T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İSTANBUL'DA YAŞAYAN BİREYLERİN RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI VE MENTAL İYİ OLUŞ DURUMLARININ BELİRLENMESİ: ESENYURT VE ADALAR İLÇELERİNİN KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ

PINAR ÜNKÜR

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. MUZAFFER AKDOĞAN

SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ
TEMMUZ/2023

İTHAF

“Beni bugünlere getiren çok kıymetli Anneme ve Babama ithaf ediyorum.”

TEŞEKKÜR

Hem lisans hem de yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, sabrı ve hoşgörüsüyle çalışmaya motive eden, desteğini bir an olsun esirgemeyen çok kıymetli tez danışmanım Doç. Dr. Muzaffer AKDOĞAN'a çok teşekkür ederim.

Bizi büyüten, bugünlere getiren, emek ve sevgilerini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili annem Aysel ÜNKÜR'e ve sevgili babam Nevzat ÜNKÜR'e, varlıklarıyla bana güç veren ve her zaman yanımda olan canım kardeşlerime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmamın verilerini toplama aşamasında bana destek olan değerli hocam Öğretim Görevlisi Yusuf KARAŞİN'e, analiz aşamasında beni yönlendiren kıymetli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Alptekin DEVELİ ve Dr. Taner ABİŞ'e teşekkürü bir borç bilirim.

İlköğretim sıralarından bu yana üzerimde emeği olan tüm Hocalarıma, yaşadığımız hayat serüveninde birlikte büyüyüp yol aldığımız çok kıymetli dostlarıma; varlıklarından ve manevi desteklerinden ötürü teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

İTHAF iv
TEŞEKKÜR v
İÇİNDEKİLER vi
TABLOLAR LİSTESİ viii
ŞEKİLLER LİSTESİ x
SİMGELER VE KISALTMALAR xi
ÖZET xii
ABSTRACT xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI 4
2.1.1. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modelleri 6
2.1.1.1. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı: 6
2.1.1.2. İnteraktif sağlık okuryazarlığı: 6
2.1.1.3. Eleştirel sağlık okuryazarlığı: 7
2.2. RUH SAĞLIĞI 7
2.3. RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI 9
2.3.1. Dünyada Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Çalışmaları 11
2.3.2. Türkiye'de Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Çalışmaları 12
2.4. MENTAL İYİ OLUŞ 13
3. GEREÇ VE YÖNTEM 15
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ 15
3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ 15
3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE NÜFUSUNA İLİŞKİN BİLGİLER 15
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ 15
3.5. ARAŞTIRMANIN ETİK İZNİ 16
3.5. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ 16
3.6. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 16
3.6.1. Sosyo-demografik Veri Formu 16
3.6.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği 17
3.6.3. Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği 18
3.7. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ 18
3.7.1. Bağımlı Değişkenler 18
3.7.2. Bağımsız Değişkenler 18

3.8. VERİLERİN ANALİZİ 19
3.9. ÇALIŞMAYA DÂHİL EDİLME ÖLÇÜTLERİ 19
3.10. ÇALIŞMAYA DÂHİL EDİLMEME ÖLÇÜTLERİ 19
3.11. ARAŞTIRMANIN AKIŞ PLANI 20
4. BULGULAR 21
4.1. KATILIMCILARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ 21
4.2. KATILIMCILARIN RUHSAL-KRONİK HASTALIK DURUMLARI VE RUHSAL BİLGİ EDİNME DÜZEYLERİ 22
4.3. ÖLÇEKLERİN BETİMSEL İSTATİSTİKLERİ VE NORMALLİK VARSAYIMI ANALİZLERİ 24
4.4. ÖLÇEKLER VE DEĞİŞKENLER ARASI KORELASYON BULGULARI 26
4.4. ÖLÇEKLERE GÖRE GRUPLAR ARASI KARŞILAŞTIRMA ANALİZLERİ 27
5. TARTIŞMA 49
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 60
KAYNAKLAR 64
EKLER 69

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1: Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular (n=448) 21

Tablo 4.2: Katılımcıların ruhsal-kronik hastalık durumları ve ruhsal bilgi edindikleri kaynaklara ilişkin bulgular n= (448) 23

Tablo 4.3: Ölçeklerin betimsel istatistikleri ve normallik varsayımı analizleri 24

Tablo 4.4: Ölçeklerin KMO ve Bartlett's testi sonuçları..... 25

Tablo 4.5: Ölçekler ve değişkenler arası Pearson Korelasyon Analizi bulguları..... 26

Tablo 4.6: Cinsiyet değişkenine ilişkin bağımsız örneklem t testi analizi 28

Tablo 4.7: İlçe değişkenine ilişkin bağımsız örneklem t testi analizi..... 29

Tablo 4.8: Medeni durum değişkenine ilişkin bağımsız örneklem t testi analizi 30

Tablo 4.9: Katılımcıların covid tanısı alma durumlarına ilişkin bağımsız örneklem t testi analizi 31

Tablo 4.10: Katılımcıların covid-19 pandemisinde ruh sağlıklarının kötü etkilenme durumlarına ilişkin bağımsız örneklem t testi analizi..... 32

Tablo 4.11: Herhangi bir kronik hastalığa sahip olma değişkeni açısından bağımsız örneklem t testi analizi..... 33

Tablo 4.12: Herhangi bir ruhsal hastalığa sahip olma değişkeni açısından bağımsız örneklem t testi analizi..... 34

Tablo 4.13: Aile bireylerinde ruhsal hastalık varlığı değişkenine ilişkin bağımsız örneklem t testi bulguları..... 35

Tablo 4.14: Arkadaş çevresinde ruhsal hastalık varlığına ilişkin bağımsız örneklem t testi analizi 36

Tablo 4.15: Katılımcıların yaş gruplarına göre ruh sağlığı okuryazarlığı ve mental iyi oluş ölçeği puanlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan tek yönlü ANOVA testi analizi..... 37

Tablo 4.16: Katılımcıların ruhsal tedavi görme durumlarına göre ruh sağlığı okuryazarlığı ve mental iyi oluş ölçeği puanlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan tek yönlü ANOVA testi analizi..... 38

Tablo 4.17: Katılımcıların ruhsal bilgi edindikleri kaynaklara göre ruh sağlığı okuryazarlığı ve mental iyi oluş ölçeği puanlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan tek yönlü ANOVA testi analizi..... 40

Tablo 4.18: Katılımcıların mesleklerine göre ruh sağlığı okuryazarlığı ve mental iyi oluş ölçeği puanlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan tek yönlü ANOVA testi analizi..... 42

Tablo 4.19: Katılımcıların gelir durumları ile ruh sağlığı okuryazarlığı ve mental iyi oluş ölçeği puanlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan tek yönlü ANOVA testi analizi..... 44

Tablo 4.20: Katılımcıların eğitim durumlarına göre ruh sağlığı okuryazarlığı ve mental iyi oluş ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması amacıyla yapılan tek yönlü ANOVA testi analizi..... 46

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: Ruh sağlığı; bağlantı kurmaya, işlev görmeye, başa çıkmaya ve gelişmeye yardımcı olan içsel ve araçsal bir değere sahiptir (28). 8

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ **:** Dünya Sağlık Örgütü

MHL **:** Mental Health Literacy

IHME **:** Institute of Health Metrics and Evaluation

RSOY **:** Ruh Sağlığı Okuryazarlığı

SPSS **:** Statistical Package for Social Sciences

İSTANBUL'DA YAŞAYAN BİREYLERİN RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI VE MENTAL İYİ OLUŞ DURUMLARININ BELİRLENMESİ: ESENYURT VE ADALAR İLÇELERİNİN KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada; İstanbul ilinin en yüksek nüfuslu Esenyurt ve en düşük nüfuslu Adalar ilçesinde yaşayan bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı ve mental iyi oluş durumlarının belirlenmesi, elde edilen veriler üzerinden karşılaştırmalı analiz yapılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma kesitsel tipte yürütülmüştür ve çalışmaya 448 kişi katılım sağlamıştır. Çalışmada ölçme aracı olarak; araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu, Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği ve Mental İyi Oluş Ölçeği kullanılmıştır. Toplanan veriler; SPSS programında KMO-Barlett's örneklem yeterlilik düzeyi testi, frekans analizi, güvenilirlik analizi, korelasyon analizi, bağımsız örneklem T testi ve tek yönlü ANOVA testi kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırmada nüfusun ruh sağlığı okuryazarlığı üzerinde anlamlı bir etki oluşturmadığı ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte Adalar ilçesinde yaşayan bireylerin mental iyi oluş durumları, Esenyurtta yaşayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çalışmaya katılan kadın katılımcıların, ruhsal sağlık sorunlarına karşı ilaç tedavisi görenlerin, eğitim amaçlı faaliyetlerle ruhsal bilgilere ulaşanların, öğretmenlerin, sağlık çalışanlarının, lisansüstü eğitim seviyesine sahip olanların ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Evli katılımcıların, kişinin kendisinde ve ailesinde herhangi bir ruhsal hastalığı olmayanların, akademik kaynaklardan ruhsal bilgi edinenlerin ve asgari ücret üzerinde gelir seviyesine sahip olanların mental iyi oluş durumları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Araştırmada mental iyi oluş ve ruh sağlığı okuryazarlığı arasında pozitif yönlü ilişki görülmüştür. Katılımcıların gelir durumu ile mental iyi oluşları, yaş ve eğitim durumları arasında olumlu düzeyde ilişki saptanmıştır. İstanbul'da yaşayan bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı ve mental iyi oluş durumlarının sosyodemografik değişkenlerden anlamlı düzeyde etkilendiği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Mental İyi Oluş, Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Sağlık Okuryazarlığı

DETERMINATION OF MENTAL HEALTH LITERACY AND MENTAL WELL-BEING STATUS OF INDIVIDUALS LIVING IN ISTANBUL: COMPARATIVE ANALYSIS OF ESENYURT AND ADALAR DISTRICTS

ABSTRACT

Aim: In this study; it is aimed to determine the mental health literacy and mental well-being of individuals living in Esenyurt, which is the most populated district of Istanbul, and Adalar, which is the lowest populated district, and to make a comparative analysis on the obtained data.

Materials and Methods: This research was conducted in cross-sectional type and 448 people participated in the study. As a measurement tool in the study; Sociodemographic data form prepared by the researcher, Mental Health Literacy Scale and Mental Well-Being Scale were used. Data collected; it was analyzed by using KMO-Barlett's sample adequacy level test, frequency analysis, reliability analysis, correlation analysis, independent sample T test and one-way ANOVA test in SPSS program.

Results: The study revealed that there was no significant effect on the mental health literacy of the population. In addition, mental well-being of individuals living in Adalar district was found to be significantly higher than those living in Esenyurt. The mental health literacy level of female participants participating in the study, those receiving medication for mental health problems, accessing mental information through educational activities, teachers, health workers, and those with postgraduate education was found to be significantly higher. Mental well-being of the married participants, those who do not have any mental illness in themselves and in their families, those who obtained mental information from academic sources and those with an income level above the minimum wage were found to be significantly higher.

Conclusion: In the study, a positive relationship was observed between mental well-being and mental health literacy. A positive correlation was found between the income status of the participants and their mental well-being, age and educational status. It was observed that the mental health literacy and mental well-being of individuals living in Istanbul were significantly affected by sociodemographic variables.

Key Words: Health Literacy, Mental Health Literacy, Mental Well-Being

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Geçmişten günümüze toplumların ihtiyaçları sağlık alanında yaşanan gelişmeleri hızlandırmış ve paralelinde birçok yeni oluşumun ortaya çıkmasını sağlamıştır. Sağlık okuryazarlığı da bu doğrultuda ortaya çıkmış ve bireylerin iyi ve kaliteli yaşam biçimlerini sürdürebilmek, hastalıkları önlemek ve sağlıklarını geliştirmek için gereken bilgi, beceri ve motivasyon düzeylerinin okuryazarlık zeminine oturtulduğu bir kavram olmuştur (1,2). En yalın haliyle; bireyin eriştiği sağlık bilgilerini anlama ve değerlendirme sürecinden sonra bunları kendi sağlığı üzerinde kullanmasıdır.

Bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyesinde meydana gelen artış kişiye verdiği güç ile yaşam kalitelerine olumlu yansımakta ve böylece ülkelerin sağlık göstergelerinde ilerleme kaydetmelerini sağlamaktadır (3). Bu sebepledir ki birçok ülke, günümüzde hastaların ve toplumun sağlık okuryazarlığını geliştirmek, okuryazarlık temeline dayanan becerileri artırmak için gereken ulusal stratejilere sahiptir (4).

Ruh sağlığı okuryazarlığı (RSOY), sağlık okuryazarlığı düzleminde oluşum gösteren bir kavramdır. Avustralyalı Jorm ve arkadaşları tarafından 1997 yılında ortaya çıkarılan ve yedi bileşenden meydana geldiği kabul edilen RSOY kavramı; ruhsal hastalıklar hakkında mevcut bilgi ve inançların bu hastalıkların tanınması, yönetilmesi ve önlenmesi üzerinde uygulanmasını ifade eder (5).

Ruh sağlığı okuryazarlığı kavramı oldukça yeni bir kavram olup önemi ruhsal hastalıkların artmasıyla daha da çok anlaşılmaya başlanmıştır (6). Ruhsal hastalıklar bireylerin biliş, duygu ve davranışları üzerinde meydana gelmektedir. Bu hastalıklar anksiyete bozukluğu, bipolar bozukluk, depresyon, post tramvatik stres bozukluğu, yeme bozuklukları, yıkıcı davranış ve asosyal bozukluklar ve beyin-gelişim bozukluklarıdır. Ruhsal sağlık sorunları her geçen gün artış göstermektedir ve bundan dolayı sık karşılaşılan bir sağlık sorunu haline gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) her sekiz kişiden birinin ve dünya üzerinde 970 milyon insanın ruhsal hastalık yaşadığını öne sürmektedir (7).

Tüm dünyayı etkisi altına alan Covid-19 salgını bireylerin ruhsal sağlık durumlarını olumsuz etkilemiştir. Tıpkı tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de

salgınla mücadele kapsamında çeşitli önlemler alınmış ve karantina uygulaması bu önlemlerin başında gelmiştir. Ancak literatürde karantina uygulamalarının bireyler üzerinde korku yarattığı ve onları çaresizliğe ve mutsuzluğa sürüklediği; kaygı, panik atak, sinirli olma gibi duyguları tetiklediği ve ruhsal açıdan da bireyleri olumsuz etkilediği görülmektedir (8,9,10). Bu durum hem Covid-19 bulaşıcı hastalığıyla hem de bu hastalığa karşı alınan önlemlerle bireylerin ruh sağlığının olumsuz etkilenmesine zemin hazırlamıştır.

Kültür ve toplum, bireylerin ruh sağlığı üzerinde inkâr edilemez bir etkiye sahiptir ve bir toplumun ruhsal hastalıklara bakış açısının; o toplumun RSOY düzeyini belirlemesi kaçınılmazdır. Bu noktada bütüncül olarak RSOY üzerinde yapılacak müdahaleler doğrudan sağlık sistemi üzerinde etkisini göstereceğinden sağlık eşitsizliklerinin önüne geçerek ekonomik yükü azaltabilir. Bireylerin iyi düzeyde RSOY'a sahip olmaları, etraflarında ve kendilerinde ortaya çıkan ruhsal hastalıkları tanımalarını, bu hastalıklarla mücadelenin hangi yollarla ve nasıl yapılacağını öğrenmelerine katkı sunmaktadır. Dolayısıyla iyi seviyede bir RSOY'a sahip olmak, hastalık sürecini iyi yönetebilmenin yanında bireysel düzeyde saygıyı ve öz bakımı sağlamaktadır (11).

Sağlığı bir sistem olarak düşündüğümüzde ruh sağlığı bu sistemin ayrılmaz bir parçasıdır ve mental iyi oluş da ruh sağlığı ile bütünleşmiş bir görünüm arz eder. Mental iyi oluş bireylerin pozitif sağlığına odaklanmaktadır ve bireylerin mental iyi oluşunun mutluluk, tatmin, kendini gerçekleştirme ve olumlu işlevlerden meydana geldiği kabul edilmektedir (12). Dolayısıyla bireylerin mental iyi oluş düzeylerine sağlanan katkıların ruh sağlığına da pozitif anlamda etki göstermesi muhakkaktır. İşte bu noktada toplum nezdinde bireylerin ruh sağlığı bilgilerini güçlendirmenin yolu RSOY düzeylerini sağlık eğitimleri vasıtasıyla iyileştirmektir (13).

Hem bireysel hem de toplumsal anlamda birtakım olayların etkisiyle bireylerin ruhsal sağlıklarında olumlu/olumsuz dalgalanmalar yaşanır. Yaşanılan olaylar çerçevesinde bireylerin ruh sağlığının ne ölçüde geliştirildiği ve mevcut bilgilerle bu durumlara nasıl tepkiler verildiği önem arz etmektedir. Çünkü ruhsal hastalıklara karşı edinilen bilgiler ve inançlar doğrultusunda verilen tepkiler, RSOY düzeyini arttırdığı gibi tam tersi olarak azaltabilmektedir.

Bu çalışmada yakın zamanda tüm dünyaya tesir eden ve kısa zamanda pandemiye dönüşen ciddi bir sağlık kriziyle mücadele eden ve salgın sürecinde önemli deneyimler kazanan Türkiye'nin nüfusça en büyük ili İstanbul'da yer alan ve nüfus bakımından birbirinden ayrışan iki ilçenin karşılaştırmalı analizlerle RSOY ve mental iyi oluş durumları incelenmiştir. Literatürde bu bağlamda bir çalışmaya rastlanılmamış olması çalışmayı önemli ve özgün kılmaktadır.

Bu anlamda ilk olduğu düşünülen çalışmada; İstanbul'un Esenyurt ve Adalar ilçelerinde yaşayan 18-65 yaş aralığındaki bireylerin RSOY ve mental iyi oluş durumlarının belirlenmesi ve bunları etkileyen faktörleri tespit etmek amaçlanmıştır. Çalışmanın temel problemi; "Nüfus değişkeni açısından bireylerin RSOY ve mental iyi oluşları farklılık oluşturuyor mu?" sorusuna cevap bulmaktır. Çalışma, aşağıda belirtilen araştırma soruları üzerinden tasarlanmıştır.

Araştırma Soruları:

1-İstanbul'da yaşayan bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı ile mental iyi oluş düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

2-Nüfus değişkeni açısından bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı ve mental iyi oluş düzeyleri nasıldır?

3-İstanbul'da yaşayan bireylerin yaş, gelir durumu ve eğitim düzeyleri ile ve ruh sağlığı okuryazarlığı ve mental iyi oluşları arasında ilişki var mıdır?

4-Covid-19 tanısı alan bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı ve mental iyi oluş düzeyleri Covid-19 tanısı almayanlara göre farklı mıdır?

5-İstanbul'da yaşayan bireylerin ruhsal bilgi edindikleri kaynaklara göre ruh sağlığı okuryazarlığı ve mental iyi oluş durumları nasıldır?

2. GENEL BİLGİLER

Çalışmanın bu kısmı; ilgili literatür bağlamında araştırmanın temelini oluşturan kavramsal çerçeveyi oluşturmaktadır. Bu amaçla öncelikle sağlık okuryazarlığı konusuna değinilmiş; sağlık okuryazarlığının kavramsal modelleri açıklanmıştır. İkinci olarak ruh sağlığı konusuna açıklık getirilmiş, RSOY kavramı Türkiye ve dünyada yapılan çalışmalar ile ele alınmıştır. Genel bilgiler kısmının son başlığında ise mental iyi oluşa değinilmiştir.

2.1. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Uluslararası literatürde oldukça sık karşılaşılan sağlık okuryazarlığı kavramı ilk olarak 1974 yılında Scott K. Simonds'un Sosyal Politika Olarak Sağlık Eğitimi (Health Education as Social Policy) makalesinde yer almış ve bireyin tıbbi gereçleri anlaması, verilen yönergelere uyum sağlaması olarak tanımlanmıştır. Burada sosyal politika bağlamında sağlık eğitimi incelenmiş, sağlık okuryazarlığı ve sağlık eğitimi arasında bir ilişki olduğu vurgulanmıştır (14). 1990 yılı sonrasında sağlık okuryazarlığının birey ve toplum sağlığı üzerindeki etkisinin yüksek olacağı düşüncesi kavramın yeniden ve geniş kapsamda tanımlanmasını gerekli kılmış, uluslararası düzeyde konuya yönelik ilginin ve çalışmaların arttığı görülmüştür (15,16).

Dünya Sağlık Örgütü sağlık okuryazarlığını, bireylerin sağlık seviyelerinin gelişimini ve sürdürülebilir olmasını sağlamak için gerekli olan bilgiye bilişsel ve sosyal becerilerle erişme, anlama ve bu bilgileri kullanabilme yetkinliği olarak tanımlamıştır. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı sadece randevu almak ya da prospektüs okumak değil, bireylerin sağlık bilgisine erişimini ve erişilen sağlık bilgisini etkili biçimde kullanabilmelerini geliştirmektir. (17).

Literatürde sağlık okuryazarlığı kavramı ile ilgili çok fazla tanımlama yapılmıştır. Bu tanımlamalar üzerinde çalışan Sorensen ve arkadaşlarının yapmış oldukları araştırmanın sağlık okuryazarlığı alanında yapılan en kapsamlı çalışmalardan biri olduğu görülmektedir. 2012 yılında yapılan bu çalışmada sağlık okuryazarlığı için kavramsal bir model geliştirmek amaçlanmış ve bu amaç doğrultusunda var olan tanımlamalar ve modeller içerik analizi yöntemiyle

incelenmiştir. Bu kapsamlı literatür taraması sonucunda on yedi farklı sağlık okuryazarlığı tanımı ve on iki kavramsal model elde edilmiştir. Elde edilen verilerin sistematik bir biçimde incelenmesi sonucunda yeni bir sağlık okuryazarlığı tanımı oluşturulmuştur. Buna göre sağlık okuryazarlığı, okuryazarlıkla yakından ilişkili olup, bireylerin günlük hayatta kendi sağlık durumlarıyla ilgili karar verebilmelerini, kaliteli yaşam standartlarını sürdürebilmeleri için sağlıklarını geliştirebilmelerini ve hastalık karşısında önlem almak için gereken bilgiye ulaşmayı ve anlayıp değerlendirmeyi sağlayan becerileri temsil etmektedir (18).

Aralarında gelişmiş ülkelerin de yer aldığı dünya ülkelerinde, düşük sağlık okuryazarlığı ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'na göre, sekiz ülkede gerçekleştirilen çalışmaya katılan bireylerin %12, 4'ü yetersiz, %35,2'si sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir (19).

Türkiye'de sağlık okuryazarlığı alanındaki çalışmalara bakıldığında 2014 yılında yapılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, büyük çaplı ve ilk olması bakımından oldukça önem taşımaktadır. Araştırma verilerine göre Türkiye toplumunun %24,5'i yetersiz sağlık okuryazarlığı ve %40,1'i sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir. Bir diğer ifadeyle Türk toplumunun yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı oranı % 35,4 olarak bulunmuştur. (20).

Türkiye'nin sağlık okuryazarlığı düzeyini ve ilişkili olduğu etmenleri saptamayı amaçlayan bir diğer çalışma, 2018 yılında ele alınan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması'dır. Bu Araştırmaya göre katılım sağlayanların %30,9'u yetersiz, %38'i sorunlu-sınırlı, %23,4'ü yeterli, %7,7'si mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir. Yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlığı aynı kalemde ele alındığında çalışmaya katılan bireylerin %68,9'unun düşük sağlık okuryazarlığı seviyesinde olduğu görülmekte ve ciddi anlamda bir halk sağlığı sorunu olduğu göze çarpmaktadır (21).

Düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin, hastaneye yatış, sağlık harcamaları, sigara gibi zararlı alışkanlıklarının, kronik hastalık ve mortalite oranlarının fazla olduğu, koruyucu sağlık hizmetlerini tercih etme, öğrenme ve bu hizmetleri uygulama noktasında bilgi eksikliklerinin olduğu bilinmektedir (22-25).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre toplumlarda sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi bireylerin kendi sağlıklarını geliştirmeleri için çaba göstermelerine, sağlık için yapılan faaliyetlerde yer almalarına ve hükümetlerin de sağlık alanında yapması gereken eylemleri yerine getirmeleri için temel oluşturmaktadır. Özellikle dezavantajlı grupların ve gelişmemiş ülkelerin sağlık okuryazarlığı gereksinimlerinin giderilmesiyle, sağlıkta ve diğer tüm alanlardaki eşitsizlik hızının artmasını engelleyeceği düşünülmektedir (26).

2.1.1. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modelleri

Sağlık okuryazarlığı sadece okuma becerisi değildir. Sağlık okuryazarlığı bir süreç olup bireyin, okuma, anlama, analiz ve karar verme becerilerini sağlık durumu üzerine uygulamasıdır (27).

Sorensen ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmaya göre literatürde on iki farklı sağlık okuryazarlığı modelinin mevcut olduğu bilinmektedir (18). Modeller farklı araştırmacılar tarafından farklı boyut ve içeriklerde oluşturulmuştur.

Sağlık okuryazarlığı alanındaki araştırmalarıyla ön plana çıkan Nutbeam, çalışmasında sağlık eğitimi ve sağlık okuryazarlığı arasında yakından ilişki olduğunu vurgulamıştır. Sağlık okuryazarlığını bir konsept olarak ele alan Nutbeam, üç boyuttan oluşan sağlık okuryazarlığı modelini geliştirmiştir. Bu analiz modeliyle sağlık okuryazarlığının başarılı bir biçimde randevu almak ya da prospektüs okumaktan daha fazlası olduğunu, bireyleri geliştirip güçlendirdiğini savunmaktadır (6). Bu model fonksiyonel, interaktif, eleştirel sağlık okuryazarlığı adımlarından meydana gelmektedir.

2.1.1.1. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı: Bu aşama, bireyin günlük hayatta sağlıkla ilgili içerikleri okuma-yazma gibi temel becerilerini temsil etmektedir. Burada ele alınan faaliyetler bireysel faydaya yönelik olup aynı zamanda toplumsal fayda da sağlayabilmektedir.

2.1.1.2. İnteraktif sağlık okuryazarlığı: Fonksiyonel okuryazarlık seviyesinde gereken temel becerilerle birlikte bireyin destekleyici bir çevrede bireysel becerilerini geliştirmesine odaklanmaktadır. Bu yaklaşım, bireyin aldığı tavsiyeye göre kapasitesini, motivasyonunu ve güvenini arttırmayı hedeflemektedir. Bireyin

iletişim süreçlerinde edindiği bilgileri sağlık durumlarında uygulayabilmesini amaçlayan bu seviyede fayda, fonksiyonel okuryazarlıkta olduğu gibi toplumdan ziyade bireye yöneliktir.

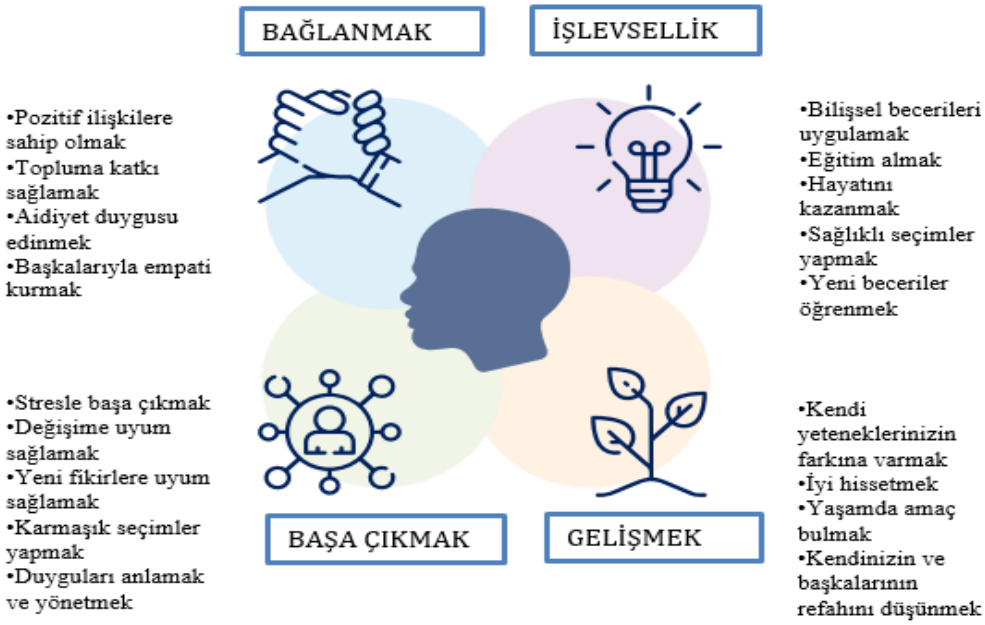
2.1.1.3. Eleştirel sağlık okuryazarlığı: Bireysel ve toplumsal faydanın esas alındığı bu aşama, hem bireysel gelişimi hem de sağlığın sosyal, çevresel ve ekonomik boyutlarını geliştirmeyi sağlayacak seviyede beceriye sahip olmayı gerektirmektedir. Bireyden farklı kanallardan elde ettiği sağlık bilgisini anlaması ve bu bilgiyi farklı yönleriyle kritik etmesi beklenmektedir. Bireyin eleştiri becerisi beraberinde toplumsal faydayı sağlamaktadır (6).

2.2. RUH SAĞLIĞI

Dünya Sağlık Örgütü tarafından ruh sağlığı; kişinin bireysel becerilerinin bilincinde olduğu, gündelik hayatta karşılaştığı olumsuz durumlarla mücadele edebildiği ve tüm bunların yanında etkili bir biçimde çalışıp toplumda değer oluşturabildiği bir iyilik durumu olarak ifade edilmektedir. Temel bir insan hakkı olan ruh sağlığı, sağlığın ayrılmaz bir bileşeni olup kişisel, toplumsal ve sosyoekonomik gelişim için kritik bir öneme sahiptir. Ruh sağlığı, ruhsal hastalıkların olmayışından daha fazlasını temsil etmekte olup, kişiden kişiye farklı deneyimlenen ve farklı sonuçlar doğuran bir süreçtir (28).

Ruh sağlığının beden sağlığı kadar önemli olduğu bilinmektedir. Ruh sağlığına sahip olan birey, hayatın stresiyle başa çıkabilir ve bunun yanında kendi yeteneklerinin farkına varır, iyi bir şekilde öğrenebilir, çalışır ve topluma aktif bir şekilde katılım sağlayabilir.

Ruh sağlığına sahip olmak daha iyi bağlantı kurmayı, çalışabilmeyi, başa çıkabilmeyi ve gelişmeyi sağlamaktadır (Şekil 2.1). Bunun tersi durumunda ise, bireylerin refahı, duyguları, düşünceleri, fiziksel sağlığı, eğitimi ve ilişkileri kötüleşebilmektedir (28).



Şekil 2.1: Ruh sağlığı; bağlantı kurmaya, işlev görmeye, başa çıkmaya ve gelişmeye yardımcı olan içsel ve araçsal bir değere sahiptir (28).

Dünya çapında ruh sağlığı koşulları artış göstermektedir. Özellikle çocuk ve ergenlerin %20'sinde ruh sağlığı hastalıkları görülmektedir. Bununla birlikte intihar, 15-29 yaş arası bireylerde görülen ölüm sebepleri arasında ikinci sırada yer almaktadır. Ruh sağlığı koşulları hayatın tüm alanında önemli bir etkiye sahipken, bu süreçte meydana gelen depresyon ve anksiyete, küresel anlamda ekonomiye yük oluşturmakta olup buna rağmen devletlerin bu alanda yaptığı harcamaların düşük seviyede olduğu görülmektedir (29).

Türkiye'de ruh sağlığı alanında yapılan ve ilk geniş kapsamlı çalışma olan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'na göre, Türkiye nüfusunun %17,2'sinde bir ruhsal hastalığın olduğu ortaya çıkmıştır. Bu durum cinsiyet bazında değerlendirildiğinde kadınlarda %22,4 oranında iken erkeklerde bu oran %10,9'a tekabül etmektedir. Bu çalışmada elde edilen verilerle, toplumdaki her altı erişkin bireyden birisinin tanı konulabilecek düzeyde ruh sağlığı hastalığına sahip olduğu görülmüştür (30).

Tüm dünyada küresel bir sağlık krizi haline dönüşen Covid-19 salgınının bireylerin ruh sağlığını olumsuz etkilediği bilinmektedir. Kardeş'in (31) yaptığı çalışmada koronavirüs tanısı alan ve almayan bireyler, sağlık çalışanları, yaşlılar,

çocuklar (özellikle kız çocuklarında (32)) ve psikiyatrik tanı almış bireylerin ruh sağlığı problemlerinde artış görüldüğü vurgulanmıştır. Bu çalışmada ayrıca, koronavirüs hastalığının etkisinin yalnızca mortalite ile sınırlı kalmadığı, dünya nüfusu üzerinde korku ve anksiyete gibi ruhsal etkilerinin de olduğunun altı çizilmiştir (31). Çin'de yapılan bir çalışmada, katılım sağlayan bireylerin yarısından fazlasının Covid-19 salgınından orta ve şiddetli seviyede psikolojik olarak etkilendikleri, üçte birinin belli düzeyde anksiyeteye sahip olduğu ortaya çıkmıştır (33).

Covid-19 salgınının toplumun ruh sağlığı üzerinde gösterebileceği etkileri Banerjee (34) şu şekilde açıklamıştır:

- Herhangi bir bulaşıcı hastalık salgını yaşayan bireylerde salgının yeniden olacağı korkusu
- Küçük ölçekli endüstrilerde izolasyon ya da kısıtlamalardan dolayı geçim kaynaklarını kaybetme korkusu
- Bireyin kendisi ve yakınları için sürekli güvensizlik hissetmesi
- Uzakta yaşayan aile veya arkadaşlarla iletişim eksikliğinden kaynaklanan kaygı
- Evden uzaklaşma ile ilgili korkular
- Soğuk algınlığı ya da hapşırma gibi belirtileri olan bireylere karşı damgalanma
- Yiyecekler, antibiyotikler, analjezikler, anti-alerjik ilaçlar gibi malzemeleri stoklama zorunluluğu
- Medyanın etkisiyle artan panik ve psikolojik stres
- Covid-19'la mücadele kapsamında görev alan sağlık çalışanları ve tüm gönüllüler için yorgunluk, hayal kırıklığı, tükenmişlik, virüse yakalanma ya da bulaştırma korkusu.

2.3. RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI

Ruh sağlığı okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığına yönelik gelişim gösteren ve giderek kapsamını arttıran bir yapı olarak bilinmektedir (35). Sağlık okuryazarlığı tanımından yola çıkan Jorm ve arkadaşları RSOY kavramını ortaya çıkarmış ve ilk olarak 1997 yılında, ruhsal hastalıkları tanıma, yönetme ve engellemeye yönelik bilgi ve inanç olarak tanımlamışlardır. Ruh sağlığı okuryazarlığı, belirli rahatsızlıkları tanımayı, ruh

sağlığı bilgilerine nasıl ulaşıldığını bilmeyi ve profesyonel yardım alma hakkında bilgiyi ve bunu teşvik eden davranış becerilerini içermektedir (5).

Jorm (36) ruh sağlığı okuryazarlığının çeşitli bileşenlerden meydana geldiğini savunmuştur. Buna göre RSOY yedi bileşenden oluşmaktadır. Bunlar;

- Ruhsal hastalıkları ya da psikolojik stresin türlerini tanıma becerisi,
- Ruh sağlığı hastalıklarının risk faktörlerine ve sebeplerine ilişkin bilgi ve inançlar,
- Bireysel yardım müdahalelerine yönelik bilgi ve inançlar,
- Profesyonel yardıma yönelik bilgi ve inançlar,
- Uygun yardım aramayı ve ruh sağlığı okuryazarlığı hastalıklarını tanımaya imkân sağlayan davranışlar,
- Ruh sağlığı bilgisinin nasıl elde edileceğine yönelik bilgi ve
- Ruh sağlığı becerilerinin erken dönemde elde edilmesidir.

Daha sonraki yıllarda ruh sağlığı okuryazarlığı kavramı dört boyutta ele alınmıştır. Bunlar;

- İyi bir ruh sağlığının nasıl elde edileceğini ve sürdürülebilir olacağını anlamak
- Ruhsal hastalıkları ve bunların tedavilerini anlamak
- Ruhsal bozukluklara yönelik damgalamayı azaltma
- Ruhsal hastalıklara ilişkin yardım arama davranışını arttırmak olarak bilinmektedir (37-39).

Yapılan bu tanımlamadan dolayı ruh sağlığı okuryazarlığı birbiriyle ilişkisi olan üç temel kavrama işaret etmektedir. Bunlar; ruhsal hastalıkları ve pozitif ruh sağlığını bilmek, ruh sağlığı davranışları ve yardım arama durumlarıdır (37).

Ruh sağlığı okuryazarlığının doğru ve daha iyi bir şekilde anlaşılmasının hem bireyin hem de toplumun sağlık seviyesinde ilerlemeler kaydedilmesine olanak sağlayacağı öngörülmektedir (35). Eğer bireylerin ruhsal hastalıkları bilmesi ve doğru müdahaleleri yapmaları gerekiyorsa RSOY düzeylerinin arttırılması gerekmektedir (5). 2020 yılında yapılan bir çalışma sonucuna göre, hem kadın hem de erkek bireylere verilen RSOY eğitimlerinin, toplumdaki ruhsal hastalıklara yönelik ruh sağlığı davranışları üzerinde ciddi anlamda gelişim sağlayacağı bilinmektedir (40). Dolayısıyla bu noktada,

topluma gereken desteğin ilgili kurum ve kuruluşlar aracılığıyla sağlanması gerektiği düşünülmektedir.

2.3.1. Dünyada Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Çalışmaları

Dünya üzerinde ruh sağlığı okuryazarlığı ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, kimi çalışmaların konuya açıklama getirmek ve kavramsal çerçevesini sağlamak amacıyla gerçekleştirildiği, kimilerininse farklı kitleler üzerinde ölçek uygulanarak yapıldığı görülmektedir.

Konunun kavramsal tanıtımı, bilinirliği, önemi ve toplumları güçlendirmek için güçlü bir bileşen olduğu yapılan çalışmalarda vurgulanmıştır (35-37,41-45).

2015 yılında Wei ve arkadaşları tarafından yapılan, ruh sağlığı okuryazarlığı ve farklı ruhsal hastalıkları çeşitli boyutlarıyla değerlendirildiği derleme çalışmasında 401 çalışma önceden belirlenen dâhil etme ve hariç tutma ölçütlerine göre incelenmiştir. Araştırma sonucunda bu alanda en çok çalışmanın 2000-2009 yılları arasında yapıldığı ve en fazla çalışma yapan ülkenin Amerika Birleşik Devletleri olduğu ortaya çıkmıştır. Bu derleme çalışmasının RSOY ile ilgili yapılmış araştırmaların bütüncül olarak görülmesini ve alandaki boşlukların açığa çıkarılmasını sağlaması açısından faydalı olduğu düşünülmektedir (37).

Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin uygulandığı çalışmaların da görece fazla olduğu bilinmektedir. Neredeyse her popülasyon üzerinde bu çalışmaların varlığı söz konusudur. Örneğin katılımcıların farklı kesimlerden olduğu bazı çalışmalarda RSOY yaşa ve cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılık göstermekte olup yaşlı bireyler genç bireylere (46), erkekler kadınlara göre ruhsal hastalıkları daha düşük düzeyde tanıyabilmektedir (47).

Uluslararası literatürde Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin geçerlik güvenilirlik çalışmasını yapan birden fazla çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmalarda elde edilen bulgulara göre ölçek, tıp-sağlık bilimleri öğrencilerinin (48), Fransa'da üniversite öğrencilerinin (49), Çin'de öğretmenlerin (50) RSOY düzeyini belirlemek ve alandaki boşluğu ortaya çıkarmak için geçerli, güvenilir ve deneysel bir araçtır.

2.3.2. Türkiye'de Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Çalışmaları

Türkiye'de ruh sağlığı okuryazarlığı konusu üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde ilk olarak ulusal tez merkezinde yayımlanan tez çalışmaları dikkat çekmiştir. Çalışmalar aranırken 'ruh sağlığı okuryazarlığı' anahtar kelimesi kullanılmış ve buna göre başlığında doğrudan RSOY kavramı bulunan çalışmalar dikkate alınmıştır.

2018 yılında yayımlanan tez çalışmasında Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçeye geçerlik güvenilirlik uygulaması gerçekleştirilmiştir. Çalışmada 900 öğrenciye anket yapılmış ve bunun sonucunda RSOY ölçeğinin, Türk toplumunun RSOY düzeyini belirlemek ve değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu bulunmuştur (51).

Bir başka ölçek geliştirme çalışması Eltaş (52) tarafından yapılmıştır. Bu tez çalışmasında öğretmen olacak adayların öğrenci RSOY düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmış ve elde edilen bulgulara göre ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır. Öğretmen adaylarıyla ilgili bir diğer tez çalışmasının sonucunda adayların sosyodemografik özelliklerinin RSOY düzeylerini etkilediği görülmüş, bu alanda geliştirici çalışmaların yapılması gerektiği önerilmiştir (53).

Arslan (54) tarafından yapılan tez çalışmasında İstanbul Fatih'teki lise öğrencilerinin ve öğretmenlerinin RSOY düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmaya 1051 kişi katılım sağlamış ve çalışma sonucunda öğretmen ve öğrencilerin ruhsal hastalıkları bilme ve yardım arama davranışlarını geliştirmek için çalışmaların yapılması gerektiği vurgulanmıştır.

Çevre'nin (55) Bursa ilinde yaşayan bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı durumunu saptamak amacıyla gerçekleştirdiği tez çalışmasında, bireylerin eğitim seviyesinin ve ekonomik durumlarının RSOY düzeyleri üzerinde etkili olduğu sonucu bulunmuştur.

Ruhsal hastalığı olan kişilerin yakınlarının ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin araştırıldığı tez çalışmasında hasta yakınlarının RSOY seviyelerinin ortalamanın üzerinde olduğu görülmüştür. Aynı zamanda RSOY düzeyi artan hasta yakınlarının, damgalama ve ruhsal hastalıklara ilişkin olumsuz inançlarının azaldığı bulgusu elde edilmiştir (56).

Akademisyenlerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyini ele alan bir diğer tez çalışması Gümüş (57) tarafından 357 akademisyen ile yürütülerek yapılmıştır. Akademisyenlerin RSOY düzeyini ortaya koymak için RSOY ve ruhsal hastalık inanç durumlarını bulmak için Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği kullanılmıştır.

Çalışmada akademisyenlerin RSOY düzeyinin ortalama üzerinde olduğu, RSOY düzeylerinde meydana gelen artışın ruhsal hastalıklara karşı olumsuz inancı düşürdüğü dolayısıyla iki ölçek arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu sonucu ortaya çıkmıştır.

Mersin ilinde bir halk eğitim merkezinde ruh sağlığı ilk yardımı eğitimi alan bireylerin aldıkları eğitimin RSOY ve ruhsal hastalıklara yönelik inanç düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan tez çalışmasında, kontrol ve müdahale grupları belirlenmiş ve katılımcılara ön ve son test uygulaması gerçekleştirilmiştir. Çalışma sonucunda bireylere sunulan eğitimin RSOY düzeylerini, ruhsal hastalık bilgilerini ve bu bilgiye erişimlerini arttırdığına dikkat çekilmiştir (58).

Yetişkin bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı ve psikolojik sıkıntı düzeylerini araştıran tez çalışmasında her beş kişiden üçünün belirli bir psikolojik sıkıntı düzeyinde olduğu ve RSOY seviyelerinin düşük düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır. Bu sonucun sebebinin Covid-19 salgınından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Çalışmada bireylerin RSOY seviyelerini ve psikolojik sıkıntı düzeylerini iyileştirici müdahale programlarının geniş kapsamda ve örneklemde yapılması önerilmektedir (59).

Ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin incelendiği bir başka örneklem ise psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerdir. Bu örneklemi hedef alan çalışmalara bakıldığında hemşirelerin, RSOY düzeyinin düşük olmadığı, genel klinikte çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği, yaş, eğitim gibi birçok değişkene göre farklılık gösterdiği (60), psikiyatri hemşirelerinin RSOY'a ilişkin bilgi ihtiyaçlarının olduğu sonuçlarıyla karşılaşılmıştır (61).

2.4. MENTAL İYİ OLUŞ

Mental iyi oluş olgusu, 1960'lı yıllarda ruh sağlığı alanında öne çıkmaya başlamıştır (62), ancak mental iyi oluş kavramının aslında DSÖ tarafından 1948 yılında ilk kez ortaya atıldığı düşünülmektedir (63). Şöyle ki, sağlığı "yalnızca hastalık ya da sakatlık durumunun olmaması değil, bedensel, ruhsal ve sosyal anlamda tam bir iyilik hali" (64) olarak tanımlayan DSÖ burada ruhsal iyi oluş haline vurguda bulunmuştur. Pozitif psikoloji alanında araştırma yapan bilim insanları DSÖ'nün ruh sağlığı tanımı üzerinden yola çıkarak mental iyi oluş kavramını ortaya çıkarmışlardır (65). Akademi ve toplum literatüründe mental iyi oluş ve pozitif ruh sağlığı kavramı aynı anlamlara gelmekte olup birbiri yerine kullanılmaktadır (66). Dolayısıyla pozitif ruh sağlığı kavramı için yapılmış olan tanım, mental iyi oluş kavramının içeriğini de karşılamaktadır.

Mental iyi oluş bireylerin psikolojik açıdan pozitif olma düzeyini ifade etmektedir ve uluslararası düzeyde mental iyi oluş kavramına yönelik ilgi artarken, toplum üzerindeki etkisi de kabul görmektedir (66). Yetişkin bireyler için mental iyi oluş mutluluk, pozitif olma, acı çekmekten kaçınma ve kendini gerçekleştirme gibi temel yeterliliklerden meydana gelmektedir (12). Mental iyi oluş seviyesi yüksek bireylerin hem iletişim kurmada hem de çalışma hayatlarında daha verimli oldukları bilindiği için konunun bireysel, toplumsal ve çevresel düzeyde önemli bir olgu olduğu düşünülmektedir (65). Bir başka anlatımla mental iyi oluş sadece bireyi değil, bulunduğu toplumu ve çevreyi de ilgilendirmektedir.

2019 yılında yapılan bir çalışmada, bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı ve mental iyi oluş düzeyleri arasında önemli ölçüde ilişki saptanmış ve erkeklerin RSOY düzeylerinin mental iyi olma durumlarını pozitif yönlü etkilediği ortaya koyulmuştur (67). 2014 yılında yapılan bir başka çalışmada da bireylerin RSOY ve mental sağlık düzeyleri arasında ilişki saptanmış ve bu durumun özellikle depresyona sahip olan bireylerde ruhsal hastalıkları önleme açısından oldukça önemli olduğu vurgulanmıştır (68). Ayrıca literatürde bireylerin mental iyi oluş düzeylerini araştırmaya yönelik çok sayıda ölçek geliştirme çalışması mevcuttur. Bunun yanında farklı popülasyonlar üzerinde uygulanan geçerlik-güvenilirlik çalışmalarına da rastlanılmıştır (69-71).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Araştırma, İstanbul ilinin Esenyurt ve Adalar ilçelerinde yaşayan bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı ve mental iyi oluş durumlarının başta nüfus değişkeni olmak üzere belirlenen sosyodemografik ölçütler açısından farklılaşıp farklışmadığını ortaya koymak amaçlanmıştır. Araştırma; Türkçe literatürde ve İstanbul ilinde, yüksek lisans tezi düzeyinde bu konuyu inceleyen ilk çalışma olması bakımından özgün bir nitelik taşımaktadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ

İlçeler arasında karşılaştırmalı analiz yöntemleriyle ele alınan bu çalışma, kesitsel tipte yürütülmüştür.

3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE NÜFUSUNA İLİŞKİN BİLGİLER

Araştırma, İstanbul ilinin Esenyurt ve Adalar ilçesinde gerçekleştirilmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 31 Aralık 2021 tarihli nüfus sayımı verilerine göre İstanbul ili 39 ilçeye sahiptir. Bu ilçeler arasında nüfusu en yüksek ilçe % 6,17'lik dilimiyle Esenyurttur ve burada 977.489 kişi yaşamını sürdürmektedir. En düşük nüfusa sahip olan ilçe %0,10'luk payı ile Adalar ilçesidir. Adalar ilçesinde 16.372 kişi yaşamaktadır (72-73).

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma evrenini İstanbul ilinin Esenyurt ve Adalar ilçelerinde ikamet eden 18-65 yaş aralığındaki bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü, örneklem hata payına göre alınabilecek örneklem büyüklüğünü gösteren tablo temel alınarak evren büyüklüğü ve 0.05 örnekleme hatası dikkate alınarak 384 olarak tespit edilmiştir. Araştırmada tabakalı örneklem yöntemine göre yapılan hesaplamalar doğrultusunda Esenyurt ilçesi için 322, Adalar ilçesi için 62 katılımcıya ulaşılması hedeflenmiştir. Bu doğrultuda Adalar ilçesinde 87, Esenyurt ilçesinde 361 katılımcıya anket uygulaması gerçekleştirilmiş ve toplam 448 katılımcıya ulaşılmıştır.

3.5. ARAŞTIRMANIN ETİK İZNİ

Araştırmanın uygulanabilmesi için; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 30.09.2022 tarih ve 12469 evrak sayılı Kurul Kararı gereğince izin alınmış ve çalışma etik açıdan uygun bulunmuştur. Çalışmanın etik kurul formu EK-1'de sunulmuştur.

3.5. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Çalışmada anket uygulaması gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalı olduğundan dolayı, katılımcılara anket öncesinde araştırmacı tarafından hazırlanan gönüllü onam formu sunulmuştur. Çalışma; Esenyurt ve Adalar ilçesinde yaşayan ve araştırmaya katılımı kabul eden bireylere, araştırmacı tarafından yüz yüze ve Google Forms üzerinden çevrimiçi olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmada çevrimiçi olarak 196 kişiden veri toplanmış olup bunun 61 tanesi Adalar, 135 tanesi Esenyurt ilçesinde ikamet eden bireylerden oluşmaktadır. Yüz yüze yapılan anket sayısı 252'dir. Yüz yüze anketlerin 26 tanesi Adalar, 226 tanesi Esenyurt'ta yaşayan bireylerden toplanmıştır. Araştırmada toplam 448 katılımcıdan veri toplanmıştır.

3.6. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri üç bölümden oluşan anket formu ile toplanmıştır. Anket formu, araştırmacı tarafından literatür incelenerek oluşturulan 18 maddelik Sosyo-demografik Veri Formu, Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeğine ait 22 soru ve Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği'ne ait 14 soru olmak üzere toplamda 54 sorudan meydana gelmektedir. Çalışmada kullanılacak olan ölçekler için araştırmacı tarafından ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan kişilerden gerekli izinler alınmış olup çalışmanın sonunda EK-3'te sunulmuştur.

3.6.1. Sosyo-demografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan veri formu toplam 18 sorudan oluşmaktadır. Soru formunda yaş, cinsiyet, gelir, medeni durum, eğitim durumu, mesleki durum, covid tanısı alma durumu, sigara/alkol kullanma durumu, ruh sağlığı sorunlarına yönelik bilgiyi edinilen ortam gibi soruların yanında, bireyin kendisi, ailesi ve arkadaş çevresinin ruh sağlığına ilişkin belirleyici sorular da yer almaktadır. Formda kişisel verilerin korunması mevzuatı dikkate alınarak kimlik tespit edici sorulara yer verilmemiştir.

3.6.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği

Yabancı literatürde Mental Health Literacy (MHL) Scale olarak geçen ve Türkçede Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği olarak bilinen ölçek, 2016 yılında Jung ve arkadaşları tarafından toplumun RSOY düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Geliştirilen ölçek çalışması 26 sorudan meydana gelmektedir. Ölçek Bilgi, İnanç ve Kaynak Odaklı olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin Bilgi Odaklı alt boyutunda 12, İnanç Odaklı alt boyutunda 10, Kaynak Odaklı alt boyutunda ise 4 madde bulunmaktadır ve ölçekten alınabilecek toplam puan 0-26 arasındadır. Ölçeğin Bilgi ve İnanç boyutlarında yer alan maddeler altılı likert tipinde olup "kesinlikle katılıyorum", "katılıyorum", "kararsızım", "katılmıyorum", "kesinlikle katılmıyorum", "bilmiyorum" şeklindedir. Kaynak Odaklı RSOY'a ilişkin sorular ise "evet", "hayır" şeklinde yanıtlanmaktadır ve genel haliyle ölçekten alınabilecek toplam puan 0-26 aralığındadır (74).

Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe geçerlilik-güvenilirlik çalışması Göktaş ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Yapılan geçerlilik güvenilirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa sayısı 0.71 bulunmuştur. Bu çalışmada yapılan faktör analizi sonucunda Bilgi Odaklı ve İnanç Odaklı alt boyutlardan ikişer soru ölçekten çıkartılmış ve soru sayısı 22 madde olarak belirlenmiştir. Uyarlama çalışması sonucunda ölçeğin 18 yaş üstü bireyler için uygulanabilir olduğu sonucuna varılmıştır. Geçerlilik çalışması sonucunda yeni ölçekte, 1-10. maddeler Bilgi Odaklı RSOY alt boyutunu, 11-18. maddeler İnanç Odaklı RSOY alt boyutunu ve 19-22. maddeler Kaynak Odaklı RSOY alt boyutunu temsil etmektedir. İnanç ve Bilgi Odaklı sorular yine 6'lı likert tipindedir ve sorulara verilen cevaplar ilk geliştirilen ölçekle birebir aynıdır (75).

Ölçek puanlanmasında "katılıyorum", "kesinlikle katılıyorum" ve "evet" cevapları 1 puanken diğer yanıtlar puanlanmamaktadır. Ölçeğin Bilgi Odaklı RSOY alt boyutunda yer alan sorular (11-12-13-14-15-16-17-18) ters puanlanmaktadır. Dolayısıyla burada "kesinlikle katılmıyorum" ve "katılmıyorum" cevabını verenler 1 puan alırken diğer yanıtlara puan verilmemektedir. Ölçekten elde edilecek puan 0-22 arasında değişiklik göstermektedir. Ölçek puanındaki artış bireyin RSOY seviyesinin artmasına bağlıdır (75).

3.6.3. Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği

Türkçe uyarlaması Keldal (65) tarafından yapılan Mental İyi Oluş Ölçeğinin orijinali Tennant ve arkadaşları (66) tarafından, bireylerin mental iyi oluş durumunu ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu amaçla geliştirilen ölçek 14 maddeden oluşup 5'li likert tipindedir. Ölçek puanlanmasında hiç katılmıyorum 1 puan, katılmıyorum 2 puan, biraz katılıyorum 3 puan, katılıyorum 4 puan ve tamamen katılıyorum cevabı 5 puan almaktadır. Bireylerin mental sağlığının pozitif yönüyle ilgilenen bu ölçekten alınabilecek en düşük puan 14 iken en yüksek puan 70'dir. Bu yönüyle bakıldığında ölçeğin tüm maddeleri pozitiftir. Türkçe uyarlamasının yapıldığı çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa (α) katsayısı .89 olarak bulunmuştur (65).

3.7. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

3.7.1. Bağımlı Değişkenler

- Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği maddeleri
- Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği maddeleri

3.7.2. Bağımsız Değişkenler

- Cinsiyet
- İkamet edilen ilçe
- Medeni durum
- Yaş
- Eğitim durumu
- Gelir düzeyi
- Meslek
- Covid-19 tanısı alma durumu
- Covid-19 pandemisinde ruh sağlığının kötü etkilenmesi durumu
- Herhangi bir ruhsal hastalığa sahip olma durumu
- Herhangi bir kronik hastalığa sahip olma durumu
- Aile bireylerinde ruhsal hastalık olma durumu
- Arkadaşlarında ya da çevresinde ruhsal hastalık olma durumu
- Sigara içme durumu
- Alkol kullanma durumu

- Ruhsal bilgi edinilen kaynak
- Hâlihazırda ruh sağlığı problemleri için herhangi bir tedavi görme durumu

3.8. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırma verileri "Statistical Package for Social Sciences" 25 (SPSS) "Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi" programı kullanılarak analiz edilmiştir. Sosyo-demografik sorular için frekans tabloları oluşturulmuştur. Normallik varsayımına uyan ölçekler için değişkenlerin ortalamalarındaki farklılıkları görebilmek için 2 gruplu değişkenlerde bağımsız örneklem T-testi, 3 ve daha fazla gruplu değişkenlerde Tek Yönlü Anova testi uygulanmıştır. Anova analizi yapılırken varyansların homojen dağılıp dağılmama durumu göz önünde bulundurulmuş; homojen olması durumunda LSD testi, homojen olmaması durumunda Dunnett's C testi kullanılmıştır.

Ölçekler ve değişkenler arasındaki ilişkiyi ve yönünü öğrenmek için Pearson Korelasyon analizi uygulanmıştır. Ölçeklerin uygulandığı örneklemin yeterlilik düzeyini kontrol etmek amacıyla KMO-Barlett's testi yapılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirliğini ve katılımcıların cevaplarının uygunluğunun belirlenmesi amacıyla güvenilirlik analizi yapılmıştır. Güvenilirlik analizinde kullanılan ölçekler Likert tipli olduğundan dolayı Cronbach's Alpha katsayısı temel alınmıştır.

3.9. ÇALIŞMAYA DÂHİL EDİLME ÖLÇÜTLERİ

- 18-65 yaş aralığında olmak
- Bilgilendirilme sonrası araştırmaya katılımı kabul etmek
- Esenyurt ve Adalar ilçesinde ikamet ediyor olmak

3.10. ÇALIŞMAYA DÂHİL EDİLMEME ÖLÇÜTLERİ

- 18 yaşından küçük olmak
- 65 yaşından büyük olmak
- Bilgilendirilme sonrası araştırmaya katılımı reddetmek
- Esenyurt ve Adalar ilçesinde ikamet etmemek

3.11. ARAŞTIRMANIN AKIŞ PLANI

- Literatür taraması
- Etik kurul onayının alınması
- Anket verilerinin toplanması
- Verilerin analizi
- Sonuçların değerlendirilmesi
- Tez yazımı

4. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde, yapılan analizler sonucu elde edilen bulgular oluşturulan tablolar yoluyla sunulmuştur.

4.1. KATILIMCILARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ

Araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin veriler frekans analizi yapılarak Tablo 4.1'de sunulmuştur.

Tablo 4.1: Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular (n=448)

DEĞIŞKEN	GRUP	n	%
Cinsiyet	Kadın	263	58.7
	Erkek	185	41.3
Yaş	18-25	241	53.8
	26-34	94	21
	35-42	47	10.5
	43 ve üstü	66	14.7
İlçe	Esenyurt	361	80.6
	Adalar	87	19.4
Medeni durum	Evli	139	31
	Bekâr	309	69
Eğitim durumu	Herhangi bir okula gitmemiş	7	1.6
	İlköğretim	30	6.7
	Ortaöğretim	31	6.9
	Lise	162	36.2
	Üniversite	192	42.9
	Lisansüstü	26	5.8
Çalışma durumu	Çalışıyor	219	48.9
	Çalışmıyor	229	51.1
Meslek	Öğrenci	195	43.5
	Öğretmen	15	3.3
	Sağlık çalışanı	19	4.2
	Memur	23	5.1
	İşçi	81	18.1
	Ev hanımı	38	8.5

Tablo 4.1 (devam)

	Esnaf	26	5.8
	Diğer	51	11.4
Gelir durumu	Geliri yok	207	46.2
	Asgari ücret	84	18.8
	Asgari ücret altında	21	4.7
	Asgari ücret üzerinde	136	30.4
Alkol kullanma durumu	Evet	94	21
	Hayır	354	79
Sigara kullanma durumu	Evet	159	35.5
	Hayır	289	64.5

Araştırmaya katılan kişilerin 263'ünün kadın (%58,7), 185'inin erkek (%41,3) olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılım sağlayan 241 kişinin (%53.8) 18-25 yaş aralığında, 94 kişinin (%21) 26-34 yaş aralığında, 47 kişinin (%10.5) 35-42 yaş aralığında, 66 kişinin (%14.7) 43 yaş ve üzerinde olduğu tespit edilmiştir. 361 katılımcının (%80,6) Esenyurt, 87 katılımcının (%19,4) Adalar ilçesinde yaşadığı görülmüştür. Katılımcıların 139'unun evli (%31), 309'unun bekâr (%69) olduğu bilinmektedir. Katılımcılara sigara ve alkol kullanma durumlarını saptamak amacıyla yöneltilen sorular karşısında, katılanlardan 94 kişinin (%21) alkol, 159 kişinin (%35,5) sigara kullandığı göze çarpmıştır. Tanımlayıcı istatistik testlerinin uygulandığı diğer değişkenlere yönelik bulgular Tablo 4.1'de detaylı olarak görülmektedir.

4.2. KATILIMCILARIN RUHSAL-KRONİK HASTALIK DURUMLARI VE RUHSAL BİLGİ EDİNME DÜZEYLERİ

Covid-19 pandemisinde bireylerin ruh sağlığının kötü etkilenmesi vb. ilişkili faktörlere ve ruhsal hastalıklara ilişkin diğer araştırma sorularına frekans analizi uygulanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerden 205 kişinin (%45,8) Covid-19 tanısı aldığı görülmüştür ve 273 kişi (%60,9) Covid-19 salgınında ruh sağlığının kötü etkilendiğini dile getirmiştir. 77 katılımcının (%17,2) herhangi bir kronik, 43 katılımcının (%9,6) herhangi bir ruhsal hastalığa sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Araştırma bulgularına göre ailesinde ruhsal hastalık olan 59 birey (%13,2), arkadaşlarında ruhsal hastalık olan 134 (%29,9) birey mevcuttur. Katılımcıların ruh sağlığı alanında ki bilgilerini en çok sosyal medyadan (%31,5) ve beraberinde sosyal çevreden (%24,8) edindikleri görülmüştür.

Çalışmaya katılım sağlayan 427 kişi (%95,3) herhangi bir ruhsal tedavi görmediğini, 11 kişi ilaç tedavisi (%2,5) gördüğünü ve 10 kişi ayakta psikoterapi/konuşma terapisi (%2,2) gördüğünü dile getirmişlerdir. Yapılan frekans analizinin sonuçlarına ilişkin bulgular Tablo 4.2'de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 4.2: Katılımcıların ruhsal-kronik hastalık durumları ve ruhsal bilgi edindikleri kaynaklara ilişkin bulgular n= (448)

DEĞIŞKEN	GRUP	n	%
Covid-19 döneminde ruh sağlığının kötü etkilenmesi	Evet	273	60.9
	Hayır	175	39.1
Herhangi kronik hastalık	Var	77	17.2
	Yok	371	82.8
Herhangi ruhsal hastalık	Var	43	9.6
	Yok	405	90.4
Aile ruhsal hastalık	Var	59	13.2
	Yok	389	86.8
Arkadaş ruhsal hastalık	Var	134	29.9
	Yok	314	70.1
Ruhsal Tedavi Görme	Ayakta psikoterapi / konuşma terapisi görüyorum	10	2.2
	İlaç tedavisi / ayakta tedavi görüyorum	11	2.5
	Tedavi görmüyorum	427	95.3
Ruhsal Bilgi Edinilen Kaynak	Akademik Ortam	52	11.6
	Eğitim Amaçlı Faaliyet	52	11.6
	Sosyal Medya	141	31.5
	Kitap	53	11.8
	Sosyal Çevre	111	24.8
	Diğer	39	8.7
Covid-19 Tanısı Alma	Evet	205	45.8
	Hayır	243	54.2

4.3. ÖLÇEKLERİN BETİMSEL İSTATİSTİKLERİ VE NORMALLİK VARSAYIMI ANALİZLERİ

Çalışmada kullanılan ölçeklerin puan ortalamaları, standart sapmaları, çarpıklık basıklık değerleri ve hem ölçekler hem de alt boyutları için bakılmış olan Cronbach alfa katsayılarının yer aldığı bulgular Tablo 4.3'te, örneklem yeterlilik düzeyinin kontrol edildiği KMO-Barlett's testlerinin sonuçlarına ilişkin bulgular Tablo 4.4'te verilmiştir.

Elde edilen bulgular doğrultusunda; ölçeklerin normal dağılıma uygunluk gösterdiği görülmüştür. Bu sonuca ölçeklerin çarpıklık basıklık değerlerine bakılarak ulaşılmıştır. Nitekim Kline'e göre (76) verilerin normal dağılıma uygunluğu, verilerin çarpıklık değerlerinin -3 ile +3, basıklık değerlerinin ise -10 ile +10 arasında olması ile mümkündür. Bu doğrultuda bakıldığında; çalışmada kullanılan ölçeklerin basıklık ve çarpıklık değerlerinin bu sınırlar aralığında olduğu görülmüştür. Dolayısıyla, verilerin analizinde normallik varsayımın sağlanması durumunda kullanılan parametrik testlerden Bağımsız Örneklem T Testi ve Tek Yönlü Anova Testi kullanılmıştır.

Tablo 4.3: Ölçeklerin betimsel istatistikleri ve normallik varsayımı analizleri

ÖLÇEKLER	n	X	Ss.	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)	Cronbach's Alpha
RSOY Ölçeği	448	13.77	3.87	-,723	,764	,741
RSOY-Bilgi Odaklı Alt Boyutu	448	7.35	2.20	-1,035	,893	,679
RSOY-İnanç Odaklı Alt Boyutu	448	3.72	2.00	-,047	,571	,659
RSOY-Kaynak Odaklı Alt Boyutu	448	2.69	1.28	-,619	-,747	,673
Mental İyi Oluş Ölçeği	448	51.31	9.70	-,486	,378	,903

Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin güvenilirlik düzeyini belirlemek amaçlı yapılan analizlere göre ölçeğin oldukça güvenilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır (α=0,74). Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği puanlarının orta seviyede olduğu düşünülmektedir (13,77±3,87). Analiz değerlerine göre Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği'nin güvenilirlik düzeyinin yüksek derecede olduğu görülmüştür (α=0,90). Warwick-

Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği puanlarının iyi seviyede olduğu ifade edilebilir (51,31±9,70).

Bu çalışmada; ölçeklerin Cronbach alfa sayılarının, geçerlik güvenilirlik çalışmalarında bulunan değerlerden yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 4.4: Ölçeklerin KMO ve Bartlett's testi sonuçları

ÖLÇEKLER	Yaklaşık Ki-Kare	Serbestlik Derecesi	p	Açıklanan Varyans	KMO
RSOY Ölçeği	1470,456	231	.000	%54	0.75
Mental İyi Oluş Ölçeği	2718,914	91	.000	%54	0.92

Araştırmada kullanılan ölçekler için KMO ve Barlett's örneklem yeterlilik düzey testi yapılmıştır. Bu analizin sonuçları Tablo 4.4'te sunulmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerini belirlemek amacıyla RSOY Ölçeği kullanılmıştır. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği açıklanan varyans oranı %54'tür. Örneklemin faktör analizi için yeterli seviyede olduğuna KMO örneklem yeterlilik düzey değeri üzerinden erişilmiştir (KMO=0,75, KMO>0,60) (77-78). Barlett küresellik testinin sonucu anlamlı çıkmıştır (χ^2 (sd = 231)) =1470, 456, p < .001) ve bu da ölçek maddelerinin aralarındaki korelasyonun faktör analizi için makul olduğunu göstermektedir (79).

Araştırmada katılımcıların mental iyi oluş durumlarını tespit etmek amacıyla Warwick- Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin açıklanan varyans oranı %54'tür. KMO örneklem yeterlilik düzey değeri, örneklemin faktör analizi için oldukça iyi seviyede olduğunu göstermektedir (KMO=0,92, KMO>0,60) (77-78). Barlett's küresellik testinin sonucu anlamlı çıkmıştır (χ^2 (sd = 91)) =2718, 914, p < .001) ve bu da ölçek maddelerinin aralarındaki korelasyonun faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir (79).

4.4. ÖLÇEKLER VE DEĞİŞKENLER ARASI KORELASYON BULGULARI

Çalışmanın ana ekseninde, "İstanbul'da yaşayan bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı ile mental iyi olma durumları arasında ilişki var mıdır?", "İstanbul'da yaşayan bireylerin eğitim durumu, gelir durumu, yaş ve ruh sağlığı okuryazarlığı seviyesi arasında ilişki var mıdır?" araştırma soruları yer almaktadır. Bu soruları yanıtlamak ve ölçekler arasındaki ilişkiyi tespit etmek için Pearson Korelasyon Analizi uygulanmıştır. Korelasyon analizine ilişkin bulgular Tablo 4.5'te yer almaktadır.

Tablo 4.5: Ölçekler ve değişkenler arası Pearson Korelasyon Analizi bulguları

		1	2	3	4	5	6	7	8
1	**RSOY Ölçeği (TOTAL)**	1							
2	**RSOY-İnanç Odaklı**	,712**	1						
3	**RSOY-Bilgi Odaklı**	,791**	,264**	1					
4	**RSOY-Kaynak Odaklı**	,549**	,136**	,259**	1				
5	**Mental İyi Oluş Ölçeği**	,181**	,056	,149**	,202**	1			
6	**Yaş**	-,040	,016	-,024	-,104*	,124**	1		
7	**Eğitim Durumu**	,231**	,142**	,202**	,129**	-,020	-,322**	1	
8	**Gelir Durumu**	,076	,076	,078	-,024	,150**	,376**	,172**	1

****p< 0.01, *p<0.05**

Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği ile RSOY-İnanç Odaklı alt boyutu (r=,712, p<0.01), RSOY-Bilgi Odaklı alt boyutu (r=,791, p<0.01), RSOY-Kaynak Odaklı alt boyutu (r=,549, p<0.01), mental iyi oluş ölçeği (r=,181, p<0.01) ve eğitim durumu (r=,231, p<0.01) değişkenleri arasında pozitif yönlü ilişki görülmüştür.

Ruh sağlığı okuryazarlığı İnanç Odaklı alt boyutu ile RSOY-Bilgi Odaklı alt boyutu (r=,264, p<0.01), RSOY-Kaynak Odaklı alt boyutu (r=,136, p<0.01) ve eğitim durumu (r=,142, p<0.01) değişkeni arasında pozitif yönlü ilişki görülmüştür.

Ruh sağlığı okuryazarlığı Bilgi Odaklı alt boyut değişkeninin, RSOY-Kaynak Odaklı alt boyutu (r=,259, p<0.01), mental iyi oluş ölçeği (r=,149, p<0.01) ve eğitim durumu (r=,202, p<0.01) değişkenleriyle pozitif ilişkisi olduğu tespit edilmiştir.

RSOY-Kaynak Odaklı alt boyut değişkeni ile mental iyi oluş ölçeği (r=,202, p<0.01) ve eğitim durumu (r=,129, p<0.01) maddeleriyle pozitif yönlü, yaş değişkeniyle (r= -,104, p<0.05) negatif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır.

Mental iyi oluş ölçeğinin yaş (r=,124, p<0.01) ve gelir durumu (r=,150, p<0.01) maddeleriyle pozitif ilişkisi, yaş değişkeninin gelir durumuyla (r=,376, p<0.01) pozitif, eğitim durumuyla (r= -,322, p<0.01) negatif, gelir durumunun eğitim durumuyla (r=,172, p<0.01) pozitif yönde ilişkisi olduğu Tablo 4.5'te görülen sonuçlar arasındadır.

4.4. ÖLÇEKLERE GÖRE GRUPLAR ARASI KARŞILAŞTIRMA ANALİZLERİ

Çalışmanın bu bölümünde anket formunda yer alan sosyodemografik soruların grupları ile ölçekler arasında karşılaştırmalı analiz yapılmıştır. Tablo 4.3'te elde edilen bulgular doğrultusunda çalışma normallik varsayımına uyduğu için parametrik testler tercih edilmiştir. Bu noktada iki gruplu değişkenler için Bağımsız Örneklem T Testi, üç ve daha fazla gruba sahip değişkenlerde Tek Yönlü Anova Testi uygulanmıştır.

Çalışmada iki ölçek kullanılmış olup ölçeklerin alt boyutları da analize tabi tutulmuştur. Dolayısıyla analizler yapılırken hem RSOY Ölçeği toplam puanı baz alınmış hem de Bilgi, İnanç ve Kaynak Odaklı Alt Boyutları için ayrı ayrı değerlendirilmiştir.

Tablo 4.6: Cinsiyet değişkenine ilişkin bağımsız örneklem t testi analizi

ÖLÇEKLER	GRUPLAR	n	X	ss.	t	p
RSOY Ölçeği (TOTAL)	**Kadın**	263	14.43	3.45	4.215	.001*
	Erkek	185	12.84	4.25		
RSOY-Bilgi Odaklı Alt Boyutu	**Kadın**	263	7,62	1.94	3.021	.003*
	Erkek	185	6,96	2.48		
RSOY-İnanç Odaklı Alt Boyutu	**Kadın**	263	4,02	1.84	3.644	.001*
	Erkek	185	3,31	2.14		
RSOY-Kaynak Odaklı Alt Boyutu	**Kadın**	263	2,78	1.20	1.785	.075
	Erkek	185	2,76	1.38		
Mental İyi Oluş Ölçeği	**Kadın**	263	51,82	9.46	1.344	.180
	Erkek	185	50,57	10.02		

***p<0,05 t= T test istatistiği**

Tablo 4.6'da cinsiyet değişkenine ilişkin karşılaştırmalı test bulgularına yer verilmiştir. Buna göre; cinsiyet değişkeni açısından RSOY Ölçeğine göre gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır (t=4.215, p<,05). Bu sonuca göre;

Kadınların RSOY Ölçeği puan ortalaması ($\bar{X}$=14.43; SS=3.45), erkeklerin ($\bar{X}$ =12.84; SS=4.25) RSOY Ölçeği puan ortalamasından anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür.

Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeğinin Bilgi Odaklı (t=3.021, p<,05) ve İnanç Odaklı alt boyutlarında (t=3.644, p<,05) cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık görülmektedir. Bu sonuçlara göre;

Kadınların RSOY Ölçeği Bilgi Odaklı ($\bar{X}$=7.62; SS=1.94) ve İnanç Odaklı alt boyut puan ortalaması ($\bar{X}$=4.02; SS=1.84), erkeklerin Bilgi ($\bar{X}$=6.96; SS=2.48) ve İnanç Odaklı alt boyut puan ortalamasından ($\bar{X}$=2.14; SS=3.31) büyüktür.

Mental İyi Oluş Ölçeğine göre cinsiyet değişkeni açısından anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Tablo 4.6).

Tablo 4.7: İlçe değişkenine ilişkin bağımsız örneklem t testi analizi

ÖLÇEKLER	GRUPLAR	n	X	ss.	t	p
RSOY Ölçeği (TOTAL)	**Esenyurt**	361	13.77	3.81	-.068	.945
	Adalar	87	13.80	4.15		
RSOY-Bilgi Odaklı Alt Boyutu	**Esenyurt**	361	7.34	2.21	-.115	.909
	Adalar	87	7.37	2.18		
RSOY-İnanç Odaklı Alt Boyutu	**Esenyurt**	361	3.72	2.02	-.089	.929
	Adalar	87	3.74	1.93		
RSOY-Kaynak Odaklı Alt Boyutu	**Esenyurt**	361	2.69	1.27	.129	.897
	Adalar	87	2.67	1.34		
Mental İyi Oluş Ölçeği	**Esenyurt**	361	50.30	9.67	-4.575	.001*
	Adalar	87	55.49	8.70		

***p<0,05 t= T test istatistiği**

Tablo 4.7'de ilçe değişkenine ilişkin karşılaştırmalı test bulgularına yer verilmiştir.

İlçe değişkeni açısından RSOY Ölçeği, RSOY Bilgi Odaklı alt boyutu, RSOY İnanç Odaklı alt boyutu ve RSOY Kaynak Odaklı alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0,05).

İlçe değişkeni açısından Mental İyi Oluş Ölçeğine göre gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır (t= -4.575, p<,05). Bu sonuca göre;

İstanbul ilinin Adalar ilçesinde ikamet eden bireylerin Mental İyi Oluş Ölçeğinden aldığı puan ortalaması ($\bar{X}$=55.49; SS=8.70), Esenyurt ilçesinde ikamet eden bireylerin puan ortalamasından anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür ($\bar{X}$=50.30; SS=9.67) (Tablo 4.7).

Tablo 4.8: Medeni durum değişkenine ilişkin bağımsız örneklem t testi analizi

ÖLÇEKLER	GRUPLAR	n	X	ss.	t	p
RSOY Ölçeği (TOTAL)	**Evli**	139	13.79	3.94	.071	.943
	Bekâr	309	13.77	3.85		
RSOY-Bilgi Odaklı Alt Boyutu	**Evli**	139	7.50	2.16	.957	.339
	Bekâr	309	7.28	2.22		
RSOY-İnanç Odaklı Alt Boyutu	**Evli**	139	3.79	1.89	.435	.664
	Bekâr	309	3.70	2.05		
RSOY-Kaynak Odaklı Alt Boyutu	**Evli**	139	2.50	1.27	-.2.112	.035*
	Bekâr	309	2.77	1.28		
Mental İyi Oluş Ölçeği	**Evli**	139	53.04	9.48	2.546	.011*
	Bekâr	309	50.53	9.71		

***p<0,05 t= T test istatistiği**

Tablo 4.8'de medeni durum değişkenine ilişkin karşılaştırmalı test bulgularına yer verilmiştir. Medeni durum değişkeni açısından Mental İyi Oluş Ölçeğine göre gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır (t= 2.546, p<,05). Bu sonuca göre;

Evlilerin mental iyi oluş ölçeğinden aldığı puan ortalaması ($\bar{X}$=53.04; SS=9.48), bekârların puan ortalamasından anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür ($\bar{X}$=50.53; SS=9.71) (Tablo 4.8).

Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Kaynak Odaklı alt boyutuna göre medeni durum değişkeni açısından gruplar arasında farklılık görülmektedir (t= -2.112, p<,05). Bu sonuca göre;

Bekârların RSOY Ölçeği Kaynak Odaklı alt boyut ortalama puanı ($\bar{X}$=2.77; SS=1.28), evlilerin puan ortalamasından ($\bar{X}$=2.50; SS=1.27) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

Tablo 4.9: Katılımcıların covid tanısı alma durumlarına ilişkin bağımsız örneklem t testi analizi

ÖLÇEKLER	GRUPLAR	n	X	ss.	t	p
RSOY Ölçeği (TOTAL)	**Evet**	205	14.04	3.71	1.329	.185
	Hayır	243	13.55	4.00		
RSOY-Bilgi Odaklı Alt Boyutu	**Evet**	205	7.43	2.07	.705	.481
	Hayır	243	7.28	2.31		
RSOY-İnanç Odaklı Alt Boyutu	**Evet**	205	3.93	1.92	2.011	.045*
	Hayır	243	3.55	2.06		
RSOY-Kaynak Odaklı Alt Boyutu	**Evet**	205	2.67	1.22	-.320	.749
	Hayır	243	2.71	1.33		
Mental İyi Oluş Ölçeği	**Evet**	205	51.18	9.77	-.254	.799
	Hayır	243	51.41	9.66		

***p<0,05 t= T test istatistiği**

Çalışmanın araştırma sorularından birisi de "Covid-19 tanısı alan bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı ve mental iyi oluş düzeyleri Covid-19 tanısı almayanlara göre farklı mıdır?" sorusudur. Soruyu yanıtlamak amacıyla t testi uygulanmıştır.

Elde edilen bulgulara göre; İstanbul'da yaşayan bireylerin Covid tanısı alma değişkenine göre RSOY Ölçeği (TOTAL) ve Mental İyi Oluş Ölçeği açısından, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Ancak Covid tanısı alma değişkeni açısından RSOY İnanç Odaklı alt boyutuna göre gruplar arasında anlamlı farklılık görülmektedir (t= 2.011, p<,05). Bu sonuca göre;

Covid-19 tanısı alan bireylerin RSOY İnanç Odaklı alt boyut puan ortalaması ($\bar{X}$=3.93; SS=1.92), Covid-19 tanısı almayanların puan ortalamasından anlamlı olarak farklı ve büyüktür ($\bar{X}$=3.55; SS=2.06).

Tablo 4.10: Katılımcıların Covid-19 pandemisinde ruh sağlıklarının kötü etkilenme durumlarına ilişkin bağımsız örneklem t testi analizi

ÖLÇEKLER	GRUPLAR	n	X	ss.	t	p
RSOY Ölçeği (TOTAL)	**Evet**	273	14.16	3.60	2.534	.012*
	Hayır	175	13.18	4.21		
RSOY-Bilgi Odaklı Alt Boyutu	**Evet**	273	7.59	2.03	2.777	.006*
	Hayır	175	6.98	2.41		
RSOY-İnanç Odaklı Alt Boyutu	**Evet**	273	3.86	2.10	1.779	.076
	Hayır	175	3.52	1.81		
RSOY-Kaynak Odaklı Alt Boyutu	**Evet**	273	2.70	1.28	.187	.852
	Hayır	175	2.68	1.29		
Mental İyi Oluş Ölçeği	**Evet**	273	50.63	9.50	-1.854	.064
	Hayır	175	52.37	9.94		

***p<0,05 t= T test istatistiği**

"Covid-19 pandemisinde ruh sağlığının kötü etkilenme durumu" değişkeni açısından RSOY Ölçeğine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (t= 2.534, p<,05). Bu sonuca göre;

Covid-19 pandemisinde ruh sağlığı kötü etkilenen bireylerin RSOY Ölçeğinden aldığı puan ortalaması ($\bar{X}$=14.16; SS=3.60), Covid-19 pandemisinde ruh sağlığının kötü etkilenmediğini düşünen bireylerin puan ortalamasından anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür ($\bar{X}$=13.18; SS=4.21).

"Covid-19 pandemisinde ruh sağlığının kötü etkilenme durumu" değişkeni açısından RSOY Bilgi Odaklı alt boyut puanlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (t= 2.777, p<,05). Bu sonuca göre;

Covid-19 pandemisinde ruh sağlığı kötü etkilenen bireylerin RSOY Bilgi Odaklı alt boyut puan ortalaması ($\bar{X}$=7.59; SS=2.03), Covid-19 pandemisinde ruh sağlığının kötü etkilenmediğini düşünen bireylerin puan ortalamasından anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür ($\bar{X}$=6.98; SS=2.41).

Tablo 4.11: Herhangi bir kronik hastalığa sahip olma değişkeni açısından bağımsız örneklem t testi analizi

ÖLÇEKLER	GRUPLAR	n	X	Ss	t	p
RSOY Ölçeği (TOTAL)	**Var**	77	14.48	3.02	2.102	.037*
	Yok	371	13.63	4.02		
RSOY-Bilgi Odaklı Alt Boyutu	**Var**	77	7.70	1.61	1.906	.059
	Yok	371	7.28	2.30		
RSOY-İnanç Odaklı Alt Boyutu	**Var**	77	4.07	1.86	1.677	.094
	Yok	371	3.65	2.02		
RSOY-Kaynak Odaklı Alt Boyutu	**Var**	77	2.70	1.19	.053	.958
	Yok	371	2.69	1.30		
Mental İyi Oluş Ölçeği	**Var**	77	51.76	9.28	.450	.653
	Yok	371	51.21	9.80		

***p<0,05 t= T test istatistiği**

Tablo 4.11'de "herhangi bir kronik hastalığa sahip olma" değişkenine ilişkin karşılaştırmalı test bulgularına yer verilmiştir.

"Herhangi bir kronik hastalığa sahip olma" değişkeni açısından RSOY Ölçeğine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (t= 2.102, p<,05). Bu sonuca göre; kronik hastalığı olan bireylerin RSOY Ölçeğinden aldığı puan ortalaması ($\bar{X}$=14.48; SS=3.02), kronik hastalığı olmayan bireylerin puan ortalamasından anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür ($\bar{X}$=13.63; SS=4.02).

Tablo 4.12: Herhangi bir ruhsal hastalığa sahip olma değişkeni açısından bağımsız örneklem t testi analizi

ÖLÇEKLER	GRUPLAR	n	X	Ss	t	p
RSOY Ölçeği (TOTAL)	**Var**	43	14.02	3.60	.434	.665
	Yok	405	13.75	3.90		
RSOY-Bilgi Odaklı Alt Boyutu	**Var**	43	7.30	2.04	-.164	.870
	Yok	405	7.36	2.22		
RSOY-İnanç Odaklı Alt Boyutu	**Var**	43	4.25	1.60	2.197	.032*
	Yok	405	3.67	2.03		
RSOY-Kaynak Odaklı Alt Boyutu	**Var**	43	2.46	1.16	-1.229	.220
	Yok	405	2.71	1.29		
Mental İyi Oluş Ölçeği	**Var**	43	48.37	9.50	-2.097	.037*
	Yok	405	51.62	9.68		

***p<0,05 t= T test istatistiği**

Tablo 4.12'de "herhangi bir ruhsal hastalığa sahip olma" değişkenine ilişkin karşılaştırmalı test bulgularına yer verilmiştir.

"Herhangi bir ruhsal hastalığa sahip olma" değişkeni açısından Mental İyi Oluş Ölçeğine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (t= -2.097, p<,05). Bu sonuca göre;

Ruhsal hastalığı olmayan bireylerin Mental İyi Oluş Ölçeğinden aldığı puan ortalaması ($\bar{X}$=51.62; SS=9.68), ruhsal hastalığı olan bireylerin puan ortalamasından anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür ($\bar{X}$=48.37; SS=9.50).

Ruh Sağlığı Okuryazarlığı İnanç Odaklı alt boyutuna göre, ruhsal hastalığa sahip olma değişkeninin grupları arasında anlamlı farklılık görülmektedir (t=2.197, p<,05). Bu sonuca göre;

Herhangi bir ruhsal hastalığı olan bireylerin RSOY İnanç Odaklı alt boyut puan ortalaması ($\bar{X}$=4.25; SS=1.60), ruhsal hastalığı olmayanların puan ortalamasından ($\bar{X}$ =3.67; SS=2.03) istatistiksel olarak farklı ve büyüktür (Tablo 4.12).

Tablo 4.13: Aile bireylerinde ruhsal hastalık varlığı değişkenine ilişkin bağımsız örneklem t testi bulguları

ÖLÇEKLER	GRUPLAR	n	X	Ss	t	p
RSOY Ölçeği (TOTAL)	**Var**	59	14.74	3.89	2.062	.040*
	Yok	389	13.63	3.85		
RSOY-Bilgi Odaklı Alt Boyutu	**Var**	59	7.93	1.90	2.166	0.31*
	Yok	389	7.26	2.23		
RSOY-İnanç Odaklı Alt Boyutu	**Var**	59	4.20	1.83	1.953	0.51
	Yok	389	3.65	2.02		
RSOY-Kaynak Odaklı Alt Boyutu	**Var**	59	2.61	1.27	-.538	.591
	Yok	389	2.70	1.28		
Mental İyi Oluş Ölçeği	**Var**	59	46.69	10.83	-3.986	.001*
	Yok	389	52.01	9.34		

***p<0,05 t= T test istatistiği**

Tablo 4.13'te "aile bireylerinde ruhsal hastalık varlığı" değişkenine ilişkin karşılaştırmalı test bulgularına yer verilmiştir.

"Aile bireylerinde ruhsal hastalık varlığı" değişkeni açısından Mental İyi Oluş Ölçeğine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (t=-3.986, p<,05). Bu sonuca göre;

Aile bireylerinde ruhsal hastalığı olmayan bireylerin Mental İyi Oluş Ölçeğinden aldığı puan ortalaması ($\bar{X}$=52.01; SS=9.34), aile bireylerinde ruhsal hastalığı olan bireylerin puan ortalamasından anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür ($\bar{X}$=46.69; SS=10.83).

Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Bilgi Odaklı alt boyutuna göre, aile bireylerinde ruhsal hastalığa sahip olma değişkeninin grupları arasında anlamlı farklılık görülmektedir (t=2.166, p<,05). Bu sonuca göre;

Aile bireylerinde ruhsal hastalığı olan kişilerin RSOY-Bilgi Odaklı alt boyutu puan ortalaması ($\bar{X}$=7.93; SS=1.90), aile bireylerinde ruhsal hastalığı olmayan kişilerin puan ortalamasından ($\bar{X}$=7.26; SS=2.23) istatistiksel olarak farklı ve büyüktür.

Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği ile aile bireylerinde ruhsal hastalığa sahip olma değişkeninin grupları arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir (t=2.062, p<,05). Bu sonuca göre; aile bireylerinde ruhsal hastalığı olan kişilerin RSOY Ölçeğinden aldığı puan ortalaması ($\bar{X}$=14.74; SS=3.89), ailede ruhsal hastalığı olmayan kişilerin puan ortalamasından ($\bar{X}$=13.63; SS=3.85) istatistiksel olarak anlamlı ve büyüktür (Tablo 4.13).

Tablo 4.14: Arkadaş çevresinde ruhsal hastalık varlığına ilişkin bağımsız örneklem t testi analizi

ÖLÇEKLER	GRUPLAR	n	X	Ss	t	p
RSOY Ölçeği (TOTAL)	**Var**	134	14.46	3.65	2.451	.015*
	Yok	314	13.48	3.93		
RSOY-Bilgi Odaklı Alt Boyutu	**Var**	134	7.79	1.80	3.101	.002*
	Yok	314	7.16	2.33		
RSOY-İnanç Odaklı Alt Boyutu	**Var**	134	4.17	1.99	3.076	.002*
	Yok	314	3.54	1.98		
RSOY-Kaynak Odaklı Alt Boyutu	**Var**	134	2.49	1.31	-2.177	0.30*
	Yok	314	2.78	1.26		
Mental İyi Oluş Ölçeği	**Var**	134	50.49	9.79	-1.168	.243
	Yok	314	51.66	9.66		

***p<0,05 t= T test istatistiği**

Tablo 4.14'te "arkadaş çevresinde ruhsal hastalık varlığı" değişkenine ilişkin karşılaştırmalı test bulgularına yer verilmiştir.

"Arkadaş çevresinde ruhsal hastalık varlığı" değişkeni açısından RSOY Ölçeğine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (t=2.451, p<,05). Bu sonuca göre;

Arkadaş çevresinde ruhsal hastalığı olan bireylerin RSOY Ölçeği toplam puan ortalaması ($\bar{X}$=14.46; SS=3.65), arkadaş çevresinde ruhsal hastalığı olmayan bireylerin puan ortalamasından anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür ($\bar{X}$=13.48; SS=3.93).

Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeğinin Bilgi Odaklı (t=3.101, p<,05), Kaynak Odaklı (t= -2.177, p<,05) ve İnanç Odaklı (t=3.076, p<,05) alt boyutlarında arkadaş

çevresinde ruhsal hastalığa sahip olma açısından gruplar arasında anlamlı fark tespit edilmiş olup, elde edilen bulgular Tablo 4.14'te görülmektedir.

Tablo 4.15: Katılımcıların yaş gruplarına göre ruh sağlığı okuryazarlığı ve mental iyi oluş ölçeği puanlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan tek yönlü ANOVA testi analizi

ÖLÇEKLER	Yaş	n	X	ss.	F	p
RSOY Ölçeği (TOTAL)	**18-25**	241	13.94	3.63	.451	.717
	26-34	94	13.51	4.01		
	35-42	47	13.89	3.18		
	43 ve üstü	66	13.46	4.91		
RSOY Bilgi Odaklı Alt Boyutu	**18-25**	241	7.40	2.15	.645	.587
	26-34	94	7.23	2.28		
	35-42	47	7.65	1.69		
	43 ve üstü	66	7.13	2.57		
RSOY İnanç Odaklı Alt Boyutu	**18-25**	241	3.70	2.01	.078	.972
	26-34	94	3.72	1.90		
	35-42	47	3.85	1.97		
	43 ve üstü	66	3.75	2.17		
RSOY Kaynak Odaklı Alt Boyutu	**18-25**	241	2.84	1.28	2.574	.053
	26-34	94	2.55	1.20		
	35-42	47	2.38	1.31		
	43 ve üstü	66	2.57	1.34		
Mental İyi Oluş Ölçeği	**18-25**	241	50.34	9.36	2.438	.064
	26-34	94	51.75	9.74		
	35-42	47	51.78	10.92		
	43 ve üstü	66	53.86	9.67		

Araştırmaya katılan bireylerin yaş gruplarına göre ölçek puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan Tek Yönlü Anova testinin sonuçları Tablo 4.15'te verilmiştir.

Yapılan varyans (ANOVA) analizi sonuçlarına göre; katılımcıların yaş grupları ile RSOY Ölçek puanları arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($F=.451$; $p>0.05$). Bu durumda yaş değişkeninin RSOY üzerine anlamlı düzeyde bir etkisinin olmadığı sonucu ortaya çıkmaktadır (Tablo 4.15).

Yapılan varyans (ANOVA) analizi sonuçlarına göre; katılımcıların yaş grupları ile Mental İyi Oluş ölçek puanları arasında anlamlı farklılık tespit

edilmemiştir (F=2.438; p>0.05). Bu durumda yaş değişkeninin mental iyi oluş üzerine anlamlı düzeyde bir etkisinin olmadığı sonucu ortaya çıkmaktadır (Tablo 4.15).

Tablo 4.16: Katılımcıların ruhsal tedavi görme durumlarına göre ruh sağlığı okuryazarlığı ve mental iyi oluş ölçeği puanlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan tek yönlü ANOVA testi analizi

ÖLÇEKLER	Ruhsal tedavi görme	n	X	ss.	F	p
RSOY Ölçeği (TOTAL)	Tedavi görmüyorum.	427	13.70	3.86	3.505	.031*
	Ayakta psikoterapi/konuşma terapisi görüyorum.	10	13.80	3.96		
	İlaç tedavisi görüyorum.	11	16.81	3.21		
RSOY Bilgi Odaklı Alt Boyutu	Tedavi görmüyorum.	427	7.34	2.21	1.822	.163
	Ayakta psikoterapi/konuşma terapisi görüyorum.	10	6.70	2.11		
	İlaç tedavisi görüyorum.	11	8.45	1.50		
RSOY İnanç Odaklı Alt Boyutu	Tedavi görmüyorum.	427	3.66	2.00	5.636	.004*
	Ayakta psikoterapi/konuşma terapisi görüyorum.	10	5.00	1.69		
	İlaç tedavisi görüyorum.	11	5.27	1.34		
RSOY Kaynak Odaklı Alt Boyutu	Tedavi görmüyorum.	427	2.69	1.29	1.597	.204
	Ayakta psikoterapi/konuşma terapisi görüyorum.	10	2.10	.99		
	İlaç tedavisi görüyorum.	11	3.09	1.04		
Mental İyi Oluş Ölçeği	Tedavi görmüyorum.	427	51.45	9.69	1.299	.274
	Ayakta psikoterapi/konuşma terapisi görüyorum.	10	46.60	8.94		
	İlaç tedavisi görüyorum.	11	50.18	10.57		

***p<0,05**

Katılımcıların ruhsal tedavi görme düzeylerine göre ölçek puan ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla Tek Yönlü Anova (varyans) testi kullanılarak analiz gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların RSOY (TOTAL) ölçek puan ortalamaları ile tedavi görme durumları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=3.505$; $p<0.05$). Bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla öncelikle Levene testi değerlerine bakılmış ve varyansların homojen olduğu saptanmış (LF= 154; p=857) ve bu doğrultuda LSD testi uygulanmıştır. Uygulanan test sonuca göre, herhangi bir ruhsal tedavi görmeyenler ile ilaç tedavisi görenler arasında, ilaç tedavisi görenler lehine ($p<.05$) düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ruhsal tedavi görme durumlarına göre; RSOY İnanç Odaklı alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($F=5.636$; $p<0,05$). Bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla öncelikle Levene testi değerlerine bakılmış ve varyansların homojen olduğu saptanmış (LF= 1.111; p=330), bu doğrultuda varyansların homojenliği söz konusu olduğunda uygulanan LSD testi uygulanmıştır. Bu sonuca göre, herhangi bir ruhsal tedavi görmeyenler ile ilaç tedavisi görenler arasında, ilaç tedavisi görenler lehine ($p<.05$), yine herhangi bir tedavi görmeyenler ile ayakta psikoterapi/konuşma terapisi görenler arasında ayakta psikoterapi/konuşma terapisi görenler lehine ($p<.05$) düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin ruhsal tedavi görme durumlarına göre; RSOY Bilgi Odaklı alt boyutu, RSOY Kaynak Odaklı alt boyutu ve Mental İyi Oluş Ölçeği puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.17: Katılımcıların ruhsal bilgi edindikleri kaynaklara göre ruh sağlığı okuryazarlığı ve mental iyi oluş ölçeği puanlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan tek yönlü ANOVA testi analizi

ÖLÇEKLER	Ruhsal bilgi edinilen kaynak	n	X	ss.	F	p
RSOY Ölçeği (TOTAL)	Eğitim amaçlı faaliyet	52	15,21	3,15	3.789	.002*
	Sosyal medya	141	13,81	4,03		
	Kitap	53	13,77	3,97		
	Sosyal çevre	111	12,86	3,83		
	Akademik ortam	52	14,78	3,76		
	Diğer	39	13,00	3,60		
RSOY Bilgi Odaklı Alt Boyutu	Eğitim amaçlı faaliyet	52	8,23	1,62	3.364	.005*
	Sosyal medya	141	7,34	2,32		
	Kitap	53	6,88	2,25		
	Sosyal çevre	111	7,23	2,09		
	Akademik ortam	52	7,75	2,15		
	Diğer	39	6,66	2,40		
RSOY inanç Odaklı Alt Boyutu	Eğitim amaçlı faaliyet	52	3,86	2,17	1.868	.099
	Sosyal medya	141	3,84	2,05		
	Kitap	53	3,96	1,89		
	Sosyal çevre	111	3,23	2,01		
	Akademik ortam	52	3,96	2,01		
	Diğer	39	3,92	1,49		
RSOY Kaynak Odaklı Alt Boyutu	Eğitim amaçlı faaliyet	52	3,11	1,14	4.175	.001*
	Sosyal medya	141	2,62	1,28		
	Kitap	53	2,92	1,07		
	Sosyal çevre	111	2,39	1,44		
	Akademik ortam	52	3,07	1,04		
	Diğer	39	2,41	1,27		
Mental İyi Oluş Ölçeği	Eğitim amaçlı faaliyet	52	52,05	9,12	2.613	.024*
	Sosyal medya	141	49,72	9,85		
	Kitap	53	51,37	8,36		
	Sosyal çevre	111	52,23	10,04		
	Akademik ortam	52	54,51	9,33		
	Diğer	39	49,07	10,10		

***p<0,05**

Tablo 4.17'de görüleceği üzere, çalışmada kullanılan ölçeklerin ve alt boyutlarına ait puanlarının ruhsal bilgi edinilen kaynağa göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi uygulanmıştır. Testin sonucunda ruhsal bilgi edilen kaynak gruplarının aritmetik ortalamaları arasındaki fark; RSOY Ölçeği ($F=3.789$; $p<0.05$), RSOY Bilgi Odaklı alt boyutu ($F=3.364$; $p<0.05$), RSOY Kaynak Odaklı alt boyutu ($F=4.175$; $p<0.05$) ve Mental İyi Oluş Ölçeği ($F=2.613$; $p<0.05$) üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Bu işlemin ardından ANOVA sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için öncelikle Levene's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olup olmadığı sınanmıştır. Buna göre varyansların; RSOY Ölçeği için homojen (LF= .825; p=532), RSOY Bilgi Odaklı alt boyutu için homojen (LF= 1.635; p=149), Mental İyi Oluş Ölçeği için homojen (LF= .628; p=638) olduğu görülmüş, RSOY Kaynak Odaklı alt boyutu için ise varyansların homojen olmadığı saptanmıştır (LF=5.402; p=000). Homojen olanlar için LSD testi uygulanırken, homojen olmayanlar için Dunnett's C testi uygulanmıştır.

Analizler sonucu elde edilen bulgulara göre; ruhsal bilgilerini eğitim amaçlı faaliyet ile sosyal medya-sosyal çevre ve diğer yollarla bilgi edinenlerin RSOY Ölçek puanları arasında, eğitim amaçlı faaliyetler yoluyla elde edenler lehine ($p<.05$) düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Akademik ortamdan bilgi edinen bireyler ile sosyal çevre ve diğer yollarla bilgi edinenlerin RSOY Ölçek puanları arasında, akademik ortamdan bilgi alanlar lehine ($p<.05$) düzeyinde anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir.

Ruhsal bilgilerini eğitim amaçlı faaliyet ile sosyal medya-kitap-sosyal çevre ve diğer yollarla bilgi edinenlerin RSOY Bilgi Odaklı alt boyut puanları arasında, eğitim amaçlı faaliyetler yoluyla elde edenler lehine ($p<.05$) düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Ruhsal bilgilerini akademik ortam ile kitaplar ve diğer yollardan bilgi edinenlerin RSOY Bilgi Odaklı alt boyut puanları arasında, akademik ortamdan elde edenler lehine ($p<.05$) düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Ruhsal bilgilerini sosyal çevre ile akademik ortam ve eğitim amaçlı faaliyetlerden elde edenlerin RSOY Kaynak Odaklı alt boyut puanları arasında, eğitim amaçlı faaliyetler vasıtasıyla elde edenler lehine ($p<.05$) düzeyinde anlamlı bir farklılık görülmüştür.

Akademik ortamdan bilgi edinen bireyler ile sosyal çevre ve sosyal medyadan bilgi edinenlerin Mental İyi Oluş Ölçeği puanları arasında, akademik ortamdan bilgi alanlar lehine ($p<.05$) düzeyinde anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir.

Sosyal çevreden ruhsal ilgi edinen bireyler ile sosyal medyadan ruhsal bilgi edinen bireylerin Mental İyi Oluş Ölçeği puanları arasında, sosyal çevreden bilgi alanlar lehine (p<.05) düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür.

Tablo 4.18: Katılımcıların mesleklerine göre ruh sağlığı okuryazarlığı ve mental iyi oluş ölçeği puanlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan tek yönlü ANOVA testi analizi

ÖLÇEKLER	Meslek	n	X	Ss.	F	p
RSOY Ölçeği (TOTAL)	Öğrenci	195	13,88	3,72	3.136	.003*
	Öğretmen	15	16,00	3,35		
	Sağlık Çalışanı	19	15,84	3,89		
	Memur	23	14,65	3,74		
	İşçi	81	13,54	3,64		
	Ev Hanımı	38	13,52	3,73		
	Esnaf	26	11,61	4,32		
	Diğer	51	13,21	4,29		
RSOY Bilgi Odaklı Alt Boyutu	Öğrenci	195	7,43	2,18	3.015	.004*
	Öğretmen	15	8,60	1,63		
	Sağlık Çalışanı	19	8,57	1,77		
	Memur	23	7,86	2,09		
	İşçi	81	7,19	2,08		
	Ev Hanımı	38	7,31	2,15		
	Esnaf	26	6,57	2,13		
	Diğer	51	6,68	2,55		
RSOY İnanç Odaklı Alt Boyutu	Öğrenci	195	3,67	1,98	2.159	.037*
	Öğretmen	15	4,80	1,74		
	Sağlık Çalışanı	19	4,42	1,86		
	Memur	23	4,34	2,01		
	İşçi	81	3,76	2,15		
	Ev Hanımı	38	3,42	1,74		
	Esnaf	26	2,84	2,09		
	Diğer	51	3,70	1,93		
RSOY Kaynak Odaklı Alt Boyutu	Öğrenci	195	2,77	1,29	1.065	.385
	Öğretmen	15	2,60	1,05		
	Sağlık Çalışanı	19	2,84	1,50		
	Memur	23	2,43	1,27		
	İşçi	81	2,58	1,31		
	Ev Hanımı	38	2,78	1,16		
	Esnaf	26	2,19	1,49		
	Diğer	51	2,82	1,16		
Mental İyi Oluş Ölçeği	Öğrenci	195	50,13	9,35	1.526	.156
	Öğretmen	15	54,46	7,49		
	Sağlık Çalışanı	19	50,63	11,96		
	Memur	23	51,86	10,75		
	İşçi	81	51,50	8,83		
	Ev Hanımı	38	54,73	9,02		
	Esnaf	26	50,19	13,41		
	Diğer	51	52,58	9,48		

***p<0,05**

Tablo 4.18'de görüldüğü üzere, çalışmada kullanılan ölçeklerin ve alt boyutlarına ait puanlarının katılımcıların mesleklerine göre anlamlı bir farklılık

gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi uygulanmıştır. Testin sonucunda meslek gruplarının aritmetik ortalamaları arasındaki fark; RSOY Ölçeği ($F=3.136$; $p<0.05$), RSOY Bilgi Odaklı alt boyutu ($F=3.015$; $p<0.05$), RSOY İnanç Odaklı alt boyutu ($F=2.159$; $p<0.05$) üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Bu işlemin ardından ANOVA sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için öncelikle Levene's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olup olmadığı sınanmıştır. Buna göre varyansların; RSOY Ölçeği için homojen ($LF= .666$; $p=701$), RSOY Bilgi Odaklı alt boyutu için homojen ($LF= 1.090$; $p=368$), RSOY İnanç Odaklı alt boyutu için ($LF=571$; $p=780$) varyansların homojen olduğu görülmüştür. Varyansların homojenliği doğrultusunda LSD testi kullanılarak gruplar arası farklılık tespit edilmiştir.

Öğretmenlerin RSOY Ölçeği puan ortalamaları öğrenci, işçi, ev hanımı, esnaf ve diğer mesleklerde görev alanlara göre ($p<.05$) düzeyinde anlamlı ve büyüktür.

Sağlık çalışanlarının RSOY Ölçeği puan ortalamaları öğrenci, işçi, ev hanımı, esnaf ve diğer meslek kollarında çalışan kişilere göre anlamlı düzeyde ($p<.05$) farklı ve büyüktür.

Öğrenci, öğretmen, sağlık çalışanı, memur, işçi, ev hanımı ve diğer mesleklerde görev alan bireylerin RSOY Ölçeği puan ortalamaları esnaflara göre ($p<.05$) düzeyinde anlamlı ve büyüktür.

Öğretmenlerin RSOY Bilgi Odaklı alt boyut puan ortalamaları ile öğrenci, sağlık çalışanı, işçi, esnaf ve diğer mesleklerde görev alanların puan ortalamaları arasında, öğretmenler lehine ($p<.05$) düzeyinde farklılık tespit edilmiştir.

Sağlık çalışanlarının RSOY Bilgi Odaklı alt boyut puan ortalamaları ile öğrenci, işçi, esnaf, ev hanımı ve diğer mesleklerde çalışanların puan ortalamaları arasında, sağlık çalışanları lehine ($p<.05$) düzeyinde farklılık tespit edilmiştir.

Memurların RSOY Bilgi Odaklı alt boyut puan ortalamaları ile esnaf ve diğer mesleklerde görev alanların puan ortalamaları arasında, memurlar lehine ($p<.05$) düzeyinde farklılık tespit edilmiştir.

Öğretmenlerin RSOY İnanç Odaklı alt boyut puan ortalamaları ile öğrenci, ev hanımı ve esnafların puan ortalamaları arasında, öğretmenler lehine (p<.05) düzeyinde farklılık tespit edilmiştir.

Öğrenci, öğretmen, sağlık çalışanı, memur ve işçilerin RSOY İnanç Odaklı alt boyut puan ortalamaları esnaflara göre (p<.05) düzeyinde anlamlı ve büyüktür.

Araştırmaya katılan bireylerin mesleklerine göre; RSOY Kaynak Odaklı alt boyutu ve Mental İyi Oluş Ölçeği puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.19: Katılımcıların gelir durumları ile ruh sağlığı okuryazarlığı ve mental iyi oluş ölçeği puanlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan tek yönlü ANOVA testi analizi

ÖLÇEKLER	Gelir durumu	n	X	Ss.	F	p
RSOY Ölçeği (TOTAL)	Geliri yok	207	13.94	3.63	.995	.395
	Asgari ücret	84	13.51	4.01		
	Asgari ücret ve altı	21	13.89	3.18		
	Asgari ücret üzerinde	136	13.46	4.91		
RSOY Bilgi Odaklı Alt Boyutu	Geliri yok	207	7.40	2.15	1.166	.322
	Asgari ücret	84	7.23	2.28		
	Asgari ücret ve altı	21	7.65	1.69		
	Asgari ücret üzerinde	136	7.13	2.57		
RSOY İnanç Odaklı Alt Boyutu	Geliri yok	207	3.70	2.01	1.171	.320
	Asgari ücret	84	3.72	1.90		
	Asgari ücret ve altı	21	3.85	1.97		
	Asgari ücret üzerinde	136	3.75	2.17		
RSOY Kaynak Odaklı Alt Boyutu	Geliri yok	207	2.84	1.28	.676	.567
	Asgari ücret	84	2.55	1.20		
	Asgari ücret ve altı	21	2.38	1.31		
	Asgari ücret üzerinde	136	2.57	1.34		
Mental İyi Oluş Ölçeği	Geliri yok	207	50.34	9.36	5.550	.001*
	Asgari ücret	84	51.75	9.74		
	Asgari ücret ve altı	21	51.78	10.92		
	Asgari ücret üzerinde	136	53.86	9.67		

***p<0,05**

Tablo 4.19'da görüldüğü üzere, çalışmada kullanılan ölçeklerin ve alt boyutlarına ait puanlarının katılımcıların gelir durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi uygulanmıştır. Testin sonucunda bireylerin gelir durumları temsil eden grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark; Mental İyi Oluş Ölçeği açısından ($F=5.550$; $p<0.05$) düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Bu işlemin ardından ANOVA sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için öncelikle Levene's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olup olmadığı kontrol edilmiştir. Buna göre varyansların ($LF=325$; $p=807$) homojen olduğu görülmüş ve LSD testi kullanılarak farklılıkların hangi gruplar arasında olduğu tespit edilmiştir.

Asgari ücret üzerinde geliri olan bireylerin Mental İyi Oluş Ölçeği puanları ile geliri olmayan ve asgari ücret alan bireylerin Mental İyi Oluş Ölçeği puanları arasında, asgari ücret üzerinde alanlar lehine istatistiksel olarak ($p<.05$) düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Asgari ücret altında geliri olan bireylerin Mental İyi Oluş Ölçeği puanları ile asgari ücret alan bireylerin Mental İyi Oluş Ölçeği puanları arasında, asgari ücret altında alanlar lehine istatistiksel olarak ($p<.05$) düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin gelir durumlarına göre; RSOY Ölçeği, RSOY Bilgi Odaklı alt boyutu, RSOY İnanç Odaklı alt boyutu, RSOY Kaynak Odaklı alt boyutu puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.20: Katılımcıların eğitim durumlarına göre ruh sağlığı okuryazarlığı ve mental iyi oluş ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması amacıyla yapılan tek yönlü ANOVA testi analizi

ÖLÇEKLER	Eğitim durumu	n	X	Ss.	F	p
RSOY Ölçeği (TOTAL)	Herhangi bir okula gitmemiş	7	11,00	3,05	5.139	.000*
	İlköğretim	30	11,50	4,10		
	Ortaöğretim	31	13,12	3,88		
	Lise	162	13,50	3,92		
	Üniversite	192	14,35	3,72		
	Lisansüstü	26	15,42	3,02		
RSOY Bilgi Odaklı Alt Boyut	Herhangi bir okula gitmemiş	7	4,85	2,79	4.240	.001*
	İlköğretim	30	6,53	2,25		
	Ortaöğretim	31	6,96	2,12		
	Lise	162	7,26	2,18		
	Üniversite	192	7,59	2,19		
	Lisansüstü	26	8,19	1,47		
RSOY İnanç Odaklı Alt Boyut	Herhangi bir okula gitmemiş	7	3,14	1,34	2.280	.046*
	İlköğretim	30	3,13	1,92		
	Ortaöğretim	31	3,61	2,13		
	Lise	162	3,54	1,97		
	Üniversite	192	3,90	2,05		
	Lisansüstü	26	4,61	1,60		
RSOY Kaynak Odaklı Alt Boyut	Herhangi bir okula gitmemiş	7	3,00	1,00	3.561	.004*
	İlköğretim	30	1,83	1,34		
	Ortaöğretim	31	2,54	1,36		
	Lise	162	2,69	1,33		
	Üniversite	192	2,85	1,21		
	Lisansüstü	26	2,61	1,06		
Mental İyi Oluş Ölçeği	Herhangi bir okula gitmemiş	7	52,85	6,89	.781	.564
	İlköğretim	30	52,56	8,16		
	Ortaöğretim	31	49,12	9,76		
	Lise	162	51,91	10,43		
	Üniversite	192	50,74	9,61		
	Lisansüstü	26	52,50	7,65		

***p<0,05**

Tablo 4.20'de çalışmada kullanılan ölçeklerin ve alt boyutlarına ait puanların katılımcıların eğitim durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi sonuçları yer almaktadır. Testin sonuçlarına göre, eğitim gruplarının aritmetik ortalamaları arasındaki fark; RSOY Ölçeği ($F=3.136$; $p<0.05$), RSOY Bilgi Odaklı alt boyutu ($F=3.015$; $p<0.05$), RSOY İnanç Odaklı alt boyutu ($F=2.159$; $p<0.05$) ve RSOY Kaynak Odaklı alt boyutu ($F=2.159$; $p<0.05$) üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Bu işlemin ardından ANOVA sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için öncelikle Levene's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olup olmadığı sınanmıştır. Buna göre varyansların; RSOY Ölçeği için homojen ($LF= .443$; $p=818$), RSOY Bilgi Odaklı alt boyutu için homojen ($LF= 1.018$; $p=407$), RSOY İnanç Odaklı alt boyutu için ($LF=863$; $p=506$) homojen olduğu tespit edilmiş, RSOY Kaynak Odaklı alt boyutu ($LF=2.472$; $p=.032$) için ise homojen olmadığı görülmüştür. Bu noktada homojenlik durumunda LSD, homojen olmaması durumunda Dunnett's C testi tercih edilmiştir.

Lisansüstü öğretim mezunu bireylerin RSOY Ölçeği puanları ile herhangi bir okula gitmemiş, ilköğretim, ortaöğretim ve lise mezunu bireylerin RSOY Ölçeği puanları arasında, lisansüstü eğitim programlarından mezun olanlar lehine ($p<.05$) düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Üniversite mezunu bireylerin RSOY Ölçeği puanları ile herhangi bir okula gitmemiş, ilköğretim ve lise mezunu bireylerin RSOY Ölçeği puanları arasında, üniversite mezunları lehine ($p<.05$) düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Lise mezunu bireylerin RSOY Ölçeği puanları ile ilköğretim mezunu bireylerin RSOY Ölçeği puanları arasında, lise mezunları lehine ($p<.05$) düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Üniversite mezunu bireylerin RSOY Bilgi Odaklı alt boyut puanları ile ilköğretim mezunu bireylerin RSOY Bilgi Odaklı alt boyut puanları arasında, üniversite mezunları lehine ($p<.05$) düzeyinde anlamlı bir farklılık tesit edilmiştir.

Lisansüstü mezunu bireylerin RSOY Bilgi Odaklı alt boyut puanları ile herhangi bir okula gitmemiş, ilköğretim, ortaöğretim ve lise mezunu bireylerin RSOY

Bilgi Odaklı alt boyut puanları arasında, lisansüstü mezunlar lehine ($p<.05$) düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür.

Ortaöğretim, lise ve üniversite mezunu bireylerin RSOY Bilgi Odaklı alt boyut puanları ile herhangi bir okula gitmemiş bireylerin RSOY Bilgi Odaklı alt boyut puanları arasında; ortaöğretim, lise ve üniversite mezunu bireyler lehine ($p<.05$) düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür.

Lisansüstü mezunu bireylerin RSOY İnanç Odaklı alt boyut puanları ile ilköğretim ve lise mezunu bireylerin RSOY İnanç Odaklı alt boyut puanları arasında, lisansüstü mezunlar lehine ($p<.05$) düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür.

Lise ve üniversite mezunu bireylerin RSOY Kaynak Odaklı alt boyut puanları ile ilköğretim mezunu bireylerin RSOY Kaynak Odaklı alt boyut puanları arasında, lise ve üniversite mezunları lehine istatistiksel olarak ($p<.05$) düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma; İstanbul ilinde yaşayan bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı ve mental iyi oluş durumlarını, Esenyurt ve Adalar ilçeleri örneklemi üzerinden karşılaştırmalı analiz yoluyla belirlemeyi amaçlamaktadır. Bu amaçla 448 katılımcı üzerinden yürütülen çalışmada, sosyodemografik değişkenlerin bireylerin RSOY ve mental iyi oluş durumları üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturup oluşturmaması dikkate alınmış ve karşılaştırmalı analiz testleri uygulanarak çalışmanın bulguları elde edilmiştir.

Çalışmanın bu bölümünde; çalışma kapsamında elde edilen veriler ulusal ve uluslararası literatürde erişilen kaynakların sonuçlarına göre irdelenmiştir. Özellikle dikkat çeken bulgular ve bu bulguların katılımcılar üzerinde anlamlı farklılık oluşturma sebepleri, yapılan diğer çalışmalarla göstermiş olduğu benzerlikleri ve farklılıkları tartışılmıştır.

263 kadın ve 185 erkek katılımcının yer aldığı araştırmanın bulguları değerlendirildiğinde, cinsiyetlere göre RSOY Ölçeği puanları arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Buna göre; kadınların RSOY Ölçeğinden aldığı puanın, erkek katılımcılara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bunun yanında yine kadın katılımcıların RSOY Bilgi ve İnanç Odaklı alt boyutlarından aldığı puanların, erkeklere göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte RSOY Kaynak Odaklı alt boyut puanlarının cinsiyete göre farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Kadınların erkeklerden daha yüksek puan almasının nedeni olarak; çalışma örneklemi içinde kadınların sayıca erkek katılımcıdan fazla olması düşünülmektedir.

Avustralya'da yapılan bir çalışmada cinsiyetin RSOY üzerinde ilgi çekici sonuçları olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre erkekler kadınlara göre daha düşük RSOY düzeyine sahip olmakla birlikte ruh sağlığı sorunlarıyla mücadele etmek için alkol kullanımını desteklemektedir (47). Öztaş ve Aydoğan'ın sağlık profesyonellerine uygulanan çalışmasında cinsiyet değişkeni ile RSOY Ölçeği puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (80). Benzer bir sonuç da Göktaş ve

arkadaşları (75) tarafından yapılan çalışmada görülmüş, RSOY Ölçeği puanları cinsiyete göre farklılaşmamıştır.

İç Anadolu Bölgesi'ndeki bir şehirde yapılan çalışmada kadınların, RSOY Ölçeğinden ve RSOY Bilgi ve İnanç Odaklı alt boyutlarından erkeklerden daha yüksek puan aldığı, Kaynak Odaklı alt boyut puanlarının cinsiyet bazında değişiklik göstermediği tespit edilmiştir (81). Bu çalışmanın bulguları, araştırmamızı destekler niteliktedir.

Üniversite öğrencilerine yönelik yapılan bir başka çalışmada (82), kadın öğrencilerin erkeklere kıyasla daha yüksek RSOY Ölçeği puanı aldığı görülmüştür. Çalışmanın sonucu araştırmamızı destekler niteliktedir.

Aile sağlığı merkezine başvuran hastaların ruh sağlığı okuryazarlığı durumunu değerlendirmek için yapılan çalışmada erkeklerin kadınlara göre daha yüksek RSOY Kaynak Odaklı alt boyut puanına sahip olduğu dikkat çekmiştir (83). Araştırmamızda RSOY Kaynak Odaklı alt boyut puanının cinsiyete göre farklılaşmadığı sonucuna dayanarak, Altun ve arkadaşlarının bulduğu sonucun araştırmamızın bulgularıyla örtüşmemektedir.

Cinsiyet bazında katılımcılar arasında mental iyi oluş açısından anlamlı farklılık oluşmamış ancak anlamlı olmasa bile kadınların erkeklerden daha yüksek mental iyi oluş puanı aldığı görülmüştür. Bu durum örneklem içerisinde kadın katılımcı sayısının fazla olmasıyla, kadınların iletişime daha açık ve paylaşımcı olmasıyla açıklanabilir. Yapılan bir başka çalışmada erkeklerin mental iyi oluş durumu kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (116). Böylesi farklılıkların araştırma yapılan örneklemin o an ki ruh halinden, bulunduğu konumdan, çalışmaya bakış açısından ortaya çıkabileceği düşünülmektedir.

İstanbul iline bağlı Esenyurt ilçesinde yaşayan 361, Adalar ilçesinde yaşayan 87 kişinin çalışmaya katılımı sağlanmıştır. Araştırmada yapılan karşılaştırmalı analizler neticesinde; ilçe değişkenine göre katılımcıların RSOY Ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır.

İlçelerin nüfusları arasında niceliksel olarak belirgin farklılıklar olmasına rağmen bu durumun kişilerin RSOY üzerinde bir etkisinin olmadığı görülmektedir. Böylesi bir durumun sağlık hizmetlerinin il genelinde her bireye ve bölgeye ayrım

gözetmeksizin ulaştırılıyor olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Şöyle ki; DSÖ'nün sağlıklı kent vurgusunda sağlıklı kentlerin niteliklerinden birisi de temiz ve güvenilir bir çevrede, en uygun seviyede herkese sunulan halk sağlığı hizmetleridir (84). Bu niteliği yerine getirmekle sorumlu Bakanlıklar ve ilgili kurum ve kuruluşlar, çeşitli hizmetler ile toplumlara ulaşmaktadır. Bu yönüyle bakıldığında T.C. Sağlık Bakanlığı'nın, kişilerin ruh sağlığını iyileştirmek ve toplumda ruhsal hastalıklara yönelik bilinci oluşturmak amacıyla sunduğu hizmetler etkilidir (85). Bu perspektifle her kesime ulaşan eşit ruh sağlığı hizmetleri ve eğitimleri yoluyla; ilçeler nezdinde farklılıkların oluşmasının önüne geçildiği düşünülmektedir.

Çalışmada Adalar ilçesinde yaşayan bireylerin Esenyurt ilçesinde yaşayanlara göre mental iyi oluş düzeyi anlamlı ölçüde farklı ve büyük çıkmıştır. Bu durumda nüfusun etksi olduğundan söz etmek mümkün görünmektedir. İlçe nüfusunun az olmasının yanında deniz ve orman gibi tabiat unsurlarının da ilçe sakinlerinin kendilerini huzurlu ve rahat hissetmelerinde tesiri olduğu söylenebilir. Dolayısıyla nüfusun azlığı karmaşıklığı önlemekte, bireyin huzurlu ve mutlu olmasını sağlamakta ve beraberinde iyi bir mental iyi oluş düzeyine ulaşmasını kolaylaştırmaktadır.

Araştırmaya katılan kişilerden 139'u evli, 309'u bekârdır. Çalışmada RSOY Ölçeği toplam puanına göre evliler ve bekârlar arasında farklılık görülmemiştir. Ancak medeni durum değişkenine göre RSOY Ölçeği Kaynak Odaklı alt boyut puanları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Buna göre; bekâr bireylerin RSOY Ölçeği Kaynak Odaklı alt boyut puan ortalaması evlilere göre daha yüksek olduğu sonucu ortaya çıkmıştır.

Öz'ün yapmış olduğu çalışmada (81) medeni durum değişkenine göre RSOY Ölçeği açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Solak ve arkadaşlarının çalışmasında da evliler ve bekârlar arasında istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık görülmemiştir (53). Görüldüğü üzere literatürde yer alan bu çalışmaların sonuçları, araştırmamızın sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Önceden yapılan çalışmaların bulgularımızla göstermiş olduğu paralelliğe dayanarak; bireylerin evli ya da bekâr olma statülerinin ruh sağlığı okuryazarlığını etkileyen bir değişken olmadığı düşünülmektedir.

Çalışmada evli katılımcıların mental iyi oluş düzeyi bekârlara göre anlamlı düzeyde farklılık göstermiş ve büyük çıkmıştır. Bu durum evli bireylerin iletişim

düzeylerinin iyi olmasından, aile içi ilişkilerinde ki olumlu durumların kişilerin iyi hissetmesini sağlamasıyla açıklanabilir.

Günümüz toplumlarında her geçen gün ruhsal hastalıklarda artışlar meydana gelirken ruhsal iyilik düzeylerinde de azalmalar söz konusudur (86). Sağlık Ölçümleri ve Değerlendirme Enstitüsü (Institute of Health Metrics and Evaluation-IHME) verilerine göre; Covid-19 pandemi sürecinde koronavirüs hastalığı doğrultusunda artan enfeksiyon oranları ve insanların hareketsizliği, artan majör depresyon prevelansıyla ilişkilendirilmiştir. Araştırma verilerine göre; geçtiğimiz yıllara nazaran Covid-19 pandemisi sebebiyle depresyon ve anksiyete bozukluklarında toplamda %56 oranında artış meydana gelmiştir. Toplumların sağlık sistemleri üzerinde meydana gelen bu durum özellikle kadınlar ve gençlerde daha fazla görülmüştür (87).

Toplumları ruhsal yönden etkileyen koronavirüs hastalığı, kişileri tıpkı bedensel hastalıklar gibi ruhsal hastalıklar karşısında da savunmasız bırakmaktadır. Böyle bir durumda bireylerin inkâr, şok gibi tramvatik tepkiler göstermesi kaçınılmazdır. Ortaya çıkan ani ölümler, hastalıklar ve ekonomik kayıplarla dünya nüfusunu bu denli zarara uğratan küresel tramva karşısında yapılacak müdahale ve eylem planlarıyla sürecin desteklenmesi ve gerekli hassasiyetin gösterilmesi gerekmiştir (88).

Araştırmamızın elde ettiği verilere göre; katılımcıların Covid-19 tanısı alma durumları ile RSOY düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. Ancak aralarında anlamlı farklılık olmasa bile Covid-19 tanısı alan bireylerin RSOY ölçeğinden aldığı puan Covid-19 tanısı almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, koronavirüs hastalığının bireyleri fiziksel anlamda etkilemekle birlikte hem tüm hastalıklara hem de ruhsal hastalıklara karşı RSOY düzeylerini iyileştirmesiyle açıklanabilir.

Aynı zamanda, Covid-19 pandemisinde ruh sağlığının kötü etkilendiğini belirten bireylerin RSOY puanı, bu durumdan kötü etkilenmediğini belirten kişilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Hu ve arkadaşları, 2021 yılında yaptıkları araştırmada koronavirüs hastalığının bireyler üzerinde oluşturduğu stresin, bireylerin RSOY'larını olumsuz etkilediği sonucuna ulaşmışlardır (89). Yapılan araştırmanın sonuçları çalışmamızın bulgularıyla örtüşmemektedir. Yaşanan bu ikilemin zaman geçtikçe insanların kişisel pandemi sürecini yönetebilme bilgi ve

becerisine sahip olmalarıyla alakalı olduğu düşünülmektedir. Çünkü araştırma verilerimize göre kişiler her ne kadar Covid-19 döneminde pandemiden kötü etkilense de ruh sağlığı durumlarına yönelik bilgi düzeylerini ölçen RSOY Bilgi Odaklı puanından kötü etkilenmeyenlere göre daha yüksek puan almışlardır.

Her yıl 41 milyon insanın ölümüne yol açan ve küresel bağlamda meydana gelen ölümlerin yaklaşık %74'üne karşılık gelen kronik hastalıklar, bir diğer anlamıyla bulaşıcı olmayan hastalıklar, genetik, psikolojik, çevresel ve davranışsal faktörlerin bir araya gelmesiyle ortaya çıkmaktadır. Ve temelde bu hastalıklar kanser, kardiyovasküler hastalıklar, kronik solunum yetersizliği ve diyabet olarak bilinmektedir (90).

Kronik hastalığı olan bireylerin ruhsal hastalıklara yakalanma riskinin yüksek olduğu bilinmektedir. 2018 yılında yürütülen bir çalışmaya göre obezite hastalığı olan kişilerde depresyon ve anksiyete gibi ruhsal hastalıkların görülme riskinin daha yüksek olduğu ve buna bağlı olarak yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır (91). Buna paralel olarak ruhsal hastalıklara yakalanmayı da etkileyen en önemli sebeplerden biri kronik hastalıklardır. Örneğin ciddi bir ruhsal hastalık olan depresyona birçok belirti neden olmaktadır ve bu parametreler arasında baş ağrısı, sindirim sistemi bozuklukları gibi fiziksel hastalıklar da yer almaktadır. Ve yine depresyon Alzheimer, Parkinson hastalığı, kanser ve diyabet gibi hastalıklara sahip olan kişilerde depresyon çok sık görülen ruhsal hastalıklar arasındadır (92).

Çalışmamızın bulgularına göre herhangi bir kronik hastalığı olan bireylerin RSOY kronik hastalığı olmayanlara; herhangi bir ruhsal hastalığı olan bireylerin RSOY İnanç Odaklı puan ortalaması ruhsal hastalığı olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun mevcut hastalıkların kişilerin ruh sağlığı okuryazarlığını iyileştirip geliştirmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Çünkü RSOY bir yönden ruhsal hastalıkları tanımayı, inanmayı, yönetmeyi ve ortaya çıkmasını engelleme kabiliyetidir. Bu yönden bakıldığında kronik ya da ruhsal hastalıklara sahip olmak, uygun koşullar altında bireyin hastalıklara karşı bilgi düzeyini de arttırdığı ve böylelikle okuryazarlığını geliştirdiği düşüncesini ortaya çıkarmaktadır. Buna rağmen kişilerin kronik hastalıklara sahip olmasının RSOY durumunu olumsuz etkilediğini ortaya çıkaran çalışmalar da mevcuttur (83).

Her dört kişiden birinin, yaşamlarında ruh sağlığı bozukluklarından etkilendiği bilinmektedir (93). Ailesinde ruhsal hastalığı olan bireyler toplumların büyük bir kısmını oluşturmaktadır (94). Amerika Birleşik Devletleri'nde kamu ve özel sağlık hizmeti sunan kurumların veri tabanları incelenmiş ve elde edilen veriler sonucunda 22 milyon çocuğun majör depresyon tanısı alan bir ebeveyne sahip olduğu ortaya çıkmıştır (95).

Herhangi bir ruhsal hastalığı olan ebeveynlerin çocuklarının da yaşıtlarına göre ruhsal hastalık geliştirme riski daha yüksektir ve bu çocukların davranışsal, duygusal ve gelişimsel zorlukları deneyimlemeleri muhtemeldir (96-97). Özellikle ebeveynlerinde ruhsal hastalık olan çocuklar büyük risk altındadır (98) ve genetik hale gelen bu risk ile çocukların hayatlarında yoksulluk, işsizlik, çocuk-aile ilişkilerinde zorluk çekme gibi olumsuz durumları deneyimlemeleri oldukça mümkündür (99).

Çalışmanın bulgularına göre; ailesinde ve arkadaş çevresinde ruhsal hastalığı olan bireylerin RSOY düzeyi daha iyi seviyede bulunmuştur. Ailesinde ve arkadaş çevresinde ruhsal hastalık bulunan birey sayısı örneklemin az bir kısmını oluşturmasına rağmen "ailede ya da akranlarda ruhsal hastalık varlığının" kişilerin RSOY arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu durumun, ruhsal hastalıkların kişilerin bilinç düzeyini arttırmasından (ruhsal hastalıklara yönelik bilgi, beceri ve tutumlarını iyileştirmesinden) kaynaklandığı düşünülmektedir. Elde edilen bulgular ışığında; çevresinde (aile-arkadaş) ruhsal hastalığı olan kişilerin RSOY Bilgi ve İnanç Odaklı puanlarının da yükseldiği sonucu tespit edilmiştir. Dolayısıyla, etrafında ruhsal hastalık olan bireylerin risk altında olduğu bir gerçektir ancak bu riskin varlığı kişileri bir yandan geliştirmektedir şeklinde yorumlamak hiç yanıltıcı olmayacaktır. Alanyazındaki çalışmalar düşüncemizi ve bulgularımızı destekler niteliktedir.

2022 yılında sağlık bilimleri öğrencileri üzerine yapılan bir araştırmada, arkadaşlarında ruhsal hastalık tanısı olan öğrencilerin RSOY düzeyinin pozitif etkilendiği ve bu vaziyette olan öğrencilerin ölçekten daha yüksek puanlar aldığı sonucuna ulaşılmıştır (100). Ebeveynlerinde ruhsal hastalık olan çocukların ruhsal hastalıklara yönelik doğru bilgileri edinmeleri daha muhtemeldir ve bu hastalıklara nasıl tepki verip tedavilere nasıl karşılık vermeleri gerektiğini öğrenme süreçleri onların hayata karşı iyi hissetmelerini sağlamaktadır (101). Dolayısıyla bunlara paralel olarak bireylerin RSOY düzeyleri artmaktadır. Çünkü yapılan bir araştırmaya

göre ailesinde ruhsal hastalığı olan çocukların bu hastalıkların iyileşmesi sürecinde iyi düzeyde bilgi ve beceri düzeyiyle mücadele ettikleri ortaya çıkmıştır (102). Yapılan bir başka çalışmada, kişilerin daha önce ruhsal hastalık tanısı almalarının ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerini arttırdığı sonucuna varılmıştır (103).

Ailesinde ve çevresinde depresyon, anksiyete ve madde bağımlılığı olan gençlerin RSOY'na bakılan bir çalışmada, çalışma öncesinde gençlerin risk altında ve düşük RSOY seviyesine sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu gençlere yapılan okul temelli RSOY eğitimiyle gençlerde müdahale öncesi ve sonrası ölçülen değerler analiz edilmiş ve verilen bu eğitimlerin gençleri geliştirdiği sonucuna erişilmiştir (94).

Çalışmamıza katılım sağlayan bireylerin RSOY düzeyleri yaş gruplarına göre değişiklik göstermemiştir. Yapılan bir çalışmada yaş değişkeni RSOY üzerinde kayda değer bir etki oluşturmamaktadır (81). 2019 yılında yapılan bir başka araştırmada da bu bulgulara ulaşılmıştır (75). Ancak Reavley ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaş önemli bir değişken olup, yaşça büyük kişilerin RSOY durumu daha iyi çıkmıştır (104).

Yürüttüğümüz çalışmada her ne kadar yaş değişkeni ölçek üzerinde anlamlı farklılık göstermese de katılımcıların yaşı ilerledikçe RSOY puanında azalmalar olduğu gözden kaçmamaktadır. 2022 yılında yürütülen bir çalışmada bireylerin yaşlarının artması RSOY düzeyini olumsuz etkilediği sonucuna varılmıştır (83). Bu çalışma araştırmamızın bulgularıyla uyum sağlamaktadır. Ancak sağlık profesyonelleri üzerinde yapılan bir araştırmada yaş arttıkça RSOY'un arttığı sonucu elde edilmiştir (80). Bu tarz farklı sonuçların ortaya çıkmasında araştırmanın yapıldığı örneklemin, konumun ve yaşam şartlarının etkili olduğu düşünülebilir.

Yaş değişkeni açısından elde ettiğimiz bir diğer farklı durum ise, aralarında anlamlı farklılık olmamasına rağmen 18-25 yaş aralığındaki bireylerin RSOY durumunun diğer yaş gruplarına göre daha iyi sonuç almalarıdır. Bu durum örneklemin yarısından fazlasının 18-25 yaş arası katılımcıdan oluşmasıyla, gençlerin teknolojiye daha fazla yatkın olması ve bu sayede ruhsal sağlıkla ilgili bilgi ve becerileri kolaylıkla edinmeleri, gelişmeleriyle, sosyallik durumlarının diğer yaşlardaki bireylere göre daha çok olmasıyla açıklanabilir.

Araştırmamıza katılan bireyler arasında ruhsal sağlık problemlerine karşı ilaç tedavisi görenlerin RSOY düzeyi anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Üstelik

çalışma örnekleminde %1'lik kısım ilaç tedavisi görenleri oluşturmakta olup elde edilen bu bulgu oldukça dikkat çekicidir. Bununla beraber tedavi görmediğini belirten ve neredeyse örneklemin %99'lık kısmını oluşturan kişiler belki de yaşadıkları ruhsal hastalıkların farkında bile değildir. Bu durum bireylerin ruhsal tedaviler hakkında bilinç düzeylerinin düşük olmasından kaynaklanabilir. Çünkü ruhsal hastalıklarla mücadele etmek için sunulan hizmetlere inanan ve yararlı olduğunu düşünen kişiler bu sorunlarını çözmek için daha hevesli ve iyimser tavırlar sergilemektedir (74).

Yapılan bir çalışmada ruhsal hastalık tanısı alan bireylere bir yıl boyunca tedavi uygulanmıştır. Tedaviye katılan bireyler bir yılın sonunda izlenmiş ve hastaların yaşam kalitelerinin ve genel ve sosyal işlevselliklerinin arttığı gözlemlenmiştir (105). Yine bir başka çalışmada ruhsal hastalığı olan bireylerin uygulamış oldukları egzersizler yoluyla, depresyon ve kaygı düzeylerinin azaldığı yaşam kalitelerinin arttığı gözlemlenmiştir (106). Tüm bunların kişileri birçok yönden geliştirdiği ve eğittiği için, kişilerin hem sağlık okuryazarlığı hem de RSOY düzeylerine fayda sağlaması inkâr edilemez bir gerçektir. Çünkü elde ettiğimiz bulgular çerçevesinde ilaç tedavisi görenlerin ruhsal hastalıklara karşı inanç düzeyleri de anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Toplumların inanç durumları ruhsal hastalıklara karşı bakışlarını etkilemektedir. Toplumda ruhsal hastalığı olan birini hiç görmeyen kişiler ruhsal hastalıkların utanç verici bir durum olduğunu düşünmektedir. Ve bireyler ruhsal hastalığı olanların tehlikeli olduğunu düşünmekle birlikte bu durumun bozulan iletişim sorunlarıyla, çaresizlikle alakalı olduğunu düşünmektedir (107). Yapılan bir çalışmaya göre kişiler sağlık kuruluşlarına başvurmadan önce ruhsal hastalıklarla mücadele için bilimsellikten uzak her yola başvurduklarını dile getirmiştir (108). Bu durumun en belirgin sebebi bireylerde ruh sağlığı okuryazarlığının eksikliğidir. İşte bu sebeple ilaç tedavisi gören kişiler doğru tedavi süreciyle sadece ruhsal hastalıkla mücadele etmekle kalmayıp bir yandan da RSOY düzeyini arttırmaya katkı sağlamaktadırlar demek hiç yanıltıcı olmayacaktır.

Araştırmaya katılan kişilerden ruh sağlığı bilgilerini akademik ortam ve eğitim amaçlı faaliyetlerden edinenlerin RSOY düzeyi anlamlı bir şekilde yüksek çıkmıştır. Literatürde sağlık bilimleri öğrencileri üzerine yapılan bir çalışmanın sonuçları araştırmamızın sonuçlarını destekler niteliktedir (100). Yapılan bir diğer çalışmada

ise akademik ortam ve eğitim amaçlı faaliyetlerden bilgi edinmenin anlamlı farklılık göstermese bile diğer kaynaklardan edinenlere göre daha yüksek RSOY Ölçeği puanı aldırdığı görülmüştür (55). Eğitim amaçlı faaliyet ve akademik ortamdan bilgi edinen katılımcıların aynı şekilde Mental İyi Oluş Ölçeği puanlarının da yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum oldukça kıymetlidir çünkü kişi doğru kaynaktan bilgi edindikçe sağlık düzeyine olumlu katkı sağlamaktadır.

Araştırma örneklemi içerisinde akademik ortam ve eğitim amaçlı faaliyetlerden bilgi edinenlerin sayıca düşük olduğu ancak RSOY düzeylerinin sosyal medya ve sosyal çevre kaynaklarına göre oldukça yüksek olduğu görülmüştür. Buna ek olarak katılımcıların yarıdan fazlasının sosyal medya ve sosyal çevreden ruh sağlığı bilgisi edindiği görülmüştür. Bu oran toplumda ciddi bir risk teşkil etmektedir. Çünkü bireyler sağlıkla ilgili bilgi edindikleri kaynaklara güvenir ve bu kaynaklardan bilgi edinirler (109). Yapılan bir araştırmada internet üzerinde sunulan sağlıkla ilgili sitelerin analizi gerçekleştirilmiş ve analiz sonucunda; var olan internet kaynaklarının bilimselliğe dayanmadığı, hekime başvurmalarına dair yönlendirme bulunmadığı, sitelerin sağlıktan ziyade aslında parasal kaygı taşıdıkları ve dolayısıyla reklama başvurdukları gerçeği ortaya çıkmıştır (110). Bu durum bireylerin sağlığı açısından risk teşkil etmekte olup doğru kaynaklardan bilgi edinmelerine dair gerekli mücadelenin verilmesi muhakkaktır.

Çalışmada eğitim seviyesinin RSOY'u belirleyici düzeyde etkilediği, lisansüstü eğitim seviyesine sahip kişilerin anlamlı ölçüde daha yüksek RSOY puanı aldığı görülmüştür. Böylece alınan eğitimin kişilerin bilinç düzeyini arttırdığı sonucu çıkarılabilir. Bu durum yüksek eğitim kurumlarından eğitim alan kişilerin RSOY Ölçeği Bilgi ve İnanç Odaklı alt boyutundan aldıkları puanlarda da kendisini göstermektedir. Kişilerin bilgi düzeyleri arttıkça ruhsal hastalıklara ilişkin gelişme gösterdikleri, bu konuyla ilgili inançlarının uygunluğu ve doğru bilgiyi edinmeleri aşikârdır. Yapılan çalışmalar da eğitim seviyesi arttıkça RSOY'un arttığını göstermektedir (42,55,111-112).

Çalışmada anlamlı farklılık göstermemesine rağmen kişilerin eğitim seviyesi azaldıkça mental iyi oluş düzeylerinin arttığı tespit edilmiş ve bu bulgu oldukça dikkat çekmiştir. Diğer bir deyişle ilköğretim seviyesine sahip ve herhangi bir okula gitmeyen bireylerin üniversite ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip kişilerden daha

yüksek mental iyi oluş düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Bu sonuç oldukça şaşırtıcı olmakla birlikte eğitimin bireyleri mental yönden olumsuz etkilediğini ortaya koymaktadır.

Araştırmada meslek değişkeni açısından bireylerin RSOY puanlarının anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmüştür. Öğretmen ve sağlık çalışanlarının puanı öğrencilere, işçilere, esnaflara ve diğer meslek kollarında çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Öğretmenlerin yüksek puan alma sebebi hem lisans müfredatlarında psikoloji alanında da eğitimler alıyor olmaları hem de kişisel gelişimlerini eğitimler yoluyla sağlamaları olabilir. Öğretmenler üzerinde yapılan bir çalışmada yine iyi düzeyde RSOY'a sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır (53).

Sağlık çalışanlarının RSOY düzeyinin yüksek olması özellikle Covid-19 pandemi sürecini yakından deneyimlemelerinden kaynaklanabilir. 2021 yılında tam da pandemi sürecinde yapılan bir çalışmada sağlık profesyonellerinin yüksek RSOY düzeyine sahip olduğunun kanıtlanması bu görüşümüzü desteklemektedir (80). Güney Afrika ve Zambia'da yapılan bir başka araştırmada sağlık çalışanlarının RSOY durumları orta seviyede tespit edilmiştir (113).

Çalışmamızda meslek açısından dikkat çeken bir diğer durum, esnafların oldukça düşük düzeyde RSOY'a sahip olmalarıdır. Toplumda esnaflar bireylerle oldukça etkileşim halindedirler. Bu yüzden etkileşim esnasında meydana gelebilecek olumsuz davranışları engellemek adına özellikle esnafların ve genel olarak bu şekilde çalışan kesimlerin ruh sağlığına yönelik gelişimleri sağlanmalı, bu alanda desteklenmelidir.

Araştırmamızda gelir durumunun kişilerin RSOY düzeyini etkilemediği, anlamlı düzeyde farklılık oluşturmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan bir başka çalışmada da gelir durumunun RSOY üzerine etki etmediği sonucuna erişilmiştir (81). Bu durumun farklı çalışmalarda değişiklik gösterdiği, insanların ekonomik durumu iyileştikçe daha iyi RSOY'a sahip olduğu da görülmüştür (114,115). Gelir durumu değişkeninin çalışmamızda farklılık oluşturmamasın nedeni bireylerin ruhsal anlamda gelir durumuna bakış açılarının değişiklik göstermesinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmada gelir durumu her ne kadar RSOY üzerinde anlamlı etki oluşturmasa da bireylerin mental oluş düzeyini önemli ölçüde etkilemekte ve anlamlı farklılık oluşmasına sebep olmaktadır. Sonuç olarak, asgari ücret üzerinde gelir seviyesine

sahip kişilerin mental oluş düzeyleri anlamlı şekilde farklı ve yüksek bulunmuştur. Bu noktada bireylerin gelir durumlarına yaptıkları katkının hem kendileri hem de aileleri açısından daha iyi mental iyi oluş düzeyine kavuşturacağı muhakkaktır. Bu durum; daha iyi gelir seviyesine sahip bir ailenin daha çok sosyal aktivite yapmasıyla, mental iyi olma düzeylerini artıracak farklı deneyimler elde etmesiyle örneklendirilebilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmanın bu bölümünde; İstanbul ili Adalar ve Esenyurt ilçelerinde ikamet etmekte olan bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı ve mental iyi oluş durumlarını belirlemek ve sosyodemografik ölçütlere göre karşılaştırmalı analizlerini yapmak amaçlı yürütülen çalışmada elde edilen sonuçlar sunulacaktır. Araştırma soruları üzerinden tasarlanan çalışmada elde edilen bulgular şu şekildedir.

Çalışmanın örneklemini oluşturan İstanbul'un Adalar ve Esenyurt ilçeleri dikkate alınmak üzere; bu ilçelerde yaşayan bireylerin ilçe değişkeni açısından RSOY düzeylerinde farklılık görülmemiştir. Dolayısıyla buradan nüfusun bireylerin RSOY durumları arasında anlamlı farklılık oluşturmadığı sonucuna varılmıştır.

Bireylerin mental iyi oluş düzeylerinin bölgelere göre farklılık oluşturduğu gözlemlenmiştir. Adalar ilçesinde ikamet edenlerin mental iyi oluş durumlarının Esenyurt'ta ikamet edenlere göre daha iyi seviyede olduğu ortaya çıkmıştır. İlçeler arasında mental iyi oluş açısından farklıkların olması Esenyurt'ta yaşayan bireylere yönelik planlamaların yapılmasını ve motive edici imkânların sağlanmasını gerekli kılmaktadır. Bu noktada İstanbul ilinin tüm ilçelerinin dâhil edildiği daha kapsamlı çalışmaların yapılması, İlçe Belediyelerinin bu tür faaliyetleri gerçekleştirmek için destekleyici tutumlar sergilemesi önerilmektedir.

Çalışmada bireylerin RSOY ve mental iyi oluşları arasında pozitif ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Dolayısıyla ülke genelinde konuşmak gerekirse; iyi bir RSOY seviyesine sahip toplum görmek için bireyleri mental anlamda geliştirmenin ne kadar önem arz ettiği anlaşılmaktadır. Çalışmada sadece iki ilçe dâhil edildiği için bu durum araştırmanın sınırlılığı olarak görülmektedir. İlerleyen zamanlarda bu alanda aktif olarak faaliyet gösteren araştırmacıların tüm bölgeleri dâhil ettiği, bölgesel benzerlik ve farklılıkların daha iyi görüleceği çalışmaları yapmaları tavsiye edilmektedir.

Bireylerin RSOY düzeylerinin yaş ve gelir durumu değişkenlerinden istatistiksel düzeyde etkilenmediği sonucuna erişilmiştir. Çalışmaya katılan katılımcıların eğitim düzeyleri arttıkça RSOY'larının arttığı görülmüştür. Buradan bireylerin eğitim durumlarını iyileştirmenin önemi bir kez daha anlaşılmıştır. Özellikle sağlık eğitimleri yoluyla kişileri eğitmenin daha sağlıklı toplumlara erişmeyi

kolaylaştıracağı ve sağlık harcamalarındaki ekonomik yükü hafifleteceği düşünüldüğünde; bu alanda görev alan politika yapıcıların sağlık eğitimlerini ülke genelinde tüm bölgelerde yaygınlaştırmaları önerilmektedir.

Çalışmada eğitim durumu ve gelir durumu değişkenleri arasında pozitif yönlü ilişki tespit edilmiştir. Aslında bu durum günlük hayatta bildiğimiz bir gerçektir. Bireylerin eğitimlerine yaptığı katkı gelir durumlarını arttırmaktadır. Yürütmüş olduğumuz çalışmada bu durumun kanıta dayalı hale gelmesinin kıymetli olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte çalışmada; bireylerin eğitim durumu arttıkça RSOY Kaynak Odaklı, RSOY Bilgi Odaklı ve RSOY İnanç Odaklı alt boyut puanlarının da arttığı görülmüş dolayısıyla eğitim durumu iyi olan bireylerin ruhsal sağlık sorunlarına karşı bilgi ve inanç düzeylerinin daha iyi olduğu ve bu tarz sorunları yaşamaları halinde doğru kaynaklara ulaştıkları tespit edilmiştir.

Katılımcıların RSOY durumlarının cinsiyet değişkeninden etkilendiği tespit edilmiş ve kadınların erkeklerden daha iyi RSOY düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Cinsiyet bazında anlamlı farklılık mental iyi oluş üzerinde görülmemiştir. Ancak anlamlı farklılık olmasa bile kadınların erkeklere göre mental yönden daha iyi olduğu görülmüştür.

Medeni durum çalışmaya katılan kişilerin RSOY düzeyleri üzerinde anlamlı farklılık oluşturmamıştır. Ancak medeni durum açısından bekâr katılımcıların RSOY Kaynak Odaklı alt boyut puanları evlilere göre daha yüksek bulunmuş ve buradan bekâr bireylerin ruhsal sağlık sorunlarıyla karşılaşmaları halinde daha doğru kaynaklara yöneldikleri sonucuna ulaşılmıştır. Mental İyi Oluş Ölçeği bağlamında medeni durum değişkeninin farklılık oluşturduğu gözlemlenmiş ve istatistiksel düzeyde evlilerin bekârlara göre mental yönden daha iyi olduğu sonucuna varılmıştır.

Çalışmada Covid-19 tanısı almanın ne RSOY ne de mental iyi oluş üzerinde farklılık oluşturmadığı görülmüştür. Covid-19 tanısı alan kişilerin daha iyi RSOY İnanç Odaklı alt boyut puanı aldığı tespit edilmiştir. Buradan bulaşıcı hastalık tanısı almanın kişiyi ruhsal hastalıklar hakkında inanç tercihlerinin doğru yönde olmasını sağladığı sonucuna erişilmiştir.

Herhangi bir kronik hastalığı olan bireylerin daha iyi RSOY seviyesine sahip olduğu, çalışmada erişilen bir başka sonuçtur. Herhangi bir ruhsal hastalığa sahip olan kişilerin RSOY İnanç Odaklı alt boyut puanları daha yüksek bulunmuştur. Herhangi

bir ruhsal hastalığı olmayan kişilerin mental iyi oluş durumlarının daha iyi olduğu gözlemlenmiştir.

Ailesinde ve arkadaş çevresinde ruhsal hastalığı olan kişilerin RSOY düzeyi anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Bu kişilerin daha doğru bilgi, inanç ve kaynağa eriştikleri gözlemlenmiştir. Ailesinde ruhsal sağlık problemi olmayan kişilerin mental anlamda daha iyi oldukları varılan bir diğer dikkat çekici sonuçlardandır. Arkadaş çevresinde ruhsal hastalık varlığı bireylerin mental iyi oluşları üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görülmüştür.

Bireylerin RSOY ve mental iyi oluş durumlarının yaş değişkeninden etkilenmediği görülmüştür. Ruhsal sağlık sorunlarına yönelik tedavi görme durumunun RSOY üzerinde anlamlı etki oluşturduğu görülmüştür. Nitekim ilaç tedavisi gören bireylerin en iyi RSOY düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. Buradan hareketle tedavi görmenin bireyi fiziksel anlamda iyileştirmenin yanında RSOY bağlamında da geliştirdiği sonucuna erişilmiştir. Mental iyi oluş açısından ruhsal tedavinin anlamlı etki oluşturmadığı gözlemlenmiştir.

Çalışmada katılımcıların eğitim durumlarının RSOY düzeyleri üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturduğu görülmüştür. Bu noktada lisansüstü ve üniversite mezunu kişilerin daha iyi RSOY'a sahip oldukları görülmüştür. Eğitim durumunun bireylerin mental iyi oluşları üzerinde etkisi olmadığı gözlemlenmiş, anlamlı farklılık göstermemesine rağmen herhangi bir okula gitmeyen kişilerin mental iyi oluş puanlarının diğer eğitim düzeylerine sahip bireylere göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Ruhsal sağlık hakkında bilgi edinilen kaynakların bireylerin RSOY ve mental iyi oluşları üzerinde anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür. Öyle ki akademik ortamlardan ve eğitim amaçlı faaliyetlerden bilgi edinen kişilerin daha iyi RSOY'a sahip oldukları görülmüştür. Bunun yanında akademik ortamdan ruhsal bilgi edinenlerin mental yönden de daha iyi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin büyük çoğunluğu ruhsal bilgilerini sosyal medya ve sosyal çevrelerden elde ettiklerini belirtmişlerdir ve sonuç olarak da düşük RSOY'a sahip oldukları dikkat çekmiştir.

Araştırma örnekleminin meslek gruplarının RSOY'ları üzerinde anlamlı ölçüde farklılık oluşturduğu gözlemlenmiştir. Bu doğrultuda öğretmenlerin ve sağlık

çalışanlarının daha iyi RSOY'a sahip olduğu tespit edilmiştir. Araştırmada öğrencilerin düşük RSOY'a sahip oldukları dikkat çeken bir başka sonuçtur. Meslek değişkeninin bireylerin mental iyi oluş durumları üzerinde istatistiksel bir farklılık oluşturmadığı görülmüş ancak anlamlı etki olmamasına rağmen ev hanımlarının daha iyi mental iyi oluş puanı aldığı dikkatten kaçılmaması gereken bir sonuçtur. Ve yine mental iyi oluş açısından öğrencilerin daha düşük puan aldıkları görülmüştür.

Araştırma nicel araştırma modelinde tasarlandığından dolayı, veri toplama aşamasında katılımcılara anket soruları yöneltildiğinde seçenekler arasında kalınması gibi kısıtlılıklar söz konusu olmuştur. Dolayısıyla gelecekte bu alanda çalışma yapacak araştırmacılara, çalışmalarına nitel araştırma modellerini de dâhil etmeleri ve evren/örneklem seçimi yaparken nüfusun niceliksel durumunun yanında sosyolojik değişkenler açısından da bakılmasının faydalı olacağı önerilmektedir.

Çalışmada örneklemin büyük çoğunluğunu öğrenciler oluşturmaktadır. Örneklemin daha geniş tutulduğu, farklı meslek-yaş gruplarının ve tüm ilçelerin dâhil edildiği daha geniş kapsamlı çalışmaların T.C. Sağlık Bakanlığı nezdinde yürütülmesi ve böylelikle ulusal sağlık politikalarını oluşturma noktasında bu çalışmalardan yararlanılması sunulabilecek öneriler arasındadır.

Araştırmaya katılan bireylerin ruh sağlığı hizmetlerini nereden alacakları konusunda şüphe ve tedirginlikleri olduğu gözlemlenmiştir. Dolayısıyla bu konuya yönelik eğitimlerin de ayrıca sunulması önem teşkil etmektedir. Hem hastaneler hem de birinci basamak sağlık kurumları bünyesinde ruhsal sağlığa ilişkin faaliyetlerin arttırılması ve bireylerin de bunlar hakkında bilgilendirlmesi önerilmektedir.

Ruhsal sağlığın fiziksel zindeliği önemli ölçüde etkilediği günümüz koşullarında ruhsal anlamda bireylere yapılabilecek en iyi yatırım onların ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerini arttırmak ve dolayısıyla mental yönden iyi olmalarını sağlamaktır. Nitekim bu konulara verilecek önemin ülke nezdinde her anlamda gelişimi beraberinde getireceği kaçınılmazdır. Çünkü sağlıklı işlerin sağlıklı bireylerle, sağlıklı toplumların sağlıklı politikalarla mümkün olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Nutbeam D. Health promotion glossary. Health Promot. Int. (1998) 13 (4): 349-364.
2. Kendir Çopurlar, C. & Kartal, M. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli?. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 10 (1) , 0-0 . DOI: 10.5455/tjfmpc.193796
3. Taş, T. A., & Akış, N. (2016). Sağlık okuryazarlığı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 25(3), 119-124.
4. WHO (2019). Webinar: Health Literacy – why it matters and what to do about it. (Internette). Erişim 12.05.2023, https://www.who.int/news-room/events/detail/2019/09/09/default-calendar/webinar-health-literacy-why-it-matters-and-what-to-do-about-it
5. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, 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. Med J Aust 166(4):182–186. https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x
6. Sweileh, W.M. Global research activity on mental health literacy. Middle East Curr Psychiatry 28, 43 (2021). https://doi.org/10.1186/s43045-021-00125-5
7. WHO (2022). Mental disorders. (Internette). Erişim 13.05.2023, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders
8. Tükel, R. (2020). COVID-19 Pandemi Sürecinde Ruh Sağliği. Türk Tabipleri Birliği. COVID-19 pandemisi altinci ay değerlendirme raporu. Istanbul, 617-628.
9. Huremović D. Mental Health of Quarantine and Isolation, in D. Huremović (Ed.), Psychiatry of Pandemics, A Mental Health Response to Infection Outbreak. Switzerland: Springer; 2019.
10. Leigh-Hunt N, Bagguley D, Bash K, Turner V, Turnbull S, Valtorta N, Caan W. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. Public Health. 2017; 152: 157-171.
11. Mental Health Literacy India Foundation (n.d.). What is Mental Health Literacy? (Internette). Erişim 13.05.2023, https://www.mehelp.in/learning/what-is-mental-health-literacy/
12. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. Annual Review of Psychology, 52, 141–166. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.141
13. Bennett H, Allitt B and Hanna F (2023) A perspective on mental health literacy and mental health issues among Australian youth: Cultural, social, and environmental evidence! Front. Public Health 11:1065784. doi: 10.3389/fpubh.2023.1065784
14. Simonds SK. Health Education as Social Policy. Health Education Monographs. 1974;2(1_suppl):1-10. doi:10.1177/10901981740020S102
15. Ratzan, S. C. (2001). Health literacy: communication for the public good. Health promotion international, 16(2), 207-214.
16. Nancy D. Berkman , Terry C. Davis & Lauren McCormack (2010) Health Literacy: What Is It?, Journal of Health Communication, 15:S2, 9-19, DOI: 10.1080/10810730.2010.499985
17. WHO (1998). Health Promotion Glossary. Geneva. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1
18. Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., 2012. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 12, 80.. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80
19. Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). European journal of public health, 25(6), 1053-1058.
20. Tanriöver, M. D., Yildirim, H. H., Ready, F. N. D., Çakir, B., & Akalin, H. E. (2014). Sağlik okuryazarliği araştirmasi. Sağlık-Sen Yayınları, 6, 42-47.
21. Özkan, S. (Ed.). (2018). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması. (sf.111) Özyurt Matbaacılık, Ankara, Sağlık Bakanlığı.
22. Adams, R. J., Appleton, S. L., Hill, C. L., Dodd, M., Findlay, C., & Wilson, D. H. (2009). Risks associated with low functional health literacy in an Australian population. Medical Journal of Australia, 191(10), 530-534.
23. Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., Thompson, J. A., Gazmararian, J. A., & Huang, J. (2007). Health literacy and mortality among elderly persons. Archives of internal medicine, 167(14), 1503-1509.
24. Shaw, S. J., Huebner, C., Armin, J., Orzech, K., & Vivian, J. (2009). The role of culture in health literacy and chronic disease screening and management. Journal of immigrant and minority health, 11, 460-467.

25. Yılmazel, G., & Çetinkaya, F. (2016). Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi.
26. WHO (n.d.). Improving health literacy. (Internette). Erişim 07.03.2023, https://www.who.int/activities/improving-health-literacy
27. SABIRCAN, F. (2020). Sağlık iletişimi perspektifinde sağlık okuryazarlığı. Hiper Yayın. sf. 115. İstanbul.
28. World mental health report: transforming mental health for all. Sf. 11. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
29. WHO (n.d.). Mental health. (İnternette). Erişim 08.03.2023, https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_2
30. Kılıç, C. (1998). Erişkinlerle ilgili sonuçlar. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: ana rapor (Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z, Ed.). Sağlık Bakanlığı Yayınları.
31. Kardeş, V. Ç. (2020). Pandemi süreci ve sonrası ruhsal ve davranışsal değerlendirme. Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi, 4(2), 160-169.
32. İlbasmış, Ç., Aksoy, A. T., Cihanyurdu, İ., Ünver, H., & Rodopman, A. (2021). COVID-19 salgınının çocukların ruh sağlığı üzerindeki etkileri. Turk J Child Adolesc Ment Health, 28(Suppl 1), 1-3.
33. Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. International journal of environmental research and public health, 17(5), 1729.
34. Banerjee, D. (2020). How COVID-19 is overwhelming our mental health.
35. Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: Past, present, and future. The Canadian Journal of Psychiatry, 61(3), 154-158.
36. Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. The British Journal of Psychiatry, 177(5), 396-401.
37. 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(1), 1-20.
38. Kutcher, S., Bagnell, A., & Wei, Y. (2015). Mental health literacy in secondary schools: a Canadian approach. Child and adolescent psychiatric clinics of North America, 24(2), 233–244. https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.11.007
39. Kutcher, S., Wei, Y., Costa, S., Gusmão, R., Skokauskas, N., & Sourander, A. (2016). Enhancing mental health literacy in young people. European child & adolescent psychiatry, 25, 567-569
40. 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.
41. Kelly, C. M., Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. Medical Journal of Australia, 187(S7), S26-S30.
42. Furnham, A., & Swami, V. (2018). Mental health literacy: A review of what it is and why it matters. International Perspectives in Psychology, 7(4), 240-257.
43. Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. American psychologist, 67(3), 231.
44. 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. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40(1), 3-5.
45. Jorm, A. F. (2015). Why we need the concept of "mental health literacy". Health communication, 30(12), 1166-1168.
46. Farrer, L., Leach, L., Griffiths, K. M., Christensen, H., & Jorm, A. F. (2008). Age differences in mental health literacy. BMC Public Health, 8, 1-8.
47. Cotton, S. M., Wright, A., Harris, M. G., Jorm, A. F., & McGorry, P. D. (2006). Influence of gender on mental health literacy in young Australians. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 40(9), 790-796.
48. Chao, H. J., Lien, Y. J., Kao, Y. C., Tasi, I. C., Lin, H. S., & Lien, Y. Y. (2020). Mental health literacy in healthcare students: an expansion of the mental health literacy scale. International journal of environmental research and public health, 17(3), 948.
49. Montagni, I., & González Caballero, J. L. (2022). Validation of the Mental Health Literacy Scale in French University Students. Behavioral Sciences, 12(8), 259.
50. Chen, S., Chen, K., Wang, S., Wang, W., & Li, Y. (2021). Initial validation of a Chinese version of the Mental Health Literacy Scale among Chinese teachers in Henan Province. Frontiers in Psychiatry, 12, 661903.

51. Akdoğan E. (2018). Ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeğinin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yüksek Lisans Tezi. Karabük Üniversitesi.
52. Eltaş C. M. (2020). Öğretmen adaylarında öğrenci ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeği" geliştirme çalışması. Uzmanlık Tezi. Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi.
53. Solak K. (2023). Öğretmen adaylarında ruh sağlığı okuryazarlığı ve ilişkili bazı faktörler -Trakya üniversitesi örneği. Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi.
54. Arslan Ş. (2020). İstanbul Fatih İlçesindeki Lise Öğrencilerinin ve Öğretmenlerinin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Düzeylerinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi.
55.Çevre E. (2021). Yetişkinlerde Ruh Sağliği Okuryazarlik Düzeyinin Belirlenmesi Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi: Bursa İli Örneği. Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
56. Baş M. (2022). Ruhsal bozukluğu olan bireylerin yakınlarının ruh sağlığı okuryazarlığı ile ruhsal hastalıklara yönelik inançları ve ruhsal damgalanmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi.
57. Gümüş C. S. (2022). Akademisyenlerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi ile ruhsal hastalıklara yönelik inançları arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi. Bandırma On Yedi Eylül Üniversitesi.
58. Akman Y. Y. (2022). Bir halk eğitim merkezine gelen bireylere uygulanan ruh sağlığı ilk yardımı eğitiminin ruhsal hastalığa yönelik inançlara ve ruh sağlığı okuryazarlığına etkisi. Doktora Tezi. Gazi Üniversitesi.
59. Özkan E. (2022). Yetişkinlerde psikolojik sıkıntı ve ruh sağlığı okuryazarlığı durumlarının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi.
60. Zerin E. (2022). Psikiyatri klinikleri ile genel kliniklerde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı okuryazarlığı. Yüksek Lisans Tezi. Düzce Üniversitesi.
61. Kaya Z. (2022). Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı okuryazarlığına ilişkin görüşleri. Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi.
62. Beiser, M. (1974). Components and correlates of mental well-being. Journal of Health and Social Behavior, 320-327.
63. Çelik, Z., & Dülek, B. (2020). Mutluluk-davranış modeli: tüketicilerin mental iyi oluş hâlinin online fiili satın alma davranışına etkisi. Beykoz Akademi Dergisi, 8(1), 252-264.
64. DSÖ (1998). Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. (Sf. 1)1. Baskı Nisan 2011, ANKARA.
65. Keldal, G. (2015). Warwick-Edinburgh mental iyi oluş ölçeği'nin Türkçe formu: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. The Journal of Happiness & Well-Being, 3(1), 103-115.
66. Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., ... & Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS): development and UK validation. Health and Quality of life Outcomes, 5(1), 1-13.
67.Bjørnsen, H. N., Espnes, G. A., Eilertsen, M. E. B., Ringdal, R., & Moksnes, U. K. (2019). The relationship between positive mental health literacy and mental well-being among adolescents: implications for school health services. The Journal of School Nursing, 35(2), 107-116.
68. Lam, L. T. (2014). Mental health literacy and mental health status in adolescents: a population-based survey. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 8, 1-8.
69. Haver, A., Akerjordet, K., Caputi, P., Furunes, T., & Magee, C. (2015). Measuring mental well-being: A validation of the short Warwick–Edinburgh mental well-being scale in Norwegian and Swedish. Scandinavian journal of public health, 43(7), 721-727.
70. Clarke, A., Friede, T., Putz, R., Ashdown, J., Martin, S., Blake, A., ... & Stewart-Brown, S. (2011). Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): validated for teenage school students in England and Scotland. A mixed methods assessment. BMC public health, 11, 1-9.
71. Koushede, V., Lasgaard, M., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Nielsen, L., Rayce, S. B., ... & Santini, Z. I. (2019). Measuring mental well-being in Denmark: Validation of the original and short version of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS and SWEMWBS) and cross-cultural comparison across four European settings. Psychiatry research, 271, 502-509.
72. Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK). 2021 Istanbul ilçeler nüfus dağılımı. (İnternette). Erişim 29.08.2022, https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayal%C4%B1-N%C3%BCfus-Kay%C4%B1t-Sistemi-Sonu%C3%A7lar%C4%B1-2020-37210&dil=1
73.İstanbul nüfusu 2021. (İnternette). Erişim 29.08.2022, https://www.nufusu.com/il/2021/istanbul-nufusu.
74. Jung, H., Von Sternberg, K., & Davis, K. (2016). Expanding a measure of mental health literacy: Development and validation of a multicomponent mental health literacy measure. Psychiatry Research, 243, 278–286. Doi: 10.1016/j.psychres.2016.06.034
75. Göktaş, S., IŞIKLI, B., Önsüz, M. F., Yenilmez, Ç., & Metintaş, S. (2019). Ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeği'nin (rsoy ölçeği) türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. Konuralp Medical Journal, 11(3), 424-431.

76. Kline, R. B. (2011). Principles and Practice of Structural Equation Modelling (3rd ed.). New York: Guilford Press.
77. Kaiser, H. F. (1970). A second generation little jiffy, Psychometrika, 35(4), 401-415.
78. Kaiser, H. F., & Rice, J. (1974). Little jiffy, mark IV. Educational and Psychological Measurement, 34(1), 111-117. https://doi.org/10.1177/001316447403400115
79. Bartlett, M. S. (1950). Tests of significance in factor analysis. British Journal of Statistical Psychology, 3(2), 77-85. https://doi.org/10.1111/j.2044-8317.1950.tb00285.x
80. Öztas, B., & Aydoğan, A. (2021). Orjinal Makale Sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi.
81. Öz, H. (2021). Bir İl Merkezinde Yaşayan Bireylerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığının İncelenmesi. Humanistic Perspective, 3(3), 660-675.
82. Polat, S. (2023). Üniversite Öğrencilerinin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 12 (1) , 118-126. DOI: 10.37989/gumussagbil.1097156
83. Altun, Ç., Tunç Karaman, S., & Basat, O. (2022). Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Durumunun Değerlendirilmesi. Namık Kemal Tıp Dergisi.
84. WHO (n.d.) Healthy cities. (İnternette). Erişim 07.05.2023, https://www.who.int/southeastasia/activities/healthy-cities
85. T.C. Sağlık Bakanlığı (t.y.). Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Ruh Sağlığı Dairesi Başkanlığı. Ruh Sağlığı İl Faaliyetleri. (İnternette). Erişim, 07.05.2023 https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ruhsagligi-anasayfa
86. Özer D., & Altun, Ö. Ş. (2022). Ruh Sağlığı Okuryazarlığı: Farkındalık ile Toplum Ruh Sağlığını Güçlendirme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 14(2), 1-1.
87. COVID-19 Mental Disorders Collaborators (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. Lancet (London, England), 398(10312), 1700–1712. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7
88. ZEYBEK, Z., Bozkurt, Y., & AŞKIN, R. (2020). Covid-19 pandemisi: Psikolojik etkileri ve terapötik müdahaleler. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 19(37), 304-318.
89. Hu, Y., Ye, B., & Tan, J. (2021). Stress of COVID-19, Anxiety, Economic Insecurity, and Mental Health Literacy: A Structural Equation Modeling Approach. Frontiers in psychology, 12, 707079. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.707079
90. WHO (2022). Noncommunicable diseases. (İnternette). Erişim 08.05.2023, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases
91. Emre, N., & Öner, M. (2018). Kırsalda yaşayan kadınlarda obezite, yaşam kalitesi ve ruhsal durum ilişkisi. Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimligi Dergisi, 22(4).
92. National Institute of Mental Health (2021). Chronic Illness and Mental Health Recognizing and Treating Depression.
93. WHO (2001). The World Health Report 2001: Mental Disorders affect one in four people. (İnternette) Erişim 09.05.2023, https://www.who.int/news-room/detail/28-09-2001-the-world-health-report-2001-mental-disorders-affect-one-in-four-people
94. Riebschleger J, Costello S, Cavanaugh DL and Grové C (2019). Mental Health Literacy of Youth That Have a Family Member With a Mental Illness: Outcomes From a New Program and Scale. Front. Psychiatry 10:2. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00002
95. England MJ, Sim LJ (2009). Depression in Parents, Parenting, and Children: Opportunities to Improve Identification, Treatment and Prevention. National Research Council (US) and the Institute of Medicine (US) Committee on Depression, Parenting, Practicing and the Healthy Development of Children. Washington, DC: National Academies Press.
96. Reupert, A. E., J Maybery, D., & Kowalenko, N. M. (2013). Children whose parents have a mental illness: prevalence, need and treatment. The Medical journal of Australia, 199(3 Suppl), S7–S9. https://doi.org/10.5694/mja11.11200
97. Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D., & Verdeli, H. (2006). Offspring of depressed parents: 20 years later. The American journal of psychiatry, 163(6), 1001–1008. https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.6.1001
98. Rasic, D. Hajek, T., Alda, M., & Uher, R. (2014). Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: A meta-analysis of family high-risk studies. Schizophrenia Bulletin,40(1), 28-38. doi:10.1093/schful/sbt114
99. Van Loon, L. M., Van de Ven, M. O., Van Doesum, K. T., Witteman, C. L., & Hosman, C. M. (2014). The relation between parental mental illness and adolescent mental health: The role of family factors. Journal of Child and Family Studies, 23(7), 1201-1214. doi: 10.1007/s10826-013-9781-7

100. Kantaş Yılmaz, F., & ÜNKÜR, P. (2023). Determination of Mental Health Literacy, Help-Seeking Behaviours and Psychological Distress Levels of Health Science Students. Journal of Health Literacy, 7(4), 9-20. doi: 10.22038/jhl.2022.66098.1308
101. Riebschleger, J., Grove, C., Costello, S., & Cavanaugh, D. (2018). Mental health literacy for children with a parent with a mental illness. Journal of Parent and Family Mental Health, 3(1), 1-3. https://doi.org/10.7191/parentandfamily.1006
102. Mordoch E. (2010). How children understand parental mental illness: "you don't get life insurance. What's life insurance?". Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal de l'Academie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 19(1), 19–25.
103. Gorczynski, P., Sims-schouten, W., Hill, D. and Wilson, J.C. (2017), "Examining mental health literacy, help seeking behaviours, and mental health outcomes in UK university students", The Journal of Mental Health Training, Education and Practice, Vol. 12 No. 2, pp. 111-120. https://doi.org/10.1108/JMHTEP-05-2016-0027.
104. Reavley, N. J., McCann, T. V., & Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy in higher education students. Early intervention in psychiatry, 6(1), 45–52. https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2011.00314.x
105. Ensari, H., Gültekin, B. K., Karaman, D., KOÇ, A., & Beşkardeş, A. F. (2013). Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi, 14(2).
106. Yeltepe E, H., Yargıç, İ. L., & Karagözoglu, C. (2016). Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören yetişkinlerde düzenli egzersizin kaygı, depresyon ve yaşam kalitesine etkisi. Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi, 17(1).
107. Ünal, S., Hisar, F., & özgÜven, Z. (2010). Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançları. Dusunen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences, 23(3).
108. Kırpınar, İ. (1992). Erzurum Numune Hastanesi psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda ruhsal bozukluklar nedeniyle tıp dışı kliniklere başvurma davranışı üzerine bir araştırma. Düşünen Adam, 1:13-17.
109. Kilit, D. Ö., & Eke E. (2019). Bireylerin Sağlik Bilgisi Arama Davranişlarinin Değerlendirilmesi: Isparta İli Örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(2), 401-436.
110. Can, A., Sönmez, E., Özer, F., Ayva, G., Bacı, H., Kaya, H., ... & Aslan, D. (2014). Sağlık arama davranışı olarak internet kullanımını inceleyen bir araştırma. Cumhuriyet Medical Journal, 36(4), 486-494.
111. Gregor Rafal, Amy Gatto & Rita DeBate (2018) Mental health literacy, stigma, and help-seeking behaviors among male college students, Journal of American College Health, 66:4, 284-291, DOI: 10.1080/07448481.2018.1434780
112. Lopez, V., Sanchez, K., Killian, M.O. et al. Depression screening and education: an examination of mental health literacy and stigma in a sample of Hispanic women. BMC Public Health 18, 646 (2018). https://doi.org/10.1186/s12889-018-5516-4
113. Korhonen, J., Axelin, A., Stein, D. J., Seedat, S., Mwape, L., Jansen, R., Groen, G., Grobler, G., Jörns-Presentati, A., Katajisto, J., Lahti, M., & MEGA Consortium/Research Team (2022). Mental health literacy among primary healthcare workers in South Africa and Zambia. Brain and behavior, 12(12), e2807. https://doi.org/10.1002/brb3.2807
114. Bruno, M., McCarthy, J., & Kramer, C. (2015). Mental health literacy and depression among older adolescent males. Journal of Asia Pacific Counseling, 5(2), 53–64. https://doi.org/ 10.18401/2015.5.2.1
115. Nor, A. S., Husna, H., Afnan, A. M, Suriani, I., & Nashriq, A. I. (2020). Sociodemographic factors of mental health literacy among housewives living in low cost apartments in Puchong, Selangor, Malaysia. Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences, 16(1), 121–125.
116. Gürgan, U., & Gür S. (2019). Genç yetişkinlerde mental iyi oluş düzeyinin depresyonla ilişkisinin bazi değişkenlere göre incelenmesi. Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi, 6(6), 516-536.

EKLER

EK-1.Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 10.10.2022-12469

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Tarihi : 30.09.2022
Toplantı Sayısı : 2022/22
Karar Sayısı : 22/26

Kurulumuza değerlendirilmek üzere sunulan, Muzaffer Akdoğan'ın sorumlu, Pınar ÜNKÜR'ün yardımcı araştırmacı olduğu 22/489 kayıt numaralı *"İstanbul'da Yaşayan Bireylerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Mental İyi Oluş Durumlarının Belirlenmesi: Esenyurt ve Adalar İlçelerinin Karşılaştırmalı Analizi"* başlıklı proje önerisi kurulumuzun 30.09.2022 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur.

Aslı Gibidir
Doç. Dr. Yasemin AYDIN KARTAL
Başkan

Prof. Dr. Derya BÜYÜKKAYHAN
Etik Kurul Üyesi

Prof. Dr. Abubekir ELTAS
Etik Kurul Üyesi

Prof. Dr. Recep KEŞLİ
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Eray Metin GÜLER
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Erhan ALABAY
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Selda RIZALAR
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Bahar Başak KIZILTAN ELİAÇIK
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Tuğçe ÖZYAZICI
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Gamze TEMİZ
Etik Kurul Üyesi

05.10.2022 Memur

Ali CEYLAN

EK-2.Anket Formu

Değerli katılımcı,

‘‘İstanbul’da Yaşayan Bireylerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Mental İyi Oluş Durumlarının Belirlenmesi: Esenyurt ve Adalar İlçelerinin Karşılaştırmalı Analizi” adlı bu tez çalışması Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Pınar ÜNKÜR tarafından Doç. Dr. Muzaffer AKDOĞAN danışmanlığında yürütülmektedir. Ankete vereceğiniz yanıtlar sadece akademik çalışma için kullanılacak olup; herhangi bir kişi veya kurumla paylaşılmayacaktır. Çalışma, Esenyurt ve Adalar’da ikamet eden 18-65 yaş aralığındaki bireylere yönelik yapılmaktadır. Değerli zamanınız ve kıymetli katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

BÖLÜM 1-SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Cinsiyet	1- Kadın		2- Erkek	
2. Oturduğunuz ilçe	1- Esenyurt		2- Adalar	
3.Medeni durumunuz	1- Evli		2- Bekâr	
4.Yaşınız (yazınız)				
5. Eğitim Durumunuz (En son mezun olduğunuz eğitim kurumunu işaretleyiniz)	1- Herhangi bir okula gitmemiş	2- ilköğretim	3- ortaöğretim	4- Lise
	5- Üniversite		6- Lisansüstü (Yüksek L.-Doktora)	
6.Çalışma durumunuz	Çalışıyor		Çalışmıyor	
7. Gelir durumunuz	Geliri yok	Asgari ücret	Asgari ücret ve altı	Asgari ücret üzerinde
8. Mesleğiniz nedir?	Öğrenci		Öğretmen	Sağlık çalışanı
	Memur		İşçi	Ev hanımı
	Esnaf		Diğer(belirtiniz)	
9. Covid-19 tanısı aldınız mı?	1-Evet		2-Hayır	
10. Covid-19 pandemisinde ruh sağlığınız kötü etkilendi mi?	1-Evet		2-Hayır	
11. Herhangi bir ruhsal hastalığınız var mı?	1-Var		2- Yok	
12. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?	1-Var		2- Yok	
13. Ailenizde ruhsal hastalığı olan var mı?	1-Var		2- Yok	

14. Arkadaşlarınız veya çevrenizde ruhsal hastalığı olan var mı?	1-Var	2- Yok	
15. Sigara içiyor musunuz?	1-Evet	2- Hayır	
16. Alkol kullanıyor musunuz?	1-Evet	2- Hayır	
17. Ruhsal sağlık sorunları hakkında bilgiyi en çok nereden edindiniz?	1- Eğitim amaçlı faaliyet	2- Sosyal medya	3- Kitap
	4- Sosyal çevrem	5- Akademik ortam	6- Diğer
18. Şu anda ruh sağlığı için herhangi bir tedavi görüyor musunuz? (Lütfen geçerli olanların hepsini seçin)	1- Tedavi görmüyorum. 2- Ayakta psikoterapi\konuşma terapisi görüyorum. 3- Grup tedavisi görüyorum. 4- Hastanede yatarak tedavi aldım/alıyorum. 5- İlaç tedavisi (ayakta tedavi) görüyorum.		

BÖLÜM 2-RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ

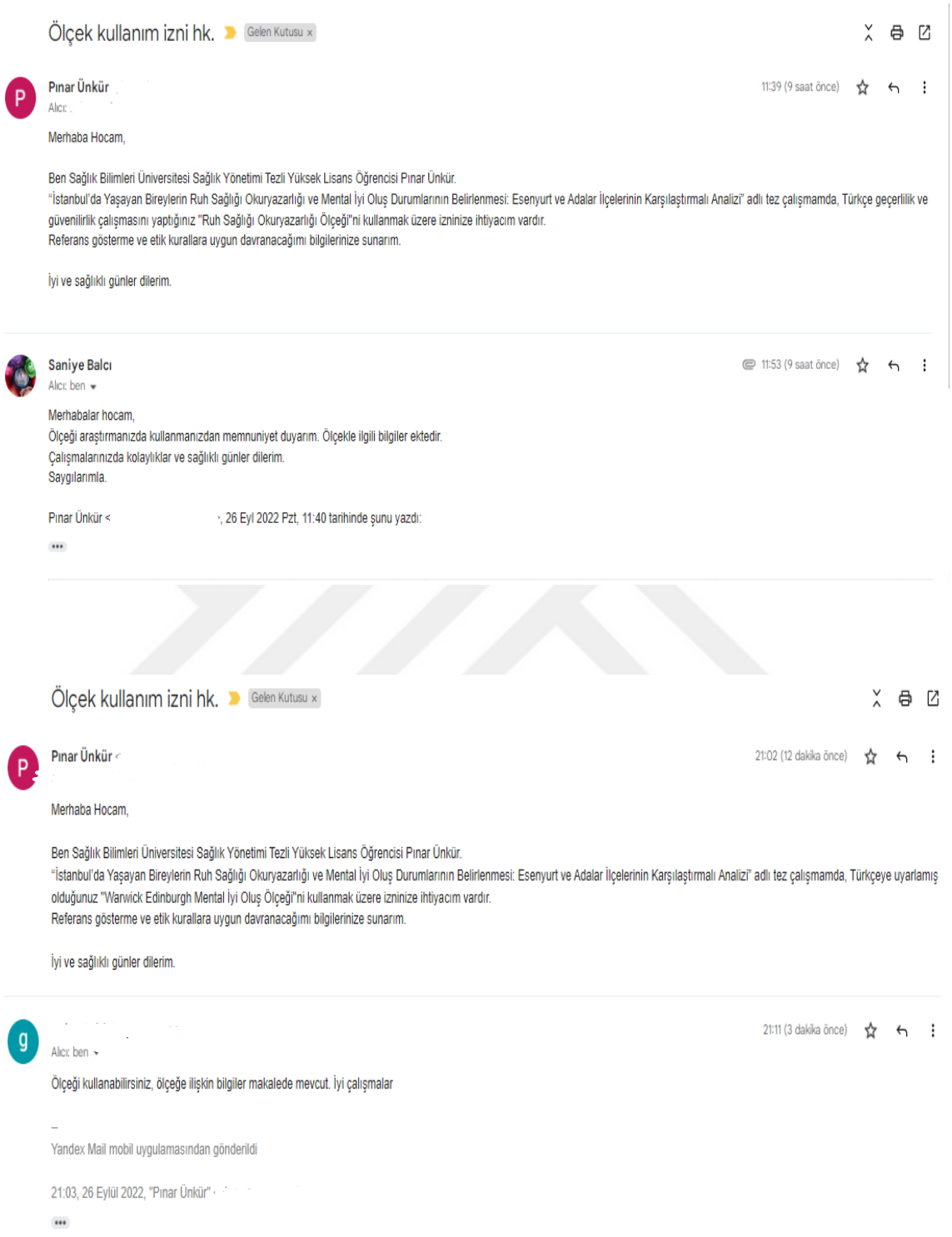
No	Soru	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Bilmiyorum
1	Psikolojik danışmanlık depresyon için faydalı bir tedavi yöntemidir.						
2	Şizofreni olan insanlar gerçekte ortada olmayan şeyleri görürler.						
3	Ruh sağlığı hastalıklarının erken tanısı iyileşme şansını arttırabilir.						
4	Akran destek gruplarına katılmak ruh sağlığı hastalıklarından kurtulmaya yardım eder.						
5	Açıklanamayan fiziksel ağrı veya yorgunluk depresyon belirtisi olabilir.						
6	Bilişsel davranışçı terapi kişinin düşünme şeklini ve strese tepkisini değiştirebilir.						
7	Bipolar bozukluğu olan bir kişinin ruh halinde çok büyük değişimler görülebilir.						

8	Ruh sağlığı hastalıkları için doktorların yazdığı ilaçları kullanmak faydalıdır.						
9	Alkol kullanmak ruh sağlığı hastalıklarının belirtilerini kötüleştirebilir.						
10	Anksiyete bozukluğu olan bir kişi aşırı endişe veya korkuya sahiptir.						
11	İnançlarına daha çok bağlı olan kişilerde ruh sağlığı bozukluğu gelişmez.						
12	Ruh sağlığı hastalıkları kısa süreli hastalıklardır.						
13	Ruh sağlığı hastalıklarından kurtulmak çoğunlukla şansa ya da kadere bağlıdır.						
14	Depresyonda olan birine intihar düşüncesinin olup olmadığı sorulmamalıdır.						
15	Ruh sağlığı hastalıkları tedavi edilmeden de zamanla düzelir.						
16	Ruh sağlığı hastalıklarından kurtulmak iyileşmekle aynı şeydir.						
17	Bir kişi istediği zaman biriktirme hastalığını (eşya vs) durdurabilir.						
18	Depresyonda olan kişi hiç tedavi edilmeden kendi başına iyileşir.						
		Evet			**Hayır**		
19	Ruh sağlığı hizmeti almak için nereye gidebileceğimi biliyorum.						
20	Bir intiharı önlemek için nereyi arayacağımı biliyorum.						
21	Ruh sağlığı hastalıkları hakkında faydalı bilgileri nerden edinebileceğimi biliyorum.						
22	Yaşadığım yerdeki ruh sağlığı hastalıkları hizmet birimiyle nasıl iletişim kurabileceğimi biliyorum.						

BÖLÜM-3: WARWICK-EDINBURGH MENTAL İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ

Soru	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1-Gelecekle ilgili iyimserim.					
2-Kendimi işe yarar(faydalı) hissediyorum.					
3-Kendimi rahatlamış hissediyorum.					
4-Diğer insanlara karşı ilgiliyim.					
5-Farklı işlere zaman ayırabilecek enerjim var.					
6-Sorunlarla iyi bir şekilde başa çıkabilirim.					
7-Açık ve net bir biçimde düşünebiliyorum.					
8-Kendimden memnunum.					
9-Kendimi diğer insanlara yakın hissediyorum.					
10-Kendime güveniyorum.					
11-Kendi kararlarımı kendim verebiliyorum.					
12-Sevildiğimi hissediyorum.					
13-Yeni şeylere karşı ilgiliyim.					
14-Neşeli hissediyorum.					

EK-3.Ölçek Kullanım İzinleri



Ölçek kullanım izni hk. Gelen Kutusu x

Pınar Ünkür
Alıcı:

11:39 (9 saat önce)

Merhaba Hocam,

Ben Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi Pınar Ünkür.
"İstanbul'da Yaşayan Bireylerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Mental İyi Oluş Durumlarının Belirlenmesi: Esenyurt ve Adalar İlçelerinin Karşılaştırmalı Analizi" adlı tez çalışmamda, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız "Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği"ni kullanmak üzere izninize ihtiyacım vardır.
Referans gösterme ve etik kurallara uygun davranacağımı bilgilerinize sunarım.

İyi ve sağlıklı günler dilerim.

Saniye Balcı
Alıcı: ben

11:53 (9 saat önce)

Merhabalar hocam,
Ölçeği araştırmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyarım. Ölçekle ilgili bilgiler ektedir.
Çalışmalarınızda kolaylıklar ve sağlıklı günler dilerim.
Saygılarımla.

Pınar Ünkür < , 26 Eyl 2022 Pzt, 11:40 tarihinde şunu yazdı:

•••

Ölçek kullanım izni hk. Gelen Kutusu x

Pınar Ünkür

21:02 (12 dakika önce)

Merhaba Hocam,

Ben Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi Pınar Ünkür.
"İstanbul'da Yaşayan Bireylerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Mental İyi Oluş Durumlarının Belirlenmesi: Esenyurt ve Adalar İlçelerinin Karşılaştırmalı Analizi" adlı tez çalışmamda, Türkçeye uyarlamış olduğunuz "Warwick Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği"ni kullanmak üzere izninize ihtiyacım vardır.
Referans gösterme ve etik kurallara uygun davranacağımı bilgilerinize sunarım.

İyi ve sağlıklı günler dilerim.

21:11 (3 dakika önce)

Alıcı: ben

Ölçeği kullanabilirsiniz, ölçeğe ilişkin bilgiler makalede mevcut. İyi çalışmalar

--
Yandex Mail mobil uygulamasından gönderildi

21:03, 26 Eylül 2022, "Pınar Ünkür"

•••