



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

RUHSAL HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE RUH SAĞLIĞI
OKURYAZARLIK DÜZEYLERİ İLE SAĞLIK ALGILARININ
BELİRLENMESİ

Hazırlayan
Elif BABACAN

Hemşirelik Anabilim Dalı
Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Danışman
Doç. Dr. Medine KOÇ
TOKAT-2023

ETİK SÖZLEŞME

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Doç. Dr. Medine Koç danışmanlığında hazırlamış olduğum “Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde Ruh Sağlığı Okuryazarlık Düzeyleri ile Sağlık Algılarının Belirlenmesi” adlı Yüksek Lisans Tezinin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.

31/08/2023

Tez Yazarı

Elif Babacan

JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI

Elif Babacan tarafından hazırlanan “**Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde Ruh Sağlığı Okuryazarlık Düzeyleri ile Sağlık Algılarının Belirlenmesi**” adlı tez çalışmasının savunma sınavı 31.08.2023 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen Jüri tarafından Oy Birliği ile Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı Soyadı)**İmzası**

Üye (Başkan) : Prof. Dr. Nermin GÜRHAN

.....

Üye : Doç. Dr. Medine KOÇ

.....

Üye : Doç. Dr. Sevil YILMAZ

.....

ONAY

...../...../2023

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

Doç. Dr. Yusuf TEMUR

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim sürecinde ve yüksek lisans tezimin hazırlanmasında desteğini ve rehberliğini aldığım değerli hocam Sayın Prof. Dr. Nermin Gürhan’a,

Değerli danışmanım Sayın Doç. Dr. Medine Koç’a,

Değerli hocalarım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Tülay Yılmaz Bingöl’e ve Doç. Dr. Aygül Kıssal’a,

Tokat Devlet Hastanesi Genel Yoğun Bakım-4 ekibine,

Araştırmama destek veren tüm katılımcılara,

Her zaman yanımda olup beni her yönde destekleyen ve dualarını esirgemeyen aileme ve sevgili arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

ÖZET

RUHSAL HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIK DÜZEYLERİ İLE SAĞLIK ALGILARININ BELİRLENMESİ

Babacan, Elif

Yüksek Lisans, Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Medine Koç

Ağustos 2023, xii + 77 sayfa

Bu çalışma, ruhsal hastalığı olan bireylerde ruh sağlığı okuryazarlığı ile sağlık algılarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

Araştırma bir ilin ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi, toplum ruh sağlığı merkezi ve üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde yatan ve ayaktan takip edilen bireylerde 11/10/2021-11/04/2022 tarihleri arasında tanımlayıcı ve kesitsel türde yapılmıştır. Çalışmanın örneklemini çalışma kriterlerini karşılayan 252 ruhsal hastalığı olan birey oluşturmuştur. Araştırmada verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOY) ve Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) kullanılmıştır. Veriler çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler ile yüz yüze toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 25.0 programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler, Shapiro-wilk, Kolmogorov-smirnov, bağımsız gruplarda t testi ve Tek Yönlü (One Way) Anova Analizi ve Post-Hoc testlerinden (Tukey HSD) ve Tamhane's, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis Varyans test, Bonferroni, Pearson ve Sperman Korelasyon analizi, regresyon analizi yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ benimsenmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin %52,5'inin erkek, %42,4'ünün bekar, %39,6'sının lise mezunu, %56,5'inin gelirinin giderine eşit, %57,3'ünün il merkezinde yaşadığı, %51,4'ünün en uzun il merkezinde yaşadığı, %75,3'ünün kronik hastalığı olmadığı, %55,7'sinin sigara ve %80'inin alkol kullanmadığı, %80,4'ünün ise sağlık erişiminde zorluk yaşamadığı belirlenmiştir. $n=104$ üzerinden değerlendirildiğinde %50'sinin eşinin ilköğretim mezunu olduğu ve %54,8'inin çalıştığı saptanmıştır. Hastaların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin (RSOY) "Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Tutum" alt boyutundan $16,62 \pm 5,82$, "Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum" alt boyutundan $26,29 \pm 4,47$, "Ruhsal Bozuklukları Tanıma" alt boyutundan $17,45 \pm 3,51$ ve "Ruhsal Sağlık Bilgisine

Ulaşma” alt boyutundan $11,30 \pm 2,85$ puan aldığı belirlenmiştir. Katılımcıların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği’nin toplam puan ortalamasının ise $71,69 \pm 9,81$ olduğu saptanmıştır. Hastaların Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)’nin “Kontrol Merkezi” alt boyutundan $15,69 \pm 4,03$, “Öz Farkındalık” alt boyutundan $7,23 \pm 2,40$, “Kesinlik” alt boyutundan $13,01 \pm 3,32$ ve “Sağlığın Önemi” alt boyutundan $6,73 \pm 2,46$ puan aldığı belirlenmiştir. Hastaların Sağlık Algısı Ölçeği’nin toplam puan ortalamasının ise $42,67 \pm 7,18$ olduğu saptanmıştır.

Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile Sağlık Algısı Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$). Buna göre Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği toplam ve alt boyutlarından Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum, Ruhsal Bozuklukları Tanıma ve Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma puan ortalamaları ile Sağlık Algısı Ölçeği alt boyutlarından kontrol merkezi puan ortalamaları arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutlarından Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum, Ruhsal Bozuklukları Tanıma ve Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma puan ortalamaları arttıkça Sağlık Algısı Ölçeği alt boyutlarından kontrol merkezi puan ortalamaları azalmaktadır. Ayrıca Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği toplam ve alt boyutlarından Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum ve Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma puan ortalamaları ile Sağlık Algısı Ölçeği toplam puanı arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutlarından Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum ve Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma puan ortalamaları arttıkça Sağlık Algısı Ölçeği toplam puan ortalamaları azalmaktadır.

Sonuç; Ruhsal hastalığı olan bireylerin RSOY toplam puan ortalaması orta düzeyin üstünde olduğu ve SA toplam puan ortalaması orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. RSOYÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamaları ile SAÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Ruhsal Hastalık, Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Sağlık Algısı, Psikiyatri Hemşireliği

ABSTRACT

DETERMINATION OF MENTAL HEALTH LITERACY LEVELS AND HEALTH PERCEPTIONS IN INDIVIDUALS WITH MENTAL ILLNESS

Babacan, Elif

Master Thesis, Department of Psychiatric Nursing

Thesis Advisor: Associate Professor Medine KOÇ

August 2023, xii + 77 pages

This study was conducted as a descriptive and cross-sectional study to determine mental health literacy and health perceptions in individuals with mental disorders.

The research was conducted in a descriptive and cross-sectional manner between 11/10/2021-11/04/2022 among individuals who were inpatients and outpatients in a provincial mental health and disease hospital, community mental health center and university hospital psychiatric clinic. The sample of the study consisted of 252 individuals with mental disorders who met the study criteria. Personal Information Form, Mental Health Literacy Scale (RSOY) and Health Perception Scale (SAÖ) were used to collect data in the study. Data were collected face-to-face with individuals who agreed to participate in the study. SPSS 25.0 program was used to evaluate the data. Descriptive statistics, Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, independent groups t test and One Way (One Way) Anova Analysis and Post-Hoc tests (Tukey HSD) and Tamhane's, Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis Variance test, Bonferroni, Pearson and Spearman Correlation analysis, regression analysis was performed. $p < 0.05$ was adopted for statistical significance.

52.5% of the individuals participating in the study were male, 42.4% single, 39.6% high school graduate, 56.5% income equal to expenditure, 57.3% living in the city center, 51.4% was living in the longest city center, 75.3% did not have a chronic disease, 55.7% did not smoke and 80% did not use alcohol, and 80.4% did not have any difficulties in accessing health. When $n=104$ evaluated over, it was determined that 50% of their partners were primary school graduates and 54.8% were working. 16.62 ± 5.82 from the "Attitudes towards Individuals with Mental Illness" sub-dimension, 26.29 ± 4.47 from the "Attitudes towards Mental Illnesses" sub-dimension, and

26.29±4.47 from the “Recognition of Mental Disorders” sub-dimension of the Patients' Mental Health Literacy Scale (RSOY). It was determined that he got 17.45±3.51 points from the sub-dimension of “Accessing Mental Health Information” and 11.30±2.85 points from the sub-dimension. It was determined that the total mean score of the participants' Mental Health Literacy Scale was 71.69±9.81. 15.69±4.03 from the “Control Center” sub-dimension, 7.23±2.40 from the “Self-Awareness” sub-dimension of the Patients' Health Perception Scale (SAS), 13.01±3.32 from the "Precision" sub-dimension, and It was determined that he got 6.73±2.46 points from the "Importance of Health" sub-dimension. The mean score of the Patients' Health Perception Scale was found 42.67±7.18.

A statistically significant relationship was found between the total and sub-dimension mean scores of the Mental Health Literacy Scale and the mean scores of the Health Perception Scale total and sub-dimensions ($p<0.05$). According to this a negative correlation was found between the mean scores of Attitudes towards Mental Illness, Recognition of Mental Disorders and Access to Mental Health Information, which are the total and sub-dimensions of the Mental Health Literacy Scale, and the mean score of the Control Center, which is one of the sub-dimensions of the Health Perception Scale. As the total score of the Mental Health Literacy Scale and its sub-dimensions Attitude Towards Mental Illnesses, Recognition of Mental Disorders and Access to Mental Health Information mean score increases, the mean score of the Control Center from the sub-dimensions of the Health Perception Scale decreases. In addition, a negative correlation was found between the mean scores of Attitudes towards Mental Diseases and Access to Mental Health Information, which are the total and sub-dimensions of the Mental Health Literacy Scale, and the total score of the Health Perception Scale. As the total score of the Mental Health Literacy Scale and its sub-dimensions Attitude Towards Mental Illnesses and Access to Mental Health Information mean scores increase, the total scores of the Health Perception Scale decrease.

Conclusion; It was determined that individuals with mental illness had a mean RSOY total score above the medium level and a mean total SA score was at a moderate level. A significant negative correlation was found between RSOY total and sub-dimensions mean scores and SAÖ total and sub-dimensions mean scores.

Keywords: Mental Disorders, Mental Health Literacy, Health Perception, Psychiatric Nursing

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ETİK SÖZLEŞME	i
JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar LİSTESİ	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Ruhsal Sağlık ve Ruhsal Hastalık Tanımı	5
2.2. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı	5
2.3. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Tanımı	6
2.3.1. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Bileşenleri	7
2.3.1.1. Ruhsal Bozukluklar ile İlgili Tanı Bilgisi	8
2.3.1.2. Ruhsal Hastalıklarda Yardım Arama Davranışı	8
2.3.1.3. Ruhsal Hastalıklarda Damgalama (Stigma) ve Damgalanmaya Karşı Müdahaleler	10
2.3.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Sağlık Sonuçları	11
2.3.3. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Tarihçesi	12
2.3.4. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Psikiyatri Hemşireliği	13
2.4. Sağlık Algısı	14
2.4.2. Sağlık Algısı ve Psikiyatri Hemşireliği	15

2.4.1. Sağlık Algısı ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı	16
3. YÖNTEM.....	18
3.1. Araştırmanın Tipi	18
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	18
3.3. Araştırmanın Değişkenleri	18
3.3.1. Bağımlı değişkenler.....	18
3.3.2. Bağımsız değişkenler	18
3.4. Araştırma Soruları	18
3.5. Veri Toplama Araçları.....	19
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu	19
3.5.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği	19
3.5.3. Sağlık Algısı Ölçeği	20
3.6. Araştırmaya Dâhil Edilme ve Dışlanma Kriterleri.....	20
3.7. Veri Toplama Yöntemi.....	21
3.8. Verilerin Değerlendirmesi	21
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	21
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	22
3.11. Araştırma Zaman Çizelgesi.....	22
4. BULGULAR	23
5. TARTIŞMA	35
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	44
KAYNAKLAR.....	47
EKLER	60
KİŞİSEL BİLGİ FORMU	61
RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ.....	64
SAĞLIK ALGISI ÖLÇEĞİ	69
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU İZİN YAZISI	72
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ KURUM İZNİ.....	73
TOKAT İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KURUM İZNİ	74
RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ İZİN YAZISI.....	75
SAĞLIK ALGISI ÖLÇEK İZİN YAZISI.....	76
ÖZGEÇMİŞ	77

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo	<u>Sayfa</u>
Tablo 1. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri.....	23
Tablo 2. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Özellikleri.....	24
Tablo 3. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları.....	25
Tablo 4. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	26
Tablo 5. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	29
Tablo 6. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	30
Tablo 7. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	33
Tablo 8. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği ile Sağlık Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkisi.....	34

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 1. Yıllara göre Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Çalışma Verileri.....	12
Şekil 2. Araştırma Zaman Çizelgesi.....	22



KISALTMALAR LİSTESİ

WHO- DSÖ: World Health Organization/Dünya Sağlık Örgütü

RSOY: Ruh Sağlığı Okur Yazarlığı

RSOYÖ: Ruh Sağlığı Okur Yazarlığı Ölçeği

SAÖ: Sağlık Algısı Ölçeği

SA: Sağlık Algısı

SPSS: Statistical Package for Social Science

SOY: Sağlık Okur Yazarlığı

Mental Healt First Aid-MHFA: Ruh Sağlığı İlk Yardım Merkezi (RSİYM)

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

TDK: Türk Dil Kurumu

AMA: Amerikan Tıp Derneği

IHME: Institute of Health Metrics and Evaluation (Sağlık Ölçümleri ve Değerlendirme Enstitüsü)

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

1.GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre ruh sağlığı; bireylerin kendi potansiyelinin farkında olduğu, hayatın normal stresleriyle başa çıkabildiği, verimli ve aktif şekilde çalışabildiği, topluma katkı sağlayabildiği bir durumdur (Kessler ve ark., 2009).

DSÖ'nün 2019 sonuçlarına göre dünyada her sekiz kişiden biri veya 970 milyon bireyin her hangi bir ruhsal hastalığı bulunmaktadır (DSÖ, 2019). 2021 yılı Institute of Health Metrics and Evaluation (Sağlık Ölçümleri ve Değerlendirme Enstitüsü IHME) veri sonuçlarına göre, COVID-19 pandemisinden sonra dünyada diğer yıllara nazaran, majör depresyon tanısı alan birey sayısının %28,1 ve anksiyete tanısı alan birey sayısının ise %27,9 oranında arttığı belirtilmektedir (COVID-19 Mental Disorders Collaborators, 2021). Türkiye nüfusunu yansıtan ilk geniş kapsamlı ruhsal hastalıklar çalışması olan ve 1998'de yapılan "Ruh Sağlığı Profili Çalışması"nda, ruhsal hastalıkların sıklığının %17,2 olduğu, ruhsal hastalığı olan bireylerin ise sadece %14'ünün tedavi için sağlık kuruluşlarına başvurduğu bildirilmiştir. Yetişkinlerde ruh sağlığı bozukluğu geçirmenin kümülatif insidansı %18, çocuk ve ergenlerde klinik düzeyde sıkıntılı davranış oranı %11 olarak bildirilmiştir (Türkiye Ruh Sağlığı Profil Raporu, 1998). Türkiye'de 2013 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen "Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması"nda ruh sağlığına ilişkin aile sağlığı merkezlerine kayıtlı nüfusu temsil eden bazı bulgular bulunmuştur. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması'na göre majör depresif bozukluk, somatorform bozukluğu ve kaygı bozukluğu tanısını içeren total psikiyatrik hastalık prevalansı %12 olarak saptanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2013). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nin Türkiye Sağlık Araştırması'na göre 15 yaş üstü bireylerin son 12 ay içinde yaşadığı başlıca hastalık/sağlık sorunlarında depresyon %6,9 olduğu belirlenmiştir (Türkiye Sağlık Araştırması, 2022). Ruhsal hastalıkların sıklığı ve prevalansı gittikçe artmaktadır.

Herkesin veya yakın ilişki içinde olduğu kişilerden birinin ruhsal hastalık tanısı almış olabileceği bildirilmektedir (Akdoğan, 2018; Göktaş ve ark., 2018; Kessler ve ark., 1995). Ruhsal hastalıkların %70-75'i ergenlik veya yetişkinlik döneminin başlarında ortaya çıkmaktadır. Bu dönemde tedavi edilemeyen ruhsal hastalıklar; meslek başarısının düşmesine, kişiler arası ve aile içi ilişkilerde çatışma yaşanmasına neden olmaktadır. Geç dönemde fark edilen ruhsal hastalıkların şiddet ve etkisi artmakta, bu da ülke ve dünya genelinde maliyeti artırmakta, üretkenlikte azalmaya, tüketimde artışa, birden fazla hastalık tanısı almaya, yatışların fazla olmasına ve giderek artan hastalık yüküne sebep olmaktadır (Akdoğan, 2018).

Sağlık okuryazarlığı (SOY) “bireylerin bilinçli olarak sağlıkla ilgili doğru kararlar alması, anlaması ve sağlık bilgilerini anlamak ve sağlıkla ilgili gereken bilgiler hakkında iletişim” kurabilme düzeyidir. Kişisel sağlıkla ilgili doğru kararların alınabilmesi için gerekli olan sağlık bilgisini ve sağlık hizmetlerini kullanma ve anlama düzeyi şeklinde açıklanabilir (Berkman ve ark., 2010; Yalçın Balçık ve ark., 2014). DSÖ; sağlık okuryazarlığının, sağlıkla ilgili sosyal belirleyiciler arasında en önemli faktör olduğunu belirtmekte ve sağlık okuryazarlığının eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir seviyesi ve etnik kökene göre daha güçlü bir sağlık belirleyicisi olduğunu ifade etmektedir (Kutcher ve ark., 2016). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin artmış olması sağlıklı yaşamın önemi ve geliştirilmesinde toplumun katılımını sağlarken, yetersiz olması ise hastaneye yatış oranlarında, sağlık hizmetlerini bilinçsiz kullanma ve hastalıkları önlemeye yönelik girişimlerin yanlış kullanılmasında artışa neden olmaktadır (Göktaş ve ark., 2019).

Ruh Sağlığı Okuryazarlığı (RSOY) sağlık okuryazarlığından türemiş, gelişmekte olan bir kavram olup, bireylerin ruh sağlığı üzerinde belirleyici bir faktör olmaktadır (Göktaş ve ark., 2018). RSOY, ruh sağlığı konusunda toplumun tümünün bilgi ve becerilerinin arttırılmasına ve ruhsal hastalığa sahip olan kişilerin güçlendirilmesine yönelik bir vurgudur (Jorm ve ark., 2006). RSOY ilk kez Avustralyalı psikolog Tony Jorm ve arkadaşları 1997 yılında “ruh sağlığı bozukluklarını tanıma, yönetme ve önlemeye yönelik bilgi ve inanç” olarak tanımlanmıştır (Jorm ve ark., 1997). Başka bir ifade ile RSOY iyi ruh sağlığını sağlama ve sürdürme bilgisi (Jorm ve ark.,1997; Jorm ve ark., 2006; Kutcher ve ark., 2016; Wei ve ark., 2015), ruhsal hastalıklar ve tedavilerini anlama (Jorm ve ark.,1997; Jorm ve ark., 2006; Kutcher ve ark., 2016; Wei ve ark., 2015), ruhsal hastalıklar ile ilgili damgalamayı azaltma (Kutcher ve ark., 2016; Wei ve ark., 2015), bireyin kendisi ve yakınındaki insanlar için ruh sağlığı hizmetini nasıl alacağını bilme (Jorm ve ark., 1997; Jorm ve ark., 2006) olmak üzere dört anahtar bileşenini tanımlamışlardır (Kutcher ve ark., 2016).

Jorm daha sonraları RSOY tanımını genişletmiştir. RSOY’nu bireyin kendisinin ve çevresindeki insanların ruhsal sağlığını yönetmede yardımcı olabilecek, ruhsal hastalıkların spesifik ve farklı belirtilerini tanımlayabilme becerisi, risk faktörleri ve sebepleri hakkında bilgi ve inançlar, kendi kendine yardım müdahaleleri hakkında bilgi ve inançlar, mevcut profesyonel yardım hakkında bilgi ve inançlar, uygun yardım aramayı ve tanılamayı teşvik eden tutumlar, ruh sağlığı bilgisini nereden edineceğine dair bilgi olarak ifade etmektedir (Jorm, 2012).

Jorm ve arkadaşları, toplumun ruhsal hastalıklardan korunması ve gelişen hastalıkların etkin şekilde yönetebilmeleri için ruh sağlığı eğitim programlarının arttırılması ve ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerinin geliştirilmesini savunmuşlardır. Ruh sağlığı eğitim programları ile

ruhsal hastalıklar ve ruh sağlığı hakkında gelişen bilginin, RSOY’nda “nasıl yardım aranacak ve nasıl tedavi edilecek?” soruları hakkında farkındalık geliştirdiği, bireysel, kamusal ve kurumsal düzeyde ruhsal hastalıklara karşı damgalamayı en aza indirgeyerek, ruhsal hastalıkların erken teşhisini kolaylaştırdığı ve ruh sağlığı hizmetlerinin kullanımında artma olduğunu bildirilmiştir (Göktaş ve ark., 2018; Jorm, 2006; Jorm & Kitchener, 2011).

Yurt dışındaki çalışmalarda ruhsal hastalıkları doğrudan ya da dolaylı olarak tecrübe eden bireylerin RSOY seviyeleri yüksek bulunmuştur (Cho & Choi, 2017; Holman, 2015).

RSOY’na hakim olmanın olası bir ruhsal hastalık için önceden veya herhangi ruhsal bir hastalık tanısı aldıktan sonra da bilgi sahibi olmada etkili olduğu bildirilmektedir (Jorm, 2012).

Bonabi ve ark., (2016)’nın yaptığı boylamsal ve nüfusa dayalı çalışmada, ruh sağlığı okuryazarlığının, ruh sağlığı hizmetlerine yönelik tutum ve başlangıçta algılanan tedavi ihtiyacının 6 aylık takip süresi boyunca gerçek hizmet kullanımı üzerindeki etkisini araştırdıkları çalışmada; ruh sağlığı hizmetlerine yönelik olumlu tutumlar, daha yüksek ruh sağlığı okuryazarlığı ve başlangıçta daha fazla algılanan ihtiyaç, takip döneminde psikoterapi kullanımını önemli ölçüde yordadığını, ayrıca başlangıçta daha fazla algılanan tedavi ihtiyacı ve daha iyi ruh sağlığı okuryazarlığı, takip eden 6 ay boyunca psikiyatrik ilaç almayı öngördüğü saptanmıştır.

RSOY düzeyinin yetersiz olması tedavinin hemen sonlandırılmasına ve olumsuz başa çıkma yöntemlerinin kullanımı (alkol ve diğer maddeler vb.) ile ilişkilidir. RSOY düzeyinin yüksek olması damgalama ve profesyonel yardım aramaya karşı negatif davranışları azaltmakta, erken müdahaleleri kolaylaştırmakta (Jorm, 2012), kendi kişisel bakımlarına katılımlarını arttırmakta ve ruh sağlığını olumlu geliştiren davranışları teşvik etmektedir (Akdoğan, 2018; Özel & Duzcu, 2018).

Bacon ve ark., (2017) yatarak tedavi gören ruhsal hastalığı olan bireyler (%75’i yaşlılar, azınlıklar ve sigortasız hastalar) ve sağlık çalışanlarının sağlık okuryazarlıklarını değerlendirildikleri çalışmada hastaların %50,8’inin yetersiz sağlık okuryazarlığı olduğunu bildirmişlerdir. Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin de genel popülasyona göre yüksek olduğunu belirlemişlerdir.

Sağlık evrensel bir kavramdır ve bireylere, kültüre, zamana ve belli disiplinlere göre değişiklikler göstermektedir (Aştı & Karadağ, 2012). Şimdilerde ise sağlık, kişinin fiziksel, duygusal, ruhsal ve sosyal açıdan tam iyilik hali olarak ele alınmaktadır (Geçkil & Yıldız, 2006). Sağlık algısı ise bireyin kendisi ile ilgili duygusu, düşüncesi, bakış açısı, ön yargısı ve beklentisi olarak tanımlanmakta (Ağaçdiken Alkan ve ark., 2017; Dönergöz, 2020) ve bireyin kendi sağlığını değerlendirmesi ile ölçülebilir (Alkan ve ark., 2017; Tuğut & Bekar, 2008).

Sağlık algısı, bireyin sağlığı hakkında alınan geri bildirimlerin tamamıdır ve bireyden bireye değişiklik göstermektedir (Aka & Bhatia, 2022).

Ruh sağlığı bozulmuş olan bireyler arasında genellikle organik bir rahatsızlığı olmadığı halde hasta hissedilen, ağrı ve acı tarifleyen, fiziksel kapasitesi kısıtlanmış, yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmiş hastalarla karşılaşmaktadır. Bu tür somatik yakınmalar sağlık algısını olumsuz yönde etkilemektedir (Özmen ve ark., 1993).

RSOY gelişmekte olan, Türkiye için yeni bir kavramdır ve konu ile ilgili araştırma eksikliği mevcuttur. Ruhsal hastalığı olan bireylerin ruh sağlığı hakkındaki bilgi düzeyinin, tutumunun ve inancının hangi düzeyde ve yönde olduğunun belirlenmesi ve takip edilmesi için Türkiye’de RSOY’a yönelik araştırmaların yapılmasının yararlı olması beklenmektedir (Göktaş ve ark., 2018). RSOY’ı geliştirmeye yönelik toplumsal çalışmalara da ihtiyaç vardır. Psikiyatri hemşirelerine sorumluluklar düşmektedir. Psikiyatri hemşireleri ruhsal hastalığı olan birey, aile ve çevresine ruhsal hastalıkların erken tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreci hakkında eğitimler düzenlemeli ve toplumsal olarak bilinçli farkındalık oluşturacak sosyal çalışmalar yapmalı ve çalışmalar yapan bireylerle iş birliği içinde olmalıdırlar.

Ruhsal hastalığı olan bireylerde RSOY düzeylerinin belirlenmesi ve sağlık algılarının incelenmesinin literatüre katkısı olacaktır. Bu çalışmanın amacı, ruhsal hastalığı olan bireylerde ruh sağlığı okuryazarlığı ve sağlık algısı düzeyinin belirlenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ruhsal Sağlık ve Ruhsal Hastalık Tanımı

Ruh sağlığı tanımı toplumdan topluma, kültürden kültüre değişmekle birlikte en çok benimsenen “ruh sağlığı, kişinin kendisi ve çevresi ile aktif bir denge ve uyum içinde olması” şeklinde belirtilmektedir (Orak, 2016). Daha kapsamlı tanımı ise kişinin zihinsel durumuna ve çevrede işlev görme yetisine katkı sağlayan biyolojik, psikolojik ve sosyal parametreleri içeren sağlık durumu olarak tanımlanabilir (Manwell ve ark., 2015). DSÖ ruh sağlığını; “bireylerin kendi varlığını gerçekleştirebildikleri, yaşamın stresiyle başa çıkabildikleri, üretken ve verimli şekilde çalışabildikleri ve kendilerine katkıda bulunabildikleri refah durumu” olarak açıklamaktadır. Ruh sağlığı, yalnızca ruhsal hastalığın olmaması durumu değil, aynı zamanda ruhsal olarak iyi olma durumu olarak da ifade edilmektedir (Ghebreyesus, 2019).

Ruhsal hastalık ise sıklıkla bir sıkıntı ile birlikte toplumsal veya diğer işlevsellik alanlarındaki yetersizlikle seyreden bir durumdur. Ruhsal hastalığa sahip bireylerin genellikle; duygu, düşünce ve davranışlarında aşırılık, tutarsızlık, yetersizlik ve uygunsuzluk gibi durumlar gözlenmektedir. Ancak bu durumların zaman zaman her insanda görülebileceği belirtilmektedir. Bu durumların ruhsal hastalık sayılabilmesi için sürekli ve tekrarlayıcı olması, kişinin topluma uyumunu, verimli çalışmasını olumsuz yönde etkilemesi gerekmektedir (Orak, 2016).

2.2. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı

Sağlık okuryazarlığı (SOY) terimi 1974 yılında ilk Scott Simond’un Health Education as Social Policy makalesinde yer almış ve sağlık okuryazarlığını, toplumun sağlık eğitimi ve sağlık iletişimi olarak tanımlamıştır (Simonds, 1974). DSÖ 1998 yılında SOY’nı, bireylerin sağlığını korumak ve iyilik halinin sürdürmek için zorunlu olan, sağlık bilgisine ulaşmak, ulaşılan bilgileri kavrama ve kullanma yeteneği olarak tanımlamıştır (Nutbeam, 1998). 1999 yılında Amerikan Tıp Derneği (AMA) sağlık okuryazarlığını “sağlık bakımı için gerekli temel okuma (reçete edilen ilaçları ve sağlıkla ilgili dokümanları okuma ve anlayabilme), sayısal görevleri yapabilme becerisi” olarak tanımlamıştır (AMA, 1999). Tanımdan da yola çıkarak bireyin sağlıklı olma durumunun devamı için zorunlu olan bilgi ve beceriye sahip olması ve bu becerileri kullanabiliyor olması gerekmektedir (Yurtseven, 2023). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Konsorsiyumu tarafından 2013 yılında detaylı bir tanımlama daha yapılmıştır. Tanıma göre SOY; “Sağlık okuryazarlık düzeyi, okuryazarlık ile ilgilidir ve bireylerin hayatları boyunca hayat kalitesini düzeltmek için gereklidir ve normal hayatta hastalıkların engellenmesi, sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili amaçlar

belirlerken ve kararlar alırken sağlık bilgilerine erişme, ele alma, anlama ve uygulama ile ilgili bilgilerini, isteklerini ve ehliyetlerini tanımlama” şeklinde açıklanmıştır. SOY aslında bireylerin sağlıklarını korumalarına, geliştirmelerine ve zorunlu sağlık hizmetlerine ulaşabilmelerine olanak oluşturan yeterlilik seviyesini ifadesini tanımlamaktadır (Kickbusch ve ark., 2013). Bunların hepsi bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyelerinin yüksek olması ile gerçekleşebilecektir (Akdoğan, 2018).

SOY’nın yetersizliğinde kişisel ve sağlık sistemleri ile ilgili; erken tanınmasını sağlayan tarama programlarının düşük düzeyde kullanımı, hastalığın akut döneminde dahi durumun ciddiyetinin farkına varılamamasına ve tedavi sürecinin gecikmesine, sağlık profesyonellerinin tıbbi tedavi ve önerilerine karşı uyumsuz olmaya, sağlık bakımdaki maliyetlerde ve ölüm oranlarında artış gibi olumsuz sonuçlara neden olur (Freedman ve ark., 2009).

2.3. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Tanımı

Ruh sağlığı okuryazarlığı (RSOY); sağlık okuryazarlığı (SOY) kavramından türeyen ve gelişmekte olan, çok eski geçmişi olmayan bir kavramdır (Bjørnsen ve ark., 2017; Kutcher ve ark., 2016) ve sağlık okuryazarlığı ile paralel giden bir kavramdır (Kutcher ve ark., 2016). Fiziksel sağlığın geliştirilmesinde sağlık okuryazarlığı ne kadar önemliyse, RSOY da ruh sağlığının geliştirilmesinde o kadar öneme sahiptir (Akdoğan, 2018; Kutcher ve ark., 2016; Wei ve ark., 2015). RSOY düzeyi, bireylerin ve toplumun ruh sağlığı düzeyinde etkilidir (Göktaş ve ark., 2018).

RSOY kavramının tanımı ilk kez Jorm ve arkadaşları tarafından 1997 yılında yapılmıştır ve “ruhsal hastalıkları tanıma, yönetme ve korunma ile ilgili bilgi ve inançlar” şeklinde ifade etmişlerdir (Jorm ve ark., 1997). RSOY’nın ortaya çıkmasındaki amaç ihmal edilmiş alana dikkat çekmektir. Toplum kanser ve kalp hastalığı gibi diğer önemli sağlık sorunları hakkında çok şey biliyorken, ruhsal hastalıklar hakkında aynı derecede bilgiye sahip değildir (Jorm, 2006).

RSOY sağlık okuryazarlığıyla karşılaştırıldığında üzerinde az durulan ve hala ihmal edilen kavramdır. Bireyler fiziksel hastalıkların belirtileri, nelerin yararlı-zararlı olduğu, tedavi süreci, hastalığın önlenmesi konusunda bilgi sahibi iken ruhsal hastalıklar hakkında henüz çoğu kimse bilgi sahibi değildir. Oysaki günümüz yaşam şartları daha çok ruhsal sağlığını tehdit etmektedir. Toplumdaki bireyler genel olarak ya ruhsal hastalıkların farkına varamamakta veya farkına varabilen az sayıdaki bireyler ise ruhsal hastalığının önemini anlayamayarak çözüm yolu aramamaktadır (Jorm ve ark., 2000).

Ruhsal hastalıkların spesifik ve farklı belirtilerini tanımlayabilme yeteneği, teşhis ve tedavinin erken dönemde başlanmasında önemlidir. Ruhsal hastalıklar için risk faktörlerinin bilinmesi hastalıkların önlenmesinde zorunlu bir faktördür. Kendi içinde yardım stratejileri bilgisine sahip olmak, ruhsal hastalıkların başlangıç evresindeki tedavide veya akut evrede alınan mevcut profesyonel yardımla birlikte tedavinin verimini artırmada önemlidir. Mevcut profesyonel yardım hakkındaki yanlış bilgi ve inançlar gereken tedavi ve profesyonel yardıma erişimi kısıtlayabilmektedir. Ruhsal hastalıklara ve ruhsal hastalığı olan bireylere karşı olumlu tutumların sergilenmesi, hastalığın tanınmasında ve uygun yardım arama davranışına yönelmesinde önemli bir faktördür (Jorm, 2012). Jorm ve arkadaşları toplumun ruhsal hastalıklardan korunması ile gelişen ruhsal hastalıkları aktif bir şekilde yönetebilmeleri için ruh sağlığı eğitim programlarıyla ruh sağlığı okuryazarlıklarının geliştirilmesi gerekli olduğunu savunmuşlardır. Bu düşünce ile Jorm ve Kitchener Avustralya’da Ruh Sağlığı İlk Yardım Merkezi (RSİYM)’ni 2000 yılında kurmuşlardır. RSİYM ruh sağlığı eğitimine ve ruh sağlığı araştırmalarına olanak sağlamıştır, RSİYM’nde verilen ruh sağlığı eğitim programlarından sonra yapılan araştırmalarda “Ruhsal bir hastalığın fark edilmesi için gerekli bilgiye sahip olunması, daha fazla yardım arayışına sebep olur” sonucunu göstermiş ve toplumun ruh sağlığı okuryazarı olarak yetiştirilmesinin önemini vurgulamıştır (Jorm, 2012). Ruh sağlığı eğitim programları ile ruhsal hastalıklar ve ruh sağlığı hakkında gelişen bilginin, yani RSOY’nın “nasıl yardım aranacak ve nasıl tedavi sağlanacak” soruları hakkında farkındalık geliştirdiği, ayrıca kişisel, toplumsal ve kamusal düzeyde ruhsal hastalıklara karşı damgalamayı en aza indirgeyerek, ruhsal hastalıkların erken teşhisini kolaylaştırdığı ve ruh sağlığı hizmetlerinin kullanımda artış olduğu bildirilmiştir (Kitchener & Jorm 2002; Kitchener & Jorm, 2004). Yaş, ekonomik düzey, sağlık hizmetlerine ulaşım zorluğu gibi toplumun ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanmasındaki eşitsizliklerin, verilen ruh sağlığı eğitim programları ile eşitlenmesi mümkündür (Cho & Choi, 2017; Holman, 2015).

2.3.1. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Bileşenleri

Günümüzde RSOY tanımı, ruhsal hastalıkları tanıma ve hastalıkların tedavi bilgisinden daha geniş anlamda tanımlanmıştır ve ruh sağlığına faydalı olabilecek bilgileri de kapsayacak şekilde genişletilmiştir. RSOY bileşenleri, ruh sağlığı okuryazarlığını değerlendirmede, ruh sağlığı okuryazarlığı çalışmalarını ve ihtiyaçları belirleme noktasında yol gösterici olmaktadır.

Bu kapsamda RSOY bileşenleri;

- Ruh sağlığının iyi olmasının nasıl sağlanacağı, ruhsal hastalıklara yönelik tutum, tanıma ve tedavi bilgisi,
- Yardım arama düzeyinin artırılması,
- Ruhsal hastalıklara yönelik damgalamanın azaltılması olarak sıralanmaktadır (Kutcher ve ark., 2016; Wei ve ark., 2015).

2.3.1.1. Ruhsal Bozukluklar ile İlgili Tanı Bilgisi

Ruhsal hastalıklar hakkındaki tutumlar ve inançlar, ruhsal hastalık tanısı almış bireyleri tanıma, etkileşime girme, ruhsal hastalıklar hakkında toplumsal görüşler, kamusal uygulamalar ve kısıtlamalar ile şekillenmektedir. Ruhsal hastalıklar hakkındaki davranış ve inanışlara dair yapılan çalışmaların meta-analizinde ruhsal hastalıkların nedenlerine ilişkin bilimsel verilerin yanında kültürlerle ilişkili olarak Asya ülkelerinde kişilerarası ilişkilerle ilgili ve çatışmaların sonucu, fiziksel hastalıktan kaynaklı somatoform; Musevilerde tanrıdan bir mesaj; Güneydoğu Asya ülkelerinde doğaüstü güçlerden kaynaklandığı gibi nedenler altında tanımlamalar yapılmıştır. Ruhsal hastalıkların tedavilerinde, altta yatan semptomlara uyumlu şekilde diyet, egzersiz ve fiziksel tedavi yöntemlerinin kullanımının yanında din adamları ya da geleneksel şifacılarla danışma yöntemleri uygulayan toplulukların olduğu bulunmuştur (Purnell & Paulanka, 2008). Ruhsal hastalıkların belirtileri üzüntü, öfke, dikkat ve odaklanma eksikliği gibi DSM-V kriterleriyle uyumlu semptomlar ortaya çıkmıştır (Laidlaw ve ark., 2015). Gelir durumunun düşük olması ruhsal hastalıkların tanınmasını olumsuz yönde etkilemektedir (Avcil & Bulut, 2016).

Ruhsal hastalıklar hakkındaki bilgi ve inanç düzeylerini inceleyen bir çalışmada bireylerin, depresyon hastalığını şizofreniye göre daha fazla psikolojik stres olarak, şizofreniyi ise biyolojik nedenlere bağlı bir beyin hastalığı olarak tanımladıkları bulunmuştur. Çalışmada şizofreni belirtileri, depresyon ve alkol kullanım bozukluğu belirtilerine oranla daha fazla ruhsal hastalık olarak tanımladıkları saptanmıştır (Angermeyer & Dietrich, 2006).

2.3.1.2. Ruhsal Hastalıklarda Yardım Arama Davranışı

RSYO'nun ilişkili bileşenlerinden biri yardım arama davranışlarıdır. Yardım arama süreci bireyin stres faktörü veya ruhsal hastalık için risk oluşturabilecek durumla ilk karşılaşma anından itibaren başlamaktadır. Sorunla ilk karşılaşan birey için sorunla başa çıkma ve üstesinden gelme aşamasındadır (Folkman & Lazarus, 1988). Bu aşamada birey sorunu kendi kendine çözmeyi deneyebilmekte ya da başkalarından yardım aramayı tercih edebilmektedir

(Serim & Cihangir Kaya, 2015). Ruhsal hastalık tanısının konulabilmesi için ilk adım bireyin yardım aramayı kabul etmesidir. Bireylerin yardım arama süreci ise dört aşamada gerçekleşmektedir (Folkman & Lazarus, 1988):

İlk aşamada bireyin sorun yaşadığı durumla ilgili belirtilerin farkına varması ve yardıma ihtiyacı olduğunu kabul etmesidir.

İkinci aşamada bireyin yardıma ihtiyacı olduğunu ifade etmesidir.

Üçüncü aşamada bireyin uygun yardım kaynaklarını bulup, alacağı yardıma karar vermesidir.

Dördüncü aşama ise bireyin yardım alacağı kaynağa durumunu nasıl ifade edeceğine karar verdiği aşamadır.

Bu aşamaların her biri bireylerin yardım arama davranışı üzerinde etkili olmaktadır. Kendi kendine sorununu çözemeyeceğine karar veren bireyin profesyonel birinden yardım almayı tercih etmesi bu süreçlerin her birinden etkilenebilmektedir (Türküm, 2001).

Psikolojik yardım arama davranışını etkileyen tutumlar, olumlu ve olumsuz tutum olarak ikiye ayrılmaktadır. Psikolojik yardım aramaya yönelik *olumsuz tutumların* nedenleri arasında sorunu kendi başına çözmeye çalışmak, yardım almaya ve tedavi ihtiyacına olan düşük ihtiyaç algısı, düşük ruh sağlığı okuryazarlığı, ruh sağlığı hizmetlerinin mali yükü gibi finansal faktörler, ruh sağlığı hizmetlerine ulaşım zorluğu, tedavi etkililiğinin yetersiz olduğuna dair inançlar, ruhsal hastalıklara karşı olumsuz tutumlar ve damgalama ile kültürel faktörler gösterilebilir (İbrahim ve ark., 2019; Schnyder ve ark., 2017). Psikolojik yardım arama davranışını etkileyen, *olumlu tutumlar* ise sosyal destek, başkalarından yardım arama ile olumlu geçmiş deneyimler, yardım sunucuya olan güven ve gizlilik olarak sıralanmaktadır (Gulliver ve ark., 2010). Cinsiyet, kültürel değerler, yaş, sosyal sınıf, eğitim düzeyi ve medeni durum gibi faktörler yardım arama davranışını ayrıca etkileyebilir (Arslantaş ve ark., 2011).

Ruhsal hastalık ve tedavi inançları ile ilgili derlemede, yardım arama davranışlarının ülkeden ülkeye, değişen sağlık sistemine göre farklılık göstermesine rağmen, uygun profesyonel yardım olarak depresyon durumunda pratisyen hekimler, şizofreni durumunda psikiyatri hekimleri tercih edilmektedir (Angermeyer & Dietrich, 2006).

Jafari ve ark., (2021) İran'da 1070 katılımcıyla yaptığı çalışmada ruhsal hastalık hakkında bilgi almış olanların yaşam kaliteleri daha yüksek olduğu, ruhsal hastalıkları tanıma yeteneği ile nereden bilgi aranacağı bilgisi ve ruhsal hastalık hakkında bilgi edinme arasında anlamlı ilişki olduğunu saptamıştır.

2.3.1.3.Ruhsal Hastalıklarda Damgalama (Stigma) ve Damgalanmaya Karşı

Müdahaler

RSYO'nu etkileyen önemli bileşenlerden bir diğeri damgalamadır. Damgalama bireylerin RSYO ve yardım arama tutumlarını etkileyerek tanı ve tedavi gecikmelerine neden olmakta ve toplumsal düzeydeki etkileriyle toplumun ruh sağlığı düzeyine etkiye bulunmaktadır. Damgalama; “bir kişinin yahut grubun, ruhsal bozukluk, etnik grup, ilaç kötüye kullanımı ya da fiziksel yetersizlik gibi, diğer insanlardan farklılık gösteren davranış özelliklerine dayanarak suçlayıcı ve kusurlu olarak değerlendirilmesi” şeklinde açıklanmıştır (Avcil ve ark., 2016; Çam & Çuhadar, 2011).

Damgalanma kavramına ait birçok sınıflandırma bulunmaktadır. Sağlık durumları ile ilişkili olan birçok damgalama tipi sıralanmaktadır. Bunların başında; algılanan damgalama, içselleştirilmiş damgalama, kişisel damgalama, kurumsal damgalama tipleri sayılabilmektedir (Özmen & Erdem, 2018; Schnyder ve ark., 2017). Algılanan damgalama; kişi diğer insanların kendisine olumsuz ve damgalayıcı baktığına inanmaktadır (Kamış ve ark., 2016). Aromaa ve ark., (2011), ruhsal hastalığı olan kişilerin toplumda damgalandığına dair inançları olduğunu saptamışlardır. Kişisel damgalama, farklı özelliklere sahip bireyler tarafından yapılan damgalama tipidir. Toplum damgası, toplumun belirli bir gruba yönelik belirli bir özelliklerden dolayı uyguladıkları önyargılarının tümünü kapsamaktadır (Avcil ve ark., 2016). Algılanan ve kişisel damgalama, toplumsal damgalamanın iki türünü oluşturmaktadır (Schnyder ve ark., 2017). Kendini damgalama diğer adıyla içselleştirilmiş damgalama, kişilerin kendileri ile ilgili damgalayıcı tutumlarını belirtir. Diğer insanların yaptığı damgalayıcı tutum ve tepkilerden dolayı bireyin iç dünyasındaki duygu ve düşüncelerini etkileme sürecini oluşturmasıdır (Çam & Çuhadar, 2011). Kurumsal damgalama, kamu alanında yaşanan bireylerin yaptığı damgalama tipidir. Kişilerin özelliklerinden ötürü hastanede, kurumlarda ve gündelik işlerde damgalamaya maruz kalmalarını ifade etmektedir (Özmen & Erdem, 2018).

Algılanan damgalama ve kendini damgalama, tanı ve tedavi için yardım arama tutumunu ve kişilerin özgüvenini olumsuz etkileyebilmekte ve yardım arama davranışının ertelenmesine yol açarak tedavi uyumunu bozabilmektedir (Aromaa ve ark., 2011; Sharp ve ark., 2015). Ülkemizde ruhsal hastalıklar hakkında toplum tutumlarına yönelik yapılan çalışmalarda sosyoekonomik düzeyin düşük olması, kırsal kesimde yaşıyor olmak; üniversite okuyan öğrencilerin ruhsal hastalık tutumlarına yönelik yapılan araştırmada, ruhsal hastalıkları olan kişilerle karşılaşmamış olmak ve önceden ruhsal hastalıklarla ilgili eğitim almamış olmanın olumsuz tutum ile alakalı olduğu bulunmuştur (Aydemir, 2004; Ünal ve ark., 2010). Ülkemizde ruhsal hastalık tanısı almış kişilerin kendi kendini damgalamalarına yönelik yapılan

bir çalışmada, katılımcıların yarısına yakını kendini yetersiz hissetmektedir. Çalışmada ruhsal hastalıkların şiddeti arttığı halde kontrollerini ihmal eden, ilaçlarını sürekli içmeyen, eğitim ve gelir seviyesi düşük olan ve kadın hastaların kendini damgalamanın yüksek olduğu saptanmıştır (Ersoy & Varan, 2007). RSOY yardım arama ve damgalayıcı tutuma yönelik yapılan araştırmada; RSOY düzeylerinin orta, damgalayıcı tutumun hemen hemen tüm katılımcılarda gözlemlendiği ve yardım arama ihtiyacında daha çok ebeveynlerini tercih ettiği bulunmuştur (Ahmad ve ark., 2021).

2.3.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Sağlık Sonuçları

Jorm ve arkadaşları halkının RSOY seviyelerine yönelik yaptığı araştırmasında; toplum tarafından bilinen depresyon gibi ruhsal hastalıkta bile, hastalığı tanılama, profesyonel yardım arama, tedavi yöntemlerine yönelik yanlış ve yetersiz bilgiye sahip olduklarını bulmuştur (Jorm ve ark., 2006). Sağlık çalışanlarının RSOY seviyelerine yönelik yapılan araştırma sonucunda, ruh sağlığı okuryazarlık düzeyi yüksek bulunmuş, ayrıca mevcut bilgi düzeyi ile RSOY arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Caldwell & Jorm, 2000).

Yapılan araştırmalar sonucunda, halkın ruh sağlığı bilgisini geliştirmek amacı ile Avustralya’da kurulan ilk Ruh Sağlığı İlk Yardım Merkezi kursları, birçok ülkeye de rol-model olmuş, birçok ülkede Ruh Sağlığı İlk Yardım Merkezi kurslarının açılmasını sağlayarak toplum ruh sağlığı eğitim programlarının yürütülmeye başlanmasını sağlamıştır (Akdoğan, 2018; Kitchener & Jorm, 2008; Jorm, 2012).

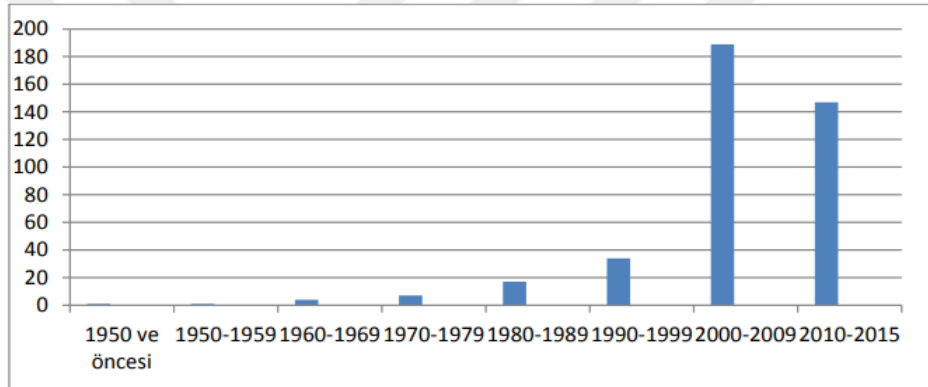
Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde yapılan ulusal araştırmalarda ruhsal hastalığı olan bireylerin oranın yadsınmayacak kadar yüksek tespit edilmesine rağmen, kişilerin kendilerindeki ruhsal hastalığı tanımlayamamasının sonucu olarak profesyonel yardım almaya gerek duymadığı ya da ertelediği tespit edilmiştir (Thompsons ve ark., 2008; Wang ve ark., 2007). Anksiyete veya duygudurum bozukluğu gibi toplum tarafından sık görülen ve bilinen hastalıklarda bile hastalığı tanımlayamama nedeniyle tedaviye başlamadaki gecikmenin ortalama süresinin 8,2 yıl olduğu bildirilmiştir (Gulliver ve ark., 2010). Smith ve Shochet (2011)’un yaptığı diğer çalışmada ruh sağlığı okuryazarlık düzeyinin kişinin yardım arama niyetleri ile doğrudan bağlantılı olduğu bulunmuştur. Bu niyetin artmasının RSOY ile mümkün olacağı vurgulanmıştır. Arthur ve ark., (2021) Gana’da bir ruh sağlığı okuryazarlığı programının toplum liderlerinin ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumlarını geliştirmedeki etkinliğini değerlendirmek amacıyla yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, ruhsal hastalığı olan bireyler, yaygın olarak, köklü toplumsal damgalanma nedeniyle olumsuz tutum ve ayrımcılığa maruz kaldıklarını bulmuşlardır. Genel olarak, bulgular programın toplum liderlerinin tutumlarını iyileştirmede etkili olduğunu ve daha sonra bu liderlerin

toplumlarında ruhsal hastalığı olan bireylere karşı destekleyici, yargılayıcı olmayan ve empatik tutumlar geliştirebileceği sonucuna ulaşmışlardır.

Ülkemizde Seki Öz (2021)'ün yaptığı araştırmada, bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinin yüksek olduğu ve sosyodemografik faktörlerden etkilendiğini saptamıştır. Öztaş ve Aydoğan (2021)'in yaptığı çalışma da sağlık çalışanlarının ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerinin yeterli düzeyde olmadığını, eğitim programlarının düzenlenmesinin gerekliliğinin ruh sağlığı alanına olumlu katkılar sağlayacağı düşüncesini vurgulamışlardır. Yüksek RSOY düzeyine sahip olmanın ruhsal hastalıklarının erken tanı ve tedaviye, damgalanmanın azalmasına ve profesyonel yardım için taleplerin artmasına katkı sağlaması beklenmektedir.

2.3.3. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Tarihçesi

RSOY 1950'li yıllarda Avrupa'da başladığı ve 1950-2015 yılları arasında çalışmalar yapılmaya başlanmış ve çalışmaların %84 oranında, 2000 yılından sonra gerçekleştirildiği görülmüştür (Wei ve ark., 2015). RSOY'nın en kapsamlı tanımını 1997 yılında Jorm ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.



Şekil 1. Yıllara göre Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Çalışma Verileri (Wei ve ark., 2015).

2000-2009 yıllarında Jorm'un farklı ruhsal hastalıklarda vaka örnekleri ile bireylerin tutum ve inançlarının değerlendirildiği araştırmalardan oluştuğu, 2010'dan sonra ise Avrupa'daki tüm ülkelerin de kabul ettiği ruh sağlığı ilk yardım kurslarının ve RSOY farkındalık programlarının etkinliklerinin değerlendirildiği çalışmaların yapıldığı görülmüştür. 2010 ve sonrasındaki çalışmalarda; göçmenler, ergenler, mülteciler, polisler, öğretmenler, sağlık çalışanları, ruhsal hastalığı olan kişilere bakım vericiler, din liderler gibi farklı gruplar üzerinde araştırıldığı, iş yerlerinde RSOY'un araştırılması ve ruh sağlığı hizmetlerinden faydalanma gibi çalışmalara odaklanılmıştır. 2015 yılından sonraki çalışmalar ise farklı

kültürler ve ülkelerin RSOY seviyelerini karşılaştırma çalışmalar yapılmıştır (Akdoğan, 2018; Jorm, 2012; Kutcher ve ark., 2016).

RSOY kavramı ülkemiz için yeni ve gelişmekte olan bir kavramdır. RSOY ile ilgili çalışmalar son yıllarda yapılmaya başlamıştır (Akdoğan, 2018; Doğan ve ark., 2022; Göktaş ve ark., 2018; Öztaş & Aydoğan, 2021; Seki Öz, 2021; Pehlivan ve ark., 2021).

2.3.4. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Psikiyatri Hemşireliği

Ruh sağlığı okuryazarlığının gelişimini olumlu etkileyen birçok yaklaşımlar literatürde bulunmaktadır. Birey kendi ruhsal durumunda oluşabilecek bir sorunun farkına varırsa, bu sorun için yardım arama sürecine girebilir, ama bunun için bireyin profesyonel yardım ve tıbbi tedaviler hakkında bilgi alması gerekmektedir. Psikiyatri alanında çalışan sağlık çalışanlarının, ruh sağlığına etki eden bileşenleri, ruhsal hastalıkların belirtileri ile tedavileri ve ne zaman yardım alınması gerektiği hakkında verecekleri eğitim, ruhsal hastalıkları olan bireylerin yeterli düzeyde bakım almasını ve kaliteli yaşam sürmelerine olanak sağlayacaktır (Göktaş ve ark., 2018; Jorm, 2012; Özel & Duzcu, 2018).

Sağlık Bakanlığı, toplumun ruh sağlığının seviyesinin yükseltilmesinde koruyucu ruh sağlığı hizmetleri başlığı altında, ruh sağlığı eğitim programları ile halkı bilinçlendirme sorumluluğunu psikiyatri hemşirelerine vermiştir. Psikiyatri hemşirelerinin görevleri arasında çocuk- ergen, kadın, yaşlı, işsiz, sosyoekonomik düzeyi düşük bölgede yaşayanlar, engelli bireyler, mülteciler, madde bağımlılığı olan kişiler gibi ruhsal hastalıklar açısından yüksek riski olan bu grupların, ruh sağlığının korunması ve devamlılığının sürdürülmesinde sorumluluk almaları ve olumlu destek programları oluşturmaları yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Hemşirelik mesleğinin temel unsurları arasında hasta bireylerin eğitimi ve etkili iletişimi yer almaktadır. Doğrudan hasta bakımı ile sağlık hizmetleri sunumunda yer alan hemşireler ruh sağlığı okuryazarlığı ve sağlık-bakım kalitesinin artmasında da rol oynamaktadır (Yalçın & Aştı, 2011).

Hastanelerde hasta bireyler ve aileleri ile en çok iletişim halinde olan psikiyatri hemşireleri, halkın RSOY düzeyinin geliştirilmesinde önemli rolleri vardır. Hastane içinde ruhsal hastalıklar hakkında hasta ve ailesine verilen eğitim ile ruhsal hastalığa bakış açılarının, yaşam kalitelerinin pozitif yönde etkilediği ve damgalayıcı davranışların azaldığı açıklanmaktadır (Özer ve ark., 2020). Doğan ve ark., (2022)'nın yaptığı çalışmada ruh sağlığı okuryazarlık düzeyinin psikolojik yardım aramaya yönelik tutum arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu görüldüğü, RSOY seviyesi ile yakın çevre tarafından damgalanma arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmış. Bunun yanı sıra, psikiyatri hemşireleri, Toplum Ruh Sağlığı

Merkezi (TRSM)’nde toplumsal müdahale çalışmaları yürütebilir. TRSM’ler de ruhsal hastalıklar ve damgalamaya yönelik toplumsal eğitimler düzenleyebilirler (Akdoğan, 2018). Bunlara ek olarak okullarda öğretmenlere, öğrencilere ve ailelerine birlikte kapsayacak eğitim programları da yine psikiyatri hemşireleri tarafından yapılabilecek faaliyetlerdir (Özer & Şahin Altun, 2022). Oban ve ark., (2011)’nın lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada, şizofreni hastalığı hakkında verilen eğitimden sonra, öğrencilerin şizofreni hastalarına yönelik sosyal mesafelerinin ve damgalayıcı tutumlarının azaldığı saptanmıştır.

Sağlık profesyonellerinin de ruhsal hastalık/hastalara karşı inanç, tutum ve damgalamalarının çelişkili olabildiği görülmektedir. Yüksel ve Taşkın (2005)’ın yaptığı çalışmada, ruhsal hastalıklara yönelik psikiyatri hekimlerinin psikiyatri dışında çalışan hekimlerden daha olumlu tutumlara sahip oldukları; hemşireler ile yapılmış çalışmalarda ise hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarının olumsuz olduğu belirlenmiştir (Arkan ve ark., 2011; Kayahan, 2009). Çin’in Hengyang şehrindeki dört hastanedeki ruh sağlığı dışı birimlerde çalışan 601 hemşire ile yapılan çalışmada ise ruh sağlığı dışı birimlerde çalışan hemşirelerin RSOY düşük bulunmuştur (Hao ve ark., 2020). Öztaş ve Aydoğan (2021)’ın yaptıkları çalışmada, sağlık profesyonellerinin RSOY düzeyinin orta olduğu saptanmıştır. Marangu ve ark., (2021)’nın Kenya’da birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık çalışanlarının, ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyleri düşük bulunmuştur. Hemşirelerin RSOY düzeyinin düşük olması, hasta iletişimini önemli ölçüde etkileyebilir ve tıbbi bakımdan beklenen faydaları engelleyebilir. Hemşireler sahip oldukları gücün farkında olup RSOY anlamak, hasta ve ailelerin RSOY düzeyini arttırmak için çaba sarfetmelidir. Diğer taraftan hemşireler bakım ilkelerini somutlaştırmalı ve RSOY da daha güçlü bir güce sahip olmalıdırlar (Eker, 2022). Bu sonuçlara göre bakıldığında, ruh sağlığı hemşirelerinin hastane içi eğitimler planlamaları ve sağlık çalışanlarının RSOY düzeylerini arttırmalarında önemli etkileri olacaktır. Bu eğitimler ve yüksek RSOY düzeyi ile hasta bakım kalitesinde ve toplumsal müdahaleler ile ruh sağlığına pozitif katkı sağlaması beklenmektedir.

2.4.Sağlık Algısı

Evrensel bir kavram olan sağlık; bireylere, disiplinlere, kültüre ve zamana göre değişiklikler göstermektedir (Aştı & Karadağ, 2012). Türk Dil Kurumu (TDK)’un sağlık tanımına göre; kişinin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halinin olması, vücut esenliğinin, sıhhati ve afiyeti şeklinde ifade edilmektedir (TDK, 2022).

Sağlık algısı “kişinin kendi sağlığına yönelik duygu, düşünce, beklenti ve önyargılarının bir bütünü” olarak tanımlanmaktadır (Özdelikara ve ark., 2018). Bireyin sağlığını algılaması

biyolojik, ruhsal ve toplumsal boyutları ile sağlığını nasıl değerlendirdiğidir (Temel & Çimen, 2017).

Bireyin sağlığına yönelik olumlu düşüncelerinin olması “*iyi sağlık*”; olumsuz düşüncelerin olması ise “*kötü sağlık algısı*” olarak açıklanmaktadır (Ağaçdiken Alkan ve ark., 2017). Sağlık algısının boyutları öznel ve nesnel olarak ikiye ayrılır. *Öznel Sağlık Algısı*: “Kişinin fizyolojik, sosyal ve psikolojik yönden kendi sağlık durumunu” algılamasıdır. Kişi hastalığı olmadığı halde hasta veya hasta olduğu halde kişi kendinin sağlıklı hissedebilmektedir. *Nesnel Sağlık Algısı*: “Tıbbi olarak hastanede yapılan muayene ve tetkikler sonucunda kanıtsal olarak hastalığın olmaması”dır (Şahin, 2021).

Sağlığı algılama durumu, özellikle bireylerin sağlık durumlarını kendilerinin değerlendirmesiyle ilişkilendirilir. Sağlık kavramının çok yönlülüğünü ortaya koyan, aynı zaman da kişinin biyolojik, ruhsal ve toplumsal durumunu kişisel olarak fark etmesine imkân sunan kuvvetli bir parametredir (Yalnızoğlu Çaka ve ark., 2017; Şahin, 2021). Bireyin sağlıklı olabilmeleri için hem öznel hem de nesnel boyutuyla sağlıklı olması gerekmektedir. Bundan dolayı, bireyleri değerlendirirken somut veriler kadar bireyin öznel sağlık algısının da bilinmesi faydalı olacaktır (Yalnızoğlu Çaka ve ark., 2017).

Birey sağlıkla ilgili sorunlarını algılayamıyorsa, sağlığını geliştirmek için çaba göstermeyecek ve sağlık profesyonellerden yardım talebinde bulunmayacaktır (Tuğut & Bekar, 2008). Sağlık algısını etkileyen bileşenlere örnek olarak; yaş, cinsiyet, deneyimler, değerler, inançlar, kültür, roller ve mesleki sorumluluklar verilebilir (Akça ve ark., 2020; Şenol, 2006; Yalnızoğlu Çaka ve ark., 2017). Sağlık algısının değerlendirilebilmesi için bireyin anormal farklılıkları algılaması, sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirilmesi yapılmadan ve hastalık belirtisi olmadan sağlık kuruluşlarına başvuru yapması, bireylerin sağlık sorunlarına yönelik yaklaşımlarını, davranışlarını ve problemleri anlamasını etkilediğinden dolayı büyük önem arz etmektedir (Çapık, 2006; Çiftçi Kırac, 2021; Kaya, 2014).

2.4.2 Sağlık Algısı ve Psikiyatri Hemşireliği

DSÖ, sağlığı koruma ve geliştirmede en büyük sorumluluğu hemşirelere vermiştir (Açıkgöz ve ark., 2013; Pala, 2023). Hemşireler, sağlığı geliştirme süreçlerini yakından takip etmeli ve bu davranışların topluma kazandırılmasında rol modeli olarak hizmet vermelidir. Hemşireler, sadece hastalıkla değil, sağlıkla da ilişkili değerlendirmeler yapmalıdır. Bireyi değerlendirme aşamasında bireyin öznel sağlık algısını dikkate alarak hemşirelik uygulamalarını planlayarak hizmet vermelidir (Pala, 2023).

Sağlık algısının pozitif yönde gelişiminde psikiyatri hemşirelerine sorumlulukları vardır. Psikiyatri hemşireliği; kişinin davranışlarını anlamaya çalışırken, hastalık kadar bireyin

kendi öz bakımına da katılmasını kapsayan bir yetenektir (Tanış, 1996; Serin & Şanlıer, 2018). İnsan biyopsikososyal bir varlıktır. Biyolojik açıdan iyilik hali yeterli olmayacaktır. Bu açıdan hemşireler; kişilerin sağlıklarını nasıl tanımladıklarına ve sağlıkla neleri ilişkilendirdiklerini de kapsamlı değerlendirmelidir (Alan, 2022; Gül, 2018). Biyolojik, psikolojik iyilik hali ile hastaların ve bireylerin sağlık algısı olumlu yönde ilerleme sağlayacaktır.

2.4.1. Sağlık Algısı ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı

Literatürde sağlık algısı ve ruh sağlığı okuryazarlığını inceleyen çalışmalar mevcut değildir, ancak; sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısını inceleyen araştırmalar mevcuttur.

Pala (2023)'nin yaptığı çalışmasında, katılımcıların sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin düşük olduğu, hastaların sağlık algısı ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça sağlık algılarının da olumlu etkilendiği belirlenmiştir.

Marciano ve ark., (2019)'nin yaptığı meta- analiz çalışmasında, tip 2 diyabet hastalarının diyabet bilgisi, kişisel bakım ve glisemik kontrolde sağlık okuryazarlığının rolüne bakıldığında hastaların sağlık okuryazarlık düzeyi ile anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Yapılan başka çalışmada Almanya'daki genel popülasyondan kronik hastalığı olan bireylerde ileri yaş, düşük eğitim, düşük sosyal statü ve sosyal destek azlığı sağlık okuryazarlık düzeyini negatif yönde etkilediği saptanmıştır (Griese ve ark., 2023).

Li ve ark., (2020)'nin sistematik derlemesinde sağlık okuryazarlığı ile kanseri önleme, tarama, tedavi ve prognozunun değerlendirildiği çalışmalarda sağlık okuryazarlığının, kanser hastalarının kanser risk farkındalığı, kanser bilgisi farkındalık oranı ve kanser tarama davranışı ile pozitif ilişkili olduğunu ve kanser hastalarının sağlık hizmeti kaynaklarını kullanma yeteneği, tedaviye uyum ve yaşam kalitesi ile pozitif korelasyon gösterdiğini saptamışlardır.

Yatarak tedavi gören organik olmayan psikoz tanısı almış hastalarda kişi bazlı ergoterapi müdahalelerinin bağımsızlık seviyesi, sağlık algısı ve psikopatolojik belirtiler üzerine etkisinin araştırıldığı tez çalışmasında kişi merkezli bağımsızlık düzeyinin, sağlık algısının gelişmesinde ve psikopatolojik belirtilerin gerilemesinde etkili olduğu görülmüştür (Alan, 2022).

Kronik hastalığı olan, sağlık okuryazarlık seviyesi düşük kişilerin hastalığı hakkındaki bilgilerinin kısıtlı olduğu, hastalık yönetimlerinin de daha kötü olduğu bildirilmiştir. Sağlık okuryazarlık seviyesi düşük olan kişilerin hastalık algısı ve hastaneye yatma oranları daha yüksek bulunmuştur (Yulu, 2020).

Gül (2018)'ün yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlığının sağlık algısı ile ilişkisini incelemek amacıyla 412 bireyle yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı arasında

olumlu olduğu; sağlık okuryazarlığını; yaş ve eğitim düzeyi, sağlık algısını ise; eğitim düzeyi ve gelir durumunun etkilediğini saptamıştır.

Yapılan  alışmalar da sağlık okuryazarlığı  ıktıları ile sağlık algısı çıktılarının birbirini pozitif yönde etkilediğini desteklemektedir. Yaş, cinsiyet, deneyimler, değerler, inançlar, kültür, roller ve mesleki sorumluluklar vb. faktörlerden de etkilenmektedir (Alagöz Ekti, 2020; G l, 2018; Temel &  imen, 2017).

Yurt dışında ve ülkemizde ruhsal hastalığı olan bireylerde sağlık algısı çalışmaları kısıtlıdır (Alan, 2022; Han ve ark., 2021). Ancak uluslararası literatürde ruhsal hastalığı olan (Galletly ve ark., 2012; Krishan ve ark., 2012; Rose ve ark., 2014), kronik hastalığı olan ( imen & Temel, 2017; Rose, 2014; Marciano ve ark., 2019) ve diğer bireylerde olan (Dursun ve ark., 2019; Koç, 2020; Sansom-Daly ve ark., 2016) yapılmış sağlık okuryazarlığı çalışmaları mevcuttur.

Ruhsal hastalığı olmayan diğer bireylerde ise sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar bulunmaktadır (Aka & Bhatia, 2022; Akça ve ark., 2020; Alagöz Ekti, 2020;  etin & Yılmaz, 2022; Durmaz ve ark., 2020; Dursun ve ark., 2019; Filiz & Bodur, 2022; G l, 2018; Kale Aktaş, 2021;  zer, 2022; Temel &  imen, 2017; Yalçın, 2020; Yulu, 2020).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel özelliktedir. Bu çalışma, Orta Karadeniz Bölgesinde bulunan bir ildeki ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi, toplum ruh sağlığı merkezi ve üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde yatan veya ayaktan takip edilen bireylerde, ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi ile sağlık algısını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu amaç doğrultusunda çalışmaya katılan bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyleri ve sağlık algıları belirlenmiş, ruh sağlığı okuryazarlığı ve sağlık algısı arasındaki ilişki incelenmiştir.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 11/10/2021-11/04/2022 tarihleri arasında Orta Karadeniz Bölgesinde bulunan bir ilin ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi, toplum ruh sağlığı merkezi ve üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde yatan ve ayaktan takip edilen tüm bireyler oluşturmuştur. 11/10/2021-11/04/2022 tarihleri arasında araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 255 örnekleme ulaşılmış, üç bireyin anketinde boş veriler olduğu için alınmamış ve 252 örnekleme çalışma tamamlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Değişkenleri

3.3.1. Bağımlı değişkenler; Ruhsal hastalığı olan bireylerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOYÖ) alt boyutları ve toplam puanı, Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) alt boyutları ve toplam puanlardır.

3.3.2. Bağımsız değişkenler; Ruhsal hastalığı olan bireylerin tanıtıcı özellikleridir. Bunlar; ruhsal hastalığı olan ve araştırmaya katılan bireylerin hastalık tanısı, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışama durumu, yaşanılan yer, gelir düzeyi, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü durumu, psikiyatri kliniğine yatış sayısı, hastalık teşhis zamanı, tedavi görme süresi ve yatanlar için yatış gün sayısı araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.4. Araştırma Soruları

1. Ruhsal hastalığı olan bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı ne düzeydedir?
2. Ruhsal hastalığı olan bireylerin sağlık algısı ne düzeydedir?
3. Ruhsal hastalığı olan bireylerin yaşı, cinsiyeti, hastalık tanısı, çalışıyor olması vb. durumu ile bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı ile sağlık algısı arasında fark var mıdır?
4. Ruhsal hastalığı olan bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı ile sağlık algısı arasında ilişki var mıdır?

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu (Ek-1), Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOY) (Ek-2) ve Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) (Ek-3) kullanılmıştır.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek oluşturulan (Akdoğan, 2018; Jorm, 2012; Temel & Çimen, 2017) araştırmaya katılan bireylerin (cinsiyetini, yaşını, medeni durumunu, tanısı konulmuş kronik ya da fiziksel hastalığının bulunup bulunmadığını, ailesinde ruhsal hastalık olup olmadığı durumunu vb.) ve sağlık algısı ile ilişkili toplam 22 sorudan oluşmaktadır (EK 1).

3.5.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOYÖ):

Avustralyalı psikolog O'Connor ve Casey tarafından 2015 yılında "Mental Health Literacy Scale" (MHLS/RSOYÖ) geliştirmişlerdir. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOYÖ)'nin Türkçe geçerlik ve güvenirliğini Akdoğan 2018 yılında yapmıştır. RSOYÖ'nin 6 alt boyutlu 35 maddeli yapısı RSOYÖ'nin Türkçe versiyonunda 4 alt boyutlu 22 maddeli bir yapıdan oluşmaktadır. RSOYÖ Türkçe uyarlamasında ortaya çıkan bu dört alt boyut;

1. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Tutum alt boyutu (1, 2, 3, 4, 5, 6),
2. Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum alt boyutu (7, 8, 9, 10, 11, 12 ve 13),
3. Ruhsal Bozuklukları Tanıma alt boyutu (14, 15, 16, 17, 18 ve 19),
4. Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma alt boyutu (20, 21 ve 22) bulunmaktadır.

Kullanılan 4'lü likert ölçekli maddeler için: çok olası değil (1 puan), olası değil (2 puan), olası (3 puan), çok olası (4 puan) şeklinde toplanırken, kullanılan 5'li likert ölçekli maddeler için: kesinlikle istemem (1 puan), muhtemelen istemem (2 puan), kararsızım (3 puan), muhtemelen isterim (4 puan), kesinlikle isterim (5 puan) şeklinde toplanır. Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum alt boyutu 7 madde (7, 8, 9, 10, 11, 12 ve 13) tersten hesaplanmaktadır.

RSOYÖ Türkçe versiyonunda alınabilecek maksimum puan: 96, minimum puan: 34'tür. RSOYÖ Türkçe versiyonunun toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları için bir kesme noktası bulunmamaktadır ve toplam puan arttıkça RSOY düzeyi artmakta, toplam puan düştükçe RSOY düzeyi azalmaktadır. RSOYÖ'nin cronbach alfa değeri 0,767 bulunmuştur (Akdoğan, 2018). Bizim çalışmamızda ölçeğin toplamı için Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,75'tir. Ölçek alt boyutların Cronbach Alfa katsayıları Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Tutum alt boyutu 0,88; Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum alt boyutu 0,60; Ruhsal Bozuklukları Tanıma alt boyutu 0,76 ve Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma alt boyutu 0,75 olarak saptanmıştır (EK 2).

3.5.3. Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ):

Diamond ve arkadaşları tarafından 2007 yılında geliştirilmiştir. Sağlık algısı ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Kadioğlu ve Yıldız tarafından 2012 yılında yapılmıştır. Ölçek kişinin sağlık algısını değerlendirmek için kullanılmaktadır. SAÖ 15 maddeden ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Kontrol Merkezi alt boyutu 5 maddeden (2, 3, 4, 12. ve 13) oluşmakta, en az 5, en çok 25 puan alınmaktadır. “Kontrol Merkezi” alt boyutu; bireyin sağlıklı olmayı kendi dışındaki faktörlere (şans, kader, dini inanç vb.) bağlayıp bağlamadığını, yani sağlıklı olmada Kontrol Merkezi’nin kendinde toplayıp toplamadığını ve sağlığını değiştirebilmeye yönelik kendine olan güvenini belirlemeye yöneliktir. Öz Farkındalık alt boyutu 3 maddeden (5, 10. ve 14) oluşmakta, en düşük 3, en yüksek 15 puan alınmaktadır. “Öz Farkındalık” alt boyutu; bireyin sağlıklı olmaya ilişkin egzersiz ve doğru beslenme konusunda algısının, sağlıklı olmanın kendi elinde olup olmadığına yönelik inancının seviyesini belirlemeye yöneliktir. Kesinlik alt boyutu 4 maddeden (6, 7, 8. ve 15) oluşmakta, en düşük 4, en yüksek 20 puan alınmaktadır. “Kesinlik” alt boyutu; bireyin sağlıklı kalmaya ve daha sağlıklı olmaya yönelik yapması gerekenler konusunda kesin bir fikre sahip olup olmadığını belirlemeye yöneliktir. Sağlık Önemi alt boyutu 3 maddeden (1, 9, 11) oluşmakta, en düşük 3, en yüksek 15 puan alınmaktadır. “Sağlığın Önemi” alt boyutu; bireyin sağlığına ne derece önem verdiğini, bu konuda ne derecede maddi fedakarlıkta bulunduğunu ve sağlığa verdiği önemin hayatındaki önceliklerden biri olup olmadığını belirlemeye yöneliktir. Ölçek içerisinde olumlu ve olumsuz maddeler bulunmaktadır. Olumlu maddeler; 1., 5., 9., 10., 11. ve 14, olumsuz maddeler; 2., 3., 4., 6., 7., 8., 12., 13. ve 15.’dir. Olumlu maddeler “çok katılıyorum= 5”, “katılıyorum= 4”, “kararsızım= 3”, “katılmıyorum= 2”, “hiç katılmıyorum= 1” şeklinde puanlanmakta olup olumsuz ifadeler ise tam tersi olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 15, en yüksek puan 75’tir. Alınan puan arttıkça kişinin sağlık algı düzeyi de artmaktadır. SAÖ’nin cronbach alfa değeri 0,78 bulunmuştur (Kadioğlu & Yıldız, 2012). Bizim çalışmamızda ise ölçeğin toplamı için Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,62’dir. Ölçek alt boyutların Cronbach Alfa katsayıları Kontrol merkezi 0,62; Öz farkındalık, 0,50; Kesinlik, 0,62 ve Sağlığın önemi 0,54 olarak bulunmuştur (EK 3).

3.6. Araştırmaya Dâhil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Polikliniklerde 18 yaşından büyük kesinleşmiş herhangi bir psikiyatrik tanısı olan, klinikte akut dönemi geçmiş olan ve yatışının 10-11. günlerinde olan ve iletişime geçilebilen, TRSM’nde gelen tüm bireylerden iletişime geçilebilen araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireyler araştırmaya dâhil edilmiştir. Bu özellikleri taşımayan bireyler dışlanmıştır.

3.7. Veri Toplama Yöntemi

Çalışma verilerini toplamak için Kişisel Bilgi Formu, Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOYÖ) ve Sağlık Algısı Ölçek (SAÖ)'leri kullanılmıştır. Çalışmaya katılan tüm hastalara sözlü bilgi verilmiş ve sözlü onam alınmıştır. Veriler poliklinikte sessiz bir yerde, klinikte ve TRSM'nde görüşme odalarında toplanmıştır. Veri toplama formları araştırmacı tarafından yüz yüze doldurulmuştur. Formların uygulama süresi yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

3.8. Verilerin Değerlendirmesi

Veriler, IBM SPSS V25 programı ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı verilerin analizinde frekans, yüzde, ortalama, minimum, maksimum, standart sapma kullanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk Shapiro-Wilk ve Kolmogorov-Smirnov ile incelenmiştir. Normal dağılım gösteren veriler için ortalama ve standart sapma, normal dağılım göstermeyen veriler için medyan, minimum, maksimum değerleri verilmiştir. Normal dağılım gösteren verilerin değerlendirilmesinde parametrik testlerden bağımsız gruplarda t testi ve Tek Yönlü (One Way) Anova Analizi ve Post-Hoc testlerinden (Tukey HSD) ve Tamhane's yararlanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen verilerin değerlendirilmesinde Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis Varyans testi ve çözümleme sonucunda gruplar arasında beliren anlamlı farkın kaynağını belirlemek amacıyla da posthoc test istatistiklerinden Bonferroni testi kullanılmıştır. Veriler arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson ve Spearman Korelasyon analizi yapılmıştır. Yordama gücünü saptamak üzere regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan istatistiksel testlerde %95 güven aralığı ve $p < 0.05$ anlamlılık seviyesi olarak alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için; Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Karar tarihi: 02.09.2021, Karar no: 21-KAEK-192) (**EK 4**), Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi (Karar tarihi: 10.09.2021, Sayı: E-21979232-020-717-82) (**EK 5**) ve Tokat İl Sağlık Müdürlüğü'nden (Karar tarihi: 29.09.2021, Sayı: E-87064461-044) (**EK 6**) gerekli izinler alınmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi amacıyla Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (**EK 7**) ve Sağlık Algısı Ölçeği (**EK 8**) geçerlilik ve güvenilirliğini yapan yazarlar ile e-posta yolu ile görüşülüp kullanım için izinler alındı. Anketler çalışmaya katılmaya gönüllü hastalar ile araştırmacı tarafından yüz yüze dolduruldu. Veri formunda yer alan hastalık tanısı kısmı araştırmacı tarafından kesinleşmiş tanı şeklinde dolduruldu.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırma sadece bir ilin ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi ile üniversite hastanesi, toplum ruh sağlığı merkezi ve psikiyatri kliniğinde yatan ve ayaktan takip edilen bireyler ile yapılmıştır.
- Elde edilen veriler belirli bir bölgede belirli kişilere yönelik olduğu için tüm psikiyatrik hastalığı olan bireylere ve evrene genellenemez.
- Araştırma, anket yöntemine dayalı olarak yapılmıştır. Buna bağlı olarak verilerin güvenilirliği bireylerin yanıtları ile sınırlıdır.
- Araştırmanın bulguları, veriler ile sınırlıdır.

3.11. Araştırma Zaman Çizelgesi



Şekil 2. Araştırma Zaman Çizelgesi

4. BULGULAR

Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde Ruh Sağlığı Okuryazarlık Düzeyleri ile Sağlık Algılarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulguları aşağıda sunulmuştur.

Tablo 1. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri (n=252)

Hastaların sosyodemografik özellikleri		Ort±SS	
Yaş		35,90±12,27	
Çocuk Sayısı		2,29±1,20	
		n	%
Cinsiyet	Erkek	134	52,5
	Kadın	121	47,5
Medeni Durum	Evli	98	38,4
	Bekar	108	42,4
	Boşanmış	40	15,7
	Eşi Vefat Etmiş	9	3,5
Eğitim Durumu	İlköğretim	98	38,4
	Lise	101	39,6
	Lisans ve Üstü	56	22
Çalışma Durumu	Çalışıyor	90	35,3
	Çalışmıyor	165	64,7
Eş Eğitim Durumu*	İlköğretim	52	50
	Lise	35	33,7
	Lisans ve Üstü	17	16,3
Eş Çalışma Durumu*	Çalışıyor	57	54,8
	Çalışmıyor	47	45,2
Gelir Durumu	Gelir Giderden Düşük	84	32,9
	Gelir Gidere Eşit	144	56,5
	Gelir Giderden Fazla	27	10,6
Yaşanılan Yer	İl Merkezi	146	57,3
	İlçe Merkezi	64	25,1
	Köy	45	17,6
En Uzun Yaşanılan Yer	İl Merkezi	131	51,4
	İlçe Merkezi	70	27,4
	Köy	54	21,2
Kronik Hastalık Durumu	Evet	63	24,7
	Hayır	192	75,3
Sigara Kullanımı	Evet	142	55,7
	Hayır	113	44,3
Alkol Kullanımı	Evet	51	20,0
	Hayır	204	80,0
Sağlık Erişiminde Zorluk Yaşama	Evet	50	19,6
	Hayır	205	80,4

*: n=104 üzerinden değerlendirilmiştir

Araştırmaya katılan ruhsal hastalığı olan bireylerin sosyodemografik özellikleri Tablo 1’de gösterilmiştir. Bireylerin yaş ortalamasının $35,90 \pm 12,27$ ve çocuk sayısı ortalamasının $2,29 \pm 1,20$ olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %52,5’inin erkek, %42,4’ünün bekar, %39,6’sının lise mezunu, %56,5’inin gelirinin giderine eşit, %57,3’ünün il merkezinde yaşadığı, %51,4’ünün en uzun il merkezinde yaşadığı, %75,3’ünün fiziksel kronik hastalığı olmadığı, %55,7’sinin sigara ve %80’inin alkol kullanmadığı, %80,4’ünün ise sağlık erişiminde zorluk yaşamadığı belirlenmiştir. $n=104$ üzerinden değerlendirildiğinde %50’sinin eşinin ilköğretim mezunu olduğu ve %54,8’inin çalıştığı saptanmıştır.

Tablo 2. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Özellikleri (n=252)

Ruhsal hastalığı olan bireylerin hastalık özellikleri		Ort $\pm$ SS	
Yatış Sayısı		3,69 $\pm$ 5,57	
Teşhis Zamanı (Yıl)		9,79 $\pm$ 8,64	
Tedavi Süresi (Yıl)		5,66 $\pm$ 7,27	
Hastanedeki Yatış Günü		11,89 $\pm$ 10,67	
		n	%
Tanı	Şizofreni/Psikotik Bozukluk	47	18,4
	Duygudurum Bozukluğu	94	36,9
	Anksiyete Bozukluğu	78	30,6
	Madde Kullanım Bozukluğu	36	14,1
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü	Evet	78	30,6
	Hayır	177	69,4
Ruhsal Hastalık Eğitimi	Evet	65	25,5
	Hayır	190	74,5

Hastaların hastalık özellikleri Tablo 2’de gösterilmiştir. Buna göre bireylerin yatış sayısı ortalamasının $3,69 \pm 5,57$, teşhis zamanı ortalamasının $9,79 \pm 8,64$ yıl, tedavi süresi ortalamasının $5,66 \pm 7,27$ yıl ve hastanedeki yatış günü ortalamasının $11,89 \pm 10,67$ olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bireylerin %36,9’un duygudurum bozukluğu tanısı aldığı, %69,4’ünün aile geçmişinde ruhsal hastalık tanısı olan birey bulunmadığı ve %74,5’inin hastalık eğitimi almadığı saptanmıştır.

Tablo 3. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları (n=252)

Ölçekler		Ort±SS	Medyan	Minimum	Maksimum
Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOYÖ)	Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Tutum	16,62±5,82	17	6	30
	Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum	26,29±4,47	27	12	35
	Ruhsal Bozuklukları Tanıma	17,45±3,51	18	6	24
	Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma	11,30±2,85	12	3	115
	Toplam	71,69±9,81	71	48	101
Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)	Kontrol Merkezi	15,69±4,03	16	5	25
	Öz Farkındalık	7,23±2,40	7	3	15
	Kesinlik	13,01±3,32	13	4	20
	Sağlığın Önemi	6,73±2,46	7	3	14
	Toplam	42,67±7,18	43	19	64

Hastaların RSOYÖ ve SAÖ puan ortalamaları Tablo 3'te gösterilmiştir. RSOYÖ'nin "Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Tutum" alt boyutundan 16,62±5,82, "Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum" alt boyutundan 26,29±4,47, "Ruhsal Bozuklukları Tanıma" alt boyutundan 17,45±3,51 ve "Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma" alt boyutundan 11,30±2,85 puan aldığı belirlenmiştir. Katılımcıların RSOYÖ'nin toplam puan ortalamasının ise 71,69±9,81 olduğu saptanmıştır.

Hastaların SAÖ'nin "Kontrol Merkezi" alt boyutundan 15,69±4,03, "Öz Farkındalık" alt boyutundan 7,23±2,40, "Kesinlik" alt boyutundan 13,01±3,32 ve "Sağlığın Önemi" alt boyutundan 6,73±2,46 puan aldığı belirlenmiştir. Hastaların SAÖ'nin toplam puan ortalamasının ise 42,67±7,18 olduğu saptanmıştır.

Tablo 4. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=252)

Değişkenler	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOYÖ)				
	Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Tutum	Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum	Ruhsal Bozuklukları Tanıma	Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma	Toplam
	Ort±SS				
Cinsiyet					
Erkek	16,38±6,36	26,71±4,50	17,49±3,22	11,26±2,92	71,86±10,16
Kadın	16,89±5,17	25,83±4,41	17,42±3,82	11,34±2,78	71,49±9,44
t=	-0,690	0,688	0,161	-0,219	0,300
p=	0,491	0,117	0,872	0,827	0,765
Medeni Durum					
Evli	16,95±5,58	25,94±3,98	17,34±3,34	10,93±2,97	71,19±8,59
Bekar	16,93±5,99	26,77±5,03	17,64±3,74	11,46±2,83	72,82±11,14
Boşanmış	15,37±6,04	26,00±3,92	17,32±3,14	11,80±2,56	70,50±8,84
Eşi vefat etmiş	14,88±5,058	25,66±4,92	17,00±4,41	11,30±2,85	68,77±9,16
F=	1,092	0,728	0,206	1,053	1,024
p=	0,353	0,536	0,892	0,370	0,382
Eğitim Durumu					
İlköğretim	17,01±5,69	25,36±3,86 ^a	16,30±3,09 ^a	10,60±2,76 ^a	69,28±8,37 ^a
Lise	16,45±5,79	26,24±4,95 ^a	17,64±3,79 ^a	11,13±2,99 ^a	71,48±10,72 ^a
Lisans ve Üstü	16,26±6,14	28,01±4,13 ^b	19,14±2,96 ^b	12,83±2,13 ^b	76,26±8,96 ^b
F=	0,361	6,525	12,936	12,235	9,669
p=	0,698	0,002	0,000	0,000	0,000
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	15,90±6,60	27,07±4,35	18,20±3,54	11,85±2,68	73,03±10,43
Çalışmıyor	17,02±5,32	25,87±4,50	17,05±3,44	11,00±2,90	70,95±9,41
t=	-1,387	2,067	2,511	2,291	1,619
p=	0,167	0,040	0,013	0,023	0,107
Eşin Eğitim Durumu					
İlköğretim	16,86±5,73	26,21±3,81	16,84±3,23	10,63±3,24	70,55±8,24
Lise	16,97±6,12	25,82±4,05	17,40±3,06	11,31±2,52	71,51±9,02
Lisans ve Üstü	16,29±4,41	25,82±4,53	17,32±3,28	12,05±2,83	72,82±9,59
F=	0,086	0,119	1,980	1,631	0,455
p=	0,917	0,888	0,143	0,201	0,636
Eş Çalışma Durumu					
Çalışıyor	17,14±5,33	25,75±4,24	17,64±3,45	11,35±2,88	71,89±8,26
Çalışmıyor	16,40±6,01	26,34±3,65	16,93±3,04	10,78±3,07	70,46±9,20
t=	0,661	-0,745	1,104	0,962	0,832
p=	0,510	0,458	0,272	0,339	0,407
Gelir Durumu					
Gelir Giderden Düşük	16,25±6,40	25,44±4,99 ^a	16,26±3,27 ^a	11,17±2,92	69,13±9,77 ^a
Gelir Gidere eşit	16,88±5,47	26,50±4,16 ^{ab}	18,01±3,62 ^b	11,18±2,75	72,57±9,73 ^b
Gelir Giderden Fazla	16,44±5,86	27,88±3,96 ^b	18,22±2,70 ^b	12,37±3,02	74,92±8,90 ^b
F=	0,326	3,456	7,679	2,120	5,066
p=	0,722	0,033	0,001	0,122	0,007

Tablo 4. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=252)
(Devam)

Değişkenler	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOYÖ)				
	Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Tutum	Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum	Ruhsal Bozuklukları Tanıma	Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma	Toplam
	Ort±SS				
Yaşanılan Yer					
İl Merkezi	16,47±5,56	27,18±4,08 ^a	18,11±3,67 ^a	11,67±2,57 ^a	73,45±9,10 ^a
İlçe Merkezi	17,50±6,34	24,81±5,17 ^b	17,25±2,80 ^a	11,32±2,88 ^{ab}	70,89±10,75 ^{ab}
Köy	15,88±5,85	25,53±3,98 ^{ab}	15,62±3,29 ^b	10,06±3,35 ^a	67,11±9,20 ^b
F=	1,133	7,396	9,383	5,690	7,863
p=	0,324	0,001	0,000	0,004	0,000
En Uzun Yaşanılan Yer					
İl Merkezi	16,45±5,59	26,99±4,14	17,99±3,57 ^a	11,46±2,57	72,90±9,05 ^a
İlçe Merkezi	17,70±6,24	25,47±5,36	17,67±3,18 ^a	11,55±2,92	72,40±11,34 ^a
Köy	15,66±5,70	25,68±3,74	15,88±3,37 ^b	10,59±3,31	67,83±8,58 ^b
F=	1,999	2,333	7,368	2,184	5,539
p=	0,138	0,067	0,001	0,115	0,004
Kronik Hastalık Durumu					
Evet	16,77±5,75	25,19±4,37	17,87±3,25	11,60±2,72	71,44±10,32
Hayır	16,57±5,85	26,66±4,46	17,32±3,59	11,20±2,89	71,77±9,67
t=	0,236	-2,281	1,078	0,953	-0,229
p=	0,814	0,023	0,282	0,342	0,819
Sigara Kullanımı					
Evet	16,46±6,05	26,61±4,20	17,55±3,39	11,35±2,81	71,99±9,88
Hayır	16,83±5,53	25,90±4,79	17,33±3,67	11,23±2,90	71,30±9,76
t=	-0,499	1,259	0,496	0,334	0,551
p=	0,618	0,209	0,621	0,739	0,582
Alkol Kullanımı					
Evet	15,68±5,65	26,41±4,21	16,88±3,43	11,84±2,42	70,82±10,08
Hayır	16,86±5,85	26,26±4,55	17,60±3,53	11,17±2,94	71,90±9,75
t=	-1,292	0,202	-1,311	1,507	-0,704
p=	0,197	0,840	0,191	0,133	0,482
Sağlık Erişimi					
Evet	16,24±5,72	25,86±4,10	16,92±2,98	10,64±3,07	69,66±8,54
Hayır	16,72±5,85	26,40±4,56	17,59±3,62	11,46±2,78	72,18±10,05
t=	-0,524	-0,771	-1,209	-1,849	-1,636
p=	0,601	0,442	0,228	0,066	0,103
Yaş					
r=	0,055	-0,183	-0,080	0,014	-0,076
p=	0,385	0,003	0,203	0,830	0,227
Çocuk Sayısı					
r=	0,143	-0,152	-0,128	-0,139	-0,073
p=	0,099	0,079	0,141	0,108	0,399

F: One-way ANOVA; t: Bağımsız gruplarda t testi; a-b: aynı harfe sahip değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur; r: Pearson's korelasyon katsayısı

Ruhsal hastalığı olan bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre RSOYÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4'te gösterilmiştir. Eğitim durumu, çalışma durumu, yaşanan yer, en uzun yaşanan yer ve gelir durumu ile RSOY toplam puanı ve alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre lisans ve üzeri mezunlarının RSOY toplam puan ortalamaları ile alt boyutlarından Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum, Ruhsal Bozuklukları Tanıma, Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma ve toplam puanının lise ve ilköğretim mezunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışıyor olanların RSOYÖ alt boyutlarından Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum, Ruhsal Bozuklukları Tanıma ve Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma puan ortalamalarının çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir.

Geliri giderinden fazla olanların RSOYÖ toplam puan ortalamaları ile alt boyutlarından Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum ve Ruhsal Bozuklukları Tanıma puan ortalamalarının diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir.

İl merkezinde yaşayanların RSOYÖ toplam puan ortalamaları ile alt boyutlarından Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum, Ruhsal Bozuklukları Tanıma ve Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma puan ortalamalarının diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir.

En uzun il merkezinde yaşayanların RSOYÖ toplam puan ortalamaları ile alt boyutlarından Ruhsal Bozuklukları Tanıma puan ortalamalarının diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ayrıca yaş ortalaması ile RSOYÖ alt boyutlarından Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre yaş ortalaması arttıkça RSOYÖ alt boyutlarından Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum puan ortalamasının azaldığı belirlenmiştir ($r=0,144$) (Tablo 4).

Tablo 5. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=252)

Değişkenler	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOYÖ)				
	Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Tutum	Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum	Ruhsal Bozuklukları Tanıma	Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma	Toplam
	Ort±SS				
Aile Geçmişi					
Evet	17,12±6,30	26,47±4,44	17,85±3,74	11,83±2,78	73,29±10,25
Hayır	16,40±5,60	26,22±4,50	17,28±3,40	11,07±2,86	70,98±9,56
t=	0,911	0,417	1,207	1,971	1,740
p=	0,363	0,677	0,228	0,051	0,083
Hastalık Eğitimi					
Evet	16,89±6,08	26,87±4,98	18,26±3,07	11,84±2,84	73,87±10,35
Hayır	16,53±5,74	26,10±4,28	17,18±3,62	11,12±2,84	70,94±9,53
t=	0,424	1,209	2,147	1,776	2,095
p=	0,672	0,228	0,033	0,077	0,037
Yatış Sayısı					
r=	0,191	0,016	-0,053	-0,189	0,052
p=	0,007	0,829	0,462	0,008	0,471
Teşhis Zamanı (Gün)					
r=	-0,083	0,102	0,143	0,022	0,055
p=	0,185	0,104	0,022	0,729	0,385
Tedavi Süresi (Gün)					
r=	0,160	-0,088	-0,061	-0,005	0,031
p=	0,011	0,161	0,334	0,935	0,618
Yatış Günü					
r=	0,110	0,058	-0,035	-0,011	0,078
p=	0,141	0,441	0,640	0,884	0,297

F: One-way ANOVA; t: Bağımsız gruplarda t testi; a-b: aynı harfe sahip değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur; r: Pearson's korelasyon katsayısı

Ruhsal hastalığı olan bireylerin hastalık özelliklerine göre RSOYÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 5'te gösterilmiştir. Hastalık eğitimi alma durumu ile RSOYÖ toplam puanı ve alt boyutlarından Ruhsal Bozuklukları Tanıma puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre hastalık eğitimi alanların RSOYÖ toplam puanı ve alt boyutlarından Ruhsal Bozuklukları Tanıma puan ortalamaları hastalık eğitimi almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir.

Ayrıca hastaneye yatış sayısı ve teşhis zamanı ile RSOYÖ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$). Buna göre hastanede yatış sayısı arttıkça RSOYÖ alt boyutlarından Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Tutum ($r=0,191$) puan ortalamaları artmakta; Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma alt boyut puan ortalamaları

ise azalmaktadır ($r=-0,189$). Teşhis zamanı arttıkça RSOYÖ alt boyutlarından Ruhsal Bozuklukları Tanıma ($r= 0,143$) puan ortalamaları ise artmaktadır.

Tablo 6. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=252)

Değişkenler	Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)				
	Kontrol Merkezi	Öz Farkındalık	Kesinlik	Sağlığın Önemi	Toplam
	Ort±SS				
Cinsiyet					
Erkek	15,47±3,94	6,76±2,47	13,35±3,21	6,66±2,59	42,26±7,20
Kadın	15,95±4,13	7,74±2,21	12,62±3,42	6,80±2,32	43,13±7,17
t=	-0,949	-3,297	1,756	-0,471	-0,966
p=	0,344	0,001	0,080	0,638	0,335
Medeni Durum					
Evli	16,14±4,00	7,54±2,41	13,56±3,14	6,65±2,52	43,89±6,83
Bekar	14,98±4,11	7,03±2,38	12,69±3,52	6,75±2,63	41,46±7,12
Boşanmış	16,05±3,95	7,15±2,55	12,40±3,29	6,72±1,96	42,32±8,29
Eşi Vefat Etmiş	17,88±2,14	6,55±1,58	13,55±2,29	7,44±1,87	45,44±3,50
F=	2,565	1,030	1,763	0,284	2,489
p=	0,055	0,380	0,155	0,837	0,061
Eğitim Durumu					
İlköğretim	16,94±3,83 ^a	6,94±2,16	13,59±2,97 ^a	6,46±2,14	43,95±6,88
Lise	14,80±4,27 ^b	7,40±2,69	13,00±3,31 ^{ab}	6,99±2,77	42,19±7,84
Lisans ve Üstü	15,12±3,37 ^b	7,41±2,22	12,01±3,73 ^b	6,73±2,46	41,28±6,13
F=	8,205	1,100	4,081	1,112	2,874
p=	0,000	0,335	0,018	0,331	0,058
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	15,33±3,76	6,91±2,59	13,02±3,46	6,75±2,50	42,02±7,52
Çalışmıyor	15,89±4,17	7,40±2,28	13,00±3,26	6,72±2,44	43,03±6,99
t=	-1,066	-1,576	0,037	0,106	-1,071
p=	0,287	0,116	0,971	0,916	0,285
Eşin Eğitim Durumu					
İlköğretim	16,38±4,08	7,30±2,51	13,82±2,78	6,59±2,59	44,11±7,64
Lise	16,31±4,33	7,57±2,48	12,45±3,53	6,34±2,32	42,68±7,09
Lisans ve Üstü	14,35±3,10	7,70±1,99	14,35±3,18	7,47±2,47	43,88±5,69
F=	1,757	0,226	2,886	1,201	0,431
p=	0,178	0,798	0,062	0,305	0,651
Eş Çalışma Durumu					
Çalışıyor	16,54±4,33	7,71±2,18	13,49±3,52	6,75±2,46	44,50±6,98
Çalışmıyor	15,40±3,65	7,14±2,65	13,40±2,73	6,53±2,55	42,48±7,25
t=	1,431	1,202	0,138	0,451	1,442
p=	0,156	0,232	0,890	0,888	0,152

Tablo 6. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=252) (Devam)

Değişkenler	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOYÖ)				
	Kontrol Merkezi	Öz Farkındalık	Kesinlik	Sağlığın Önemi	Toplam
	Ort±SS				
Gelir Durumu					
Gelir giderden düşük	16,11±4,10	7,36±2,29	13,45±3,22	6,59±2,64	43,53±6,81
Gelir gidere eşit	15,72±3,97	7,17±2,50	12,84±3,29	6,85±2,36	42,60±7,35
Gelir giderden fazla	14,22±3,91	7,11±2,27	12,51±3,76	6,51±2,45	40,37±7,11
F=	2,290	0,212	1,210	0,406	2,013
p=	0,103	0,809	0,300	0,667	0,136
Yaşanılan Yer					
İl merkezi	15,16±4,18 ^a	7,35±2,42	13,08±3,25	7,18±2,43 ^a	42,79±6,98
İlçe merkezi	16,04±3,89 ^b	7,01±2,29	13,15±3,89	5,81±2,15 ^b	42,03±7,86
Köy	16,93±3,46 ^b	7,13±2,50	12,55±2,66	6,57±2,62 ^b	43,20±6,92
F=	3,702	0,490	0,520	7,363	0,395
p=	0,026	0,613	0,595	0,001	0,674
En Uzun Yaşanılan Yer					
İl merkezi	15,06±4,17 ^a	7,41±2,43	12,97±3,31	7,23±2,32 ^a	42,69±6,73
İlçe merkezi	15,80±4,12 ^b	6,88±2,22	13,21±3,55	6,11±2,39 ^b	42,01±7,94
Köy	17,09±3,18 ^b	7,24±2,53	12,83±3,11	6,31±2,64 ^b	43,48±7,27
F=	4,993	1,096	0,213	5,945	0,634
p=	0,007	0,336	0,808	0,003	0,531
Kronik Hastalık Durumu					
Evet	16,22±3,44	7,38±2,28	13,23±3,11	6,82±2,17	43,66±6,55
Hayır	15,52±4,20	7,18±2,44	12,93±3,39	6,70±2,55	42,34±7,37
t=	1,189	0,569	0,621	0,341	1,264
p=	0,235	0,570	0,535	0,733	0,207
Sigara Kullanımı					
Evet	15,78±3,89	7,28±2,54	13,24±3,24	7,02±2,52	43,34±7,22
Hayır	15,59±4,22	7,15±2,22	12,71±3,42	6,36±2,34	41,83±7,08
t=	0,370	0,427	1,264	2,157	1,676
p=	0,711	0,670	0,208	0,032	0,095
Alkol Kullanımı					
Evet	15,33±3,85	6,64±2,09	13,66±3,36	6,84±2,37	42,49±6,59
Hayır	15,78±4,08	7,37±2,45	12,84±3,30	6,70±2,48	42,72±7,34
t=	-0,721	-1,952	1,575	0,355	-0,204
p=	0,472	0,052	0,116	0,723	0,838
Sağlık Erişimi					
Evet	16,90±4,05	7,34±2,29	13,46±3,03	6,62±2,45	44,32±6,46
Hayır	15,40±3,98	7,20±2,43	12,90±3,39	6,76±2,47	42,27±7,31
t=	2,370	0,356	1,062	-0,362	1,814
p=	0,019	0,722	0,289	0,718	0,071
Yaş					
r=	0,114	0,045	0,075	-0,067	0,091
p=	0,070	0,474	0,231	0,284	0,149

Tablo 6. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=252) (Devam)

Değişkenler	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOYÖ)				
	Kontrol Merkezi	Öz Farkındalık	Kesinlik	Sağlığın Önemi	Toplam
	Ort±SS				
Çocuk sayısı					
r=	0,092	0,123	0,073	-0,034	0,115
p=	0,289	0,157	0,401	0,699	0,184

F: One-way ANOVA; t: Bağımsız gruplarda t testi; a-b: aynı harfe sahip değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur r: Pearson's korelasyon katsayısı

Ruhsal hastalığı olan bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre SAÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 6'da gösterilmiştir. Cinsiyet, eğitim durumu, yaşanılan yer, en uzun yaşanılan yer, sigara kullanma durumu ve sağlık erişiminde zorluk yaşama durumu ile SAÖ toplam puanı ve alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre kadınların SAÖ alt boyutlarından Öz Farkındalık puan ortalamasının erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir.

İlköğretim mezunu olanların SAÖ alt boyutlarından Kesinlik puan ortalamasının lisans ve üstü mezunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir.

İl merkezinde ve en uzun il merkezinde yaşayanların SAÖ alt boyutlarından Kontrol Merkezi puan ortalamalarının diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük; Sağlığın Önemi alt boyut puan ortalamasının ise diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sigara kullananların SAÖ alt boyutlarından Sağlığın Önemi alt boyut puan ortalamasının içmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sağlık erişiminde zorluk yaşayanların SAÖ alt boyutlarından Kontrol Merkezi puan ortalamalarının yaşamayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 7. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=252)

Değişkenler	Sağlık Algısı Ölçeği				
	Kontrol Merkezi	Öz Farkındalık	Kesinlik	Sağlığın Önemi	Toplam
	Ort±SS				
Aile Geçmişi					
Evet	15,07±3,96	7,26±2,28	12,82±3,25	6,65±2,33	41,82±6,98
Hayır	15,97±4,04	7,21±2,45	13,09±3,36	6,76±2,52	43,05±7,26
t=	-1,637	0,167	-0,608	-0,344	-1,261
p=	0,103	0,868	0,544	0,733	0,208
Hastalık Eğitimi					
Evet	16,00±3,94	7,07±2,48	12,90±3,23	6,98±2,41	42,96±7,96
Hayır	15,59±4,07	7,28±2,38	13,04±3,36	6,64±2,48	42,57±6,92
t=	0,698	-0,599	-0,291	0,952	0,382
p=	0,486	0,549	0,771	0,342	0,703
Yatış Sayısı					
r=	0,100	0,068	0,073	0,013	0,114
p=	0,162	0,347	0,308	0,856	0,111
Teşhis Zamanı (Gün)					
r=	0,013	-0,034	-0,104	-0,005	-0,054
p=	0,832	0,589	0,098	0,937	0,393
Tedavi Süresi (Gün)					
r=	-0,064	0,050	0,021	-0,088	-0,040
p=	0,309	0,427	0,738	0,163	0,531
Yatış Günü					
r=	-0,126	-0,033	-0,058	-0,021	-0,113
p=	0,092	0,659	0,440	0,781	0,130

F: One-way ANOVA; t: Bağımsız gruplarda t testi; a-b: aynı harfe sahip değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur; r: Pearson's korelasyon katsayısı

Ruhsal hastalığı olan bireylerin hastalık özelliklerine göre SAÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 7'de gösterilmiştir. Buna göre aile geçmişinde psikiyatrik hastalık tanısı bulunma, hastalık eğitimi alma, yatış sayısı, teşhis zamanı, tedavi süresi ve yatış günü ile SAÖ toplam puanı ve alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 8. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği ile Sağlık Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkisi (n=252)

		Kontrol Merkezi	Öz Farkındalık	Kesinlik	Sağlığın Önemi	Sağlık Algısı Ölçeği
Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Tutum	r	-0,075	-0,023	0,031	-0,107	-0,072
	p	0,233	0,714	0,623	0,087	0,250
Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum	r	-,137*	-0,080	-0,098	-0,031	-,160*
	p	0,028	0,201	0,117	0,623	0,010
Ruhsal Bozuklukları Tanıma	r	-,131*	-0,079	-0,063	0,119	-0,089
	p	0,036	0,210	0,314	0,058	0,158
Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma	r	-,227**	-0,092	-0,116	-0,098	-,245**
	p	0,000	0,141	0,064	0,118	0,000
Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği	r	-,220**	-0,105	-0,083	-0,064	-,219**
	p	0,000	0,093	0,186	0,310	0,000

r: Pearson's korelasyon katsayısı

RSOYÖ ile SAÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 8'de gösterilmiştir. RSOYÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile SAÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$). Buna göre RSOYÖ toplam ($r = -0,220$) ve alt boyutlarından Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum ($r = -0,137$), Ruhsal Bozuklukları Tanıma ($r = -0,131$) ve Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma ($r = -0,227$) puan ortalamaları ile SAÖ alt boyutlarından kontrol merkezi puan ortalamaları arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. RSOYÖ toplam puanı ve alt boyutlarından Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum, Ruhsal Bozuklukları Tanıma ve Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma puan ortalamaları arttıkça SAÖ alt boyutlarından kontrol merkezi puan ortalamaları azalmaktadır. Ayrıca RSOYÖ toplam ($r = -0,219$) ve alt boyutlarından Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum ($r = -0,160$) ve Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma ($r = -0,245$) puan ortalamaları ile SAÖ toplam puanı arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. RSOYÖ toplam puanı ve alt boyutlarından Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum ve Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma puan ortalamaları arttıkça SAÖ toplam puan ortalamaları azalmaktadır.

5.TARTIŞMA

Bu bölümde ruhsal hastalığı olan bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı, sağlık algıları, ruh sağlığı okuryazarlığı ve sağlık algıları arasındaki ilişkisi ve bu bilgilerle sosyodemografik veriler arasındaki bağlantının tespitine yönelik bulgular, literatür eşliğinde tartışılmıştır. Literatürde sağlık okuryazarlığına yönelik çalışmalar oldukça fazla varken, ruhsal hastalığı olan bireylerde Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ile yapılmış çalışmalar yok denecek kadar az ve yine ruhsal hastalığı olan bireylerde sağlık okuryazarlığı ile yapılmış çalışmalar da çok az bulunmaktadır. Çalışmamızın alana katkı sağlaması beklenmektedir

Çalışmamıza göre, katılımcıların en fazla duygudurum bozukluğu tanısı aldığı, çoğunun aile geçmişinde her hangi bir psikiyatrik tanı alan birey bulunmadığı ve hastaların çoğunun ruhsal hastalık eğitimi almadığı saptanmıştır (Tablo 2). Mantell ve ark., (2019) ruhsal hastalığı olan bireylerle yaptığı çalışmada katılımcıların çoğu duygudurum bozukluğu (%41,0) tanısı aldığını bulmuşlardır. Çoşkun ve Güven Caymaz (2012) katılımcıların çoğunun tanısı duygudurum bozukluğu (%28) olarak saptamışlardır. Lincoln ve ark., (2008) SOY'nın ruhsal hastalığı olan bireylerin tanılarına göre değişip değişmediğini inceledikleri çalışmada, katılımcıların çoğu bipolar bozukluk (%55) tanısı aldığını bulmuşlardır. Aynı çalışmada psikotik bozukluk ve madde kullanım bozukluğu tanısı olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri tanı almayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Druss ve ark., (2010) bir toplum ruh sağlığı merkezinde ruhsal hastalığı olan toplam 407 birey ile yaptığı randomize çalışmada, katılımcıların çoğunda şizofreni tanısı (%42,8), aldığı tespit edilmiştir. Bu çalışmalar çoğunlukta olan hastalık tanıları yönünden bizim çalışma ile benzer olduğu gibi farklılıklar da göstermektedir. Çalışmalarda belirtilen hastalık gruplarının çoğunlukta olması bu hastalıkların tedavilerinin zor ve uzun olması nedeniyle hastaneye daha fazla gitmelerinden, hastane yatışlarının fazla olmasından kaynaklı olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların çoğunun aile geçmişinde her hangi bir psikiyatrik hastalık tanı alan birey bulunmadığı saptanmıştır. Crowe ve ark., (2018) yapmış olduğu çalışma sonuçlarına göre katılımcıların çoğunun (n = 66, %64,7) birinci derece akrabalarında ruhsal hastalığı olan kimse olmadığını saptamışlardır. Ancak, ailesinde ruhsal hastalık tanısı almış birey bulunan katılımcıların oranı yadsınamayacak kadar önemlidir ve yarıya yakındır. Bu durum hastalığın genetik geçişinin olmasından ve beraber yaşamanın da bazen ruhsal hastalık ortaya çıkma durumunu artırmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların çoğunun ruhsal hastalık eğitimi almadığı saptanmıştır. Çalışmamız literatür ile benzerlik göstermektedir. Bir toplum ruh sağlığı merkezinde ruhsal hastalığı olan 407 birey ile ruhsal hastalıkların tanı ve tedavisine ilişkin müdahalelere yönelik yapılan randomize çalışmada 12 aylık takip sonu değerlendirmesinde ruh sağlığı puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Druss ve ark., 2010). Polat Olca (2023) üniversite öğrencilerinin ruh sağlığı okuryazarlığı ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin değerlendirilmesine yönelik yaptığı çalışmada ruhsal hastalık tanısı alan öğrencilerin yadsınamayacak kadar az olmadığı ve çoğunun ruhsal hastalık eğitimi almadığı belirlenmiştir. Ruhsal hastalıklara yönelik düzenlenecek eğitimler (tanı, tedavi, ilaç kullanımı, diyet ve hastane kontrolleri), ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin, aile üyelerin, akrabaların, arkadaşların, komşuların ve kısaca toplumunun erken dönemde ruhsal hastalık belirtilerini farketmelerine ve erken dönemde tedaviye katkı sağlayabilir.

Katılımcıların çoğunun yatış sayısı ortalamasının $3,69 \pm 5,57$, teşhis zamanı ortalamasının $9,79 \pm 8,64$ yıl, tedavi süresi ortalamasının $5,66 \pm 7,27$ yıl ve hastaneye yatış günü ortalamasının $11,89 \pm 10,67$ olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Çoşkun ve Güven Caymaz (2012) hastalık süresi ortalamasını $8,27 \pm 7,57$ yıl olarak saptamışlardır. Aynı çalışmada katılımcıların %53'ünde ise hastane yatışının bulunmadığı belirlenmiştir. Mantell ve ark., (2019) ruhsal hastalığı olan 310 birey ile yaptığı kesitsel çalışmada, tedavi sürelerinin 6 aydan fazla olduğunu bulmuşlardır. Lincoln ve ark., (2008) ruhsal hastalığı olan bireylerde yaptığı çalışmada teşhis sayısı ve zamanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Crowe ve ark., (2018) katılımcıların çoğunun 1 yıldan daha az tedavi gördüklerini bulmuşlardır. Farklı örneklemelerde yapılan çalışmalarda hastalık ve tedavi süresi gibi verilerde farklılıkların olması beklenen bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Literatürde ruhsal hastalığı olan bireylerin tanı, tedavi süresi, yatış sayısı ve günü ile yapılan çalışmaların kısıtlılığından kaynaklanıyor olabilir.

Katılımcıların RSOY toplam puan ortalamasının orta düzeyin üstünde olduğu saptanmıştır. Hastaların RSOYÖ “Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Tutum” alt boyutu $16,62 \pm 5,82$, “Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum” alt boyutu $26,29 \pm 4,47$, “Ruhsal Bozuklukları Tanıma” alt boyutu $17,45 \pm 3,51$ ve “Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma” alt boyutu $11,30 \pm 2,85$ olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Norouzi ve ark., (2018)'nın İran'da yaptığı çalışmada katılımcıların RSOY puanını yüksek bulmuşlardır. Bir çalışmada depresyon tanısı almış bireylerde sağlık okuryazarlığının düşük bulunmuştur ve ruhsal hastalık belirtileri için profesyonel yardım arama olasılığını (Ruhsal Hastalık Bilgisine Ulaşma) geciktirdiği saptanmıştır (Coffman & Norton, 2009). Mantell ve ark., (2019) ruhsal hastalığı olan 310

bireyle yaptığı kesitsel çalışmada, katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi toplam puanı düşük saptanmıştır ve Sağlık Bilgilerine Erişim (Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma), değerlendirme ve uygulamada hastalığa özgü sınırlılıkların mevcut olduğunu, ruhsal hastalığı olan bireylerin Ruhsal Bozuklukları Tanıma ve Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma düzeyinin düşük olmasının sebebinin bireylerin içgörüsünün olmamasından kaynaklı olduğu belirtilmiştir. Crowe ve ark., (2018) katılımcıların RSOY düzeyi toplam puanı yüksek bulmuşlardır. Aynı çalışmada “Ruhsal Bozuklukları Tanıma” alt boyutu ile “Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma” alt boyutu arasında pozitif ilişki saptanırken “Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Tutum” alt boyutu ile negatif ilişki saptanmıştır. “Ruhsal Bozuklukları Tanıma” ve “Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma” alt boyutu düzeyleri arttıkça “Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Tutum” ve “Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum” alt boyutu düzeylerin azalması beklenmelidir. Literatürde oluşan bu farklılığın sebebi ruhsal hastalığı olan bireylerin iç görüşünün olmamasından, sağlık hizmetlerini yeterli düzeyde kullanmamalarından, tıbbi tedavi yerine şifacıları seçmelerinden, toplum tarafından “deli” olarak damgalanmaktan ve ilaçların uzun süre kullanımının ve yan etkilerinin verdiği rahatsızlıklar olabilir.

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre ve RSOYÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılmıştır (Tablo 4). Eğitim durumu, çalışma durumu, yaşanılan yer, en uzun yaşanılan yer ve gelir durumu ile RSOYÖ toplam puanı ve alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılık göstermektedir.

Çalışmamızda cinsiyete göre RSOYÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının farklılık göstermediği saptanmıştır. Druss ve ark., (2010) yaptığı çalışmada ruhsal hastalığı olan bireylerin birinci basamak tedavi merkezlerine başvuruları cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Mantell ve ark., (2019) ruhsal hastalığı olan 310 bireylerle yaptığı kesitsel çalışmada, erkeklerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ersoy ve Varan (2007) erkek cinsiyetin damgalanma puan ortalamalarını daha yüksek, kadın hastaların erkek hastalara göre daha olumlu değerlendirildiği bulmuştur. Bulgularımız literatür ile farklılık göstermektedir. Bu durum, toplumlar arasında kültürel farklılıklar ve ulusal eğitim programlarının farklılığı ile bilgiye ulaşmak için sunulan teknolojik olanaklar cinsiyete ilişkin ruh sağlığı okuryazarlığı durumunu etkileyebilmesinden kaynaklanmış olabilir.

Katılımcılardan lisans ve üstü mezunlarının RSOY toplam puan ortalamaları ile alt boyutlarından Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum, Ruhsal Bozuklukları Tanıma, Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma ve toplam puanının lise ve ilköğretim mezunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Ruhsal hastalığı olan bireylerle yapılan bir çalışmada eğitim seviyesi düşük olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri de düşük

bulunmuştur (Lincoln ve ark., 2008). Norouzi ve ark., (2018)'nin İran'da yaptığı çalışmada katılımcıların eğitim düzeyi ile pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Lee ve ark., (2020b) eğitim düzeyi yüksek olan katılımcıların, daha az eğitime sahip olanlara göre yüksek ruh sağlığı okuryazarlığı seviyesi gösterdiği, sağlık okuryazarlığı ile ruh sağlığı okuryazarlığı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuşlardır. Çoşkun ve Güven Caymaz (2012) ruhsal hastalığı olan bireylerde yaptığı çalışmada eğitim seviyesi ilköğretim olan katılımcıların damgalanma puan ortalamaları yüksek saptanmıştır. Mantell ve ark., (2019) ruhsal hastalığı olan bireylerle yaptığı çalışmada eğitim seviyesi ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Eğitim düzeyi daha yüksek olan bireyler kendileri ve başka kişilerdeki ruhsal hastalıkların daha erken saptanmasında ve tedaviye erken başlanmasına katkı sağlayabilir.

Çalışıyor olanların RSOYÖ alt boyutlarından Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum, Ruhsal Bozuklukları Tanıma ve Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma puan ortalamalarının çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Çimen ve Temel (2017) kronik hastalığı olan bireyde SOY ve SA incelediği araştırmada çalışan bireylerin okuryazarlık düzeyinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Ruhsal hastalık tanısı alıp da çalışan bireylerin, kendilerine olan özgüvenlerinin yerinde olması, maddi kazanç sağlayarak kendini işe yarar olarak görmenin ve bulunduğu ortamdaki kişilerin kendisine yönelik olumlu tutumlarından etkileniyor olabilirler.

Geliri giderinden fazla olanların RSOYÖ toplam puan ortalamaları ile alt boyutlarından Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum ve Ruhsal Bozuklukları Tanıma puan ortalamalarının diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Ersoy ve Varan (2007) gelir düzeyi yüksek olan katılımcıların damgalanma puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Çoşkun ve Güven Caymaz (2012) ruhsal hastalığı olan bireylerde yaptığı çalışmada gelir seviyesi düşük olan bireylerin damgalanma düzeyi puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır. Sosyo-ekonomik düzeyi iyi olan kişilerin ruhsal hastalıklarla ilgili olarak daha çok bilgi sahibi oldukları ve ruhsal hastalığı olan kişilere daha toleranslı baktıkları düşünülebilir.

İl merkezinde yaşayanların RSOYÖ toplam puan ortalamaları ile alt boyutlarından Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum, Ruhsal Bozuklukları Tanıma ve Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma puan ortalamalarının diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). En uzun il merkezinde yaşayanların RSOYÖ toplam puan ortalamaları ile alt boyutlarından Ruhsal Bozuklukları Tanıma puan ortalamalarının diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Pala (2023) kronik

hastalığı olan bireylerde yaptığı çalışmada SOY ile yaşanan yer arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Ahçıoğlu (2020) çalışmada ise, yaşanan yerin kentsel alana doğru kaymasıyla sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseldiği belirlenmiştir. Literatürde çalışmamız ile farklılık gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Örsal ve ark., (2021) yaptığı araştırmada yaşanan yer ve sağlık okuryazarlığı arasında bir ilişki olduğu belirlenmiştir ve bu araştırmada köyde yaşayanların sağlık okuryazarlığı daha yüksek olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızdaki bulgu il merkezindeki olanakların daha iyi ve ulaşılır olmasından dolayı RSOY yüksek çıkmış olabilir.

Yaş ortalaması ile RSOYÖ alt boyutlarından Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre yaş ortalaması arttıkça RSOYÖ alt boyutlarından Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum puan ortalamasının azaldığı belirlenmiştir (Tablo 4). Krishan ve ark., (2012) şizofreni hastaları ile yaptığı çalışmada yaş ortalaması ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönde ilişki olduğunu bulmuşlardır. Mantell ve ark., (2019) Almanya’da ruhsal hastalığı olan bireylerle yaptığı çalışmada yaş ile SOY arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ve yaş ortalaması düşük olan katılımcıların Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma puan ortalamalarının da düşük olduğu saptanmıştır. Ruhsal hastalık tanısı almış, ailesi ve toplumda doğrudan ve dolaylı olarak ruhsal hastalık ile tanışan bireyler de ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinin yaşla birlikte yükselmesi beklenebilir.

Çalışmaya katılan katılımcıların hastalık eğitimi alma durumu ile RSOYÖ toplam puanı ve alt boyutlarından Ruhsal Bozuklukları Tanıma puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılık göstermektedir. Buna göre hastalık eğitimi alanların RSOYÖ toplam puanı ve alt boyutlarından Ruhsal Bozuklukları Tanıma puan ortalamaları hastalık eğitimi almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir (Tablo 5). Crowe ve ark., (2018) katılımcıların hastalık eğitimi alanların damganlanma ölçeği puan ortamları düşük, yardım arama düzeylerinin yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Çalışmamız literatürle uyum göstermektedir. Ayrıca, ruhsal konulara ilgili olma ya da ruhsal hastalığı olan bireyi tanıma durumları bu konuya yönelik bilgi düzeyini artırmada etkili olabilir.

Çalışmaya katılan katılımcıların hastaneye yatış sayısı ve teşhis zamanı ile RSOYÖ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Buna göre hastanede yatış sayısı arttıkça RSOYÖ alt boyutlarından Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Tutum puan ortalamaları artmakta; Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma alt boyut puan ortalamaları ise azalmaktadır. Teşhis zamanı arttıkça RSOYÖ alt boyutlarından Ruhsal Bozuklukları Tanıma puan ortalamaları ise artmaktadır (Tablo 5). Şizofreni hastaları ile yapılan

çalışmada, sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin hastane yatış oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Krishan ve ark., 2012). Pala (2023) kronik hastalığı olan bireylerde SOY ile SA'yı incelediği çalışmada hastanede yatma durumu, hastaneye yatma sayısı ve düzenli doktor kontrolüne gitme ile sağlık okuryazarlığı ve alt boyutları arasında ilişki olduğunu saptamıştır ve düzenli doktor kontrolüne gidenlerin gitmeyenlere göre sağlık okuryazarlığı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda hastaneye yatış sayısının artması ile RSOY'ın alt boyut tutum puan ortalamalarının artması diğer ruhsal hastalığı olan bireyleri daha yakından tanıma, hastalık tanılarını öğrenme ve sağlık personelinin bilgi alma imkanı sağlamasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların, SAÖ'nin toplam puan ortalaması orta düzeyde olduğu ve alt boyutları da "Kontrol Merkezi" orta düzeyde, "Öz Farkındalık" düşük düzeyde, "Kesinlik" orta düzeyde ve "Sağlığın Önemi" düşük düzeyde belirlenmiştir (Tablo 3). Pala (2023) kronik hastalığı olan bireylerde yaptığı çalışmada hastaların SAÖ toplam puan ortalaması düşük düzeyde bulunmuştur. Aynı çalışmada SAÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; "Kontrol merkezi" düşük düzeyde, "Kesinlik" alt orta düzeyde "Öz Farkındalık" düşük düzeyde ve "Sağlığın Önemi" düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Han ve ark., (2021) yaşlı bireylerde ruh sağlığı ve sağlık algısını inceledikleri çalışmada orta ve hızlı boş zaman yürüyüşü yapan bireylerin, yavaş boş zaman yürüyüşü yapanlara göre daha yüksek sağlık algısı bildirdiklerini ve ruh sağlıklarını olumlu etkilediğini saptamışlardır. Sağlık algısı toplam puanı ile alt boyutlarının düşük olması algılanan sağlık, kronik hastalık, yaş, sosyal destek, eğitim düzeyi, gelir durumu, yaşanan yer gibi sosyodemografik bulgulardan etkilenmesinden kaynaklanabilir.

Çalışmamızda hastaların sosyodemografik özelliklerine göre SAÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılmıştır. Cinsiyet, eğitim durumu, yaşanan yer, en uzun yaşanan yer, sigara kullanma durumu ve sağlık erişiminde zorluk yaşama durumu ile Sağlık Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılık göstermektedir (Tablo 6).

Çalışmamızda kadınların SAÖ alt boyutlarından Öz Farkındalık puan ortalamasının erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). Çimen ve Temel (2017) kronik hastalığı olan bireylerle yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlık düzeyleri yüksek olan kadınların sağlık algısı ölçek puan toplamaları da yüksek bulunmuştur. Çalışmamız literatür ile benzerlik göstermektedir. Kadın cinsiyetin hastalıklara ve tedaviye karşı daha olumlu tutum sergilemelerinden kaynaklı olabilir.

Çalışmamızda ilköğretim mezunu olanların SAÖ alt boyutlarından Kesinlik puan ortalamasının lisans ve üstü mezunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). Literatürde çalışmamız ile farklılık gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Özdemir ve Arpacıoğlu (2020) yaptığı çalışmada ilköğretim-lise mezunu olan katılımcıların sağlık algısı, Kontrol Merkezi ve Kesinlik düzeylerinin, hem ön lisans-lisans mezunu olan hem de lisansüstü mezunu katılımcıların sağlık algısı, Kontrol Merkezi ve Kesinlik düzeylerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır. Kolaç ve ark., (2018) fabrika çalışanlarında yaptığı çalışmada ise üniversite mezunu olanların sağlık algısı puan ortalamaları diğerlerinden daha yüksektir. Koç (2020), sağlık algısı, sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve ilişkili faktörleri incelediği çalışmada eğitim durumu ile SAÖ puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır. Çalışmamızın literatürle farklılık göstermesinin sebebi katılımcıların çoğunun ilköğretim mezunu olması olabilir.

Çalışmamızda il merkezinde ve en uzun il merkezinde yaşayanların SAÖ alt boyutlarından Kontrol Merkezi puan ortalamalarının diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük; Sağlığın Önemi alt boyut puan ortalamasının ise diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). Çalışmamız literatür ile benzerlik göstermektedir. Çimen ve Temel (2017) kronik hastalığı olan bireylerle yaptığı çalışmada köy-kasaba gibi küçük yerleşim birimlerinde yaşayan bireylerde ölçek puan ortalaması düşük bulunmuştur. İl merkezinde yaşıyor olmak, sağlık kurumlarına erişimde kolaylık sağlaması ve sosyal ortamlarda fazla bulunmanın etkisi olabilir.

Çalışmamızda sigara kullananların SAÖ alt boyutlarından Sağlığın Önemi alt boyut puan ortalamasının içmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). Alan (2022) yaptığı çalışmasında psikotik bozukluk tanısı almış bireylerin çoğunun sigara kullandığını ve SAÖ puan ortalamalarının düşük olduğunu saptamıştır. Kolaç ve ark., (2018) sigara kullanan ve kullanmayan kişilerde sağlık algısı puan ortalamaları arasında fark olmadığını, ama alkol kullanmayanların sağlık algısının kullananlara göre daha iyi düzeyde olduğunu bulmuştur. Bu durum sağlığına önem veren çalışanların aynı zamanda alkol kullanmadığını göstermektedir. Literatürdeki farklılıklar, sigara bağımlılığının bireysel, ekonomik ve sosyal etkilenimlere sebep olacağından dürtüsellliği artırmakta ve tedavi uyumunu bozabilmektedir.

Çalışmamızda sağlık erişiminde zorluk yaşayanların SAÖ alt boyutlarından Kontrol Merkezi puan ortalamalarının yaşamayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). Çimen ve Temel (2017) kronik hastalığı olan bireylerle yaptığı çalışmada sağlık erişiminde zorluk yaşayanların SAÖ puan ortalamaları düşük bulunmuştur.

Yaşanılan bu zorluk, kırsal kesimde yaşamak, ulaşım ve maddi problemlerden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda hastaların hastalık özelliklerine göre SAÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması yapılmıştır. Aile geçmişinde psikiyatrik hastalık tanısı bulunma, hastalık eğitimi alma, yatış sayısı, teşhis zamanı, tedavi süresi ve yatış günü ile SAÖ toplam puanı ve alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 7). Ancak literatürde farklılık gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Özdemir ve Arpacıoğlu (2020) yaptığı çalışmada da tıbbi hastalığı olmayan katılımcıların SA, kontrol merkezi, kesinlik ve öz farkındalık algıları daha yüksek saptanmıştır. Aynı çalışmada katılımcıların ruhsal hastalıklarına göre sağlık arama davranışı, online sağlık arama, geleneksel sağlık arama, kontrol merkezi ve kesinlik düzeylerine bakılan çalışmada ruhsal hastalığı olmayan katılımcıların, profesyonel sağlık arama, Sağlık Algısı, Sağlığın Önemi ve Öz Farkındalık algıları daha yüksek saptanmıştır. Çilingir ve Aydın (2017) yaptığı çalışmada sağlık sorunlarını çözümlemede hiçbir şey yapmayan, önerilen tedaviye devam etmeyen ve tıbbi tedaviyi tercih edenlerin SAÖ toplam puan ortalamalarının diğer bireylere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Altay ve ark., (2016) sağlığı algılama durumları ile ilgili incelemede, kronik hastalığı olanların sağlığı algılama puanları yüksek bulunmuştur. Alan (2022) psikotik bozukluğu olan bireylerle yaptığı çalışmada, ergoterapi eğitimi alan bireylerin SAÖ puan ortalamaları yüksek saptanmıştır. Çalışmamızdaki farklılıklar ruhsal hastalığı olan bireylerde yapılan çalışmalarının kısıtlılığını göstermektedir.

Çalışmamızda RSOYÖ toplam puanı ve alt boyutlarından Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum ve Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma puan ortalamaları arttıkça SAÖ toplam puan ortalamaları azalmaktadır (Tablo 8). Literatürde Ruhsal hastalığı olan bireyler de sağlık algısını inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır ama literatürdeki SOY ve SA'sını inceleyen araştırmalar arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Bizim çalışmamızdaki farklılığın sebebi ruhsal hastalığı olan bireylerde SA inceleyen çalışmalarının kısıtlılığından kaynaklanıyor olabilir. Ruhsal hastalığı olan bireylerle yapılan çalışmalara ihtiyaç vardır. Ulusal ve Türkiye literatüründe Ruhsal hastalık tanısı almış bireylerde RSOY ve SA inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. RSOY'na daha çok toplumsal çalışmalar da yer verilmiştir (Doğan ve ark., 2022; Lee ve ark., 2020a; Lee ve ark., 2020b; Öztaş ve Aydoğan, 2021; Pehlivan ve ark., 2020; Polat, 2023; Weare ve ark., 2019). SA da ruhsal hastalık tanısı almış bireylerden daha çok toplumsal çalışmalarda incelenmiştir (Açıksöz ve ark., 2013; Irmak & Bölükbaşı, 2015; Karaoğlu & Yardımcı, 2016; Özdelikara, 2018; Ünalın, 2014). Ancak SOY ile SA'nın

incelendiği çalışmalar mevcuttur (imen & Temel, 2017; Gl, 2018; Rababh ve ark., 2019; Yulu, 2020).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ruhsal hastalık tanısı almış bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı ve sağlık algısı düzeylerinin belirlenmesi ve bu bilgilerle sosyodemografik veriler arasındaki bağlantının tespitine yönelik sonuçlar şu şekildedir:

Katılımcıların yaş ortalamasının $35,90 \pm 12,27$ ve çocuk sayısı ortalamasının $2,29 \pm 1,20$ olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %52,5'inin erkek, %42,4'ünün bekar, %39,6'sının lise mezunu, %56,5'inin gelirinin giderine eşit, %57,3'ünün il merkezinde yaşadığı, %51,4'ünün en uzun il merkezinde yaşadığı, %75,3'ünün kronik hastalığı olmadığı, %55,7'sinin sigara ve %80'inin alkol kullanmadığı, %80,4'ünün ise sağlık erişiminde zorluk yaşamadığı belirlenmiştir. $n=104$ üzerinden değerlendirildiğinde %50'sinin eşinin ilköğretim mezunu olduğu ve %54,8'inin çalıştığı saptanmıştır.

Katılımcıların %36,9'unun duygudurum bozukluğu ve %30,6'nın anksiyete bozukluğu tanısı aldığı, %69,4'ünün aile geçmişinde psikiyatri tanı almış birey bulunmadığı ve %74,5'inin hastalık eğitimi almadığı saptanmıştır. Yatış sayısı ortalamasının $3,69 \pm 5,57$, teşhis zamanı ortalamasının $9,79 \pm 8,64$ yıl, tedavi süresi ortalamasının $5,66 \pm 7,27$ yıl ve hastaneye yatış günü ortalamasının $11,89 \pm 10,67$ olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların RSOY toplam puan ortalamasının orta düzeyin üstünde olduğu, lisans ve üstü mezunlarının ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeği toplam puanı ve alt boyutlarından ruhsal hastalıklara yönelik tutum, ruhsal bozuklukları tanıma, ruhsal sağlık bilgisine ulaşma puan ortalamaları, geliri giderden fazla olanların RSOYÖ toplam puan ortalamaları ile alt boyutlarından ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve ruhsal bozuklukları tanıma puan ortalamaları, çalışıyor olanların RSOYÖ alt boyutlarından ruhsal hastalıklara yönelik tutum, ruhsal bozuklukları tanıma ve ruhsal sağlık bilgisine ulaşma puan ortalamaları, il merkezinde yaşayanların ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeği toplam puan ortalamaları ile alt boyutlarından ruhsal hastalıklara yönelik tutum, ruhsal bozuklukları tanıma ve ruhsal sağlık bilgisine ulaşma puan ortalamaları, en uzun il merkezinde yaşayanların RSOYÖ toplam puan ortalamaları ile alt boyutlarından ruhsal bozuklukları tanıma puan ortalamaları ve hastalık eğitimi alanların RSOYÖ toplam puanı ve alt boyutlarından ruhsal bozuklukları tanıma puan ortalamaları yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların, SAÖ'nin toplam puan ortalaması orta düzeyde olduğu ve alt boyutları da "Kontrol Merkezi" orta düzeyde, "Öz Farkındalık" düşük düzeyde, "Kesinlik" orta düzeyde ve "Sağlığın Önemi" düşük düzeyde belirlenmiştir.

Katılımcıların cinsiyet özeliğine göre kadınların SAÖ alt boyutlarından Öz Farkındalık puan ortalaması, ilköğretim mezunu olanların SAÖ alt boyutlarından Kesinlik puan ortalaması, il merkezinde ve en uzun il merkezinde yaşayanların SAÖ alt boyutlarından Sağlığın Önemi alt boyut puan ortalaması, sigara kullananların SAÖ alt boyutlarından Sağlığın Önemi alt boyut puan ortalaması ve sağlık erişiminde zorluk yaşayanların SAÖ alt boyutlarından Kontrol Merkezi puan ortalamaları yüksek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların hastalık özelliklerine göre SAÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; aile geçmişinde psikiyatrik hastalık tanısı bulunma, hastalık eğitimi alma, yatış sayısı, teşhis zamanı, tedavi süresi ve yatış günü ile SAÖ toplam puanı ve alt boyut puan ortalamaları k anlamlı bir farklılık bulunamamıştır

RSOYÖ toplam puanı ve alt boyutlarından ruhsal hastalıklara yönelik tutum, Ruhsal Bozuklukları Tanıma ve Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma puan ortalamaları arttıkça SAÖ alt boyutlarından Kontrol Merkezi puan ortalamaları azaldığı bulunmuştur. RSOYÖ toplam puanı ve alt boyutlarından Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum ve Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma puan ortalamaları arttıkça SAÖ toplam puan ortalamaları azaldığı saptanmıştır.

Öneriler;

Uluslararası ve Türkiye literatüründe ruhsal hastalığı olan bireylerde RSOY ve sağlık algısını inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Yapılan çalışmalar farklı örneklem gruplarında RSOY'un alt boyutları ile sınırlıdır. Ruhsal hastalığı olan bireylerin RSOY düzeylerini ölçmeye ve değerlendirmeye yönelik yeni ölçeklere ve çalışmalara ihtiyaç vardır.

Ruhsal hastalığı olan bireylerin ve toplumun sağlık okuryazarlığı ve ruh sağlığı okuryazarlığını yükseltmeye yönelik uygulamaların genişletilmesi önerilmektedir. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki önerilerin faydalı olacağı düşünülmektedir;

- *Kliniklerde yatan bireylerin RSOY düzeyleri ruh sağlığı profesyonelleri tarafından değerlendirilmelidir.*
- *TRSM'lerde, kliniklerde ve polikliniklerde ruhsal hastalık tanısı alan bireylere ve ailelerine; ruhsal hastalıklara, tedaviye, düzenli ilaç kullanımına, diyet, kontrollere gelmeye ve damgalanmaya yönelik eğitimler düzenlenmelidir. Bu eğitimleri alanında uzman kişiler tarafından verilmesi önerilmektedir.*
- *Ruhsal hastalığı olan bireylerin iş yaşamına katılımını sağlamak için uygulamalar artırmalıdır. Ruhsal hastalığı olan bireyler maddi getirisi olan işlerde istihdam*

edilmeli, hastalıkların akut evrelerinde işlerine ara verildiğinde maddi kesinti yaşamamaları önerilmektedir.

- *Engelli birey kadrolarında psikiyatrik tanı almış bireylere daha fazla yer verilmesi önerilmektedir.*
- *Bazı kurumlarda işe alımlarda psikiyatriye gidiş ve psikiyatrik ilaç kullanımının işe alımlarda bireylerin karşısına engel olarak çıkması erken tanı ve tedaviyi engellemekte olup bu tür uygulamaların kaldırılması önerilmektedir.*
- *RSOY farklı örneklem ve parametreler ile çalışmaların yapılması önerilmektedir.*



KAYNAKLAR

- Açıksöz, S., Uzun, Ş., & Arslan, F. 2013. Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algısı ile sağlığı geliştirme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 55 (3), 181-187.
- Ağaçdiken Alkan, S., Özdelikara, A., & Mumcu Boğa, N. 2017. Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algılarının belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6 (2), 11-21.
- Ahçıoğlu, A. 2020. Koroner arter hastalarında sağlık okuryazarlığı düzeyi ile psikososyal ve davranışsal faktörler arasındaki ilişki. (Yüksek Lisans Tezi), Hitit Üniversitesi. Çorum.
- Ahmad, A., Salve, H. R., Nongkynrih, B., Sagar, R., & Krishnan, A. 2022. Mental health literacy among adolescents: Evidence from a community-based study in Delhi. *The International Journal of Social Psychiatry*, 68 (4), 791–797.
- Aka, A., & Bhatia, S. 2022. Machine learning models for predicting, understanding and influencing health perception. *Journal of the Association for Consumer Research*, 7 (2), 142-153.
- Akça, E., Gökyıldız Sürücü, Ş., & Akbaş, M. 2020. Gebelerde sağlık algısı, sağlık okuryazarlığı ve ilişkili faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 8 (3), 630-642.
- Akdoğan, E. 2018. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışması. (Yüksek Lisans Tezi), Karabük Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Karabük
- Alagöz Ekti, Z. 2020. Aile sağlığı merkezine kayıtlı kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin genel sağlık taramaları ve sağlık algısı üzerine etkisinin değerlendirilmesi. (Tıpta Uzmanlık Tezi), Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi. Afyonkarahisar.
- Alan, E. 2022. Psikotik bozukluk nedeniyle yatışı yapılan psikiyatri hastalarında kişi merkezli ergoterapi müdahalelerinin bağımsızlık düzeyi, sağlık algısı ve psikopatolojik belirtiler üzerine etkisi. (Yüksek Lisans Tezi), Üsküdar Üniversitesi. İstanbul.

Altay, B., Çavuşoğlu, F., & Çal, A. 2016. Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15 (3), 181-189.

Al-Yateem, N., Rossiter, R., Robb, W., Ahmad, A., Elhalik, M. S., Albloshi, S., & Slewa-Younan, S. 2017. Mental health literacy among pediatric hospital staff in the United Arab Emirates. *BMC Psychiatry*, 17 (1), 390.

American Medical Association, Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs. 1999. Health literacy: Report of the council on scientific affairs. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 281 (6), 552–557.

Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. 2006. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: A review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113 (3), 163–179.

Arkan, B., Bademli, K., & Duman, Z. Ç. 2011. Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları: Son 10 yılda Türkiye'de yapılan çalışmalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3 (2), 214-231.

Aromaa, E., Tolvanen, A., Tuuluri, J., & Wahlbeck, K. 2011. Personal stigma and use of mental health services among people with depression in a general population in Finland. *BMC Psychiatry*, 11, 52.

Arthur, Y. A., Boardman, G. H., Morgan, A. J., & McCann, T. V. 2021. Effectiveness of a problem-solving, Story-Bridge Mental Health Literacy Programme in improving Ghanaian community leaders' attitudes towards people with mental illness: A cluster randomised controlled trial. *Issues in Mental Health Nursing*, 42 (4), 332–345.

Avcil, C., Bulut, H., & Sayar, G. H. 2016. Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (2), 175-202.

Aydemir, Ö. 2004. Bipolar bozukluğa yönelik tutumlar ve damgalama. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 12, 61-64.

Bacon, O., Vandenberg, A., & May, M. E. 2017. Provider and patient perception of psychiatry patient health literacy. *Pharmacy Practice*, 15 (2), 908.

Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. 2010. Health literacy: What is it? *Journal of Health Communication*, 15, 9–19.

- Bjørnsen, H. N., Eilertsen, M. E. B., Ringdal, R., Espnes, G. A., & Moksnes, U. K. 2017. Positive mental health literacy: Development and validation of a measure among Norwegian adolescents. *BMC Public Health*, 17 (1), 717.
- Bonabi, H., Müller, M., Ajdacic-Gross, V., Eisele, J., Rodgers, S., Seifritz, E., Rössler, W., & Rüsch, N. 2016. Mental health literacy, attitudes to help seeking, and perceived need as predictors of mental health service use: A longitudinal study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204 (4), 321–324.
- Caldwell, T. M., & Jorm, A. F. 2000. Mental health nurses' beliefs about interventions for schizophrenia and depression: A comparison with psychiatrists and the public. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34 (4), 602–611.
- Coffman, M. J., & Norton, C. K. 2009. Demands of immigration, health literacy, and depression in recent latino immigrants. *Home Health Care Management & Practice*, 22 (2), 116–122.
- Coşkun, S., & Güven Caymaz, N. 2012. Bir kamu ve özel psikiyatri hastanesine başvuran hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yönünden karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3 (3) 121-128.
- Crowe, A., Mullen, P. R., & Littlewood, K. 2018. Self-Stigma, mental health literacy, and health outcomes in integrated care. *Journal of Counseling & Development*, 96 (3), 267–277.
- Çaka, S. Y., Topal, S., Suzan, Ö. K., Çınar, N., & Altınkaynak, S. 2017. Hemşirelik öğrencilerin sağlık algısı ile özgüvenleri arasındaki ilişki. *İnsan Ritmi Dergisi*, 3 (4), 198-203.
- Çam, O., & Çuhadar, D. 2011. Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2 (3), 136-140.
- Çapık, C. 2006. Yoksul ve yoksul olmayan kadınlarda sağlık algısını etkileyen etmenlerin incelenmesi. (Doktora Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi. İzmir
- Çetin, F., & Yılmaz, E. 2022. Cerrahi kliniğinde yatan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sağlık algısı ve ameliyat korkusuna etkisi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7 (1), 61-67.
- Çiftçi Kırac, F. 2021. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık algısının hasta aktivasyonu ve yaşam doyumu üzerine etkisi. (Doktora Tezi), Selçuk Üniversitesi. Konya.

Çilingir, D., & Aydın, A. 2017. Hemşirelik bölümünde öğrenim gören öğrencilerin sağlık algısı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25 (3), 167-176.

Demiralp, M. 2006. Gevşeme eğitiminin adjuvan kemoterapi uygulanan meme kanserli hastalarda, anksiyete ve depresyon belirtileri, uyku kalitesi ve yorgunluk üzerine etkisi. (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Gülhane Askeri Tıp Akademisi. Ankara.

Doğan, R., Mercan, N., & Coşkun, S. 2022. Investigation of the relationship between mental health literacy of adults and attitude towards seeking psychological help and stigma by the immediate environment. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58 (4), 1865–1872.

Dönergöz, A. B. 2020. Ebeveynlerin sağlık algısı e akılcı ilaç kullanım tutumları. (Yüksek Lisans Tezi), Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Kars.

Druss, B. G., von Esenwein, S. A., Compton, M. T., Rask, K. J., Zhao, L., & Parker, R. M. 2010. A randomized trial of medical care management for community mental health settings: The Primary Care Access, Referral, and Evaluation (PCARE) study. *The American Journal of Psychiatry*, 167 (2), 151–159.

Durmaz, S., Sürücü, E., & Özvurmaz, S. 2020. Mermer fabrikası işçilerinde sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı düzeyleri ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Medical Sciences*, 15 (3), 81-91.

Dursun, S. İ., Vural, B., Keskin, B., Kaçar, H. K., Beyhan, A., & Kadioğlu, H. 2019. Yetişkinlerde geleneksel/tamamlayıcı tıp tutumu ile sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı arasındaki ilişki. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1 (1), 1-10.

Erol, N. Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, & Şimşek Z. 1998. Türkiye Ruh Sağlığı Profil Raporu, 1998. (<https://doczz.biz.tr/doc/51570/t%C3%BCrkiye-ruh-sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1-profil-raporu>) E.T: 23.04.2023

Eser, S., İkinci, S., Ocaktan, M. E., Çalışkan, D., Piyal, B., & Akdur, R. 2012. Eczacılık Fakültesi öğrencilerinde sağlık algısının değerlendirilmesi. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı, 2-6 Ekim, 2012, 592-4. https://www.researchgate.net/profile/A-Ozdelikara/publication/327845731_saglik_algisi-bakirkoy/links/5ba909b4a6fdccd3cb6f80ca/saglik-algisi-bakirkoe.pdf. (E.T: 04.06.2023).

Filiz, E., & Bodur, S. 2022. Gebe ve gebe olmayan kadınlarda sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisinin değerlendirilmesi. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 3 (1), 1-17.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. 1988. Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (3), 466–475.

Freedman, D. A., Bess, K. D., Tucker, H. A., Boyd, D. L., Tuchman, A. M., & Wallston, K. A. 2009. Public health literacy defined. *American Journal of Preventive Medicine*, 36 (5), 446–451.

Galletly, C., Neaves, A., Burton, C., Liu, D., & Denson, L. A. 2012 Evaluating health literacy in people with mental illness using the Test of Functional Health Literacy in Adults. *Nursing Outlook*, 60 (5), 316–321.

Geçkil, E., & Yıldız, S. 2006. Adölesanlara yönelik beslenme ve stresle başetme eğitiminin sağlığı geliştirmeye etkisi. *CÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 10 (2), 19-28.

Ghebreyesus, T. A. 2019. The WHO special initiative for mental health (2019-2023): Universal Health Coverage for Mental Health. [https://www.who.int/publications/i/item/special-initiative-for-mental-health-\(2019-2023\)](https://www.who.int/publications/i/item/special-initiative-for-mental-health-(2019-2023)). E.T.: 24.07.2023).

Göktaş, S., Işıklı, B., & Metintaş, S. 2018. Ruh sağlığı okuryazarlığı. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, 3 (2), 68-75.

Göktaş, S., Işıklı, B., Önsüz, M. F., Yenilmez, Ç., & Metintaş, S. 2019. Ruh sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin (Rsoy Ölçeği) Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 11 (3), 424-431.

Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. 2010. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 10, 113.

Gül, E. 2018. Yetişkin bireylerde sağlık okuryazarlığının yeme davranışı ve sağlık algısı ile ilişkisinin incelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Malatya.

Han, A., Kim, J., & Kim, J. 2021. A study of leisure walking intensity levels on mental health and health perception of older adults. *Gerontology & Geriatric Medicine*, 7, 1-8.

- Hao, Y., Wu, Q., Luo, X., Chen, S., Qi, C., Long, J., Xiong, Y., Liao, Y., & Liu, T. 2020. Mental health literacy of non-mental health nurses: A mental health survey in four general hospitals in hunan province, China. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 507969.
- Holman, D. 2015. Exploring the relationship between social class, mental illness stigma and mental health literacy using British national survey data. *Health*, 19 (4), 413–429.
- Irmak, B., & Bölükbaş, N. 2015. Hemşirelik. 14. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Özet Kitabı 22-26 Nisan, 2015, 305. <http://earsiv.odu.edu.tr:8080/xmlui/handle/11489/1806>. (E.T.: 04.06.2023).
- İbrahim, N., Amit, N., Shahar, S., Wee, L. H., Ismail, R., Khairuddin, R., Siau, C. S., & Safien, A. M. 2019. Do depression literacy, mental illness beliefs and stigma influence mental health help-seeking attitude? A cross-sectional study of secondary school and university students from B40 households in Malaysia. *BMC Public Health*, 19 (S4), 544.
- Jafari, A., Nejatian, M., Momeniyan, V., Barsalani, F. R., & Tehrani, H. 2021. Mental health literacy and quality of life in Iran: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 21 (1), 499.
- Jorm, A. F. 2000. Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177 (05), 396–401.
- Jorm, A. F. 2012. Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *The American Psychologist*, 67 (3), 231–243.
- Jorm, A. F., & Kitchener, B. A. 2011. Noting a landmark achievement: Mental Health First Aid training reaches 1% of Australian adults. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45 (10), 808–813.
- Jorm, A. F., Barney, L. J., Christensen, H., Highet, N. J., Kelly, C. M., & Kitchener, B. A. 2006. Research on mental health literacy: What we know and what we still need to know. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40 (1), 3–5.
- Jorm, A. F., Christensen, H., & Griffiths, K. M. 2005. The impact of beyondblue: the national depression initiative on the Australian public's recognition of depression and beliefs about treatments. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39 (4), 248–254.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. 1997. "Mental Health Literacy": A survey of the public's ability to recognise mental disorders and

their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia*, 166 (4), 182–186.

Kadıoğlu, H., & Yıldız, A. 2012. Sağlık Algısı Ölçeği'nin Türkçe çevriminin geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 32 (1), 47-53.

Kale Aktaş, H. 2021. Kronik hastalığı olan bireylerde sağlık okuryazarlığının ve sağlık algısının değerlendirilmesi. (Uzmanlık Tezi), Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.

Kamış, G. Z., Erden Aki, Ş. Ö., Yıldız, M. İ., Varan, H. D., & Dolgun, A. B. 2019. Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği: Türkçe formu, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Turkish Journal of Psychiatry*, 30 (3).

Kaneko, Y., & Motohashi, Y. 2007. Male gender and low education with poor mental health literacy: A population-based study. *Journal of Epidemiology*, 17 (4), 114–119.

Kaya, S. 2014. Koroner arter bypass grefti ameliyatı geçiren hastalarda yorgunluk ve sağlık algısı. (Yüksek Lisans Tezi), Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.

Kayahan, M. 2009. Hemşirelik öğrencilerinin şizofreniye karşı tutumları ve psikiyatri eğitiminin etkisi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 6 (1), 27-34.

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., Ustün, T. B., & Wang, P. S. 2009. The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiologia Psichiatria Soc.*, 18 (1), 23–33.

Kickbusch, I, Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. D. 2013. Health literacy: The solid facts. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326432>.

Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. 2002. Mental health first aid training for the public: evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC Psychiatry*, 2 (1), 2-10.

Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. 2004. Mental health first aid training in a workplace setting: A randomized controlled trial [ISRCTN13249129]. *BMC Psychiatry*, 4 (1), 4-23.

Klein Velderman, M., Crone, M. R., Wiefferink, C. H., & Reijneveld, S. A. 2010. Identification and management of psychosocial problems among toddlers by preventive child health care professionals. *European Journal of Public Health*, 20 (3), 332–338.

Koç, N. 2020. Tarım işçilerinin yaşam koşulları, sağlık algısı, sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve ilişkili faktörler. (Yüksek lisans Tezi), Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Aydın.

Kolaç, N., Balcı, A. S., Şişman, F. N., Ataçer, B. E., & Dinçer, S. 2018. Fabrika çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve sağlık algısı. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14 (3), 267-274.

Krishan, S., von Esenwein, S. A., & Druss, B. G. 2012. The health literacy of adults with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 63 (4), 397.

Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. 2016. Mental health literacy: Past, present, and future. *Canadian journal of psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 61 (3), 154–158.

Laidlaw, A., McLellan, J., & Ozakinci, G. 2015. Understanding undergraduate student perceptions of mental health, mental well-being and help-seeking behaviour. *Studies in Higher Education*, 41 (12), 2156–2168.

Lee, H. Y., Hwang, J., Ball, J. G., Lee, J., & Albright, D. L. 2020. Is health literacy associated with mental health literacy? Findings from Mental Health Literacy Scale. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56 (2), 393–400.

Lee, H. Y., Hwang, J., Ball, J. G., Lee, J., Yu, Y., & Albright, D. L. 2020. Mental health literacy affects mental health attitude: Is there a gender difference?. *American Journal of Health Behavior*, 44 (3), 282–291.

Lincoln, A., Espejo, D., Johnson, P., Paasche-Orlow, M., Speckman, J. L., Webber, T. L., & White, R. F. 2008. Limited literacy and psychiatric disorders among users of an urban safety-net hospital's mental health outpatient clinic. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196 (9), 687–693

Liu, W., Gerdzt, M. F., & Liu, T. Q. 2011. A survey of psychiatrists' and registered nurses' levels of mental health literacy in a Chinese general hospital. *International Nursing Review*, 58 (3), 361–369.

Mantell, P. K., Baumeister, A., Christ, H., Ruhrmann, S., & Woopen, C. 2020. Peculiarities of health literacy in people with mental disorders: A cross-sectional study. *The International Journal of Social Psychiatry*, 66 (1), 10–22.

- Marangu, E., Mansouri, F., Sands, N., Ndeti, D., Muriithi, P., Wynter, K., & Rawson, H. 2021. Assessing mental health literacy of primary health care workers in Kenya: a cross-sectional survey. *International Journal of Mental Health Systems*, 15 (1), 55.
- Marciano, L., Camerini, A. L., & Schulz, P. J. 2019. The role of health literacy in diabetes knowledge, self-care, and glycemic control: A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 34 (6), 1007–1017.
- Miles, R., Rabin, L., Krishnan, A., Grandoit, E., & Kloskowski, K. 2020. Mental health literacy in a diverse sample of undergraduate students: Demographic, psychological, and academic correlates. *BMC Public Health*, 20 (1), 1699.
- Noroozi, A., Khademolhosseini, F., Lari, H., & Tahmasebi, R. 2018. The mediator role of mental health literacy in the relationship between demographic variables and health-promoting behaviours. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 12 (2), e12603. <https://brieflands.com/articles/ijpbs-12603.html> (E.T.: 09.06.2023).
- Nutbeam, D. 1998. Health promotion glossry. *Health Promotion International*, 1 (1), 113–127.
- Orak, S. O. 2016. Ruhsal sağlık ve ruhsal hastalık. *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*, Editör: Gürhan, N. Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, 3-15.
- Örsal, Ö., Duru, P., Örsal, Ö., Tırpan, K., & Çulhacı, A. 2021. Evaluation of the factors affecting the health literacy levels of patients admitted to family health centers. *Family Medicine & Primary Care Review*, 23 (3), 330–336.
- Özdelikara, A., Alkan, S. A., & Mumcu, N. 2018. Hemşirelik öğrencilerinde sağlık algısı, sağlık anksiyetesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14 (3), 275-282.
- Özdemir, D., & Arpacıoğlu, S. 2020. Sosyal medya kullanımı, sağlık algısı ve sağlık arama davranışının koronavirüs korkusu üzerine etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12, 364-381.
- Özel, Y., & Duzcu, T. 2018. Ruh sağlığı okuryazarlığı. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 16 (77), 380-387.
- Özer, D., & Altun, Ö. Ş. 2022. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı: Farkındalık ile toplum ruh sağlığını güçlendirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 14 (2), 284-289.

Özer, D., Dikeç, G., & Ata, E. E. 2020. Duygudurum bozukluğu tanısı alan hastalara uygulanan rehabilitasyon programları: Sistematik derleme. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi, 2 (1), 27-36.

Özer, F. 2022. Bir kamu kurumunda sağlık algısına bağlı olarak sağlık okuryazarlığı bilgi düzeyinin belirlenmesi: İstanbul Anadolu Adliyesi örneği. (Yüksek Lisans Tezi), Üsküdar Üniversitesi. İstanbul.

Özmen, E., Demet, M. M., Gülseren, L., & Kültür, S. 1993. Somatik yakınmalar ile psikiyatri polikliniğine başvuranlarda DSM-III-R Tanıları. Düşünen Adam, 6 (1-2), 16-21.

Özmen, S., & Erdem, R. 2018. Damgalamanın kavramsal çerçevesi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 23 (1), 185-208.

Öztaş, B., & Aydoğan, A. 2021. Sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 12 (3), 198-204.

Pala, B. 2023. Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki. (Yüksek Lisans Tezi), Ordu Üniversitesi. Ordu.

Pehlivan, Ş., Tokur Kesgin, M., & Uymaz, P. 2021. Psychological distress and mental health literacy in university students. Perspectives in Psychiatric Care, 57 (3), 1433–1441.

Polat, S. 2023. Üniversite öğrencilerinin ruh sağlığı okuryazarlığı ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin değerlendirilmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 12 (1), 118-126.

Purnell, L. D., & Paulanka, B. J. 2008. Transcultural health care. A culturally competent approach. [http://ndl.ethernet.edu.et/bitstream/123456789/19379/1/1768.pdf.E.T.:](http://ndl.ethernet.edu.et/bitstream/123456789/19379/1/1768.pdf.E.T.) 01.08.2023).

Rababah, J. A., Al-Hammouri, M. M., Drew, B. L., & Aldalaykeh, M. 2019. Health literacy: Exploring disparities among college students. BMC Public Health, 19 (1), 1401.

Rose, L. E., Sawyer, A. L., & Everett, A. 2014. Cardiovascular health literacy and treatment adherence in persons with serious mental illness. Issues in Mental Health Nursing, 35 (2), 88–99.

Sansom-Daly, U. M., Lin, M., Robertson, E. G., Wakefield, C. E., McGill, B. C., Girgis, A., & Cohn, R. J. 2016. Health literacy in adolescents and young adults: An updated review. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 5 (2), 106–118.

Schnyder, N., Panczak, R., Groth, N., & Schultze-Lutter, F. 2017. Association between mental health-related stigma and active help-seeking: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 210 (4), 261–268.

Seki Öz, H. 2021. Bir il merkezinde yaşayan bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığının incelenmesi. *Humanistic Perspective*, 3 (3), 660-675.

Serim, F., & Çankaya, Z. C. 2015. Yetişkinlerin psikolojik yardım arama tutumlarının yordanması. *Ege Eğitim Dergisi*, 16 (1), 177-198.

Serin, Y., & Şanlıer, N. 2018. Duygusal yeme, besin alımını etkileyen faktörler ve temel hemşirelik yaklaşımları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9 (2), 135-146.

Sharp, M. L., Fear, N. T., Rona, R. J., Wessely, S., Greenberg, N., Jones, N., & Goodwin, L. 2015. Stigma as a barrier to seeking health care among military personnel with mental health problems. *Epidemiologic Reviews*, 37, 144–162.

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

Smith, C. L., & Shochet, I. M. 2011. The impact of mental health literacy on help-seeking intentions: Results of a pilot study with first year psychology students. *International Journal of Mental Health Promotion*, 13 (2), 14–20.

Şahin, G. 2021. Palyatif Bakım Hastalarına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün Sağlık Algısına Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi), İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Malatya.

Şahin, G. 2021. Palyatif bakım hastalarına evde bakım verenlerin bakım yükünün sağlık algısına etkisi. (Yüksek Lisans Tezi), İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Malatya

Şenol, V. 2006. Kayseri il merkezinde sağlık hizmetlerinin kullanımı ve algılanan sağlık ile ilişkisi. (Doktora Tezi), Erciyes Üniversitesi. Kayseri.

T.C Sağlık Bakanlığı 2008. Eğitimciler için ruh sağlığı eğitim rehberi. Ankara. <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t12.pdf> (E.T.: 14. 01.2023).

T.C Sağlık Bakanlığı 2011. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ankara. http://Ahmetsaltik.Net/Arsiv/2014/07/ULUSAL_RUH_SAGLIGI_EYLEM_PLANI_2011-2023.pdf (E.T.: 14. 01.2023).

Tanıg, Y. 1996. Psikiyatri hemşireliğinin uluslararası boyutlarda incelenmesi. (Yayınlanmış Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi. İstanbul.

Temel, A. B., & Çimen, Z. 2017. Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve ilişkili faktörler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 33 (3), 105-125.

Tuğut, N., & Bekar, M. 2008. Cumhuriyet üniversitesi öğrencilerinin sağlıklı algılama durumu ile sağlığı geliştirme yaşam tarzı arasındaki ilişki. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 11 (3), 17-26.

Türk Dil Kurumu, 2022. Sağlık Nedir? <https://sozluk.gov.tr/> (E.T.: 11.07.2022).

Türk Hemşireler Derneği, 2011. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hemşirelerinin görev tanımları. [Türk Hemşireler Derneği \(thder.org.tr\)](http://thder.org.tr), E.T: 10. 09.2022).

Türkiye İstatistik Kurumu, 2023. Türkiye Sağlık Araştırması, 2022. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Health-Survey-2022-49747> (E.T.: 12.09.2023).

Türküm, S. 2001. Stresle başa çıkma biçimi, iyimserlik, bilişsel çarpıtma düzeyleri ve psikolojik yardım almaya ilişkin tutumlar arasındaki ilişkiler: Üniversite öğrencileri üzerinde bir araştırma. V. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi, 15-17 Eylül, 1999, Anadolu Üniversitesi. Eskişehir.

Ünal, S., Hisar, F., & Özgüven, Z. 2010. Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançları. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 23 (3), 145-150.

Ünalan, E. 2014. Üniversite öğrencilerinde ruh sağlığı, sağlık kaygısı ve sağlık davranışları arasındaki ilişkiler. (Yüksek Lisans Tezi), Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.

Wang, P. S., Angermeyer, M., Borges, G., Bruffaerts, R., Tat Chiu, W., De Girolamo, G., Fayyad, J., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Kessler, R. C., Kovess, V., Levinson, D., Nakane, Y., Oakley Brown, M. A., Ormel, J. H., Posada-Villa, J., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., ... Bedirhan Üstün, T. 2007. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's world mental health survey initiative. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 6 (3), 177–185.

Weare, R., Green, C., Olasoji, M., & Plummer, V. 2019. ICU nurses feel unprepared to care for patients with mental illness: A survey of nurses' attitudes, knowledge, and skills. *Intensive & Critical Care Nursing*, 53, 37–42.

Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. 2015. Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: A scoping review. *BMC Psychiatry*, 15, 291.

WHO, 2019. Mental Disorders. (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>; E.T. 16.8.2023).

Yalçın Balçık, P., Taşkaya, S., & Şahin, B. 2014. Sağlık okur-yazarlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13 (4), 321-326.

Yalçın, B. 2020. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık algısı üzerindeki etkisi: Üniversite öğrencileri üzerine bir araştırma. *Göbeklitepe Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3 (3), 23-33.

Yalçın, N., & Aştı T. 2011. Hemşire-Hasta etkileşimi. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 19 (1), 54-59.

Yalınzoğlu Çaka, S., Topal, S., Karakaya Suzan, Ö., Çınar, N., & Altınkaynak S. 2017. Hemşirelik öğrencilerin sağlık algısı ile özgüvenleri arasındaki ilişki. *Journal Human Rhythm*, 3 (4), 198-203.

Yılmaz, M., & Tiraki, Z. 2016. Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür?. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9 (4), 142-147.

Yulu, N. 2020. Ergenlerin sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısı, tutumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.

Yurtseven, F. 2023. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı leği'nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik alışması (Yüksek Lisans Tezi), Pamukkale Üniversitesi. Denizli.

Yüksel, E. G., & Taşkın, E. O. 2005. Türkiye'de hekimler ve tıp fakültesi ğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve bilgileri. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6 (1), 13-21.



EKLER

EK 1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sayın katılımcı, Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde Ruh Sağlığı Okuryazarlık Düzeyleri ile Sağlık Algılarının belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Lütfen her soruyu ve ölçek maddelerini boş bırakmadan doldurunuz. Sorulara ve ölçek maddelerine vereceğiniz yanıtlar araştırma dışı bir amaç için kullanılmayacaktır. Her bir soruya dikkatlice okuyup vereceğiniz yanıtlar, araştırma için önem arz etmektedir. Katkılarınızdan ve sabrınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Dr. Öğr. Üyesi Medine Koç

Elif Babacan

Anket No:

1. Tanınız/Hastalığınızın adı:

1. () Şizofreni
2. () Bipolar Bozukluk
3. () Major Depresif Bozukluk
4. () Anksiyete Bozukluğu
5. () Obsesif Kompulsif Bozukluk
6. () Travma Sonrası Stres Bozukluğu
7. () Madde ile İlişkili Bozukluk
8. () Diğer (Lütfen belirtiniz):.....

2. Cinsiyetiniz: 1. () Erkek 2. () Kadın

3. Yaşınız:.....

4. Medeni durum: 1. () Evli 2. () Bekar 3. () Boşanmış 4. () Eşi vefat etmiş

5. Çocuk sayısı:

6. Eğitim durumunuz:

1. () Okur-yazar değil
2. () Okur-yazar
3. () İlköğretim
4. () Lise
5. () Lisans
6. () Lisansüstü

7. Çalışma durumunuz:

1. () Çalışıyor
2. () Çalışmıyor

8. Eşinizin eğitim durumu:

1. () Okur-yazar değil
2. () Okur-yazar
3. () İlköğretim
4. () Lise
5. () Üniversite ve üst

9. Eşinizin çalışma durumu:

1. () Çalışıyor
2. () Çalışmıyor

10. Gelir düzeyiniz:

1. () Gelir giderden düşük
2. () Gelir gidere denk
3. () Gelir giderden yüksek

11. Şu an yaşadığınız yer:

1. () İl merkezi
2. () İlçe merkezi
3. () Köy

12. En uzun yaşadığınız yer?

1. () İl merkezi
2. () İlçe merkezi
3. () Köy

13. Fiziksel kronik bir hastalığınız var mı? 1. () Evet 2. () Hayır

Evet ise adı:.....

Süresi:

14. Ailenizde ruhsal hastalık var mı? 1. () Evet 2. () Hayır

15. Ruhsal hastalık ile ilgili eğitim aldınız mı? 1. () Evet 2. () Hayır

16. Kaç kez psikiyatri hastanesine veya kliniğine yattınız (Lütfen belirtiniz):.....

17. Hastalığınız ne zaman teşhis edildi (Lütfen belirtiniz): (gün/ay/yıl)

18. Ne kadar zamandır tedavi görüyorsunuz (Lütfen belirtiniz) : (gün/ay/yıl)

19. (Yatan hastalar için) Yatışınızın kaçınıcı günü (Lütfen belirtiniz):.....

20. Sigara kullanıyor musunuz? 1. () Evet 2. () Hayır

Evet ise adet/miktarı:..... (gün, ay, yıl)

21. Alkol kullanıyor musunuz? 1. () Evet 2. () Hayır

Evet ise adet/miktarı:..... (gün, ay, yıl)

22. Sağlık kuruluşlarına erişimde zorluk yaşıyor musunuz? 1. () Evet 2. () Hayır

Evet ise nasıl zorluk (Lütfen belirtiniz):.....

EK 2 RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ

<i>Lütfen aşağıdaki ifadelere ne ölçüde katıldığınızı belirtiniz.</i>	Kesinlikle istemem	Muhtemelen istemem	Kararsızım	Muhtemelen İsterim	Kesinlikle İsterim
1. Ruhsal hastalığı olan birisiyle komşuluk yapmayı ne kadar isterdiniz?					
2. Ruhsal hastalığı olan biriyle sosyal bir etkinliğe katılmayı ne kadar isterdiniz?					
3. Ruhsal hastalığı olan birisiyle arkadaş olmayı ne kadar isterdiniz?					
4. Ruhsal hastalığı olan birisiyle iş yerinizde yakın olarak çalışmayı ne kadar isterdiniz?					
5. Ruhsal hastalığı olan birisinin ailenizden biriyle evlenmesini ne kadar isterdiniz?					
6. Ruhsal hastalığı olduğunu bildiğiniz bir kişiyi işe almayı ne kadar isterdiniz?					

<i>Lütfen aşağıdaki ifadelere ne ölçüde katıldığınızı belirtiniz.</i>	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
7. Ruhsal hastalıklar, kişisel zayıflık belirtisidir.					
8. Ruhsal hastalıklar gerçek bir tıbbi hastalık değildir.					
9. Ruhsal hastalığı olan insanlar tehlikelidir.					
10. Ruhsal bir hastalığım olsaydı kimseye söylemezdim.					
11. Bir Ruh sağlığı uzmanıyla görüşmek, kişinin kendi sorunlarını yönetmede yeteri kadar güçlü olmadığı anlamına gelir.					

12. Ruhsal bir hastalığım olsaydı, bir ruh sağlığı uzmanından yardım istemezdim.						
13. Ruhsal bir hastalığa yönelik ruh sağlığı uzmanları tarafından sağlanan tedavinin etkili olmayacağına inanırım.						
1. Çok olası değil: Olası olmadığına eminim. 2. Olası değil: Olası değil ancak emin değilim. 3. Olası: Olası ancak emin değilim. 4. Çok olası: Çok olası olduğuna eminim			Çok olası değil	Olası değil	Olası	Çok olası
14. Bir kişi başkalarıyla bir arada bulunmayı gerektiren (örneğin bir partide bulunmak gibi) ya da herhangi bir performans sergilemeyi gerektiren (örneğin bir toplantıda sunum yapmak gibi) kalabalık ortamlarda; başkaları tarafından değerlendirileceği, komik duruma düşeceği veya aşağılanacağı korkusuyla fazla gergin veya endişeli oluyorsa, sizce bu kişide Sosyal Fobi olma olasılığı nedir?						
15. Bir kişi endişe duymayı gerektirmeyen birtakım olaylar ve aktivitelere karşı yoğun endişe deneyimliyor ve bu endişesini kontrol etmede güçlük yaşıyorsa ve beraberinde kas gerginliği ve yorgunluk gibi fiziksel semptomları da varsa, sizce bu kişide Genel Anksiyete Bozukluğu olma olasılığı nedir?						

16. Bir kişi iki hafta veya daha uzun süren çökkün bir ruh hali yaşıadıysa ve bu kişide normal aktivitelerine karşı zevk veya ilgi kaybı ile birlikte beslenme ve uyku düzeninde de değişiklikler görölüyorsa sizce bu kişide Majör Depresif Bozukluk olma olasılığı nedir?					
17. Sizce Agorofobi (Alan Korkusu) tanısının, kaçmanın zor veya utanç verici olduğu durumlardaki kaygıyı içirme olasılığı nedir?					
18. Sizce Bipolar Bozukluk tanısının, abartılı coşku (yani taşkın) ve depresif (yani çökkün) duygu dönemlerini deneyimlemeyi içirme olasılığı nedir?					
19. Sizce Madde Bağımlılığı tanısının, maddeye karşı fiziksel ve psikolojik tolerans içirme (aynı etkiyi elde etmek için daha fazla maddeye ihtiyaç duyulması) olasılığı nedir?					
Lütfen aşağıdaki ifadelere ne ölçüde katıldığınızı belirtiniz.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
20. Ruhsal hastalıklar hakkında nereden bilgi edineceğimi bildiğimden eminim.					
21. Ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi edinmek için bir uzmanla yüz yüze görüşme yapabileceğimden eminim. (örneğin sağlık profesyonelleriyle görüşmek)					

22. Ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinmek için kaynaklara ulaşabileceğimden eminim. (örneğin Sağlık profesyonelleri, internet, arkadaşlar)					
---	--	--	--	--	--



EK 3 SAĞLIK ALGISI ÖLÇEĞİ

YÖNERGE: Bu anket sağlığını nasıl algıladığınız ile ilgili ifadeler içermektedir. Lütfen hiçbir ifadeyi atlamayarak her ifadeyi okuyunuz.	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
1.Sağlığımı çok düşünürüm.					
2.Sağlıklı olmak büyük ölçüde şansa bağlıdır.					
3.Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacağım zaten olan olur.					
4. Sağlıklıysam bu Allahın bir lütfüdür.					
5.Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.					
6.Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.					

7.Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.					
8.Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi varki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.					
9.Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.					
10.Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.					
11.Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.					
12.Sağlıklı olmak şans işidir.					
13.Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem.					
14.İstediğim kadar sağlıklı olabilirim.					

15. Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.					
---	--	--	--	--	--



**EK 4 TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU İZİN YAZISI**



**T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu**

Sayı : 83116987 - 744
Konu : Etik Kurul Kararı
Toplantı Tarihi : 02.09.2021
Toplantı No : 2021/15
Proje No : 21-KAEK-192

14.10.2021

Sayın, Dr. Öğretim Üyesi Medine KOÇ

Etik Kurulumuzun 02.09.2021 tarihli toplantısında görüşülen 21-KAEK-192 kayıt numaralı **"Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde Ruh Sağlığı Okuryazarlık Düzeyleri ile Sağlık Algılarının Belirlenmesi"** başlıklı çalışmanız gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmeliğin 14-4. maddesi ve yönergemizin 18-3. maddesine göre çalışmanız tamamlandıktan sonra sonuç raporunun tarafımıza en geç 90 gün içerisinde bildirilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Dr. Öğretim Üyesi Muzaffer KATAR
Başkan

EK 5 TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ KURUM İZNİ



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü



Sayı : E-21979232-020-71782
Konu : Çalışma İzni

10.09.2021

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Medine KOÇ
Öğretim Üyesi

İlgi : , 07.09.2021 tarihli ve BİLA sayılı yazı.

Dr. Öğr. Üyesi Medine KOÇ tarafından yapılması planlanan "Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde Ruh Sağlığı Okuryazarlık Düzeyleri İle Sağlık Algılarının Belirlenmesi" başlıklı çalışmanın yapılması Merkez Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Nihat ULUOCAK
Merkez Müdürü

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSML07N2C7 Pın Kodu: 21142

Belge Takip Adresi :

<https://turkiye.gov.tr/ehd?ek=5695&eD=BSML07N2C7&eS=71782>

Adres: Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Ali Şevki Erek Yerleşkesi Merkez Tokat
Telefon: 2129500 Faks: 2122142
e-Posta: hastane@gop.edu.tr Web: <http://hastane.gop.edu.tr>
Kep Adresi: gaziosmanpasauni.hastane@hs03.kep.tr

Bilgi için: Elif Mazman
Unvanı: Sağlık Teknikeri



güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 6 TOKAT İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KURUM İZNİ



T.C.
TOKAT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

TOKAT İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - TOKAT SAĞLIK
 BAŞKAN YARDIMCISI I
 19/09/2021 15:28 - E-87064461 - Sayı : 107

 00148943669

Sayı : E-87064461-044
 Konu : Bilimsel Araştırma İzni-Seda
 YILMAZ AŞAR,Elif BABACAN
 Hk.

Sayın Dr.Öğrt.Üyesi Medine KOÇ
 (medine.koc@gop.edu.tr)

Yürütücülüğünü yapacağınız Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
 Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Elif BABACAN'ın "Ruhsal Hastalığı olan Bireylerde
 Ruh Sağlığı Okur Yazarlık Düzeyleri ile Sağlık Algılarının Belirlenmesi" ve Seda YILMAZ AŞAR'ın
 "Ruhsal Hastalığı olan Bireylerde Algılanan Sosyal Destek ve İyileşme Aşamalarının Belirlenmesi"
 isimli çalışmaları Müdürlüğümüz Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonunca incelenmiş
 çalışmanın yapılması yönünde izin verilmiş, bağlı birimimiz konu hakkında resmi yazı ile
 bilgilendirilmiş, komisyon karar tutanağı ekte gönderilmiştir.
 Bilgilerinize rica ederim.

Dr.Yunus TOPAL
 Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek: Dr.Öğrt.Üyesi Medine KOÇ komisyon karar tutanağı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
 Belge Doğrulama Kodu: 6c12b111b2a44ca4bdc7d1a76d530 - Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiyc.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>
 Tokat İl Sağlık Müdürlüğü Hizmet Binası Hoca Ahmet Mh. Mesrur GÜROĞLU, cd.

No:4 60100 TOKAT
 Telefon: Faks No: 2144027
 e-Posta: seyhan.ozelce@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

Bilgi için: Seyhan ÖZELCE
 EBE
 Telefon No: (0 356) 212 11 38



EK 7 RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ İZİN YAZISI

Sayın Babacan;
Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yaptığım Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'ni çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyarım; izin veriyorum.
Kolaylıklar dilerim.

<elif.babacan63@gmail.com> adresine sahip kullanıcı 18 Tem 2023 Sal, 20:29 tarihinde şunu yazdı:

Sayın Akdoğan;

Tokat Gaziosmapaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisiyim. "Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" çalışmanız ile ilgili olarak ruhsal hastalığı olan bireylerde ölçeğinizi kullanmak istiyorum. Ölçeğinizi, değerlendirme yöntemlerini ve gerekli izni kullanmak için sizden talep ediyorum. İyi çalışmalar...

Elif Babacan

Windows için [Posta](#) ile gönderildi



EK 8 SAĞLIK ALGISI ÖLÇEK İZİN YAZISI



sağlık algısı ölçeği.doc
62,26 KB

Merhaba,
Ölçeği kullanabilirsiniz.
Ölçekle ilgili tüm bilgiler yayınlandığı makalede bulunmaktadır.
Çalışmanızda başarılar diliyorum

<elif.babacan63@gmail.com> adresine sahip kullanıcı 19 Tem 2023 Çar, 10:14 tarihinde şunu yazdı:

Sayın Kadioğlu;

Tokat Gaziosmapaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisiyim. “Sağlık Algısı Ölçeği”nin Türkçe Çevirimini Geçerlilik ve Güvenirliliği” çalışmanız ile ilgili olarak ruhsal hastalığı olan bireylerde ölçeğinizi kullanmak istiyorum. Ölçeğinizi, değerlendirme yöntemlerini ve gerekli izni kullanmak için sizden talep ediyorum. İyi çalışmalar...

Elif Babacan

ÖZGEÇMİŞ

