27–44.
5. N. Karamüftüoğlu, Ö.İ. Atasoy Ulusoy. "Türkiye'de COVID-19 Pandemisi ve Diş Hekimliği: İkinci Yılın Değerlendirilmesi ve Öneriler", **SOYD**, 2021; 2(3): 169–183.
6. T. Tüzüner, N. Karamüftüoğlu, T. Ulusu. "Çocuklarda Diş Hekimliği İşlemlerine Karşı Duyulan Kaygı Düzeylerinin Facial Image Scale (FIS) ile Değerlendirilmesi ve FIS ile Venham Picture Test (VPT)'in Korelasyonun Saptanması", **Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi**, 2022; 24(3): 145–149.
7. D. Atabek, N. Karamüftüoğlu. "A New Field in Health Literacy: Oral Health Literacy", **SOYD**, 2022; 3(1): 45–52.
8. N. Karamüftüoğlu, F.S. Korkmaz Üner, Uğraş A. Dikmen, S. Özkan. "Prevalence of COVID-19 Vaccine Hesitancy Among Dentists in Turkey", **Archives of Current Medical Research**, 2024; 3(2): 86–96.
9. A. Bulut, A. Fırlarer, N. Karamüftüoğlu. "Radiofrequency Electromagnetic Field of Base Stations in Northern Cyprus: A Descriptive Study", **Turkish Journal of Public Health**, 2023; 21(2): 165–176.
10. N. Karamüftüoğlu, F.N. Baran Aksakal. "Tarihte Görülen Salgınlar / Salgınlar Çağının Gerçekleri, Önemi, Önlemleri ve Öğrenimleri", **Sağlık ve Toplum**, 2023; 33(2): 3–13.
11. A. Bulut, A. Fırlarer, N. Karamüftüoğlu. "Occupational Exposure to Electromagnetic Fields from Dental Devices: A Descriptive Study", **Turkish Journal of Public Health**, 2023; 21(3): 403–411.
12. N. Karamüftüoğlu, S. Özkan. "Çocuk Diş Hekimliğinde Ebeveyn Ağız-Diş Sağlığı Okuryazarlığı ve Çocukların Ağız-Diş Sağlığı Üzerindeki Etkileri", **SOYD**, 2025; 5(3): 97–103.
13. N. Karamüftüoğlu. "Bullying Due to Dentofacial Features and Its Relationship with Quality of Life in View of Oral Health", **Handbook of Research on Bullying in Media and Beyond**, IGI Global, 2022; ISBN: 9781668454268.
14. N. Karamüftüoğlu. "Diş Hekimliğinde İletişim ve Beden Dili", **Sosyal Bilimlerde Güncel Çalışmalar-6,** 2024; ISBN: 978-625-378-102-6.

Projeler

1. D. Atabek, N. Karamüftüoğlu, İ. Peker, D.D. Orhan. "Doğadan İlham Aldım Hammaddemi Kendim Yaptım", TÜBİTAK Projesi, 30/05/2019 – 30/09/2020 (Ulusal).

2. N. Karamüftüoğlu. “12-18 Yaş Aralığındaki Çocukların Daimi Birinci Molar Dişlerinin Değerlendirilmesi: Retrospektif Radyografik Çalışma”, TÜBİTAK Projesi, 30/05/2024 – 13/01/2025 (Ulusal).
3. N. Karamüftüoğlu. “Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi 1. Sınıf ve 5. Sınıf Öğrencilerinin, Çocuk Hastaların Ağız ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Tespit Edilip Karşılaştırmalı Olarak Değerlendirilmesi”, TÜBİTAK Projesi, 30/05/2024 – Devam Ediyor (Ulusal).
4. N. Karamüftüoğlu, N. Korkmaz, S. Kuşçu, A.İ. Kuşçu. “Yeşil Yolla Kenevirden Elde Edilen TiO_2 Nanopartiküller ile Hazırlanmış İki Farklı Cam İyonomer Simanın Yüzey Pürüzlülüğü, Sertlik ve Mekanik Dayanımının İncelenmesi”, TÜBİTAK 1002 Projesi, 12/05/2024 – Devam Ediyor (Ulusal).
5. N. Karamüftüoğlu, A.İ. Kuşçu, S. Kuşçu, A. Aydın. “Cam İyonomer Simanlara Eklenen Kannabidiolün (Kenevir) Sitotoksisite, Antimikrobiyal Etki ve Flor Salınımı Üzerindeki Etkisi”, Araştırma Projesi, 29/12/2023 – Devam Ediyor (Ulusal).
6. N. Karamüftüoğlu, C. Bal. “Smile for the Climate: Sustainable and Innovative Approaches to Combat Global Climate Change through Green Dentistry Practices”, Diğer (Ulusal), 05/03/2025 – Devam Ediyor (Ulusal).

Hobiler

Yapay Zeka model ve yazılımları, Yürüyüş, Seyahat, Piyano, Kuru kalem resim



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..