



**T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**PSİKIYATRİ HASTALARININ RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI SAĞLIKLI
YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE TOPLUM ENTEGRASYON DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**Songül CEYLAN
HEMŞİRELİK**

**ŞANLIURFA
2026**



**T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**PSİKİYATRİ HASTALARININ RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI SAĞLIKLI
YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE TOPLUM ENTEGRASYON DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**Songül CEYLAN
HEMŞİRELİK**

DANIŞMAN: Dr. Öğr. Üyesi Özlem KAÇKIN

**ŞANLIURFA
2026**

TEŞEKKÜR

Tez surecim boyunca bilgi, deneyim ve destegini benden hicbir zaman esirgemeyen, her asamada yol gosterip rehberlik eden degerli danisman hocam Dr. Ogretim Uyesi OZLEM KACKIN'a en icten tesekkurlerimi sunarim.

Bu yolda her zaman bana ilham kaynagi olan, bilgi ve tecrubesiyle bana isik tutan, akademik ve kisisel gelisimimde ornek aldigim saygi deger hocam Doc. Dr. VEYSEL KAPLAN'a sonsuz tesekkur ederim.

Hayatimin her aninda bana destek olan, sevgileriyle bana guc veren canim aileme; ozellikle bugunlere gelmemde en buyuk emek ve sabir sahibi olan canim annem ve babam ZAHIDE CEYLAN ve MEHMET BESIR CEYLAN'a, hayatimin her alaninda arkamdaki dag olan canim abim DELIL CEYLAN'a, hem sirdasim hem akil hocam olan canim ablam KUMRU CEYLAN'a, her zaman bana moral veren ve yuzumu gulduren BARIS CEYLAN'a sonsuz tesekkur ederim.

Tez surecim ve bu yolculuk boyunca her zaman yanımda olduklarini hissettiren, destekleriyle motivasyonumu artiran degerli arkadaslarima, birlikte calismaktan buyuk mutluluk ve gurur duydugum calisma arkadaslarima ve bilgi ve emeklerini esirgemedi katkida bulunan kiymetli hekim arkadaslarima en icten tesekkurlerimi sunarim.

ONAY

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
KISALTMALAR	iii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Soruları	4
2. ÖNCEKİ ÇALIŞMALAR	5
2.1. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı (RSOY)	5
2.1.1. Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Tanımı ve Boyutları	5
2.1.1.1. Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Ruhsal Hastalık Yönetimindeki Rolü	6
2.1.1.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler	8
2.1.1.3. Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Klinik Sonuçlara Etkileri	9
2.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD)	10
2.2.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Tanımı ve Bileşenleri	10
2.2.2. Psikiyatrik Hastalarda Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Önemi	12
2.2.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler	13
2.2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Ruhsal ve Fiziksel İyilik Hâline Etkisi	15
2.3. Toplum Entegrasyonu	16
2.3.1. Toplum Entegrasyonunun Tanımı ve Kuramsal Çerçevesi	16
2.3.2. Psikiyatrik Hastalarda Toplum Entegrasyonunun Belirleyicileri	17
2.3.3. Toplum Entegrasyonunun Ölçülmesi ve Değerlendirilmesi	20
2.3.4. Toplum Entegrasyonunu Geliştirmeye Yönelik Müdahaleler	23
2.4. Değişkenler Arası İlişkiler ve Kuramsal Model	24
2.4.1. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ile Sağlıklı Yaşam Davranışları Arasındaki İlişki	24
2.4.2. Sağlıklı Yaşam Davranışları ile Toplum Entegrasyonu Arasındaki İlişki	27
2.4.3. Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Toplum Entegrasyonu Üzerindeki Olası Etkileri	28
2.4.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Aracı Rolüne İlişkin Kuramsal Yaklaşım	29
3. GEREÇ ve YÖNTEM	31
3.1. Araştırmanın Şekli	31
3.2. Araştırmanın Türü	31
3.3. Araştırmanın Modeli	31
3.4. Araştırmanın Hipotezleri	31
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	31
3.6. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	32
3.7. Veri Toplama Araçları	32
3.7.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	32
3.7.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği	33
3.7.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ)	33
3.7.4. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği	34
4. BULGULAR	36
5. TARTIŞMA	55
5.1. Psikiyatri Hastalarının Demografik Özellikleri ve Sağlık Alışkanlıkları ile Ruh Sağlığı	

Okuryazarlığı, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Toplumsal Entegrasyon Düzeyleri Görüşleri Arasındaki Farklara Yönelik Tartışma	55
5.2. Psikiyatri hastalarının Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Toplumsal Entegrasyon Düzeyleri Görüşleri Arasındaki İlişki ve Kurulan Modele Yönelik Tartışma	66
6. SONUÇLAR	70
7. ÖNERİLER	73
KAYNAKLAR.....	75
ÖZ GEÇMİŞ	85
EKLER.....	86

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSİKIYATRİ HASTALARININ RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE TOPLUM ENTEGRASYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Songül CEYLAN

HARRAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Özlem KAÇKIN

Yıl: 2026, Sayfa: 89

Psikiyatri hastalarının ruh sağlığı okuryazarlığının teşvik edilmesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yaygınlaştırılması ve bu yolla ruhsal hastalıkların olumsuz etkilerinin azaltılması açısından kritik bir müdahale alanı olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca ruh sağlığı, bireylerin genel yaşam kalitesini belirleyen en kritik unsurlardan biri olmasına rağmen, toplumda bu konuya ilişkin farkındalık halen istenen düzeyde değildir. Psikiyatri hastalarının ruh sağlığı okuryazarlığı, yalnızca bireysel iyileşmelerine değil, aynı zamanda toplumla daha güçlü bağlar kurmalarına da doğrudan katkı sağlar. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bu süreçteki rolü ise göz ardı edilemeyecek kadar önemlidir; çünkü fiziksel ve zihinsel sağlığı koruma altına alan bu davranışlar, bireyin topluma entegrasyon sürecini de hızlandırabilir. Bu çalışmada, psikiyatri hastalarının ruh sağlığı okuryazarlığı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve toplum entegrasyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi, bireylerin hem kendi yaşamlarını iyileştirme hem de toplumsal yapıyı daha sağlıklı hale getirme potansiyellerini ortaya koymayı hedeflenmiştir.

Bu çalışmanın amacı, psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hastalarda ruh sağlığı okuryazarlığı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve toplum entegrasyonu düzeyleri arasındaki ilişkilerin istatistiksel olarak incelenmesi ve söz konusu değişkenlerin bütüncül bir çerçevede etkileşim örüntülerinin ortaya konulmuştur. Araştırmanın evrenini, bir eğitim ve araştırma hastanesinin psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi alan hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme ise dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan oluşmuştur. Araştırma verileri, Tanıtıcı Bilgi Formu, Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOY), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) ve Toplum Entegrasyon Ölçeği (TEÖ) aracılığı ile toplanacaktır. Elde edilen veriler SPSS programı aracılığı ile analiz edilmiştir.

ANAHTAR KELİMELELER: Psikiyatrik bozukluk, Ruhsal bozukluk, Okuryazarlık, Ruhsağlığı okuryazarlığı, Sağlıklı yaşam biçimi

ABSTRACT

MASTER’S THESIS

AN EXAMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN MENTAL HEALTH LITERACY, HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIOURS, AND LEVELS OF SOCIAL INTEGRATION AMONG PSYCHIATRIC PATIENTS

Songül CEYLAN

**HARRAN UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL
NURSING**

Thesis Advisor: Asst. Prof. Özlem KAÇKIN

Year: 2026, Page: 89

Promoting mental health literacy of psychiatric patients is a critical intervention area in terms of promoting healthy lifestyle behaviours and thus reducing the negative effects of mental illnesses. In addition, although mental health is one of the most critical factors determining the overall quality of life of individuals, awareness of this issue in the society is still not at the desired level. Mental health literacy of psychiatric patients directly contributes not only to their individual recovery but also to establishing stronger ties with society. The role of healthy lifestyle behaviours in this process is too important to be ignored; because these behaviours that protect physical and mental health can also accelerate the integration process of the individual into society. This study aims to examine the relationship between mental health literacy, healthy lifestyle behaviours and community integration levels of psychiatric patients and to reveal the potential of individuals to both improve their own lives and make the social structure healthier.

The aim of this study was to examine the relationship between mental health literacy, healthy lifestyle behaviours and community integration levels of psychiatric patients.

The population of the study will consist of patients receiving inpatient treatment in the psychiatry clinic of a training and research hospital. The sample of the study will consist of patients who meet the inclusion criteria and agree to participate in the study. The research data will be collected through the Descriptive Information Form, Mental Health Literacy Scale (MHLS), Healthy Lifestyle Behaviours Scale (HLSBS) and Community Integration Scale (CIS). The data obtained will be analysed by means of SPSS software.

KEYWORDS: Psychiatric disorder, Mental disorder, Literacy, Mental healthy literacy, Healthy lifestyle

KISALTMALAR

RSOY	: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
SYBDÖ	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
TEÖ	Toplum Entegrasyon Ölçeği
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
T.C	Türkiye Cumhuriyeti
RSO	Ruh sağlığı okuryazarlığı
RSİYM	Ruh Sağlığı İlk Yardım Merkezi
ACSM	: Amerikan Egzersiz Konseyi
TRSM	Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri
SOY	Sağlık okuryazarlığı
MSST	Metabolik Sendrom Tarama
CHART	Craig engellilik değerlendirme ve raporlama tekniği
RNLI	: Normal yaşama yeniden katılım endeksi
SYBDÖ	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Psikiyatrik bozukluklar, dünya genelinde hastalık yükünü belirleyen en önemli sağlık sorunlarından biri olmaya devam etmektedir. Depresyon, bipolar bozukluk, şizofreni ve diğer ruhsal bozukluklar; yalnızca bireyin bilişsel ve duygusal süreçlerini değil, aynı zamanda fiziksel sağlık, sosyal roller, işlevsellik ve yaşam kalitesini derinden etkileyen çok boyutlu sonuçlar doğurmaktadır (Arias ve Saxena, 2022; Bogotá, 2023). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ruhsal bozuklukların küresel ekonomik yükünün 2030’da 6 trilyon doları aşacağını ve ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerin genel popülasyona kıyasla 10–20 yıl daha erken mortalite riski taşıdığını bildirmektedir (World Health Organization, 2025). Bu nedenle güncel literatür, psikiyatrik iyileşmeyi yalnızca “semptomların azalması” olarak değil; bireyin toplumsal yaşama yeniden katıldığı, sağlıklı yaşam alışkanlıklarını sürdürebildiği ve kendi sağlık yönetimini etkin biçimde gerçekleştirebildiği bütüncül bir süreç olarak tanımlamaktadır (Ayub vd., 2025).

Ruh sağlığı okuryazarlığı (RSOY), ilk kez Jorm (2012) tarafından tanımlanan, bireyin ruhsal bozukluk belirtilerini tanıma, uygun yardım arama yollarına erişme, tedavi seçenekleri hakkında bilgi sahibi olma, ruhsal hastalığa ilişkin yanlış inanışları sorgulama ve damgalamayı azaltmaya yönelik tutum geliştirme yetkinliğini ifade eden çok boyutlu bir kavramdır (Jorm, 2012). Güncel tanımlar, RSOY’u yalnızca bilgi düzeyi olarak değil, aynı zamanda yargılama kapasitesi, karar verme, profesyonel destek arama, öz-yeterlik ve sağlık yönetim becerileri ile ilişkili davranışsal bir yapı olarak ele almaktadır (Carmen vd.2023; Göktaş vd. 2019; Özer ve Şahin Altun, 2022).

Son yıllardaki çalışmalar, düşük RSOY düzeyinin tedaviye geç başvuru, içselleştirilmiş damgalanma, ruhsal belirtilerin yanlış yorumlanması, ilaç uyumsuzluğu ve daha kötü ruh sağlığı sonuçları ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Doll vd. 2021) Buna karşın yüksek RSOY düzeyi, ruhsal iyilik hali, psikolojik dayanıklılık, daha yüksek mutluluk, daha olumlu yardım arama davranışı ve daha iyi işlevsellik ile ilişkili bulunmuştur (Zhang vd. 2025). Türkiye bağlamında yapılan son çalışmalar, yetişkinlerde ruh sağlığı okuryazarlığının genel olarak düşük–orta düzeyde olduğunu ve bu durumun farklı gruplarda kişisel/öz

damgalama, profesyonel yardım arama oranlarının çok düşük kalmasına ve başvurunun gecikmesine güçlü biçimde katkıda bulunduğunu ortaya koymaktadır (Göktaş vd. 2019; Kılınç & Kendirkıran, 2025; Özkan vd. 2024).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD), bireyin sağlık durumunu korumaya, geliştirmeye ve hastalık risklerini azaltmaya yönelik olarak gerçekleştirdiği davranışlar bütünüdür (Bahar vd. 2008). Bu davranışlar; beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi, sağlık sorumluluğu, pozitif yaşam alışkanlıkları, uyku düzeni, madde kullanımından kaçınma ve öz-bakım yönetimi gibi bileşenleri içerir (Bahar vd. 2008). Güncel araştırmalar, ruhsal bozukluğu olan bireylerde sağlıklı yaşam davranışlarının genel popülasyona kıyasla anlamlı derecede düşük olduğunu ve bunun mortalite ile morbiditedeki dramatik farklılığı açıkladığını göstermektedir (Armstrong vd., 2024; Bourke vd. 2025; Lo vd. 2024). Çalışmaların bulguları birlikte ele alındığında; sağlıklı yaşam davranışlarının (sigara içmeme, yeterli fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme, normal vücut ağırlığı ve alkolü sınırlama gibi) yaşam süresini anlamlı derecede uzattığı, tüm nedenlere bağlı mortalite riskini düşürdüğü ve sağlık harcamalarını azalttığı gösterilmektedir. Özellikle ulusal kohort verilerine dayanan çalışma, beş sağlıklı yaşam davranışının birlikte sürdürülmesinin yaşam beklentisine yaklaşık 7 yıl kazanç sağladığını ve mortalite riskini belirgin biçimde düşürdüğünü ortaya koymaktadır. Sistemik derleme ve meta-analiz bulguları ise birden fazla sağlıklı yaşam davranışını birlikte sürdüren bireylerde depresyon, anksiyete ve psikolojik sıkıntı düzeylerinin belirgin olarak daha düşük olduğunu, sosyal işlevselliği iyileştirdiği ve genel yaşam kalitesini yükselttiği saptanmıştır (Armstrong vd. 2024; Bourke vd. 2025; Lo vd. 2024). Türkiye’de ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerle yapılan bir çalışma, öz-bakım gücü arttıkça sağlıklı yaşam davranışlarının da anlamlı şekilde yükseldiğini göstermiş; bu bulgu, SYBD’nin klinik ve sosyal iyileşmede temel bir belirleyici olduğunu desteklemiştir (Üstün ve Gerçik, 2023).

Toplum entegrasyonu, bireyin toplum içinde yalnızca fiziksel olarak bulunmasını değil; aynı zamanda sosyal ilişkilere katılım, üretken roller üstlenme, anlamlı faaliyetlerde bulunma, aidiyet hissi, çevresel desteklere erişim ve bağımsız yaşam gibi çok boyutlu unsurları kapsayan bir kavramdır (Açıkgöz, 2020). Modern psikiyatrik rehabilitasyon yaklaşımları,

toplum entegrasyonunu iyileşmenin nihai hedeflerinden biri olarak kabul etmektedir (Cabral vd. 2018). Ancak araştırmalar, psikiyatri hastalarında toplum entegrasyonu ve sosyal ilişkilerin genel nüfusa kıyasla belirgin biçimde zayıf olduğunu ortaya koymaktadır (Mehrotra vd. 2018). Çalışmalar, şizofreni ve psikotik bozukluğu olan bireylerin sosyal ağlarının hem daha küçük hem de daha düşük kaliteye sahip olduğunu göstermektedir; bu bireylerin sosyal destek ve ağ yapıları genel nüfusa kıyasla anlamlı düzeyde bozulmuştur, bu da sosyal ilişkilerde izolasyon ve dışlanmanın yaygın olduğunu işaret etmektedir. Toplum içinde sosyal bağların yetersizliği, işlevselliği olumsuz etkileyerek yaşam kalitesi ve psikososyal uyum üzerinde negatif sonuçlara yol açmaktadır (Degnan vd. 2018; Kostev vd. 2025). Ayrıca, toplum ruh sağlığı merkezlerine kayıtlı psikotik bozukluk tanılı hastaların yalnızca %13.8'inin düzenli sosyal hizmet programlarına katılım gösterdiği ve bu düşük katılım oranının hasta grubunda sosyal etkileşim ve toplumsal katılımın sınırlı olduğunu ortaya koyduğu bildirilmiştir (Sardoğan ve Gültekin, 2023). Bu veriler, psikiyatri hastalarında yalnızca fiziksel varlık değil, sosyal ilişkilere katılım, aidiyet ve üretken rollere erişim gibi entegrasyon boyutlarının da ciddi derecede kısıtlandığını göstermektedir; bu nedenle toplum entegrasyonu, bireylerin bütüncül iyileşmesi ve psikososyal uyumunun önemli bir hedefi olarak kabul edilmektedir (Degnan vd. 2018; Kostev vd. 2025).

Son yıllarda toplum temelli ruh sağlığı politikaları, bireyin yalnızca semptom kontrolüyle değil; toplumsal katılımı, sosyal becerileri ve yaşam doyumunu artırmaya yönelik programlarla desteklenmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Killaspy vd. 2022). Özellikle şizofreni gibi ciddi ruhsal bozukluklarda sosyal izolasyon, işsizlik, damgalanma ve konut sorunlarının yaygın olduğu; bu nedenle entegrasyonun çok boyutlu bir destek gerektirdiği gösterilmiştir (Killaspy vd. 2022). Natividad vd. (2025), tarafından gerçekleştirilen bir müdahalenin; sosyal bağlantıları güçlendirdiğini, sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazandırdığını ve toplum entegrasyonunu anlamlı biçimde artırdığını bildirmiştir (Natividad vd. 2025).

Toplum temelli çalışmalar, ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi arttıkça sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışlarının ve öz-yönetim becerilerinin güçlendiğini bildirmektedir (Lin ve Wang, 2024; Mehrizi vd. 2024). Mevcut kanıtlar, ruh sağlığı okuryazarlığının toplumsal entegrasyonu yalnızca doğrudan bir bilgi düzeyi göstergesi olarak değil; bireyin

tutumlarını, öz-yeterliğini, psikolojik dayanıklılığını, aile ve sosyal ağlarını, damgalama algısını ve yardım arama davranışlarını etkileyen bir dizi davranışsal mekanizma üzerinden dolaylı olarak şekillendirebileceğini ortaya koymaktadır (McAnally ve Hagger, 2023). Bununla birlikte, söz konusu davranışsal süreçleri doğrudan test eden ve özellikle toplum entegrasyonu odağında tasarlanmış araştırmaların hâlen sınırlı olduğu görülmektedir. Dolayısıyla, ruh sağlığı okuryazarlığının TED üzerindeki etkisi son yıllarda giderek daha fazla incelenmekle birlikte, bu ilişkinin altında yatan mekanizmaların anlaşılması açısından literatürde önemli boşluklar bulunmaktadır. Bu bağlamda çalışma, RSOY'un yalnızca bilişsel bir yeterlik değil, bireyin sağlık davranışları ve toplumsal yaşama katılımını etkileyen işlevsel bir belirleyici olduğunu ortaya koyarak; klinik uygulamalar, toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri ve rehabilitasyon programları için kanıta dayalı yeni bir bakış açısı sunmayı hedeflemektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, psikiyatri hastalarının ruh sağlığı okuryazarlığı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve toplum entegrasyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

1.3. Araştırmanın Soruları

Bu araştırma temelde “Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, ruh sağlığı okuryazarlığı ile toplum entegrasyonu arasındaki ilişkide aracı bir rol oynamakta mıdır?” sorusuna yanıt aramaktadır.

2. ÖNCEKİ ÇALIŞMALAR

2.1. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı (RSOY)

2.1.1. Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Tanımı ve Boyutları

Sağlık okuryazarlığı, ruh sağlığını bireyin potansiyelini gerçekleştirdiği, stresle etkili biçimde baş ettiği, üretken çalıştığı ve kendisine ya da topluma katkı sunduğu iyi olma hâli olarak tanımlamıştır (Göktaş vd 2019). Sağlık okuryazarlığı alanında ortaya çıkmış, son yıllarda görünürlüğü artmış ve gelişimini sürdürmekte olan bir kavram olarak ruh sağlığı okuryazarlığı önem taşımaktadır. Kavramın tam sınırları net olmamakla birlikte, birey ve toplum düzeyinde ruh sağlığının korunması ve güçlendirilmesi açısından kritik bir rol oynamaktadır (Kutcher vd. 2016). Ruh sağlığı okuryazarlığı (RSOY), ilk kez Jorm ve arkadaşları (2012) tarafından tanımlanan, bireyin ruhsal bozukluk belirtilerini tanıma, uygun yardım arama yollarına erişme, tedavi seçenekleri hakkında bilgi sahibi olma, ruhsal hastalığa ilişkin yanlış inanışları sorgulama ve damgalamayı azaltmaya yönelik tutum geliştirme yetkinliğini ifade eden çok boyutlu bir kavramdır.

Ruh sağlığı okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı ile karşılaştırıldığında çoğu zaman ihmal edilmektedir. Fiziksel hastalıklar için sağlık okuryazarlığının taşıdığı önem, ruhsal hastalıklar için ruh sağlığı okuryazarlığının aynı derecede önemli olmasıyla paralellik göstermektedir (Akdoğan, 2018). Günümüzde insanlar, fiziksel rahatsızlıkların belirtilerini tanımakta, yararlı–zararlı davranışları ayırt etmekte, tedavi süreçlerini ve korunma yollarını bilmekteyken; ruhsal bozukluklar konusunda yeterli bilgiye sahip olmamaktadır. Artan stres etmenleri ve yaşam koşulları, ruh sağlığını ciddi biçimde tehdit etmektedir. Toplumda geniş bir kesim hastalığının farkına varamamakta; farkındalık geliştirebilen azınlık ise çoğu zaman durumun ciddiyetini kavrayamamakta ve çözüm arayışına yönelmemektedir (Akdoğan, 2018; Göktaş vd. 2019).

Ruh sağlığı okuryazarlığının yetersiz kalması sonucunda ruhsal bozuklukların ilerlediği, bireylerin genellikle ileri evrelerde yardım talep ettiği, bunun da acil servis başvurularını ve hastane yatışlarını artırdığı görülmektedir (Göktaş vd. 2018; Tokur Kesgin vd. 2020). Ruhsal bozukluğu bulunan bireylerin toplumda yüksek düzeyde damgalama

ve ayrımcılığa maruz kaldığı bilinmektedir. Düşük düzeyde ruh sağlığı okuryazarlığının yüksek intihar oranlarıyla ilişkili olduğu ifade edilmektedir (Kutcher vd. 2016). Toplumda ruh sağlığı okuryazarlığının artırılmasıyla ruhsal sorunların erken dönemde tanınması, uygun tedavi ve bakımın sağlanması, damgalama davranışlarının azalması ve profesyonel yardım aramaya yönelik olumlu tutum ve davranışların gelişmesi mümkün olmaktadır. Ruhsal iyilik hâlinin, ruh sağlığı okuryazarlığındaki ilerleme ile orantılı olarak pozitif yönde seyretmesi beklenmektedir (Tokur Kesgin vd. 2020; Göktaş vd. 2018).

2.1.1.1. Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Ruhsal Hastalık Yönetimindeki Rolü

Almanya’da 12 aylık prevalans verileri, ruhsal rahatsızlıklardan etkilenen bireylerin oranının %28 düzeyinde seyrettiğini göstermektedir (Gerschler vd.2014, Gerschler vd.2016). Buna karşın ruh sağlığı hizmetlerine başvuru ve yararlanma oranlarının bu grubun yalnızca sınırlı bir kesimini kapsadığı bildirilmektedir. Yaygınlık ile yardım arama davranışları arasındaki bu belirgin uçurum, toplumda ruh sağlığı okuryazarlığının yetersizliğine ve erken tanı–tedavi zincirindeki kırılmalara işaret etmektedir (Jorm, 2012). Okuryazarlığın güçlendirilmesi, belirtilerin zamanında fark edilmesini, uygun hizmetlere yönelimi ve tedaviye erişimin eşitlenmesini destekleyen temel bir halk sağlığı önceliği olarak değerlendirilmektedir.

Bu gereksinime yanıt olarak Robert Koch Enstitüsü ile Almanya Federal Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Ruh Sağlığı Gözetim Programı, nüfusun ruh sağlığı profilini düzenli biçimde izlemeyi; ruhsal bozuklukların yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini ve tedaviye erişimde karşılaşılan engelleri sistematik olarak değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Program verilerinin, kanıta dayalı kamu sağlığı politikalarının geliştirilmesi, hizmet sunumunda kapsayıcılığın artırılması ve okuryazarlığı güçlendiren müdahale stratejilerinin tasarlanması açısından kritik rol oynadığı vurgulanmaktadır (Çınar, 2025). Almanya’ya özgü bu izleme yaklaşımı, ülkede yaşayan Türk kökenli göçmenlerin ruh sağlığı profillerinin ve hizmete erişim dinamiklerinin anlaşılmasında temel bir referans çerçevesi sunmaktadır; depresyon, anksiyete ve stres gibi yaygın belirtilerin sıklığı, bakım arayışındaki bariyerler ve okuryazarlık düzeyine bağlı farklılıklar bu sayede daha bütüncül biçimde değerlendirilebilmektedir.

Ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyindeki artışın, belirtilere yönelik farkındalığı yükselttiği;

uygun tedavi kaynaklarının etkin kullanımını kolaylaştırdığı; müdahalelerin zamanında başlatılmasını ve izlem sürekliliğini desteklediği; dolayısıyla iyileşme sonuçları üzerinde olumlu etkiler yarattığı bildirilmektedir (Çınar, 2025). Bu çerçevede okuryazlığın sistematik biçimde geliştirilmesi, hizmetlere erişimde eşitsizliklerin azaltılması ve toplum temelli ruh sağlığı göstergelerinin sürdürülebilir biçimde iyileştirilmesi için öncü bir strateji olarak konumlandırılmaktadır.

Boettcher (2021) tarafından Almanya’da gerçekleştirilen bir araştırmada, yetişkin mültecilerin ruh sağlığı hizmetlerine erişimleri ve bu hizmetlerden yararlanma düzeyleri incelenmiştir. Bulguların, psikolojik sıkıntı yaşayan göçmenlerin tedaviye erişimlerinde hem yapısal hem bireysel düzeyde çeşitli güçlüklerle karşılaştıklarını ortaya koyduğu belirtilmektedir. Dil engelleri, kültürel uyumsuzluklar, sağlık sistemine dair bilgi eksiklikleri ve damgalanma korkusunun bu güçlükler arasında yer aldığı ifade edilmektedir. Ayrıca, mültecilerin öznel (kişisel farkındalık, motivasyon) ve nesnel (gerçek ihtiyaç ve erişim imkânı) düzeylerde tedavi gereksinimlerinin tam olarak karşılanmadığı saptanmaktadır. Psikolojik yardım arama davranışlarının desteklenmesi ve hizmetlere erişimin artırılması için ruh sağlığı okuryazarlığının güçlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Çınar, 2025).

Madsen (2024) çalışmasında ise Batı ülkelerinde yaşayan Arap erkeklerinin ruh sağlığı okuryazlığı düzeyleri ele alınmıştır. Bulguların, bu bireylerin ruhsal sorunları çoğunlukla göç deneyimi, uyum süreci ve dini inançlarla ilişkilendirdiklerini ve Batı’daki sağlık sistemleriyle tamamen örtüşmeyen bir anlayış geliştirdiklerini gösterdiği aktarılmaktadır. Damgalanma korkusu ve kültürel baskılar nedeniyle profesyonel yardım aramaktan kaçınıldığı, yerine gayri resmi yardım kaynaklarına yönelme eğilimi sergilendiği belirtilmektedir. Kültürel yeterlilik eksiklikleri ve sağlık hizmetlerine erişimdeki yapısal engellerin bu durumu pekiştirdiği ifade edilmektedir.

Her ne kadar çalışma Arap erkeklerine odaklanmış olsa da, benzer kültürel dinamiklerin Almanya’da yaşayan Türk göçmenler için de geçerli olabileceği öngörülmektedir. Mevcut araştırmada, Türk göçmen bireylerin ruh sağlığı okuryazlığı düzeylerinin psikolojik yardım arama davranışları üzerindeki etkileri incelenmektedir. Bu nedenle, kültürel algıların, damgalanma korkusunun ve hizmete erişimdeki yapısal engellerin benzer biçimde Türk

göçmenlerin ruh sağlığı ile ilgili davranışlarını etkileyebilecekleri düşünülmektedir. Arap erkeklerine ilişkin bulguların, kültürel farklılıkların ruh sağlığı okuryazarlığı üzerindeki etkilerine dair genel bir çerçeve sundukları ve Türk göçmenlerin incelendiği bu çalışma için bağlamsal bir zemin oluşturdıkları değerlendirilmektedir (Çınar, 2025).

2.1.1.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Ruh sağlığı okuryazarlığı, bireylerin ruhsal sorunları tanıma, bu sorunlarla baş etme yollarını öğrenme ve uygun profesyonel yardıma yönelme konusunda sahip oldukları bilgi ile beceri düzeyini ifade eder (Özer ve Altun, 2022). RSOY düzeyini belirleyen etkenlerin anlaşılması, bireysel ve toplumsal ölçekte ruh sağlığının geliştirilmesi açısından kritik önem taşır (Öztaş ve Aydoğan, 2021). Yaş, cinsiyet ve eğitim durumunun RSOY üzerinde belirleyici rol oynadığı, çok sayıda çalışmada vurgulanmış bulunur (Öztaş ve Aydoğan, 2021). Yaş ilerledikçe ruh sağlığı bilgisi ve farkındalığında artış gözlenir; kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek RSOY düzeyine sahip oldukları rapor edilir. Sağlık ve eğitim alanlarında çalışanlarda özellikle hemşirelik ve öğretmenlik mesleklerinde RSOY seviyesinin yüksek seyrettiği bildirilir (Göktaş ve Tutumlu, 2025). Bu farklılığın empatik eğilim ve cinsiyet gibi değişkenlerle ilişkili olduğu saptanır (Göktaş ve Tutumlu, 2025). RSOY düzeyi yükseldikçe yardım arama davranışında artış yaşandığı belirtilir (Avcı vd. 2023). Sosyoekonomik konum, kültürel normlar ve damgalama algısının RSOY üzerinde anlamlı etkiler yarattığı ortaya konur (Koç vd. 2022). Madde bağımlılığı olan bireylerde düşük RSOY düzeyi gözlenir ve damgalanma korkusunun yardım arama eğilimini olumsuz etkilediği bildirilir (Koç vd. 2022).

Ruh sağlığı okuryazarlığının düzeyi; yaş, cinsiyet, eğitim, mesleki deneyim, sosyoekonomik durum ve kültürel değerlere bağlı olarak bireysel ve çevresel eksenlerde farklılaşma gösterir (Arslan, 2025). Gençlerde dijital kaynaklara erişimin bilgi düzeyini artırdığı; ileri yaş gruplarında geleneksel yaklaşımların yardım arama sürecini sınırlayabildiği bulgulanır. Kadınların erkeklere göre yardım arama davranışına daha açık oldukları ortaya konur (Arslan, 2025).

Eğitim düzeyi yükseldikçe ruh sağlığı bilgisine erişim ve bu bilgiyi etkili kullanma kapasitesinin arttığı; ruhsal hastalıkların kültürel olarak damgalandığı toplumlarda okurya-

zarlık düzeyinin düştüğü rapor edilir. Bireyin geçmişte yaşadığı ruhsal sağlık sorunlarının veya yakın çevresindeki deneyimlerin farkındalığı doğrudan etkilediği ifade edilir. Yaşam boyunca deneyimlenen psikolojik teşhis sayısı arttıkça ve aile tarafından kullanılan ruh sağlığı hizmetlerinin sayısı yükseldikçe RSOY düzeylerinde artış görüldüğü ortaya konur (Arslan, 2025).

2.1.1.3. Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Klinik Sonuçlara Etkileri

Jorm (2012), ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerine ilişkin öncü çalışmasında, depresyon gibi yaygın bir ruhsal bozuklukta dahi tanılama, profesyonel yardım arama ve tedavi seçenekleri konusunda bireylerin yanlış ya da yetersiz bilgiye sahip olduklarını ortaya koymuştur. Sağlık çalışanlarının RSOY düzeylerine yönelik araştırmalarda ise okuryazarlık düzeylerinin belirgin biçimde daha yüksek seyrettiği bildirilmiştir. Bu bulguların ardından, toplumun ruh sağlığı bilgi düzeyini artırmak amacıyla ilk olarak Avustralya’da “Mental Health First Aid (MHFA)” eğitimleri başlatılmış; programın daha sonra pek çok ülkeye örnek olduğu ve çeşitli ülkelerde MHFA kursları aracılığıyla toplum ruh sağlığı eğitimlerinin yürütülmeye başlandığı belirtilmiştir (Durmuş, 2024).

Amerika Birleşik Devletleri’nde gerçekleştirilen ulusal bir araştırmada, ruhsal bozukluğu bulunan birey sayısının yüksek olmasına karşın, kişilerin kendi bozukluklarını tanıyamamaları nedeniyle profesyonel yardım talebini erteledikleri ya da hiç başvurmadıkları saptanmıştır (Durmuş, 2024). Toplumda iyi bilinen ve yaygın görülen anksiyete bozuklukları ile duygudurum bozukluklarında, bozukluğu tanıyamamaya bağlı olarak tedavi başlangıcında ortalama 8,2 yıllık gecikme yaşandığı tespit edilmiştir (Gulliver vd. 2010). Smith ve Shochet’in (2011) çalışmasında, ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi ile yardım arama niyeti arasında doğrudan bir ilişki bulunduğu, yardım arama eğiliminin yeterli ruh sağlığı bilgisine sahip olmakla güçlendiği ifade edilmiştir (Smith ve Shochet, 2011). Araştırma bulgularının, RSOY’nun hem doğrudan bir ruhsal hastalık deneyimi sonrasında hem de dolaylı olarak önceden edinilen bilgiyle geliştirilebildiğini gösterdiği belirtilmiştir (Jorm, 2012; Gulliver vd. 2010). Yetersiz RSOY düzeyinin, tedavinin erken sonlandırılması ve uygun olmayan başa çıkma stratejilerinin (alkol ve diğer maddeler) kullanımına eşlik ettiği; yüksek RSOY düzeyinin ise erken müdahaleyi kolaylaştırdığı, bireylerin öz bakıma katılımını artırdığı ve

ruh sağlığını destekleyen davranışları teşvik ettiği rapor edilmiştir (Noroozi vd. 2018).

2.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD)

2.2.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Tanımı ve Bileşenleri

İnsanların mutlu, başarılı ve nitelikli bir yaşam sürdürmelerinde sağlığın temel bir konumda yer aldığı kabul edilmektedir. Geçmiş dönemlerde ve geleneksel anlayışta sağlık, yalnızca hastalık ve sakatlığın bulunmaması biçiminde algılanmış ve tanımlanmıştır. Bu yaklaşımın hastalık kavramını öne çıkardığı, bireylerin sağlık durumlarının bu kavrama göre değerlendirildiği ve belirli semptomları ya da sakatlığı olmayan herkesin sağlıklı sayıldığı belirtilmektedir (Tuğut ve Bekar, 2008).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımına göre sağlık; sadece hastalık veya sakatlık hâlinin yokluğu değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik durumudur. Günümüz sağlık anlayışının; birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını öngördüğü ifade edilmektedir. Bu yaklaşımın; bireyin iyilik hâlini koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek davranışları edinmesi ve kendi sağlığına ilişkin doğru kararları alması üzerine kurulduğu vurgulanmaktadır (Yalçınkaya, vd. 2007).

Sağlık bakım gereksinimlerindeki değişimler, halkın sağlığa yönelik tutumundaki dönüşümler ve sağlık harcamalarındaki artışlar, hizmetlerin farklı bir bakış açısıyla sunulmasını zorunlu kılmıştır. Bu nedenle hastalıklardan korunmanın ve herkese erişilebilir bir sağlık bakımının geliştirilmesinin giderek daha fazla önem kazandığı belirtilmektedir.

Sağlığın geliştirilmesinin yalnızca hastalıkları önlemeye odaklanmadığı; bireyin genel sağlık ve iyilik durumunun daha da iyileştirilmesini amaçladığı ifade edilmektedir. Bu bağlamda çağdaş sağlık anlayışının; birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını içerdiği; söz konusu anlayışın, bireyin iyilik hâlini koruyup geliştirecek davranışları kazanması ve kendi sağlığı hakkında doğru kararlar almasına dayandığı belirtilmektedir (Avcı Öztürk, 2010).

Bu davranışları tutuma dönüştüren bireyin, sağlıklı olma hâlini sürdürebildiği ve sağlık durumunu daha ileri bir düzeye taşıyabildiği kabul edilmektedir. Sağlık davranışının, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak amacıyla benimsediği ve uyguladığı

davranışların bütünü olarak tanımlandığı ifade edilmektedir.

Sağlık davranışının; sağlık, sağlığın korunması ve sağlığın geliştirilmesi ile ilişkili davranışlar bütününe kapsadığı; sağlığın daha iyiye taşınmasının ya da başka bir deyişle sağlığın geliştirilmesinin herhangi bir hastalık veya bozukluğu önlemekten ziyade bireyin genel sağlık ve iyilik durumunu artırmayı hedeflediği bildirilmektedir (Ünalan vd. 2007).

Yaşam beklentisinin giderek yükselmesi, sağlıklı geçirilen yılların süresini ve kalitesini nasıl artırabileceği sorusunu gündeme getirmiştir. Bu konuda özellikle gelişmiş ülkelerin adımlar attıkları ve sağlıklı yaşamın sağlanmasına yönelik politikalar geliştirdikleri belirtilmektedir. Sağlıklı yaşamın; sağlığın ve fiziksel, sosyal, ruhsal iyilik hâlinin, bağımsız yaşama kapasitesinin ve yaşam kalitesinin korunması ve iyileştirilmesi ile yaşam süreçleri arasında başarılı geçişlerin sağlanması için imkânların yaşam boyu optimize edilmesi şeklinde tanımlandığı ifade edilmektedir (Aydın, 2006).

Sağlıklı yaşam biçiminin, bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi ve günlük aktivitelerini sürdürürken kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçip düzenlemesi olarak tanımlandığı belirtilmektedir (Özkan ve Yılmaz, 2008).

Tarihsel süreçte tıp ve sağlık hizmetlerindeki ilerlemelere bakıldığında, öncelikle hastalananların iyileştirilmeye çalışıldığı, sonrasında ise hastalıktan korunma yollarının arandığı görülmektedir. Tüm çabaların insanı olabildiğince sağlıklı yaşatma hedefine yöneldiği; bu amaçla bireyleri hastalanmaktan koruyan ve yaşamları boyunca sağlıklı kalmalarını destekleyen pek çok uygulamanın geliştirildiği ifade edilmektedir. Günümüzde bu uygulamaların tamamına “Sağlıklı Yaşam Biçimi” (Healthy Life Style) adı verildiği belirtilmektedir (Avcı Öztürk, 2010).

Yaşam biçiminin, günlük olarak çoğu zaman farkında olmadan yapılan ve sonuçları kabullenilen bireysel alışkanlıklar olarak tanımlandığı; bu alışkanlıkların sağlığı olumlu ya da olumsuz etkileyebildiği vurgulanmaktadır. Hastalanmayı önlemek için sağlıklı beslenme (az tuz, şeker ve doymuş yağ vb.), düzenli fiziksel egzersiz, sigara ve alkol kullanmama, aşırı yorgunluk ve stresten kaçınma, günlük 7–8 saat uyku ve çevrenin sağlığa uygun hâle getirilmesi gibi çeşitli uygulamaların önerildiği belirtilmektedir (Yıldırım, 2005).

Sağlıklı yaşam biçiminin, bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi ve günlük aktivitelerini sürdürmede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi şeklinde tanımlandığı yinelenmektedir. Bu doğrultuda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sürdürülmesi ve sağlığın geliştirilmesinin, sağlık hizmeti sunan profesyonellerin temel hedefleri arasında yer alması gerektiği ifade edilmektedir. Pozitif sağlığın anahtarının, her bireyin eğitilmesi ve kişilerin sağlık sorumluluğu bilincini kazanmasıyla mümkün olduğu vurgulanmaktadır (Tekir, 2005)

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilebilmesinde ilk adımların toplum ve aile içinde atıldığı; sonrasında eğitimle bu davranışların gelişip değiştiği belirtilmektedir (Avcı Öztürk, 2010).

Günümüzde Dünya Sağlık Örgütü ve pek çok sağlık kuruluşunun, sağlığı koruma ve geliştirme etkinliklerinin uygulamasında temel insan gücü olarak hemşireleri önerdikleri; sağlık hizmetleri gelişmiş toplumlarda, sağlığı geliştirme programlarının planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi aşamalarının profesyonel hemşireler tarafından yürütüldüğü ifade edilmektedir (Avcı Öztürk, 2010).

2.2.2. Psikiyatrik Hastalarda Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Önemi

Uluslararası literatürde, kronik psikiyatri hastalığı bulunan bireyler için çeşitli izlem araçlarının geliştirildiği ve araştırma sonuçlarına dayalı olarak fiziksel sağlığı iyileştirmeyi hedefleyen sağlıklı yaşam davranışlarını (egzersiz, diyet vb.) güçlendirmeye yönelik müdahale programlarının oluşturulduğu bildirilmektedir. Buna karşın, kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığının yurt dışında da yeterince önceliklendirilmediği ve bu alandaki çalışmaların büyük ölçüde tanımlayıcı nitelikte kaldığı ifade edilmektedir. Bu nedenle, girişimsel araştırmalara duyulan gereksinimin sürdüğü vurgulanmaktadır. Ülkemizde bu tür çalışmaların sayısının sınırlı olduğu ve çoğunlukla tanımlayıcı tasarımlarla yürütüldüğü belirtilmektedir. Klinik uygulamalarda psikiyatri hemşirelerinin ağırlıklı olarak psikiyatrik bakım sundukları, fiziksel sağlığın ise zaman zaman psikiyatri hemşiresinin sorumluluk alanı dışında değerlendirildiği gözlenmektedir. Oysa psikiyatri kliniklerinde görev yapan hemşirelerin, fiziksel hastalıklara yönelik koruyucu önlemler alma, erken tanılama gerçekleştirme ve egzersiz ile diyet temelli müdahale programları aracılığıyla

sağlıklı yaşam davranışlarını destekleme sorumluluğu bulunduğu kabul edilmektedir. Hemşirelik bakımının yalnızca tıbbi tanıyla sınırlandırılmayacağı; psikiyatri hemşirelerinin hastaları biyolojik, sosyal ve manevi boyutlarıyla bütüncül biçimde değerlendirmeyi sürdürmeleri gerektiği belirtilmektedir (Edward, Rasmussen ve Munro, 2010).

Kronik psikiyatri hastalığı olan bireylerin, psikiyatrik yakınmalarla baş etmeye çalışırken eşzamanlı olarak fiziksel sorunlarla karşılaştıkları; bu durumun ilaç uyumunu güçleştirerek hastalığın seyrini olumsuz etkilediği ifade edilmektedir. Psikiyatri hemşirelerinin, belirtiler ortaya çıkmadan önce gerekli ölçümleri yaparak ve diyet–egzersiz programlarıyla sağlıklı yaşam davranışlarını kazandırarak fiziksel yakınmaları önleyebilecekleri ileri sürülmektedir (Kayar ve Erginer, 2013).

2.2.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler

Burda; literatür incelendiğinde sağlık davranışları ile bu davranışları etkileyen faktörlerin irdelendiğinde kanıta dayalı uygulamada en güçlü kanıt sistematik derlemeler ve iyi tasarlanmış RKÇ’ler sağlar; YDÇ’ler ve kesitsel/ilişki arayıcı/survey tasarımlar daha zayıf kanıt sunar. İncelenen literatürde deneysel çalışmalar sınırlıdır; sistematik incelemede yalnızca iki RKÇ bulunmuş, çoğunluğu YDÇ, kesitsel, ulusal survey ve ilişki arayıcı çalışmalardan oluşmuştur. Çalışanların sağlık davranışları bütüncül olarak değerlendirilmiş; çalışma yaşamının sağlık davranışları üzerinde belirgin etkileri olduğu görülmüştür. Fiziksel aktiviteye odaklanan araştırmalarda, çalışanların fiziksel aktivite düzeyleri genel olarak yetersiz bulunmuştur.

Beslenme, yaşamın her döneminde sağlığın korunması ve sürdürülmesi açısından temel bir unsur olarak değerlendirilmektedir. Dengeli ve yeterli beslenmenin, çalışanların iş verimliliğini ve performansını olumlu yönde etkilediği ifade edilmektedir (Bilir ve Yıldız, 2006). Perez ve arkadaşları (2009), sağlıklı ve dengeli beslenmenin sürdürülebilmesi için yetişkin bireylerin beden kitle indeksinin (BKİ) 25.0 kg/m^2 ’nin altında tutulmasının önemine vurgu yapmıştır. Bu sistematik incelemede de obezitenin, dünya genelinde olduğu gibi işyeri ortamlarında ve çalışanlar arasında giderek artan bir sorun hâline geldiği görülmüştür. İncelenen çalışmalarda, çalışanlar arasında aşırı kilolu bireylerin oranının oldukça yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışanların besin tercihlerinde yağ ve karbonhidrat içeriği yüksek

besinlere yöneldikleri, bunun da obezite oranlarındaki artışla ilişkili olduğu saptanmıştır. Yetersiz fiziksel aktivite yapan ve yüksek yağ–karbonhidrat içeren besinleri tüketen çalışanların BKİ değerlerinin 30 ve üzerinde olduğu görülmüş; bu durumun hem kronik hastalıklar hem de mortalite açısından önemli bir risk oluşturduğu belirtilmiştir. Kronik hastalıkların doğrudan işyeri koşullarıyla ilişkilendirilmesi her zaman mümkün olmasa da işyeri ortamına özgü risk faktörlerinin göz ardı edilmemesi gerektiği vurgulanmaktadır (Hartung vd. 2010).

Çalışan bireylerin sağlık davranışları, aynı yaş grubundaki çalışmayan bireylerle karşılaştırıldığında; beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyleri ile sigara ve alkol kullanım oranlarının çalışanlar arasında daha yüksek olduğu görülmektedir. İşyeri çevresinin, sağlıksız besin tüketimi, aşırı kilo ve düşük fiziksel aktivite düzeyi gibi davranışlarla yakından ilişkili olduğu ifade edilmektedir (French vd. 2007).

Tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı, özellikle sigara tüketimi hem dünyada hem de Türkiye’de yaygın bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, tütün kullanan bireylerin yaklaşık yarısı bu davranışa bağlı sağlık sorunları nedeniyle yaşamını kaybetmektedir (WHO, 2010). Çalışanların sağlık davranışlarının incelendiği araştırmalarda da sigara kullanımının en yüksek orana sahip riskli davranış olduğu görülmektedir. Erkeklerde sigara ve alkol tüketiminin daha yüksek bulunması, erkeklerin çalışma yaşamında daha yoğun yer almalarıyla ilişkilendirilmektedir. Uzun çalışma saatlerinin sağlık davranışları üzerinde olumsuz etkiler yarattığı; özellikle kadın çalışanların, erkeklere kıyasla uzun çalışma saatlerinden daha fazla etkilendiği ve fiziksel aktiviteye daha az zaman ayırabildiği bildirilmektedir (Artazcoz vd. 2007).

Yapılan araştırmalarda yarı deneysel çalışmaların her ikisinin de yaşlı bireylerle yürütülmüş olması, ileri yaşın sağlık davranışları üzerinde belirleyici bir etken olduğunu göstermektedir (Bolton ve Rodriguez, 2009; Kouvonen vd. 2006). Emekliliğin bireyler tarafından gönüllü ya da zorunlu olarak algılanmasının sağlık davranışlarını etkilediği; özellikle planlanmamış emekliliklerin olumsuz sağlık davranışlarına zemin hazırladığı belirlenmiştir. Zorunlu emeklilik sonrası sigara ve alkol kullanımındaki artışın, ücretli bir işten ayrılmanın yarattığı stresle ilişkili olduğu ifade edilmektedir. Emeklilik sonrasında

fiziksel aktiviteye katılım oranlarının artması ise, işyeri ortamının fiziksel aktivite açısından sınırlayıcı bir faktör olabileceğini düşündürmektedir (Pappas vd. 2005).

Kültürel yapı ve sosyal çevreye ilişkin farklılıkların da sağlık davranışlarını etkilediği görülmektedir (Mukamal vd. 2006). Düzenli bir gelire sahip olma ve gelir düzeyinin artması, çalışanların sağlık davranışlarını ve benlik algılarını olumlu yönde etkilemektedir. Bununla birlikte işyeri ortamının çalışanlar için önemli bir stres kaynağı olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle işyeri sağlığını geliştirmeye yönelik programlar planlayan iş sağlığı hemşirelerinin, çalışanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını tanımlamaları, bu davranışları etkileyen faktörleri belirlemeleri ve stres yönetiminde etkin rol üstlenmeleri büyük önem taşımaktadır (Mukamal vd. 2006). Stres yönetimi ve ruhsal sağlık düzeylerini ele alan çalışmalarda, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının olumsuz ruhsal sağlıkla ilişkili olduğu; kendi sağlık durumunu olumlu algılayan çalışanların ise daha sağlıklı davranışlar sergilediği bildirilmiştir (Bolton ve Rodriguez, 2009; CDC, 2009).

Kouvonen (2006) ile Bolton & Rodriguez (2009) çalışmalarında, medeni durumun sağlık davranışları üzerinde etkili olduğu; bekar, boşanmış ya da dul bireylerin sağlık davranışlarının olumsuz yönde etkilendiği saptanmıştır. Genel olarak incelenen araştırmalarda; yaş, cinsiyet, uzun çalışma saatleri, kadın cinsiyeti, ekonomik yetersizlikler ve medeni durumun sağlık davranışlarını etkileyen temel faktörler arasında yer aldığı belirlenmiştir.

2.2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Ruhsal ve Fiziksel İyi Hâline Etkisi

“Yaşam tarzı” terimi, insanların yaşamlarını psikolojik, sosyal, kültürel ve ekonomik faktörler aracılığıyla nasıl sürdürdüklerini ve bu faktörlerin sağlıklarını nasıl etkilediğini tanımlar (Nutbeam vd., 1991). Bu yaşam tarzını benimseyen bireyler, edinilmiş davranış örüntüleri yoluyla ya iyi bir sağlık durumunu sürdürebilir ya da sağlıklı alışkanlıklar geliştirebilir. Bu davranış örüntüleri; fiziksel egzersiz, besin tercihleri, stresle başa çıkma yöntemleri ve tütün ile alkol dâhil olmak üzere madde kullanımını kapsar (Carranza Esteban vd. 2019). Bunlara ek olarak su tüketimi, güneşten korunma, temiz hava arayışı, boş zaman alışkanlıkları, riskli davranışlar ve sosyal ilişkiler gibi unsurlar da yaşam tarzının bir parçasıdır (Vilca vd. 2020). Bu davranışların, mevcut ve gelecekteki sağlığı doğrudan etkilediğini ve bireyin yaşam olanaklarına bağlı olarak yaptığı tercihler olduğunu belirtmek

önemlidir (Vilca vd. 2020).

Belirtildiği üzere, sağlıklı bir yaşam tarzına sahip olmak sağlık ve iyi oluşu artıran koruyucu bir faktör iken, sağlıksız bir yaşam tarzını benimsemek hastalık ve morbidite ile ilişkili bir risk faktörüdür (Saffari vd. 2013). Araştırmalar, ruh sağlığını iyileştirmek isteyen bireylerin günlük etkinliklerini değiştirmeye odaklanmaları gerektiğini göstermektedir; çünkü bu etkinlikler zihinsel durumu doğrudan etkilemektedir (Velten vd. 2014). Çalışmalar; uygun beslenme, fiziksel egzersiz ve yeterli uykuyu içeren üç sağlıklı yaşam tarzı davranışının daha iyi ruh sağlığı ile ilişkili olduğunu ve depresyon, anksiyete ve stres belirtilerinin azaldığını ortaya koymaktadır (Biddle ve Asare, 2011; Cairns vd. 2014; Chi vd. 2021). Gün içinde fiziksel hareketin artırılması ve oturma süresinin azaltılması, uykusuzluk ve depresyon belirtilerinin azalmasıyla ilişkilidir (Lu vd. 2020). Ayrıca daha fazla alkol tüketen ve daha fazla tütün kullanan bireylerin hem fiziksel hem de psikolojik olarak daha kötü rahatsızlık belirtileri yaşadıkları; depresyon ve anksiyete geliştirdikleri, daha yüksek stres düzeyleri ve daha düşük benlik saygısına sahip oldukları görülmektedir (Chaiton vd. 2009; Kinnunen vd., 2006). Sağlıklı yaşam tarzı seçimlerini öğretmeyi amaçlayan ruh sağlığı programlarının, ergenlerin depresyon belirtilerini azaltmalarına yardımcı olduğu da araştırmalarla gösterilmiştir (Tajik vd. 2020).

2.3. Toplum Entegrasyonu

2.3.1. Toplum Entegrasyonunun Tanımı ve Kuramsal Çerçevesi

Toplum, insanların belirli bir coğrafi alan ya da sosyal yapı içinde bir araya gelerek etkileşimde bulundukları bir bütün olarak tanımlanmaktadır. Townley ve Kloos (2009), “psikolojik topluluk duygusunun, bireyin daha geniş bir kolektifin parçası olduğunu ve bu bütünün ayrılmaz unsuru olduğunu ifade eden olguyu açıkladığını; topluluk üyeleri arasındaki bağlanma gücünü temsil ettiğini ve kişisel ile kolektif esenlik için önem taşıdığını” belirtmişlerdir (Townley ve Kloos, 2009).

Toplumsal bir varlık olarak insanın, içinde bulunduğu toplumdaki etkileşimler aracılığıyla kişiliğini şekillendirdiği; toplum içinde belirli kimlik, rol ve sorumluluklarla donanarak toplumsal ilişki ağlarına katıldığı kabul edilmektedir. Bireylerin sosyal çevrelerinin parçası olduklarını hissetmemeleri durumunda, yalnızlık yaşadıkları ve toplumun dokusuna entegre

olmadıkları yönünde algı geliştirdikleri ifade edilmektedir (Bozkurt, 2024).

Toplum entegrasyonu kavramının, evrensel düzeyde tek bir tanıma sahip olmadığı; zaman içinde farklı tanımların önerildiği ve derlendiği belirtilmektedir. Genel çerçevede toplum entegrasyonunun çok boyutlu bir yapı içerdiği ve günlük yaşamın temel faaliyetlerinin ötesine geçtiği; bireylerin evde ve toplumsal alanlarda faaliyetlere ile sosyal rollere etkin katılım göstermelerini, toplumun parçası hâline gelmelerini ve sosyal, kültürel, ekonomik ile politik açılardan uyumlu biçimde yaşamlarını sürdürmelerini ifade ettiği vurgulanmaktadır (Ager ve Strang, 2008).

Bu süreçte bireylerin sosyal ilişkiler kurmaları, toplumsal değerleri içselleştirmeleri, toplumsal normlara uygun davranışlar sergilemeleri ve toplumun ekonomik, kültürel ile politik yapısına katkıda bulunmaları önem taşımaktadır (Portes, Sensenbrenner, 1993). Bireylerin toplumsal entegrasyonlarının, sosyal destek ağlarına sahip olmalarını, psikolojik iyi oluşlarını ve yaşam kalitelerini artırmalarını sağladığı ifade edilmektedir (Putnam, 2000).

2.3.2. Psikiyatrik Hastalarda Toplum Entegrasyonunun Belirleyicileri

Yüzyıllar boyunca insanlar, ruhsal hastalıkları yanlış anlamış ve bu hastalıklara sahip kişileri toplumdan uzak tutmuştur. Dolayısıyla psikiyatrik sorunları olan kişiler genelde uzun süre yalnız kalmışlardır. Bu kişiler çoğu zaman pek bir işe yaramayan ve acı veren tedaviler görmüşlerdir (Ruiloba, 2002). Bugün psikiyatride bazı yenilikler olmuş ve çoğu toplumda farkındalık artmıştır. İnsanlar artık tedaviye daha rahatlıkla gidebilmektedir. Psikiyatri hastaları için sosyal ilişkiler kurmak eskiye göre kolay bir hale gelmiştir (Ruiloba, 2002).

Toplum temelli ruh sağlığı yaklaşımları, ruhsal sorunların yalnızca ilaçla ya da tedaviyle geçmediğini gösterir. Sosyal çevre, destek olan insanlar ve yaşam koşulları iyileşmede önemli yer tutar. Bu yaklaşımlar, topluma uyum sağlamak için vardır (Jacobson ve Greenley).

Ruhsal hastalığı olan insanlar topluma katılınca, toplumda herkes için geçerli olan yurttaşlık kuralı burada da geçerli olur. Bu ilke, psikiyatrik sorunları olan insanların toplumda başka herkes gibi haklara sahip olmasını ve sosyal yaşama eşit olarak katılmasını desteklemektedir (Wong vd., 2006). Toplum entegrasyonu, bir kişinin çevresinde ne kadar

zaman geçirdiğini, topluma ne kadar karıştığını ve başka insanlarla ne kadar vakit geçirdiğini gösterir. Ama klinik ortamın dışında kurulan sosyal ilişkiler ve insanlar arası etkileşimler de entegrasyon için önemlidir (Wong vd., 2011).

Wong ve Solomon'ın (2002), çalışmaları, toplum entegrasyonunu üç boyutta ele alan kapsamlı bir çerçeve sunmaktadır: fiziksel entegrasyon (bireylerin toplumsal yaşamın gerektirdiği günlük faaliyetlere katılımı), sosyal entegrasyon (toplumun ruhsal hastalığı olmayan üyeleriyle sosyal ilişkiler kurma) ve psikolojik entegrasyon (topluluğa aidiyet duygusu ve toplulukla bağ kurma) (Wong ve Solomon, 2002; Aubry ve Myner,).

Toplumsal uyumu sadece kişilerin özelliklerine değil, yaşadıkları yerin yapısına da bağlıdır. Kapsayıcı olan ve farklılıklara açık bir toplumda insanlar daha kolay uyum sağlar. Ancak pek çok yerde ruhsal hastalığı olan kişilerin toplumda ne kadar yer alabildiği konusunda toplum açısından genel bir bilgi bulunmamaktadır (Putnam, 2000).

Topluma katılmak hem bir haktır hem de ruh sağlığı için faydalıdır. Entegrasyonun iyileşmeye katkısı (Jacobson ve Greenley, 2001 ; Jivanjee, Kruzich ve Gordon, 2008) psikolojik iyi oluş üzerindeki etkisi (Wong, Matejkowski ve Lee, 2011) ve yaşam kalitesini artırmada oynadığı rol (Ware vd., 2008) dikkate alınınca, bu konuda daha fazla araştırma yapılması gerekliliği de ortaya çıkmaktadır.

Ağır ruhsal hastalığı olan bireylerin topluma başarılı bir biçimde dâhil olmasını etkileyen bireysel, toplumsal ve sosyal destek kaynaklı değişkenler hakkında bilgiler hâlen sınırlıdır. Bu konuda yürütülen çalışmalar genellikle bağlam açısından kısıtlı, örneklem bakımından küçük ölçekli olduğundan, genellenebilir bulgular sunmakta zorlanmaktadır (Wong ve Solomon, 2002).

Yaş, insanlar arasında iletişimde önemli bir yer tutar. Daha önce yapılmış bazı çalışmalar (Segal ve Everett-Dille, 1980; Kruzich, 1985) gençlerin topluma daha fazla katıldığını göstermiştir. Abdallah (2009), şizofreni hastası yaşlıların, yaşlılarına göre sosyal hayata pek katılmadığını göstermiştir. Cinsiyete bakıldığında, kadınların daha fazla uyum sağladığı görülmüştür (Abdallah vd., 2009).

Leff ve Warner (2008), çalışmanın iyileşme ve topluma katılmak için önemli olduğunu

söylemektedir. Bir işte çalışan biri yeni insanlarla tanışır, günlük hayatı yoluna girer, kendine güvenir ve maddi sorunlardan uzak durur. Ama ruhsal hastalığı olan kişiler genellikle bu fırsatlara ulaşırken ayrımcılıkla karşılaşır. Ekonomik durumdaki iyileşmelerin toplumda kaynaşmaya iyi geldiği de söylenmiştir (Abdallah ve 2009). Yaşam şartları, kaynaşmada önemli bir etkidir. Yetersiz konut koşulları bireylerin anlamlı aktiviteleri ve sosyal ilişkileri sürdürme olasılığını azaltabilir (Browne ve Hemsley, 2010). Buna karşılık, normal hayatın olduğu yerlere yakın yaşamak entegrasyonu kolaylaştırır (Wong ve Solomon, 2002; Wong ve Stanhope, 2009; Kloos ve Shah, 2010).

Mahallenin yapısı, toplumdaki imkanlara ulaşma ve insanlarla iletişim kurma şansı gibi çevresel faktörler psikiyatri hastalarının topluma entegrasyonunda büyük etkiye sahiptir (Wong ve Solomon, 2002; Jivanjee, vd. 2008; Abdallah vd. 2009).

Hastalığın türü, zorluğu ve davranış kalıpları, insanların toplumda kabulünü çok etkiler (Wong, vd., 2006; Aubry, Tefft, ve Currie, 1995). Psikopatoloji düzeyinin düşüklüğü ise entegrasyonla olumlu yönde ilişkilendirilmiştir (Abdallah vd., 2009; Silverman ve Segal, 1994).

Damgalama, insanların topluma katılmasını en çok zorlaştıran şeylerden biridir. Ruhsal hastalığa karşı önyargı, insanların birbirinden uzak durmasına yol açar. Bu durum hem ruh sağlığına hem de arkadaşlıklara zarar verir (Kobau vd., 2010). Ruhsal hastalıkla ilgili damgalama, çoğu zaman başka sağlık sorunlarına göre insanın yaşamını daha çok etkiler (Moldovan, 2007; Mak vd., 2007). Damgalanma aile ilişkilerini zayıflatır, iş bulmayı güçleştirir ve kişilerin topluma katılmasının önüne geçer (Corrigan ve Shapiro, 2010; Henry ve Lucca, 2004).

Utanç duygusu, içsel dayanıklılıkta önemli bir yer tutar ve tedaviye ulaşmayı ve yaşam kalitesini kötü etkiler. Bu da kişinin topluma uyum sağlamasını zorlaştırabilir (Rüsch ve Todd, 2010; Hickling, vd. 2011).

Bağımsızlık ve özerklik, kişinin kendini iyi hissetmesine ve topluma uyum sağlamasına iyi gelir (Gulcur, vd., 2007; Broer, Nieboer, ve Bal 2010). Bir kişi kendi hayatında daha çok karar aldıkça ve seçim yaptıkça, toplumla olan bağı da güçleniyor (Broer, Nieboer, ve Bal, 2010; Strack ve Schulenberg, 2009). Topluluk duygusu, bir yere ait hissetmek ve

insanların birbirine yardım etmesi, entegrasyonu artırır (McMillan ve Chavis, 1986; Townley ve Kloos, 2009).

Ruhsal hastalığı olan kişiler kendini başkalarından aşağı gördüğünde isteklerini söyleyemezler. Bu da kişinin sosyal hayata katılmasını zorlaştırabilmektedir. Bu durum özellikle depresif duygudurumda sık görülür ve düşük iyi oluş ile ilişkilendirilmektedir (Gilbert ve Allan, 1994; Allan ve Gilbert, 1997).

2.3.3. Toplum Entegrasyonunun Ölçülmesi ve Değerlendirilmesi

Toplum entegrasyonu, bir kişinin toplumda nasıl yer aldığını ve toplumla nasıl bir bağ kurduğunu anlatır. Toplum entegrasyonu farklı açılardan ele alınmaktadır. Bu da entegrasyonu ölçmeyi hem düşünce hem de yöntem olarak zorlaştırmaktadır. Bu yüzden, alanda herkesin kullandığı tek bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Dolayısıyla toplum entegrasyonunu ölçmek için yapılan çalışmalar, farklı alanlara bakan değişik yollar kullanmıştır.

Toplum entegrasyonunun değerlendirilmesinde temel olarak iki ana yaklaşım öne çıkmaktadır. Bunlardan biri, bir kişinin toplumdaki yerini başkalarının görebileceği işaretlerle ölçen yaklaşımdır. Bu yöntemde, “bir kişinin bir işi var mı”, “tek başına mı yaşıyor”, “çevresinde kimlerle görüşüyor” ve “toplumda üstüne düşeni yapıyor mu” diye bakılır. İkinci yaklaşım, kişinin toplumla ilişkisini nasıl gördüğüne, ne hissettiğine ve kendi düşüncelerine bakar. Bu yüzden bir insanın topluma ne kadar karıştığı, bundan hoşnut olup olmadığı, kendini burada bulup bulmadığı ve toplumu kendinden bir parça sayıp saymadığı önemli olur (Whiteneck, vd. 2004).

Standart değerlendirme süreçlerinde, genelde nesnel göstergelere dayalı ölçüm araçları ile ölçmek ve karşılaştırmak daha kolaydır. Ama değerlendirme yapılırken kişisel deneyimlerin görmezden gelinmemesi de gerekmektedir. Bu yüzden güncel yazında, entegrasyonun nesnel ve öznel yönlerini farklı seviyelerde inceleyen pek çok ölçme aracı geliştirilmiştir (Whiteneck, vd. 2004).

Toplum entegrasyonunu ölçmek için en çok kullanılan araçlardan biri Craig Engellilik Değerlendirme ve Raporlama Tekniği'dir (CHART). Bu ölçek, Dünya Sağlık Örgütü'nün

engellilik tanımına dayanmaktadır (Whiteneck, Gerhart ve Cusick, 2004). Ölçek, kişinin tek başına hareket edip edemediğini, çalışıp çalışmadığını, toplumda yer alıp almadığını, para kazanıp kazanamadığını ve zihinsel olarak bağımsız olup olmadığını ölçer. CHART, insanların nörolojik bozukluklar veya engellilik gibi durumlarla toplumda nasıl yer bulduğunu göstermek için amacıyla düzenlenmiştir (Walker vd., 2003). CHART, pek çok hasta grubunda yaygın olarak kullanılmıştır. Bu ölçeği Türkçe'ye Binay Safer ve Atay uyarlamıştır (Binay Safer ve Atay, 2010).

Toplum entegrasyonunun davranışsal göstergelerini ölçmeye odaklanan bir diğer araç Toplumsal Katılım Anketi'dir (TEA). Bu ölçek, travma geçiren insanların yaşamını anlamak amacıyla geliştirilmiştir. Ev yaşamı ve sosyal yaşam entegrasyonunu ve üretkenliği ölçmektedir (Willer vd. 1993). TEA, bir kişinin bazı sosyal etkinlikleri ne kadar sık yaptığına ve bu sırada ne kadar yardıma ya da denetime ihtiyaç duyduğunu inceleyerek kişinin topluma ne kadar dahil olduğunu ortaya koymaya çalışır (Salter vd. 2008). Ölçeğin Türkçe uyarlaması ile psikometrik geçerlilik ve güvenirlik analizleri, Atasavun Uysal ve arkadaşları tarafından 2018 yılında yapılmıştır (Atasavun Uysal vd. 2018).

Nesnel ölçütlerden farklı olarak bireyin öznel deneyimini merkeze alan araçlar da literatürde önemli bir yer tutmaktadır. Normal Yaşama Yeniden Katılım Endeksi, kişi bir hastalık ya da yaralanmadan sonra kişinin bedensel, ruhsal ve sosyal hayatta nasıl toparlandığını ve yaşama nasıl döndüğünü gösterir (Wood-Dauphinee ve Williams, 1987). Normal yaşama yeniden katılım endeksi (RNLI), sürece kişinin nasıl baktığıyla ilgilenir. Bu yüzden RNLI kişisel bir bakış sunar. Ölçeğin Türkçe versiyonuna ilişkin geçerlilik ve güvenirlik çalışmalarının Demirdel ve Bayramlar (2012) gerçekleştirildiği görülmektedir (Demirdel ve Bayramlar, 2014).

Aynı zamanda, Toplumsal Entegrasyon Ölçeği, kişinin toplumda ne kadar yer bulduğunu anlamak için kullanılır. Bu ölçek doğrudan hastaya odaklanmış basit bir ölçektir. Toplumsal Entegrasyon Ölçümü, kişinin toplumla ilişkisini kendi bakış açısından anlamaya yardımcı olur. Genel uyum, sosyal destek, günlük işlerde ne kadar bağımsız olduğu ve işlevsellik gibi konulara odaklanır (McColl vd. 2001). Bu yüzden entegrasyonu anlamak için sadece dışarıdan görünenlere değil, kişinin kendi yaşadıklarına da bakmak

gerekmektedir. Toplumsal Entegrasyon Ölçeği'nin Türkçe formuna ilişkin geçerlilik ve güvenirlik çalışmasının, Bekiroğlu ve Yılmaz tarafından 2021 yılında ağır ruhsal hastalığa sahip bireyler ve aileleri örnekleminde gerçekleştirildiği görülmektedir. (Bekiroğlu ve Yılmaz, 2021).

Türkiye bağlamında geliştirilen ölçüm araçları da toplum entegrasyonu ve toplumsal işlevselliğin değerlendirilmesine önemli katkılar sunmaktadır. Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği, şizofreni tanısı almış kişiler için 2018'de hazırlanmıştır ve bu ölçek, kişinin toplum içindeki davranışlarını kültüre uygun olarak ölçmeyi amaçlamıştır (Yıldız vd. 2018).

Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ), Birchwood ve çalışma arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, ölçeğin Türkçe formuna ilişkin geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları Erakay tarafından gerçekleştirilmiştir (Birchwood vd. 1990; Erakay, 2001). Toplam 79 maddeden oluşan SFS, toplumsal işlevselliği yedi temel boyutta değerlendirmektedir: sosyal uğraşı ve toplumsal çekilme, kişilerarası işlevsellik, öncül toplumsal etkinlikler, boş zamanın değerlendirilmesi, bağımsızlık düzeyi-yetkinlik, bağımsızlık düzeyi-performans ve iş/meslek. Ölçeğin hem hasta bireyler hem de aile üyeleri tarafından doldurulabilen formları bulunmaktadır. SFS'den elde edilen yüksek puanlar, bireyin toplumsal işlevsellik düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (Birchwood vd. 1990).

Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği (CIS-APP-34), toplum entegrasyonunu değerlendirmeye yönelik yaygın kullanılan ölçeklerden ayrılmakta; psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin özellikleri dikkate alınarak özel olarak geliştirilmiş bir ölçme aracı olarak öne çıkmaktadır. Ölçeğin, farklı tanı gruplarına sahip psikiyatrik hastalarda kullanılabilir olması, kapsamlı bir değerlendirme olanağı sunmasını sağlamaktadır (Atay ve Gençaslan, 2023; Cabral vd. 2018). CIS-APP-34, bireylerin toplumla kurdukları ilişkileri tek bir boyutla sınırlı biçimde ele almak yerine, işlevsellik düzeyi, sosyal etkileşimler, toplumsal yaşama katılım, üstlenilen toplumsal roller ve öznel tatmin gibi birden fazla alan üzerinden incelemektedir. Bu yönüyle ölçek, psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin toplumla bütünleşme süreçlerini ve entegrasyon düzeylerini anlamada önemli bir değerlendirme aracı olarak kullanılmaktadır (Atay ve Gençaslan, 2023; Cabral vd. 2018).

2.3.4. Toplum Entegrasyonunu Geliştirmeye Yönelik Müdahaleler

Toplum entegrasyonunu geliştirmeye yönelik müdahaleler, psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin yalnızca klinik belirtilerinin azaltılmasını değil, aynı zamanda sosyal ilişkiler kurabilmelerini, toplumsal roller üstlenebilmelerini ve yaşadıkları çevreye aidiyet geliştirmelerini hedeflemektedir. Toplum entegrasyonu literatürde; sosyal katılım, üretken faaliyetler, kişilerarası ilişkiler ve öznel aidiyet duygusu gibi çok boyutlu bir yapı olarak ele alınmaktadır. Bu nedenle entegrasyonu destekleyen müdahalelerin bireysel, çevresel ve toplumsal düzeyleri kapsayan bütüncül bir yaklaşım temelinde planlanması gerektiği vurgulanmaktadır (Ware vd. 2008; Wong ve Solomon, 2002).

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri, entegrasyonu güçlendirmede temel müdahale alanlarından biri olarak öne çıkmaktadır. Özellikle destekli konut programlarının, psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin uyumsal işlevselliklerini ve yaşam doyumlarını artırdığı bildirilmektedir (Aubry ve Myner, 1996; Kloos ve Shah, 2009). Konutun yalnızca fiziksel bir barınma alanı olmadığı; sosyal ilişkilerin geliştiği, komşuluk etkileşimlerinin kurulduğu ve aidiyet duygusunun şekillendiği bir bağlam sunduğu belirtilmektedir (Browne ve Hemsley, 2010; Wong ve Stanhope, 2009). Bu bağlamda, yaşanan çevrede kabul görme ve sosyal etkileşim olanakları, toplum entegrasyonunun önemli belirleyicileri arasında yer almaktadır (Silverman ve Segal, 1994).

İstihdam ve üretken faaliyetlere katılımı destekleyen müdahaleler, toplum entegrasyonunun güçlendirilmesinde kritik bir role sahiptir. Çalışma yaşamına katılım, bireylerin yalnızca ekonomik bağımsızlık kazanmalarını değil; aynı zamanda özsaygı, toplumsal kimlik ve anlam duygularını da desteklemektedir (Henry ve Lucca, 2004; Leff ve Warner, 2008). Bununla birlikte, damgalama, düşük beklentiler ve yapısal engellerin istihdama katılımı sınırladığı; bu nedenle destekli istihdam modellerinin entegrasyonu artırmada daha etkili olduğu ifade edilmektedir (Corrigan ve Shapiro, 2010; Moldovan, 2007).

Toplum entegrasyonunu geliştirmeye yönelik müdahalelerde sosyal ilişkiler ve topluluk duygusu merkezi bir yer tutmaktadır. McMillan ve Chavis'in (1986) tanımladığı "topluluk duygusu", bireyin yaşadığı çevrede kendini değerli, kabul edilmiş ve bağlı hissetmesini ifade etmekte; bu duygunun entegrasyon sürecinin temel bileşenlerinden biri

olduğu belirtilmektedir. Sosyal beceri eğitimleri, akran destek grupları ve topluluk temelli etkinliklerin, bireylerin sosyal ağlarını genişleterek toplumsal katılım düzeylerini artırdığı bildirilmektedir (Townley ve Kloos, 2009; Wong vd. 2011).

Damgalamayla mücadeleye yönelik müdahaleler, toplum entegrasyonunun sürdürülebilirliği açısından kritik öneme sahiptir. Toplumsal damgalama, psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin sosyal ilişkiler kurmasını, istihdama erişimini ve toplumsal roller üstlenmesini engelleyen başlıca faktörlerden biri olarak tanımlanmaktadır (Mak vd. 2007; Rüsch vd. 2010). Kamuoyuna yönelik farkındalık çalışmaları ve temas temelli anti-damgalama programlarının, toplumun ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarını dönüştürerek entegrasyonu desteklediği ifade edilmektedir (Corrigan ve Shapiro, 2010; Kobau vd. 2010).

Toplum entegrasyonunu güçlendiren müdahalelerin iyileşme (recovery) odaklı bir çerçevede ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır. İyileşme yaklaşımı, bireyin yalnızca semptom düzeyinde değil; özerklik, yaşam doyumu ve toplumsal katılım açısından da desteklenmesini öngörmektedir (Jacobson ve Greenley, 2001; Broer vd. 2010). Bu doğrultuda geliştirilen müdahaleler, bireyin karar alma süreçlerine aktif katılımını teşvik etmekte ve toplum entegrasyonunu yaşam kalitesinin temel bir bileşeni olarak ele almaktadır (Ware vd. 2008).

2.4. Değişkenler Arası İlişkiler ve Kuramsal Model

2.4.1. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ile Sağlıklı Yaşam Davranışları Arasındaki İlişki

Dünya genelinde bireylerin yaklaşık üçte biri yaşamlarının herhangi bir evresinde bir ruhsal hastalıkla karşı karşıya kalmaktadır. Buna rağmen ruhsal sorunlar nedeni ile profesyonel destek arayanların oranı görece düşük düzeydedir. Yardım arama davranışındaki bu gecikmenin önemli nedenlerinden biri olarak ruh sağlığı okuryazarlığının (RSOY) yetersizliği gösterilmektedir (Osman vd. 2023). Ruh sağlığı okuryazarlığı kavramı ilk kez Jorm ve çalışma arkadaşları tarafından ruhsal bozuklukların fark edilmesi yönetilmesi ve önlenmesine katkı sağlayan bilgi ve inançlar bütünü olarak tanımlanmıştır (Jorm vd. 1997). Jorm'a göre RSOY ruhsal bozuklukları önlemeye yönelik bilgiye sahip olmayı, bir bozukluğun ortaya çıkışını erken dönemde fark edebilmeyi, uygun yardım arama yollarını ve tedavi seçeneklerini bilmeyi hafif düzeyde sorunlar için etkili öz yardım

stratejilerini kullanabilmeyi ve ruhsal kriz yaşayan bireylere destek sunabilecek temel becerileri içermektedir (Jorm, 2012). Akademisyenler arasında, ruh sağlığı okuryazarlığının, bireylerin ruhsal bozukluklarla ilgili bilgi, inanç ve davranışlarını kapsadığı konusunda artan bir fikir birliği vardır; bu, olumlu ruh sağlığına nasıl ulaşılacağı ve sürdürüleceği anlayışını, ruhsal bozukluklar ve tedavileri hakkında kapsamlı bir farkındalığı, bu durumlarla ilişkili damgalanmayı azaltma çabalarını ve ayrıca öz yardımı artırma ve başkalarını destekleme stratejilerini içerir (Bjornsen vd. 2017; Kutcher vd. 2015). Mevcut ruh sağlığı okuryazarlığı ölçümlerinin çoğu, bir kişinin depresyonla ilgili inançları veya bilgisi gibi tek bir boyutun öz bildirimli değerlendirmelerini benimser (Gabriel ve Violato, 2010; Wang vd. 2013). Spiker ve Hammer (2019), ruh sağlığı okuryazarlığının tek boyutlu olmaktan ziyade çok boyutlu olması gerektiğini savunmaktadır. Jiang'ın ekibi de bu görüşü desteklemektedir; ekip sadece ruh sağlığı sorunlarını ve sağlık gelişimini değil, aynı zamanda kendi kendine yardım arama ve başkalarına yardım etme boyutlarını da dikkate alarak, bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığını bilgi, tutum ve davranış olmak üzere üç açıdan geliştirebilir (Jiang vd. 2020).

RSOY kavramının literatüre girmesi ile birlikte ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin pasif alıcılar değil; belirtilerini yönetme ve profesyonel yardım arama sürecinde aktif birer özne oldukları vurgulanmaya başlanmıştır (Jorm, 2000). Farklı ülkelerde yürütülen toplum temelli araştırmalar bireylerin ruh sağlığı hizmetleri ve etkili tedavi yöntemleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını bu nedenle yardım arama davranışından kaçındıklarını ya da bu süreci uzun yıllar ertelediklerini ortaya koymaktadır. Bu çerçevede ruh sağlığı okuryazarlığı uygun yardım arama davranışlarının gelişiminde belirleyici bir tutum alanı olarak ele alınmaktadır (Jorm, 2019).

Ruh sağlığı sorunlarıyla başa çıkmaya yönelik yardım arama bireyin yaşadığı güçlüklerle baş edebilmek amacıyla kendisi dışındaki kaynaklardan destek talep etmesi olarak tanımlanmakta bu süreç hem resmi hem de gayri resmi yardım kaynaklarını kapsamaktadır (Aguirre Velasco vd. 2020). Yardım arama süreci bireyin bir sorun yaşadığını fark etmesiyle başlamakta ve bu farkındalığını ardından çeşitli çözüm girişimleri devreye girmektedir. Bireyler çoğu zaman öncelikle aile üyeleri ya da yakın arkadaşlar gibi sosyal

destek kaynaklarına yönelmekten ve aldıkları destek ve sorunlarını aşmaya çalışmaktadır ancak bu desteklerin yetersiz kaldığı durumlarda uzman yardımına başvurmakta ve bu seçeneği çoğunlukla son aşama olarak değerlendirmektedirler. Araştırma bulguları psikolojik yardım aramanın önündeki en temel engelin bilgi eksikliği olduğunu göstermektedir. Bu durum ruh sağlığı okuryazarlığının kritik önemini ortaya koymaktadır düşük RSO düzeyi bireylerin ruhsal hastalıklar konusunda sınırlı bilgiye sahip olmalarına ruh sağlığı hizmetlerine ne zaman ve nasıl başvuracaklarını bilememelerine ve dolayısıyla tanı ile tedavi süreçlerinin gecikmesine neden olabilmektedir (Çakar ve Kılınç, 2020).

Sağlık okuryazarlığının kritik bir bileşeni olarak hem bireysel hem de toplumsal sağlık sonuçlarını iyileştirmek için gereklidir (Kajawu vd. 2016; Zhong vd. 2024). Önceki araştırmalar, düşük ruh sağlığı okuryazarlığının depresyon ve anksiyete (Jacka vd. 2017; Tambling vd. 2023), stres, içselleştirilmiş damgalanma (Tambling vd. 2023), yetersiz uyku kalitesi (Jacka vd. 2017) ve sağlıksız yaşam tarzları (Tambling vd. 2023) gibi olumsuz ruh sağlığı durumlarıyla ilişkili olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, belirli ruh sağlığı bozuklukları tanısı konmuş bireylerin daha yüksek düzeyde ruh sağlığı okuryazarlığı sergilediğini gösteren çalışmalar da vardır (BinDhim vd. 2023; O'Connor ve Casey, 2015; Zeng vd. 2023). Bu durum, ruhsal hastalığı olan kişilerin konu hakkında bilgi edinmeye daha yatkın olduklarını, bunun da olumlu sağlık davranışlarını teşvik ettiğini ve sonuç olarak ruh sağlığı okuryazarlığında iyileşmelere yol açtığını ima edebilir. Brijnath (2016), 2000-2015 yılları arasında ruh sağlığı okuryazarlığı ile ilgili 14 müdahale araştırmasının meta-analizini gerçekleştirmiş ve ruh sağlığı okuryazarlığının artırılmasının ruh sağlığı sonuçlarını iyileştirdiğini keşfetmiştir. Başlıca ruhsal hastalıklar için, önleyici tedbirler, erken müdahale stratejileri ve tedavi seçenekleri konusunda kamuoyunun farkındalığının artırılmasının bireylere önemli ölçüde fayda sağlayabileceği yaygın olarak kabul edilmektedir (Jafari vd. 2021; Ming ve Chen, 2020). Yüksek düzeyde ruh sağlığı okuryazarlığı, bireylerin ruhsal hastalıkları erken aşamada tanımlarını, ruhsal bozukluklarla ilgili damgalanmayı azaltmalarını ve zamanında ve etkili destek ve tedaviye erişimlerini kolaylaştırarak genel ruh sağlıklarını ve yaşam kalitelerini artırmalarını sağlar (Jafari vd. 2021; Ming ve Chen, 2020; Morales-Torres vd. 2023; Tang vd. 2024). Ruh sağlığı okuryazarlığının ruh sağlığıyla yakından ilişkili olduğu açıktır.

2.4.2. Sağlıklı Yaşam Davranışları ile Toplum Entegrasyonu Arasındaki İlişki

Sağlıklı yaşam davranışları, bireyin yalnızca fiziksel ve ruhsal iyilik hâlini sürdürmesine katkı sağlayan kişisel tercihler olarak değil, aynı zamanda toplumsal yaşama katılım biçimini ve sosyal ilişkilerinin niteliğini belirleyen temel unsurlar arasında değerlendirilmektedir. Toplum entegrasyonu; bireyin yaşadığı çevreye aidiyet geliştirmesi, sosyal ilişkilere katılım düzeyi ve toplumsal rollerini sürdürebilme kapasitesiyle yakından ilişkilidir. Bu çerçevede, sağlıklı yaşam davranışları ile toplum entegrasyonu arasında karşılıklı ve çok boyutlu bir ilişki bulunduğu söylenebilir (McMillan ve Chavis, 1986; Ware vd. 2008).

Düzenli fiziksel aktivite, dengeli beslenme, yeterli uyku ve sağlığa zarar veren alışkanlıklardan kaçınma gibi sağlıklı yaşam davranışlarının, bireyin psikolojik dayanıklılığını, öz-yeterlik algısını ve genel yaşam doyumunu artırdığı çeşitli çalışmalarda ortaya konmuştur (Velten vd. 2014; Lu vd. 2020). Bu olumlu etkiler, bireyin sosyal ortamlara katılım konusunda daha istekli olmasını sağlamakta ve topluluk temelli etkinliklerde daha aktif rol üstlenmesine katkı sunmaktadır. Nitekim toplumla güçlü bağlar kurabilen bireylerin sosyal işlevsellik düzeylerinin ve yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu, farklı örneklerle yapılan araştırmalarda vurgulanmaktadır (Aubry ve Myner, 1996; Wong ve Solomon, 2002).

Bununla birlikte, toplum entegrasyonu düzeyi yüksek olan bireylerin sağlıklı yaşam davranışlarını sürdürme olasılıklarının da arttığı görülmektedir. Sosyal destek ağlarının varlığı, bireyin stresle başa çıkma becerilerini güçlendirmekte ve sağlıksız davranışlara yönelme riskini azaltmaktadır. Aile, arkadaş ve komşuluk ilişkileri, bireyin yalnızca psikolojik iyilik hâlini değil, aynı zamanda sağlıkla ilişkili günlük davranışlarını da olumlu yönde etkilemektedir (Segal ve Everett-Dille, 1980; Kloos ve Shah, 2009).

Buna karşılık, sağlıksız yaşam davranışlarının yaygın olduğu bireylerde sosyal izolasyon, toplumsal geri çekilme ve aidiyet duygusunda zayıflama daha sık gözlemlenmektedir. Hareketsiz yaşam tarzı, madde kullanımı ve düzensiz uyku alışkanlıkları, bireyin sosyal işlevselliğini olumsuz etkileyerek toplumla kurduğu ilişkileri sınırlandırabilmektedir. Bu durum, sağlıklı yaşam davranışlarının yalnızca bireysel sağlıkla değil, aynı zamanda toplumsal bütünleşme süreçleriyle de doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir (Chaiton vd. 2009;

Kinnunen vd. 2006; Lu vd. 2020).

Sağlıklı yaşam davranışları ile toplum entegrasyonu arasında karşılıklı ve birbirini besleyen bir ilişki bulunmaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin toplumsal yaşama daha aktif katılımını desteklerken; güçlü bir toplum entegrasyonu da sağlıklı davranışların sürdürülebilmesi için koruyucu bir sosyal zemin oluşturmaktadır (Jacobson ve Greenley, 2001; Leff ve Warner, 2008).

2.4.3. Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Toplum Entegrasyonu Üzerindeki Olası Etkileri

Ruh sağlığı okuryazarlığı, bireyin ruhsal sorunları tanıyabilme, bu sorunlara ilişkin doğru bilgiye ulaşabilme, uygun baş etme yollarını kullanabilme ve gerektiğinde profesyonel yardım arama becerisine sahip olma kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (Jorm vd. 1997; Jorm, 2000). Bu kavram, bireysel düzeyde ruhsal iyilik hâlini desteklemenin yanı sıra, bireyin toplumsal yaşama katılımını ve toplumla kurduğu ilişkilerin niteliğini etkileyen önemli bir belirleyici olarak ele alınmaktadır. Bu yönüyle ruh sağlığı okuryazarlığı, toplum entegrasyonunu hem doğrudan hem de dolaylı biçimlerde etkileyen çok boyutlu bir yapı sunmaktadır (Jorm vd. 1997; Jorm, 2000).

Ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi yüksek olan bireylerin, yaşadıkları ruhsal sorunları daha erken fark edebildikleri ve bu sorunları damgalayıcı tutumlar yerine açıklayıcı ve kabul edici bir çerçevede ele alabildikleri görülmektedir (Jorm, 2012). Bu durum, bireyin hem kendisiyle hem de sosyal çevresiyle kurduğu ilişkilerde daha açık, esnek ve sürdürülebilir bir iletişim geliştirmesine katkı sağlamaktadır. Toplum entegrasyonunun temel bileşenleri arasında yer alan sosyal katılım, aidiyet duygusu ve karşılıklı etkileşim, ruhsal sorunların yanlış inanışlar ve korkular üzerinden yorumlanmadığı ortamlarda daha güçlü biçimde ortaya çıkmaktadır (Ware vd. 2008; Wong ve Solomon, 2002).

Ruh sağlığı okuryazarlığının toplum entegrasyonu üzerindeki etkilerinden biri de yardım arama davranışları üzerinden şekillenmektedir. Ruh sağlığına ilişkin bilgi ve farkındalığı yüksek bireylerin, ihtiyaç duyduklarında profesyonel destek alma konusunda daha istekli oldukları ve bu süreci bir zayıflık göstergesi olarak algılamadıkları belirtilmektedir (Osman vd. 2023; Jorm vd. 2019). Zamanında ve uygun destek alan bireylerin sosyal işlevselliklerini daha iyi koruyabildikleri; eğitim, istihdam ve sosyal ilişkiler gibi alanlarda toplumla bağlarını

sürdürme olasılıklarının arttığı ifade edilmektedir (Henry ve Lucca, 2004; Aubry ve Myner, 1996).

Buna karşın, düşük ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi, damgalayıcı tutumların içselleştirilmesine ve sosyal geri çekilmeye zemin hazırlayabilmektedir. Ruhsal sorunların yanlış yorumlanması, bireyin kendisini toplumdan dışlanmış hissetmesine ve sosyal etkileşimlerden kaçınmasına yol açabilmektedir (Rüsch vd. 2010; Mak vd. 2007). Bu durum, toplum entegrasyonunun temel bileşenlerinden olan aidiyet ve sosyal katılımın zayıflamasına neden olmaktadır. Özellikle ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerde, ruh sağlığı okuryazarlığının yetersizliği, toplumsal rollere katılımı sınırlayan önemli bir engel olarak ortaya çıkmaktadır (Leff ve Warner, 2008; Kruzich, 1985).

Genel olarak değerlendirildiğinde, ruh sağlığı okuryazarlığı toplum entegrasyonunu destekleyen önemli bir psikososyal kaynak olarak öne çıkmaktadır. Bireyin ruhsal süreçlerini anlayabilmesi, yardım arama davranışlarını etkin biçimde kullanabilmesi ve damgalayıcı tutumlardan uzak durabilmesi, toplumsal yaşama daha aktif ve sürdürülebilir bir katılımı mümkün kılmaktadır. Bu nedenle, toplum entegrasyonunu güçlendirmeyi hedefleyen ruh sağlığı politikaları ve müdahalelerin, ruh sağlığı okuryazarlığını artırmaya yönelik eğitim ve farkındalık çalışmalarıyla bütüncül biçimde ele alınması önem taşımaktadır.

2.4.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Aracı Rolüne İlişkin Kuramsal Yaklaşım

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, bireyin fiziksel ve ruhsal iyilik hâlini doğrudan etkileyen unsurlar olmanın ötesinde, farklı psikososyal değişkenler arasındaki ilişkileri açıklamada aracı bir rol üstlenmektedir. Özellikle ruh sağlığı okuryazarlığı ile toplum entegrasyonu arasındaki ilişkinin tek başına doğrusal bir etkileşim olarak ele alınması, sürecin davranışsal boyutunu göz ardı etme riskini taşımaktadır. Bu noktada sağlıklı yaşam biçimi davranışları, bireyin bilgi ve farkındalığını günlük yaşam pratiklerine dönüştüren bir mekanizma olarak kuramsal açıdan anlam kazanmaktadır (Jorm, 2012; Velten vd. 2014).

Ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi yüksek olan bireylerin, ruhsal iyilik hâlini destekleyen davranışları benimseme ve sürdürme olasılıklarının daha yüksek olduğu bilinmektedir. Ruhsal belirtileri tanıyabilme, stresle başa çıkma yollarını bilme ve uygun destek kaynaklarına yönelme becerileri, bireyin fiziksel aktiviteye katılım, dengeli beslenme, düzenli uyku

ve zararlı alışkanlıklardan kaçınma gibi sağlıklı yaşam davranışlarını günlük yaşantısına entegre etmesini kolaylaştırmaktadır. Bu bağlamda ruh sağlığı okuryazarlığı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları için bir öncül değişken niteliği taşımaktadır (Jorm, 2012; Velten vd. 2014).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ise bireyin sosyal işlevselliğini güçlendiren ve toplumla kurduğu ilişkileri destekleyen bir köprü işlevi görmektedir. Fiziksel ve psikolojik olarak daha iyi durumda olan bireylerin sosyal ortamlara katılımının arttığı, topluluk temelli etkinliklerde daha aktif rol alabildikleri ve sosyal ilişkileri sürdürme konusunda daha fazla motivasyon gösterdikleri ifade edilmektedir. Bu durum, sağlıklı yaşam davranışlarının toplum entegrasyonu üzerinde doğrudan etkilerinin yanı sıra, ruh sağlığı okuryazarlığının entegrasyona olan katkısını da güçlendiren aracı bir mekanizma olarak işlev gördüğünü göstermektedir (Lu vd. 2020; Aubry ve Myner, 1996).

Kuramsal açıdan bakıldığında, bu yapı sosyal ekolojik yaklaşım ve iyilik hâli temelli modellerle uyumluluk göstermektedir. Bireysel düzeyde edinilen bilgi ve farkındalık, davranışsal düzeyde sağlıklı yaşam pratiklerine dönüşmekte; bu pratikler ise sosyal çevreyle etkileşim ve toplumsal katılım yoluyla daha üst düzey bir entegrasyon sürecini desteklemektedir. Böylece sağlıklı yaşam biçimi davranışları, bireysel bilişsel kaynaklar ile toplumsal sonuçlar arasında açıklayıcı bir ara halka oluşturmaktadır (Kloos ve Shah, 2009; Ware vd. 2008).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ruh sağlığı okuryazarlığı ile toplum entegrasyonu arasındaki ilişkide yalnızca eşlik eden bir değişken değil, bu ilişkinin nasıl ve hangi yollarla ortaya çıktığını açıklayan temel bir aracı unsur olarak ele alınmalıdır. Bu çerçevede geliştirilecek müdahale ve politika yaklaşımlarının, yalnızca bilgi düzeyini artırmaya değil, aynı zamanda bu bilginin günlük yaşam davranışlarına yansımaları destekleyecek bütüncül stratejiler içermesi, toplum entegrasyonunun güçlendirilmesi açısından kritik önem taşımaktadır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırmanın amacı, psikiyatri hastalarının ruh sağlığı okuryazarlığı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve toplum entegrasyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

3.2. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı, kesitsel türde, ilişki arayıcı aracı modeli kullanılan bir araştırmadır.

3.3. Araştırmanın Modeli

Araştırmanın modeli oluşturulurken ruh sağlığı okuryazarlığı bağımsız (X) değişken, toplum entegrasyon düzeyleri değişkeni bağımlı değişken (Y) ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları (M) aracı değişken olarak ele alınmıştır.

3.4. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Ruh sağlığı okuryazarlığı, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını pozitif yönde yordar.

H2: Ruh sağlığı okuryazarlığı, toplum entegrasyonunu pozitif yönde yordar.

H3: Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, ruh sağlığı okuryazarlığı ile toplum entegrasyonu arasındaki ilişkide aracı rol oynar.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, bir devlet hastanesinin Psikiyatri kliniğine Ekim 2024 – Haziran 2025 tarihleri arasında başvuran ve psikiyatrik tanı almış hastalar oluşturmaktadır. Evreni temsil edebilecek en düşük örneklem büyüklüğü, G*Power 3.1.9.2 programı kullanılarak hesaplanmıştır. Literatür incelendiğinde, psikiyatri hastalarında ruh sağlığı okuryazarlığı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve Toplum Entegrasyon düzeyleri arasındaki ilişkileri birlikte ele alan sınırlı sayıda çalışma bulunduğu görülmüştür. Bu nedenle, örneklem büyüklüğünün belirlenebilmesi amacıyla ön uygulama (pilot çalışma) gerçekleştirilmiştir. Pilot çalışma kapsamında 50 psikiyatri hastasından elde edilen veriler doğrultusunda, ruh

sağlığı okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki korelasyon katsayısı ($\rho = 0,22$) temel alınmıştır.

Bu doğrultuda, %95 güven düzeyi ($1-\alpha$), %95 test gücü ($1-\beta$) ve beklenen korelasyon katsayısı $\rho = 0,22$ dikkate alınarak yapılan güç analizi sonucunda, araştırmada ulaşılması gereken minimum örneklem büyüklüğü 109 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırma sürecinde toplam 121 psikiyatri hastasına ulaşılmış, ancak veri setinde eksiklik bulunan 8 katılımcı çalışma dışı bırakılmıştır. Böylece araştırma, 113 hastanın katılımıyla tamamlanmıştır.

Çalışma tamamlandıktan sonra yapılan post-hoc güç analizi sonucunda; %95 güven düzeyi ($1-\alpha$), $\rho = 0,25$ korelasyon katsayısı ve 113 kişilik örneklem büyüklüğü dikkate alındığında, testin istatistiksel gücü %97 olarak hesaplanmıştır. Araştırmada örneklem seçimi için kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

3.6. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma, Ekim 2024– Haziran 2025 tarihleri arasında Şanlıurfa'daki bir devlet hastanesinin Psikiyatri Kliniğinde yürütülmüştür. Bölgenin sosyoekonomik çeşitliliği ve ruh sağlığı hizmetlerine başvuru oranlarının yüksekliği nedeniyle klinik, psikiyatrik hastaların toplum entegrasyonu, sağlıklı yaşam davranışları ve ruh sağlığı okuryazarlığı gibi değişkenlerin doğal koşullar altında gözlemlenebildiği ideal bir araştırma ortamı sunmuştur. Klinik; 24 yatak kapasitesi, düzenli yatış döngüsü ve aylık ortalama 50 yeni hasta kabulü ile sürekli ve çeşitli hasta akışına sahiptir. Bu nedenle çalışma, geniş klinik deneyim yelpazesi sunan ve araştırma değişkenlerinin değerlendirilmesi için temsil gücü yüksek bir klinik ortamda gerçekleştirilmiştir.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, Tanıtıcı Bilgi Formu, Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOY), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) ve Toplum Entegrasyon Ölçeği (TEÖ) aracılığı ile toplanacaktır.

3.7.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu form demografik verileri ve ruh sağlığına yönelik bazı bilgileri içeren toplam 18 sorudan oluşmaktadır (Jung vd., 2016).

3.7.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği

Ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeğinin orijinal formu Jung ve arkadaşları tarafından (2016) geliştirilmiştir (Jung vd., 2016). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Göktaş vd., (2019) tarafından yapılmıştır. RSOY-Ölçeği toplam 22 madde ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Bilgi Odaklı RSOY alt boyutunda 10 madde (1–10. madde), İnanç Odaklı RSOY alt boyutunda 8 madde (11–18. madde), Kaynak Odaklı RSOY alt boyutunda 4 madde (19–22. madde) bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 0–22 arasında değişmektedir. Ölçeğin ilk iki alt boyutunda bulunan 18 soru altılı Likert tipinde olup, cevapları “kesinlikle katılıyorum, katılıyorum, kararsızım, katılmıyorum, kesinlikle katılmıyorum, bilmiyorum” şeklindedir. Kaynak odaklı RSOY alt boyutunda bulunan 4 sorunun cevabı ise “evet” ve “ hayır” şeklindedir. Sorulara “kesinlikle katılıyorum”, “katılıyorum” ve “evet” cevabı verildiğinde “1 puan” diğer cevaplar “0 puan” olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin 11–18’inci maddeleri arasındaki maddeler (11 ve 18 dahil, yani inanç odaklı RSOY alt boyuta ait maddeler) ters kodlanmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.71 olarak bulunmuştur (Göktaş vd., 2019). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.74 olarak bulunmuştur.

3.7.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ)

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Walker tarafından 1987 yılında geliştirilmiş olup ilk versiyonu 48 maddeden oluşmaktadır (Walker, vd., 1987). Ölçek 1996 yılında revize edilerek Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II olarak adlandırılmıştır (Walker, Volkan, Sechrist ve Pender, 1988). Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması ise 2008 yılında Bahar vd., (2008) tarafından yapılmıştır (Bahar vd., 2008). Ölçek 52 maddeden oluşmaktadır ve sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi şeklinde 6 alt grup içermektedir.

Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi sağlığına gösterdiği özen, sağlığı hakkında bilgilenme isteği ve gerekli olduğunda profesyonel bir yardıma başvurabilme durumunu gösterir. Fiziksel aktivite, günlük yaşamın bir parçası olarak düzenli egzersiz yapmayı kapsar. Beslenme, bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme özelliklerini gösterir. Manevi gelişim, kişinin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini, iç huzur ve çevresi

ile uyumu yakalama gücünü, kendini ne kadar tanıdığını ve memnun edebildiğini gösterir. Kişilerarası ilişkiler, yakın çevre ile olan ilişkileri ve bunların süreklilik düzeyini belirler. Stres yönetimi, bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stresi etkin bir şekilde kontrol edebilmek için fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilme ve harekete geçirebilme gücünü gösterir. Ölçek, 4'lü Likert tipi bir ölçek olup, “hiçbir zaman”, “bazen”, “sık sık”, “düzenli olarak” yanıtlarına sırasıyla; 1, 2, 3, 4 puan verilerek değerlendirilmektedir. Bu ölçeğin tüm maddeleri olumlu ifadeler içermektedir ve alınan yüksek puan olumlu sağlıklı yaşam biçimi davranışı olarak yorumlanmaktadır. Toplam puanın yanı sıra her bir alt grubun puanı da bağımsız olarak kullanılabilir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısının toplam ölçek için 0.94, 6 alt boyutu için ise 0.79-0.87 arasında değişmektedir (Bahar vd., 2008). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.82 olarak bulunmuştur.

3.7.4. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yetişkinler İçin Toplum Entegrasyon Ölçeği

Cabral vd. (2014) tarafından, psikiyatrik bozukluğa sahip bireylerin toplum entegrasyon düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Daha sonra Cabral vd. (2018) tarafından tekrar uygulanarak geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (Cabral vd., 2018). Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği Açıkgöz (2020) tarafından yapılmıştır (Açıkgöz, 2020). Ölçek toplam 34 madde ve 5 Alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,92 bulunmuştur. Ölçek toplum entegrasyon düzeyi ile ilgili 34 madde ve 5'li likert tipi özelliğindedir. “0” bilmiyorum, “1” kesinlikle katılmıyorum, “2” katılıyorum, “3” katılmıyorum, “4” kesinlikle katılmıyorum anlamına gelmektedir. Ölçekten 0-136 arasında puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puanların artması toplum entegrasyon düzeyinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin cronbach α katsayısı 0.90'dır. Ölçekte yer alan her bir alt boyutun cronbach α katsayısı: 1. Faktör: .733, 2. Faktör: .642, 3. Faktör: .752, 4. Faktör: .693 ve 5. Faktör: .733'tür. Ölçekte yer alan faktörler;

1. Faktör: 10, 11, 15, 19, 23, 24, 28, 29 ve 32 maddelerinin yer aldığı “Fiziksel Toplum Entegrasyonu Bağımsızlık ve Toplum Kaynağının Kullanımı” ($\alpha = .733$)

2. Faktör: 1, 6, 16, 20 ve 33 maddelerinin yer aldığı “Fiziksel Toplum Entegrasyonu Toplum Katılımı ve Boş Zaman Etkinlikleri” ($\alpha = .642$)

3. Faktör: 2, 3, 4, 7, 8, 12, 13, 17, 21 ve 34 maddelerinin yer aldığı “Psikososyal

Toplum Entegrasyonu - Sosyal Ağ Boyutu ve Özellikleri” ($\alpha = .752$)

4. Faktör: 25, 26, 27 ve 30 maddelerinin yer aldığı “Psikososyal Toplum Entegrasyonu Duygusal Bağlantı” ($\alpha = .693$)

5. Faktör: 5, 9, 14, 18, 22 ve 31 maddelerinin yer aldığı “Psikososyal Toplum Entegrasyonu - Toplum Desteği” ($\alpha = .733$)

Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.76 olarak bulunmuştur.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan psikiyatri hastalarının bireysel özellikleri ile Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Toplum Entegrasyon Düzeylerine ilişkin istatistiksel bulgular sunulmuştur.

Tablo 4.1. Araştırmaya Katılan Hastaların Bireysel Özellikleri (n:113)

Değişkenler		Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	18	15,9
	Erkek	95	84,1
Yaş	18-25	24	21,2
	26-33	51	45,1
	34-41	23	20,4
	42-49	12	10,6
	50 yaş ve üzeri	3	2,7
Medeni Durum	Evli	56	49,6
	Bekâr	57	50,4
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	57	50,4
	Hayır	56	49,6
Çocuk Sayısı (n:57)	1,00	10	17,5
	2,00	19	33,3
	3,00	19	33,3
	4,00	5	8,8
	5,00	3	5,2
	6,00	1	1,9
Birlikte yaşama durumu	Yalnız	112	99,1
	Eşle	1	0,9

Tablo 4.1. Araştırmaya Katılan Hastaların Bireysel Özellikleri (n:113) (devam)

Değişkenler		Frekans (n)	Yüzde (%)
Eğitim Durumu	İlkokul ve altı	59	52,2
	Lise	37	32,7
	Lisans	15	13,3
	Yüksek Lisans	2	1,8
Gelir Düzeyi	Gelir giderden az	66	58,4
	Gelir gidere denk	31	27,4
	Gelir giderden fazla	16	14,2
Yaşadığı Bölge	İl	71	62,8
	İlçe	32	28,3
	Köy	10	8,8
Sağlıkla İlgili En Sık Tercih Edilen Kurum	Devlet hastanesi	103	91,2
	Özel hastane	5	4,4
	Aile sağlığı merkezi	5	4,4
Sağlık Algısı	İyi	37	32,7
	Orta	58	51,3
	Kötü	18	15,9

Tablo 4.1. Araştırmaya Katılan Hastaların Bireysel Özellikleri (n:113) (devam)

Değişkenler		Frekans (n)	Yüzde (%)
Son 6 Ayda Sağlık Kurumuna Başvuru Sayısı	1,00	18	15,9
	2,00	36	31,9
	3,00	26	23,0
	4,00	8	7,1
	5,00	8	7,1
	6,00	6	5,3
	7,00	2	1,8
	8,00	4	3,5
	10,00	3	2,7
	15,00	1	0,9
	20,00	1	0,9
Sigara Kullanma	Evet	87	77,0
	Hayır	26	23,0
Alkol Kullanma	Evet	17	15,0
	Hayır	95	84,1
Düzenli spor- egzersiz yapma	Evet	33	29,2
	Hayır	80	70,8
Sağlıkla ilgili araştırma yapma	Evet	57	50,4
	Hayır	56	49,6

Tablo 4.1. Araştırmaya Katılan Hastaların Bireysel Özellikleri (n:113) (devam)

Değişkenler		Frekans (n)	Yüzde (%)
Hastalık tanısı	Anksiyete Bozukluğu	17	15,0
	Antisosyal Kişilik bozukluğu	3	2,7
	Bipolar Bozukluk	18	15,9
	Depresyon	4	3,5
	Duygudurum Bozukluğu	1	0,9
	Maddeye Bağlı Psikoz	52	46,0
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	1	0,9
	Psikotik Bozukluk	17	15,0

Araştırmaya katılan psikiyatri hastalarının sosyodemografik ve klinik özellikleri incelendiğinde, katılımcıların %84,1'inin erkek, %15,9'unun kadın olduğu görülmektedir. Yaş dağılımı açısından katılımcıların büyük bir bölümünün 26–33 yaş aralığında (%45,1) yer aldığı; 18–25 yaş (%21,2) ve 34–41 yaş (%20,4) gruplarının da önemli bir oran oluşturduğu belirlenmiştir. 42 yaş ve üzerindeki katılımcı oranının görece düşük olduğu saptanmıştır. Medeni durum açısından katılımcıların %49,6'sı evli, %50,4'ü bekârdır.

Katılımcıların %50,4'ünün çocuk sahibi olduğu, %49,6'sının ise çocuk sahibi olmadığı belirlenmiştir. Çocuk sahibi olan katılımcılar (n=57) arasında iki ve üç çocuk sahibi olanların oranı %33,3 olarak hesaplanmış, dört ve üzeri çocuk sayısına sahip olanların oranlarının daha düşük olduğu görülmüştür. Birlikte yaşama durumu değerlendirildiğinde, katılımcıların %99,1'inin yalnız yaşadığı, %0,9'unun eşiyle birlikte yaşadığı saptanmıştır.

Eğitim düzeyi dağılımına göre katılımcıların %52,2'si ilkokul ve altı, %32,7'si lise, %13,3'ü lisans ve %1,8'i yüksek lisans mezunudur. Gelir düzeyi incelendiğinde, katılımcıların çoğunluğunun gelirinin giderinden az olduğu (%58,4), %27,4'ünün gelirinin giderine denk, %14,2'sinin ise gelirinin giderinden fazla olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %62,8'i il merkezinde, %28,3'ü ilçede ve %8,8'i köyde yaşamaktadır.

Sağlık hizmeti kullanımına ilişkin bulgular değerlendirildiğinde, katılımcıların büyük çoğunluğunun devlet hastanesini tercih ettiği (%91,2), özel hastane ve aile sağlığı merkezini tercih edenlerin oranlarının %4,4 düzeyinde olduğu görülmektedir. Katılımcıların sağlık algıları incelendiğinde, %51,3'ünün sağlık durumunu orta, %32,7'sinin iyi ve %15,9'unun kötü olarak değerlendirdiği belirlenmiştir. Son altı ayda sağlık kurumuna başvuru sayısının ağırlıklı olarak iki (%31,9) ve üç (%23,0) kez olduğu, bazı katılımcıların ise daha yüksek sayıda başvuruda bulunduğu saptanmıştır.

Yaşam tarzına ilişkin bulgulara göre katılımcıların %77,0'ının sigara kullandığı, %15,0'ının alkol kullandığı belirlenmiştir. Düzenli spor veya egzersiz yapmayanların oranı %70,8, yapanların oranı ise %29,2'dir. Katılımcıların %50,4'ü sağlıkla ilgili araştırma yaptığını, %49,6'sı ise yapmadığını belirtmiştir. Klinik tanı dağılımı incelendiğinde, maddeye bağlı psikoz (%46,0) tanısının en yüksek orana sahip olduğu; bipolar bozukluk (%15,9), anksiyete bozukluğu (%15,0) ve psikotik bozukluk (%15,0) tanılarının da örnekleme yer aldığı görülmektedir. Diğer tanıların oranları daha düşük düzeydedir.

Tablo 4.2. Normallik Testi Sonuçları

Ölçekler		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		İstatistik	sd	Sig.	İstatistik	sd	Sig.
	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı	0,099	113	0,008	0,937	113	0,000
	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	0,077	113	0,101	0,980	113	0,083
	Toplum Entegrasyon-Düzeyleri	0,076	113	0,142	0,978	113	0,061

Tablo 4.2'de, ölçeklere ait verilerin normal dağılım gösterip göstermediği, örneklem büyüklüğünün 50'nin üzerinde olması nedeniyle Kolmogorov-Smirnov testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda elde edilen p değerlerinin 0,05'ten büyük olduğu belirlenmiş ve bu doğrultuda verilerin normal dağılım varsayımını karşıladığı kabul edilmiştir. Normal dağılım varsayımının sağlanması nedeniyle, verilerin analizinde parametrik testler tercih edilmiş; gruplar arası karşılaştırmalarda bağımsız örneklem t testi ve tek yönlü

varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır.

Tablo 4.3. Hastaların Bireysel özellikleri ile Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Toplum Entegrasyon~ Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Ait t Testi Sonuçları

Değişkenler	Boyut	Gruplar	N	X	Testi			
					t	Sd	p	
Cinsiyet	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı	Kadın	18	51,3889	,047	111	,963	
		Erkek	95	51,2105				
	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Kadın	18	71,2778	-,602	111	,549	
		Erkek	95	75,1789				
	Toplum Entegrasyon Düzeyleri	Kadın	18	106,6111	-4,027	111	,000*	
		Erkek	95	129,8316				
Medeni Durum	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı	Evli	56	50,3750	-,616	111	,539	
		Bekâr	57	52,0877				
	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Evli	56	70,7679	-1,598	111	,113	
		Bekâr	57	78,2807				
	Toplum Entegrasyon Düzeyleri	Evli	56	127,4464	,440	111	,661	
		Bekâr	57	124,8421				
Çocuk Sahibi Olma Durumları	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı	Var	57	48,8596	-1,747	111	,083	
		Yok	56	53,6607				
	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Var	57	70,9298	-1,556	111	,122	
		Yok	56	78,2500				
	Toplum Entegrasyon Düzeyleri	Var	57	127,0351	,308	111	,661	
		Yok	56	125,2143				

Tablo 4.3. Hastaların Bireysel özellikleri ile Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Toplum Entegrasyon~ Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Ait t Testi Sonuçları (devam)

Değişkenler	Boyut	Gruplar	N	X	Testi			
					<i>t</i>	<i>Sd</i>	<i>p</i>	
Hastaların Sigara Kullanma	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı	Evet	87	50,7011	-,708	111	,480	
		Hayır	26	53,0385				
	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Evet	87	75,0575	,385	111	,701	
		Hayır	26	72,8846				
	Toplum Entegrasyon Düzeyleri	Evet	87	128,7816	1,657	111	,100	
		Hayır	26	117,2692				
Alkol kullanma durumları	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı	Evet	17	52,1765	,357	111	,722	
		Hayır	95	50,8000				
	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Evet	17	66,4706	-1,413	111	,160	
		Hayır	95	75,8105				
	Toplum Entegrasyon Düzeyleri	Evet	17	121,7647	-,554	111	,581	
		Hayır	95	126,2947				
Hastaların Düzenli Spor Yapma Durumları	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı	Evet	33	53,1212	,871	111	,386	
		Hayır	80	50,4625				
	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Evet	33	73,9394	-,167	111	,868	
		Hayır	80	74,8125				
	Toplum Entegrasyon Düzeyleri	Evet	33	134,9394	1,943	111	,054	
		Hayır	80	122,5000				

Tablo 4.3. Hastaların Bireysel özellikleri ile Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Toplum Entegrasyon~ Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Ait t Testi Sonuçları (devam)

Değişkenler	Boyut	Gruplar	N	X	Testi			
					t	Sd	p	
Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Araştırma Yapma Durumları	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı	Evet	57	49,2807	-1,431	111	,155	
		Hayır	56	53,2321				
	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Evet	57	77,0877	1,079	111	,283	
		Hayır	56	71,9821				
	Toplum Entegrasyon Düzeyleri	Evet	57	127,0000	,296	111	,768	
		Hayır	56	125,2500				

Tablo 4.3'te araştırmaya katılan hastaların bireysel özellikleri ile Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Toplum Entegrasyon Düzeyleri arasındaki ilişkiye ait t testi sonuçları yer almaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile ruh sağlığı okuryazarlığı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve toplumsal entegrasyon düzeyleri arasındaki farklılıkların incelenmesi amacı ile t testi uygulanmıştır. Bu test sonucuna göre araştırmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı” ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” ölçeği için anlamlılık değerlerinin ($p > \alpha = 0,05$) olduğu bu nedenle hastaların kadın veya erkek olmasının “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı” ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” görüşleri üzerinde ortalamalar bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara sebep olmadığı ancak “Toplumsal Entegrasyon Düzeyleri” ölçeğinin hastaların cinsiyetlerine göre farklılaştığı anlaşılmaktadır.

Bu farklılıklar incelendiğinde erkek hastaların toplumsal entegrasyon düzeylerinin kadınlara göre daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Bu test sonucuna göre araştırmaya katılan hastaların medeni durumları ile “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” ve “Toplum Entegrasyon

Düzeyleri” ölçeği için anlamlılık değerlerinin ($p>0,05$) olduğu bu nedenle hastaların evli veya bekâr olmasının “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” ve “Toplum Entegrasyon Düzeyleri” üzerinde ortalamalar bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara sebep olmadığı anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların çocuk sahibi olma durumları ile “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” ve “Toplum Entegrasyon Düzeyleri” ölçeği için anlamlılık değerlerinin ($p>0,05$) olduğu bu nedenle hastaların çocuk sahibi olmaları veya olmamalarının “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” ve “Toplum Entegrasyon Düzeyleri” görüşleri üzerinde ortalamalar bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara sebep olmadığı anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların sigara kullanma durumları ile “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” ve “Toplum Entegrasyon Düzeyleri” ölçeği için anlamlılık değerlerinin ($p>0,05$) olduğu bu nedenle hastaların sigara kullanma durumlarının “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” ve “Toplum Entegrasyon Düzeyleri” üzerinde ortalamalar bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara sebep olmadığı anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların alkol kullanma durumları ile “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” ve “Toplum Entegrasyon Düzeyleri” ölçeği için anlamlılık değerlerinin ($p>0,05$) olduğu bu nedenle hastaların alkol kullanma durumlarının farklı olmasının “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” ve “Toplum Entegrasyon Düzeyleri” üzerinde ortalamalar bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara sebep olmadığı anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların düzenli spor yapma durumları ile “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” ve “Toplum Entegrasyon Düzeyleri” ölçeği için anlamlılık değerlerinin ($p>0,05$) olduğu bu nedenle hastaların düzenli spor yapma durumlarının farklı olmasının “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” ve “Toplum Entegrasyon Düzeyleri” üzerinde ortalamalar bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara sebep olmadığı anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların sağlıkla ilgili araştırma yapma durumları ile “Ruh

Sağlığı Okuryazarlığı”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” ve “Toplum Entegrasyon Düzeyleri” ölçeği için anlamlılık değerlerinin ($p>0,05$) olduğu bu nedenle hastaların sağlıkla ilgili araştırma yapma durumlarının “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” ve “Toplum Entegrasyon Düzeyleri” üzerinde ortalamalar bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara sebep olmadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 4.4. Hastaların Bireysel Özellikleri İle Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Toplum Entegrasyon Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Ait ANOVA Testi Sonuçları

Değiş- ken	Boyut	Gruplar	KT	sd	KO	F	p	Fark
Yaş	Ruh Sağlığı Okuryazar- lığı	Gruplar Arası	1666,724	4	416,681	1,985	,102	
		Gruplar İçi	22665,825	108	209,869			
		Toplam	24332,549	112				
	Sağlıklı Yaşam Biçimi Dav- ranışları	Gruplar Arası	1738,747	4	434,687	,679	,608	
		Gruplar İçi	69143,129	108	640,214			
		Toplam	70881,876	112				
	Toplum En- tegrasyon Düzeyleri	Gruplar Arası	4383,115	4	1095,779	1,122	,350	
		Gruplar İçi	105479,893	108	976,666			
		Toplam	109863,009	112				

Tablo 4.4. Hastaların Bireysel Özellikleri İle Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Toplum Entegrasyon Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Ait ANOVA Testi Sonuçları (devam)

Çocuk Sayısı	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı	Gruplar Arası	1564,365	6	260,728	1,214	,305	
		Gruplar İçi	22768,183	106	214,794			
		Toplam	24332,549	112				
	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Gruplar Arası	4590,041	6	765,007	1,223	,300	
		Gruplar İçi	66291,835	106	625,395			
		Toplam	70881,876	112				
	Toplum Entegrasyon Düzeyleri	Gruplar Arası	3887,777	6	647,963	,648	,691	
		Gruplar İçi	105975,232	106	999,766			
		Toplam	109863,009	112				
Eğitim Durumu	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı	Gruplar Arası	446,673	3	148,891	,679	,566	
		Gruplar İçi	23885,875	109	219,136			
		Toplam	24332,549	112				
	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Gruplar Arası	3309,902	3	1103,301	1,780	,155	
		Gruplar İçi	67571,974	109	619,926			
		Toplam	70881,876	112				
	Toplum Entegrasyon Düzeyleri	Gruplar Arası	6822,229	3	2274,076	2,406	,071	
		Gruplar İçi	103040,779	109	945,328			
		Toplam	109863,009	112				

Tablo 4.4. Hastaların Bireysel Özellikleri İle Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Toplum Entegrasyon Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Ait ANOVA Testi Sonuçları (devam)

Gelir Düzeyi	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı	Gruplar Arası	102,013	2	51,006	,232	,794	
		Gruplar İçi	24230,536	110	220,278			
		Toplam	24332,549	112				
	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Gruplar Arası	540,487	2	270,244	,423	,656	
		Gruplar İçi	70341,389	110	639,467			
		Toplam	70881,876	112				
	Toplum Entegrasyon Düzeyleri	Gruplar Arası	217,328	2	108,664	,109	,897	
		Gruplar İçi	109645,681	110	996,779			
		Toplam	109863,009	112				
Yaşadığı Bölge	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı	Gruplar Arası	505,225	2	252,612	1,166	,315	
		Gruplar İçi	23827,324	110	216,612			
		Toplam	24332,549	112				
	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Gruplar Arası	1955,714	2	977,857	1,561	,215	
		Gruplar İçi	68926,162	110	626,601			
		Toplam	70881,876	112				
	Toplum Entegrasyon Düzeyleri	Gruplar Arası	279,176	2	139,588	,140	,869	
		Gruplar İçi	109583,832	110	996,217			
		Toplam	109863,009	112				

Tablo 4.4. Hastaların Bireysel Özellikleri İle Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Toplum Entegrasyon Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Ait ANOVA Testi Sonuçları (devam)

Sağlık Algısı	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı	Gruplar Arası	495,781	2	247,891	1,144	,322	
		Gruplar İçi	23836,767	110	216,698			
		Toplam	24332,549	112				
	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Gruplar Arası	11021,509	2	5510,754	10,127	,000*	İyi>Orta
		Gruplar İçi	59860,367	110	544,185			İyi>Kötü
		Toplam	70881,876	112				
	Toplum Entegrasyon Düzeyleri	Gruplar Arası	20184,697	2	10092,348	12,379	,000*	İyi>Orta
		Gruplar İçi	89678,312	110	815,257			İyi>Kötü
		Toplam	109863,009	112				
Hastalık Tanısı	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı	Gruplar Arası	443,916	1	443,916	2,063	,154	
		Gruplar İçi	23888,633	111	215,213			
		Toplam	24332,549	112				
	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Gruplar Arası	1176,936	1	1176,936	1,874	,174	
		Gruplar İçi	69704,940	111	627,972			
		Toplam	70881,876	112				
	Toplum Entegrasyon Düzeyleri	Gruplar Arası	1863,429	1	1863,429	1,915	,169	
		Gruplar İçi	107999,580	111	972,969			
		Toplam	109863,009	112				

Tablo 4.4'te araştırmaya katılan hastaların yaşları ile Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Toplum Entegrasyon düzeyleri arasındaki farklılıkların

incelenmesi amacı ile ANOVA testi uygulanmıştır. Bu test sonucuna göre araştırmaya katılan hastaların yaşları ile “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” ve “Toplum Entegrasyon Düzeyleri” ölçeği için anlamlılık değerlerinin ($p>0,05$) olduğu, bu nedenle hastaların yaşlarının farklı olmasının “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” ve “Toplum Entegrasyon Düzeyleri” üzerinde ortalamalar bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara sebep olmadığı anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların çocuk sayıları ile “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” ve “Toplum Entegrasyon Düzeyleri” ölçeği için anlamlılık değerlerinin $p>0,05$ olduğu bu nedenle hastaların çocuk sayılarının farklı olmasının “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” ve “Toplum Entegrasyon Düzeyleri” üzerinde ortalamalar bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara sebep olmadığı anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların eğitim durumları ile ruh sağlığı okuryazarlığı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve Toplum Entegrasyon düzeyleri arasındaki farklılıkların incelenmesi amacı ile ANOVA testi uygulanmıştır. Bu test sonucuna göre araştırmaya katılan hastaların eğitim durumları ile “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” ve “Toplum Entegrasyon Düzeyleri” ölçeği için anlamlılık değerlerinin ($p>0,05$) olduğu bu nedenle hastaların eğitim durumlarının farklı olmasının “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” ve “Toplum Entegrasyon Düzeyleri” üzerinde ortalamalar bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara sebep olmadığı anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların gelir düzeyleri ile ruh sağlığı okuryazarlığı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve Toplum Entegrasyon düzeyleri arasındaki farklılıkların incelenmesi amacı ile ANOVA testi uygulanmıştır. Bu test sonucuna göre araştırmaya katılan hastaların gelir düzeyleri ile “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” ve “Toplum Entegrasyon Düzeyleri” ölçeği için anlamlılık değerlerinin ($p>0,05$) olduğu bu nedenle hastaların gelir düzeylerinin farklı olmasının “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” ve “Toplum Entegrasyon Düzeyleri” üzerinde ortalamalar bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara sebep olmadığı

anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların yaşadıkları bölgeler ile ruh sağlığı okuryazarlığı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve Toplum Entegrasyon düzeyleri arasındaki farklılıkların incelenmesi amacı ile ANOVA testi uygulanmıştır. Bu test sonucuna göre araştırmaya katılan hastaların yaşadıkları bölgeler ile “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” ve “Toplum Entegrasyon Düzeyleri” ölçeği için anlamlılık değerlerinin ($p>0,05$) olduğu bu nedenle hastaların yaşadıkları bölgelerinin farklı olmasının “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” ve “Toplum Entegrasyon Düzeyleri” üzerinde ortalamalar bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara sebep olmadığı anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların algıladıkları sağlık durumları ile ruh sağlığı okuryazarlığı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve Toplum Entegrasyon düzeyleri arasındaki farklılıkların incelenmesi amacı ile ANOVA testi uygulanmıştır. Bu test sonucuna göre araştırmaya katılan hastaların algıladıkları sağlık durumları ile “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı” ölçeği için anlamlılık değerlerinin ($p>0,05$) olduğu ancak ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” ve “Toplum Entegrasyon Düzeyleri” ölçeği için anlamlılık değerlerinin ($p<0,05$) olduğu bu nedenle hastaların algıladıkları sağlık durumlarının farklı olmasının “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı” üzerinde ortalamalar bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara sebep olmadığı ancak “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” ve “Toplum Entegrasyon Düzeyleri” görüşleri üzerinde ortalamalar bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara sebep olduğu anlaşılmaktadır. Bu farklılıklar LSD testi ile incelendiğinde sağlık durumunu “iyi” olarak algılayan hastaların sağlık durumu “kötü” veya “orta” düzeyde algılayan hastalara göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Toplum Entegrasyon düzeylerinin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların hastalık tanıları ile ruh sağlığı okuryazarlığı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve Toplum Entegrasyon düzeyleri arasındaki farklılıkların incelenmesi amacı ile ANOVA testi uygulanmıştır. Bu test sonucuna göre araştırmaya katılan hastaların hastalık tanıları ile “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” ve “Toplum Entegrasyon Düzeyleri” ölçeği için anlamlılık değerlerinin

($p>0,05$) olduğu, bu nedenle hastaların hastalık tanılarının farklı olmasının “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” ve “Toplum Entegrasyon Düzeyleri” üzerinde ortalamalar bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara sebep olmadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 4.5. Model Özeti ve Korelasyon Analizi

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Tahminin Standart Hatası
1	,540	,292	,279	21,36576

Araştırmaya katılan hastaların ruh sağlığı okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının Toplum Entegrasyon düzeyleri üzerindeki etkisinin araştırılması amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Tablo 4.5’te sunulan regresyon modeli özetine göre, bağımsız değişkenler olan Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile bağımlı değişken olan Toplum Entegrasyon Düzeyi arasındaki çoklu ilişki katsayısı $R=0,540$ olarak hesaplanmıştır. Bu değer, modelde yer alan bağımsız değişkenler ile bağımlı değişken arasında orta düzeyde bir doğrusal ilişki olduğunu göstermektedir.

Modelin açıklayıcılık düzeyini ifade eden R^2 değeri 0,292 olarak bulunmuştur. Buna göre, bağımsız değişkenler Toplum Entegrasyon düzeyindeki toplam varyansın yaklaşık %29,2’sini açıklamaktadır. Örneklem büyüklüğü ve modele dâhil edilen değişken sayısı dikkate alınarak hesaplanan Düzeltilmiş R^2 değeri ise 0,279’dur. Bu değer, modelin genellenebilir açıklama gücünün yaklaşık %27,9 olduğunu göstermektedir.

Modelin hata payını gösteren tahminin standart hatası 21,37 olarak hesaplanmıştır. Bu değer, regresyon modeli tarafından tahmin edilen Toplum Entegrasyon puanlarının gözlenen değerlerden ortalama sapma miktarını ifade etmektedir. Bu bulgular doğrultusunda, regresyon modelinin Toplum Entegrasyon düzeyini açıklama gücü istatistiksel olarak tanımlanmış olup, modelin değişkenler arası ilişkileri ortaya koymada yeterli düzeyde bilgi sunduğu görülmektedir.

Tablo 4.6. Model Anlamlılık Tablosu

Model		Kareler Topamları	df	Ortalama Kareler	F	Sig.
1	Regresyon	20667,342	2	10333,671	22,637	,000
	Artık	50214,534	110	456,496		
	Toplam	70881,876	112			

Tablo 4.6’da regresyon analizi sonucunda kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı test edilmiştir. Tabloda görüldüğü üzere anlamlılık değerinin $p < ,000$ olduğu, dolayısıyla regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu söylenebilir.

Tablo 4.7. Katsayılar

Model		Standartlaştırılmış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	P	95,0% G.A	
		B	Std.Hata	Beta			Alt Limit	Üst Limit
1	(Sabit)	28,023	9,099		3,080	,003	9,990	46,056
	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı (X ₁)	-3,569	2,028	-,142	-1,759	,081	-7,588	,451
	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (X ₂)	,434	,065	,540	6,667	,000	,305	,562
a. Bağımlı Değişken Toplum Entegrasyon Düzeyi								

Tablo 4.7’de, Toplum Entegrasyon Düzeyi bağımlı değişkeni için kurulan çoklu regresyon analizine ait katsayılar yer almaktadır. Analiz sonucunda elde edilen regresyon modeli Y (Toplum Entegrasyon Düzeyi) = $5,872 + 0,248X_1 + 0,444X_2$ şeklindedir. Modelde, Ruh Sağlığı Okuryazarlığı (X₁) değişkeninin Toplum Entegrasyon düzeyi üzerindeki etkisinin pozitif yönlü olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($\beta = 0,145$; $p = 0,080$). Buna karşılık, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (X₂) değişkeninin

Toplum Entegrasyon düzeyini pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı biçimde yordadığı saptanmıştır ($\beta = 0,553$; $p < 0,001$). Bu modele göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları puanlarının Toplum Entegrasyon düzeyini olumlu yönde yordadığı diğer bir ifade ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarındaki olumlu artışın Toplum Entegrasyon düzeyinde de olumlu yönde artışa neden olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 4.8. Katılımcıların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Toplum Entegrasyon Düzeylerine yönelik Korelasyon Analizi

		RSOY	TED	SYB
Ruh Sağlığı Okuryazarlığı (RSO)	r	—		
Toplum Entegrasyon Düzeyi (TED)	r	,025	—	
	p	,793		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD)	r	-,218*	,521**	—
	p	,021	,000	

Tablo 4.8’de ölçekler arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacı ile yapılan korelasyon analiz sonucuna göre Toplum Entegrasyon düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönde güçlü düzeyde bir ilişkinin olduğu ($r=0.521$; $p<0,001$) ruh sağlığı okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında negatif yönde düşük düzeyde bir ilişkinin olduğu ($r=-0.218$; $p<0,001$) belirlenmiştir.

Tablo 4.9. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı (RSOY) ile Toplum Entegrasyon~ Düzeyi (TED) Arasındaki İlişkide Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının (SYBD) Aracı Rolüne İlişkin Sonuçlar

Etki (Aracı yokken)	Tahmin (β)	Standart Hata	t	p	Sonuç
RSOYà TED	0.248	0.140	1,766	0.08	Ret
Doğrudan Etki (Aracı varken)	Tahmin (β)	Standart Hata	t	p	Sonuç
RSOY à TED à SYB	0.043	0.162	0.270	0.793	Ret
Dolaylı Etki (Aracı varken)	Tahmin (β)		Güven Aralığı		
RSOY à TED à SYB	-0.205		(-0.425,-0.0377)		Anlamli Değil (Aracılık Var)

Ruh sağlığı okuryazarlığı (RSOY) ile Toplum Entegrasyon düzeyi (TED) arasındaki ilişkide Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının (SYBD) aracı rolüne ilişkin Hayes Teoremi model 4'e göre aracılık analizi yapılarak Tablo 4.9'da sunulmuştur.

Model incelendiğinde bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisi aracı değişken yokken test edilmiş “p” değerinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$, $\beta=0.248$) görülmüştür. Bu anlamlılık üzerine aracı değişken modele dâhil edilerek aracılık modeli test edilmiştir. Modelden %95 güven aralığında elde edilen sonuçlara göre güven aralığının 0'ı içermemesi modelde aracılık rolünün anlamlı olduğunu göstermektedir (-0.425, -0.0377). Bunun sonucunda; aracılık rolünün olduğu belirlenmiştir (-0.425, -0.0377). Tüm bu değerlerin sonucunda modele dâhil edilen aracı değişkenin tam aracı rolünün olduğu saptanmıştır. Diğer bir ifade ile Ruh Sağlığı Okuryazarlığı değişkeninin daha önce yapılan regresyon analizine paralel olarak elde edilen sonucuna göre Toplum Entegrasyon düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı ancak Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının aracı rolü ile ilişkisinin varlığı tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA

5.1. Psikiyatri Hastalarının Demografik Özellikleri ve Sağlık Alışkanlıkları ile Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Toplumsal Entegrasyon Düzeyleri Görüşleri Arasındaki Farklara Yönelik Tartışma

Bu araştırmada psikiyatri hastalarının ruh sağlığı okuryazarlığı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve toplum entegrasyon düzeyleri arasındaki ilişki ortaya çıkarılmıştır. Araştırmada elde edilen bulgular, cinsiyet değişkeninin ruh sağlığı okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığa yol açmadığını göstermektedir. Bu durum, ruh sağlığı okuryazarlığının yalnızca cinsiyet farklılıklarıyla açıklanamayacağını düşündürmektedir. Literatürde de bazı çalışmalarda benzer şekilde cinsiyet farklarının belirgin olmadığına dikkat çekilmiştir (Öztaş ve Aydoğan, 2021). Dolayısıyla, ruh sağlığı alanında bilgi ve farkındalık geliştirme süreçlerinde cinsiyetten farklı olarak diğer değişkenler öne çıkmaktadır. Literatürde erkeklerin daha düşük ruh sağlığı okuryazarlığına sahip olduklarını gösteren araştırmalar da bulunmaktadır (Blom vd. 2024). Bu farklılıklar, araştırmaların yürütüldüğü kültürel bağlamlar, örneklem yapıları ve ölçüm araçları ile ilişkili olabilir. Dolayısıyla cinsiyetin ruh sağlığı okuryazarlığı üzerindeki etkisi, bağlamdan bağlama değişebilen bir yapıya sahiptir.

Özer ve Şahin Altun'un (2022) belirttiği gibi, ruh sağlığı okuryazarlığı toplumun ruh sağlığını korumak ve güçlendirmek için kritik bir role sahiptir. Ancak, araştırma bulgularımız psikiyatri hastalarında bu okuryazarlık düzeyinin demografik faktörlerden bağımsız olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, ruh sağlığı okuryazarlığının yaş, eğitim, gelir gibi geleneksel sosyoekonomik göstergelerden ziyade hastalığın kendisi ve tedavi süreçleriyle daha yakından ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Cinsiyet değişkeninin etkisi açısından değerlendirildiğinde, araştırma bulgularımız sadece toplumsal entegrasyon düzeyinde anlamlı farklılık olduğunu ve erkek hastaların kadın hastalara göre daha yüksek toplumsal entegrasyon düzeyine sahip olduğunu göstermiştir. Bu bulgu, toplumsal cinsiyet rollerinin ruh sağlığı alanındaki yansımalarını ortaya koymaktadır. Çam ve Çuhadar'ın (2024) vurguladığı gibi, toplum ruh sağlığı hizmetlerinde cinsiyet duyarlı yaklaşımların benimsenmesi önemlidir. Ruh sağlığı okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları

açısından cinsiyet farkının olmaması ise, hastalığın bu alanlardaki etkilerinin cinsiyetten bağımsız olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, ruh sağlığı müdahalelerinin her iki cinsiyet için de eşit düzeyde ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymaktadır.

Araştırmada dikkat çeken nokta, erkek hastaların toplumsal entegrasyon düzeylerinin kadınlara göre daha yüksek bulunmasıdır. Bu sonuç, erkeklerin toplumsal ilişkilerde daha aktif rol almaları ve sosyal destek ağlarına daha fazla dahil olmaları ile açıklanabilir. Bu özellikler, erkeklerin sosyal çevrelerinde daha güçlü bir şekilde kabul görmelerini ve toplumsal entegrasyonlarının artmasını destekleyebilir. Kadınlarda ise toplumsal bağlılığın daha sınırlı olması, cinsiyet temelli sosyal rollerden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmada erkeklerin toplumsal entegrasyon düzeylerinin kadınlara kıyasla daha yüksek bulunması, toplumsal cinsiyet rolleri ve sosyokültürel beklentiler bağlamında anlam kazanmaktadır. Geleneksel toplumsal yapı içerisinde erkeklerin kamu alanında daha görünür, sosyal ve ekonomik yaşama daha aktif katılan bireyler olarak konumlandırılması; iş yaşamı, sosyal etkinlikler, sivil toplum faaliyetleri ve kamusal roller aracılığıyla daha geniş sosyal ağlara sahip olmalarını desteklemektedir. Bu durum sosyal rol teorisinin (Eagly, 1987) “toplumsal rollerin bireylerin sosyal davranışlarını ve katılım alanlarını şekillendirdiği” yönündeki temel argümanı ile örtüşmektedir. Erkeklerin aile dışındaki yaşam alanlarında daha fazla yer almaları, hareketliliklerinin ve sosyal etkileşim fırsatlarının yüksek olması, toplumsal entegrasyon düzeylerini artıran önemli bir faktör olarak değerlendirilebilir. Ayrıca bazı kültürel bağlamlarda kadınların bakım verme, ev içi sorumluluk ve mahremiyet odaklı rollerle sınırlandırılması; kamusal alan katılımını sınırlayarak sosyal entegrasyonlarını görece zayıflatabilmektedir. Dolayısıyla bu bulgu, toplumsal normların ve cinsiyet temelli rol beklentilerinin, bireylerin sosyal ağlarını, katılım düzeylerini ve entegrasyon süreçlerini anlamlı ölçüde şekillendirdiğini göstermektedir.

Medeni durum değişkeninin ruh sağlığı okuryazarlığı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve toplumsal entegrasyon üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görülmüştür. Evlilik, sosyal destek mekanizmasını güçlendirebilecek bir faktör olarak düşünülebilir; ancak bu çalışmada bu beklenti doğrulanmamıştır. Literatürde de evlilik ile ruh sağlığı arasındaki ilişkinin her zaman tutarlı olmadığı, bireylerin ilişki kalitelerinin bu bağlamda daha önemli

bir belirleyici olduğu ifade edilmektedir (Umberson ve Montez, 2010). Dolayısıyla sadece evli veya bekar olma durumunun, bireyin ruh sağlığı ve yaşam biçimi üzerinde tek başına belirleyici olmadığı anlaşılmaktadır. Bu da medeni durumun etkisinin bağlamsal olduğunu göstermektedir. Çalışmada medeni durumun etkisiz bulunması, sosyal destek kuramı ile açıklanabilir. Sosyal destek, bireyin yaşam kalitesi ve ruh sağlığı için önemli bir koruyucu faktör olarak görülmektedir (Cohen ve Wills, 1985). Ancak evlilik, her zaman nitelikli sosyal destek sağlamayabilir. Evlilik ilişkisinin kalitesi düşük olduğunda, bireyin ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkiler bile ortaya çıkabilir. Bu nedenle, evli ya da bekar olma durumunun tek başına belirleyici olmaması beklenen bir durumdur. Çocuk sahibi olma durumunun incelendiği bulgulara da herhangi bir anlamlı farklılık bulunmamıştır. Geleneksel olarak, çocuk sahibi olmanın bireyin yaşam biçiminde değişikliklere yol açabileceği, özellikle sorumluluk düzeyini artırarak sağlıklı davranışlara yöneltebileceği varsayılır. Ancak elde edilen sonuçlar, bu etkinin genelleştirilemeyeceğini göstermektedir. Bu durum, çocuk sahibi olmanın bireyler üzerinde farklı şekillerde etkiler yaratabileceğini ve bu etkinin ruh sağlığı okuryazarlığı ya da entegrasyon üzerinde tek yönlü bir etkiye indirgenemeyeceğini düşündürmektedir (Nomaguchi ve Milkie, 2020). Türkmen ve Çelik'in (2018) toplum temelli koruyucu ruh sağlığı hizmetleri üzerine yaptığı çalışmada, aile desteğinin önemi vurgulanmakla birlikte, bulgularımız bu desteğin araştırılan spesifik alanlar üzerindeki etkisinin sınırlı olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum, psikiyatri hastalarının aile yapılarından bağımsız olarak benzer düzeylerde ruh sağlığı okuryazarlığına ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olduklarını göstermektedir. Ayrıca, toplumsal entegrasyon açısından da aile yapısının belirleyici bir faktör olmadığı anlaşılmaktadır.

Sigara kullanımı değişkeni açısından elde edilen sonuçlar da farklılık göstermemektedir. Sigara kullanımı genellikle bireyin sağlıklı yaşam davranışlarını olumsuz etkileyen bir faktör olarak tanımlansa da, bu çalışmada sigara içen ve içmeyen bireyler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bunun nedeni, katılımcıların sigara kullanımını kendi yaşam biçimlerine entegre etmiş olmaları veya sigara kullanımının toplumsal entegrasyon üzerinde belirgin bir rol oynamıyor olması olabilir. Ayrıca, sigara kullanımı bazı bireyler için sosyal bir etkileşim aracı olarak da işlev görebilmektedir (Christakis ve Fowler, 2008). Alkol kullanımı açısından da benzer sonuçlar ortaya çıkmıştır. Alkol tüketiminin sağlık ve

toplumsal ilişkiler üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceği bilinmesine rağmen, çalışmada anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Bu durum, katılımcıların alkol kullanım sıklığının düşük olmasından ya da toplumsal bağlamda alkolün yaygın bir norm olarak kabul edilmemesinden kaynaklanabilir. Ayrıca, bazı bireylerin alkolü sosyal etkileşim amaçlı ve sınırlı düzeyde kullanmaları, toplumsal entegrasyon farklarını ortadan kaldırmış olabilir. Dolayısıyla alkol kullanımının ruh sağlığı okuryazarlığı ya da entegrasyon üzerindeki etkileri, bağlama göre değişiklik gösterebilmektedir (Room vd., 2005). Sigara ve alkol kullanımına ilişkin sonuçlar, sağlık davranışları araştırmalarında sıkça tartışılan bir konudur. Bu tür davranışlar sağlık riskleri taşısa da, bireylerin günlük yaşamlarında farklı anlamlara sahip olabilir. Örneğin, sigara içmek bireyler için bir rahatlama aracı ya da arkadaş çevresiyle sosyal uyum sağlama yolu olabilir (Christakis ve Fowler, 2008). Bu tür sosyo-kültürel işlevler, davranışın sağlıklı yaşam biçimi üzerindeki etkisini gölgede bırakabilir. Dolayısıyla, bireylerin bu davranışları nasıl anlamlandırdıkları önem taşımaktadır. Sigara ve alkol kullanımının etkisiz olması, bağımlılık yapıcı madde kullanımının psikiyatri hastalarında beklenen etkiye sahip olmadığını göstermektedir. Literatürde sigara ve alkol kullanımının hem ruh sağlığı sorunlarının bir belirtisi hem de bir kötüleştirici faktör olduğu belirtilmektedir (Christakis ve Fowler, 2008; Room vd. 2005). Ancak, bulgularımız bu maddelerin kullanım durumunun ruh sağlığı okuryazarlığı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve toplumsal entegrasyon üzerinde ayırt edici bir etkiye sahip olmadığını göstermektedir. Bu durum, psikiyatri hastalarında madde kullanımının ana hastalığın gölgesinde kalabileceğini ve bu nedenle diferansiyel etkilerinin maskelenebileceğini düşündürmektedir. Özer & Şahin Altun'un (2022) belirttiği gibi, ruh sağlığı okuryazarlığının geliştirilmesi için bütüncül yaklaşımlar gerekmektedir. Bu bağlamda, madde kullanımının ruh sağlığı üzerindeki etkilerinin ayrı bir boyut olarak ele alınması yerine, genel ruh sağlığı müdahale programları içinde entegre bir şekilde değerlendirilmesi daha uygun olabilir.

Çalışmanın bulguları, kuramsal olarak sosyal rol teorisi, sosyal destek kuramı ve toplumsal cinsiyet perspektifi ile açıklanabilir. Bu çerçeveler, bireylerin ruh sağlığı ve sosyal davranışlarının yalnızca bireysel tercihlerle değil, aynı zamanda toplumsal ve kültürel normlarla şekillendiğini göstermektedir. Bu nedenle ruh sağlığı okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam davranışlarını geliştirmeye yönelik politikaların yalnızca bireysel farkındalık

programlarıyla sınırlı kalmaması gerekir. Bunun yerine, toplumsal cinsiyet eşitliğini ve sosyal destek mekanizmalarını güçlendiren yapısal düzenlemeler önem kazanmaktadır. Araştırmada elde edilen bu sonuçlar, sosyal belirleyiciler kuramı ile de ilişkilendirilebilir. Sosyal belirleyiciler kuramı, sağlık ve yaşam biçiminin yalnızca bireysel faktörlerle değil, aynı zamanda sosyal, ekonomik ve kültürel koşullarla şekillendiğini savunmaktadır (Solar ve Irwin, 2010). Bu bağlamda, cinsiyet, yaş, gelir veya eğitim gibi değişkenlerin tek başına belirleyici olmaması beklenen bir durumdur. Çünkü bu faktörlerin etkisi, diğer sosyal dinamiklerle etkileşim içinde ortaya çıkmaktadır. Araştırma bulguları da bu kuramsal çerçeveyi destekler niteliktedir.

Araştırma bulgularına göre düzenli spor yapma durumunun, ruh sağlığı okuryazarlığı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve toplumsal entegrasyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmadığı görülmektedir. Literatürde düzenli fiziksel aktivitenin ruh sağlığı üzerinde koruyucu bir etkiye sahip olduğu sıkça vurgulanmaktadır (Biddle ve Asare, 2011). Ancak bu çalışmada beklenen ilişkinin ortaya çıkmaması, örneklem grubunun spor yapma düzeylerinin düşük olması veya sporun daha çok fiziksel sağlık amaçlı yapılması ile ilişkili olabilir. Ayrıca sporun bireysel mi yoksa sosyal bir etkinlik olarak gerçekleştirildiği de entegrasyon açısından belirleyici bir faktördür (Kim vd. 2012). Bu bağlamda, spor yapmanın etkisinin yalnızca düzenlilikle değil, motivasyon ve bağlamsal faktörlerle de bağlantılı olduğu düşünülebilir.

Spor yapma durumuna ilişkin bulgular, planlı davranış teorisi ile de açıklanabilir. Ajzen'in (1991) geliştirdiği bu teoriye göre, bireylerin davranışları niyetleri, tutumları ve algılanan kontrol ile şekillenir. Spor yapma davranışının ruh sağlığı ve entegrasyon üzerinde fark yaratmaması, bireylerin bu etkinliği bilinçli bir sağlık hedefiyle değil, farklı motivasyonlarla gerçekleştirdiklerini gösterebilir. Bu nedenle, sporun etkisi bağlam ve niyet farklılıklarına bağlı olarak değişmektedir. Spor yapma durumu ve sağlıkla ilgili araştırma yapma davranışlarının da etkisiz olması, sağlık davranışlarının psikiyatri hastalarında beklenen pozitif etkilerini göstermediğini ortaya koymaktadır. Düzenli spor yapmanın genel popülasyonda hem fiziksel hem de ruhsal sağlık üzerinde olumlu etkilerinin olduğu yaygın olarak bilinmektedir. Ancak, bulgularımız psikiyatri hastalarında sporun ruh sağlığı

okuryazarlığı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve toplumsal entegrasyon üzerinde ayırt edici bir etkiye sahip olmadığını göstermektedir. Benzer şekilde, sağlıkla ilgili aktif bilgi arama davranışının da beklenen etkiyi göstermemesi, psikiyatri hastalarının bilgi işleme ve kullanma kapasitelerindeki potansiyel sınırlılıklara işaret etmektedir. Türkmen ve Çelik'in (2018) vurguladığı gibi, toplum temelli koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde bireysel sağlık davranışlarından ziyade sistematik yaklaşımlara odaklanmak daha etkili olabilir. Bu sonuçlar, psikiyatri hastalarına yönelik müdahalelerin bireysel davranış değişikliği odaklı yaklaşımlardan ziyade, kapsamlı ve profesyonel destekli programlara dayalı olması gerektiğini düşündürmektedir.

Sağlıkla ilgili araştırma yapma davranışının da ruh sağlığı okuryazarlığı ve diğer değişkenler üzerinde anlamlı bir fark yaratmaması, dikkat çekici bir bulgudur. Sağlık bilgisinin elde edilmesi, tek başına bireylerin okuryazarlık düzeyini yükseltmeyebilir. Nitekim, bilgiye erişim ile bilginin doğru yorumlanması arasında önemli bir fark bulunmaktadır (Nutbeam, 2008). Özellikle dijital çağda bilgi kirliliğinin yoğunluğu, sağlık araştırmalarının bireylerde yanlış veya yetersiz algılar oluşturmaya yol açabilir. Bu nedenle, sadece sağlık araştırması yapmak değil, güvenilir kaynaklardan elde edilen bilgiyi değerlendirebilme becerisi kritik öneme sahiptir.

Literatürde yaşla birlikte sağlık davranışlarında değişiklikler olabileceği vurgulansa da (Kim vd. 2012), bu çalışmada farklı yaş gruplarının benzer düzeylerde okuryazarlık ve entegrasyona sahip oldukları görülmektedir. Bu sonuç, çalışmanın yapıldığı örneklemin yaş dağılımının homojen olmasından kaynaklanabilir. Ayrıca, ruh sağlığına ilişkin okuryazarlık düzeylerinin yalnızca yaş faktörüyle değil, eğitim, sosyal destek ve kültürel değerlerle de yakından ilişkili olduğu bilinmektedir. Dolayısıyla yaşın tek başına belirleyici bir faktör olmaması beklenebilir.

Ruh sağlığı okuryazarlığının eğitimle pozitif yönde ilişkili olduğu birçok çalışmada ortaya konmuştur (Jorm, 2012). Ancak bu çalışmada eğitim değişkeninin fark yaratmaması, katılımcıların eğitim düzeylerinin birbirine yakın olmasından veya eğitim içeriklerinde ruh sağlığı ile ilgili bilgi ve farkındalığın yeterince yer almamasından kaynaklanabilir. Bu bağlamda, sadece formal eğitim düzeyi değil, sağlık eğitiminin kalitesi ve erişilebilirliği

de önemli rol oynamaktadır. Ayrıca kültürel faktörler, bireylerin eğitimden bağımsız olarak ruh sağlığına dair inançlarını şekillendirebilir. Gelir düzeyinin de anlamlı bir fark yaratmaması, sosyoekonomik durumun tek başına belirleyici olmadığını göstermektedir. Gelir düzeyi genellikle sağlık davranışlarının ve hizmetlere erişimin önemli bir belirleyicisi olarak görülmektedir (Marmot, 2005). Ancak bu çalışmada farkın ortaya çıkmaması, katılımcıların gelir dağılımının homojen olmasından veya sağlık hizmetlerine erişimde genel olarak benzer koşullara sahip olmalarından kaynaklanabilir. Ayrıca, sosyal destek mekanizmaları ve kültürel değerler, gelir farklarının etkilerini azaltmış olabilir. Dolayısıyla gelir düzeyi ile entegrasyon arasındaki ilişkinin bağlama göre farklılaşabileceği söylenebilir. Özellikle sağlıkla ilgili araştırma yapma davranışının fark yaratmaması, bilgi-uygulama boşluğu ile de açıklanabilir. Sağlık bilgisine sahip olmak, bireylerin mutlaka bu bilgiyi davranışa dönüştürdükleri anlamına gelmemektedir (Glanz vd. 2015). Bu durum, bilişsel bilgi ile yaşam arasında bir kopukluğun olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla sağlık eğitimi politikalarının yalnızca bilgi aktarımına değil, davranış değişikliğini teşvik eden uygulamalara da odaklanması gerekmektedir.

Yaş ve ruh sağlığı okuryazarlığı arasındaki ilişkinin anlamlı olmaması, yaşam boyu gelişim kuramı açısından da değerlendirilebilir. Erikson'un (1968) psikososyal gelişim kuramı, bireylerin yaşamlarının farklı dönemlerinde farklı gelişimsel görevlerle karşılaştıklarını vurgular. Ancak bu çalışmada yaş farklarının görülmemesi, katılımcıların benzer sosyal koşullarda bulunmalarından kaynaklanabilir. Yani yaş farklılıkları, uygun sosyal çevre ve deneyimlerle desteklenmediğinde okuryazarlık düzeylerinde belirgin bir etki yaratmayabilir. Eğitim ve gelir gibi değişkenlerin fark yaratmaması, kültürel sermaye kuramı ile de ilişkilendirilebilir. Bourdieu'ya (1986) göre bireylerin sağlık davranışlarını ve bilgiye erişimlerini şekillendiren yalnızca ekonomik sermaye değil, aynı zamanda kültürel ve sosyal sermayelerdir. Bu bağlamda, eğitim düzeyi yüksek olsa bile kültürel faktörler sınırlayıcı bir rol oynayabilir. Benzer şekilde gelir düzeyi yüksek bireyler, yeterli sosyal sermayeye sahip olmadıklarında sağlık davranışlarında beklenen farkları göstermeyebilirler.

Araştırma bulgularına göre hastaların yaşadıkları bölgeler ile ruh sağlığı okuryazarlığı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve toplumsal entegrasyon düzeyleri arasında anlamlı

bir fark bulunmamıştır. Bu durum, coğrafi farklılıkların tek başına bireylerin sağlıkla ilgili bilgi düzeylerini ve davranışlarını belirleyici olmadığını düşündürmektedir. Nitekim literatürde sağlık okuryazarlığının daha çok eğitim düzeyi, bireysel farkındalık ve sağlık hizmetlerine erişimle ilişkili olduğu belirtilmektedir (Berkman vd. 2011). Yaşanılan bölge değişkeninin etkisiz çıkması da kültürel homojenlikle açıklanabilir. Türkiye’de farklı bölgelerde yaşam biçimi pratikleri bazı farklılıklar gösterse de sağlık davranışları açısından ortak alışkanlıkların baskın olduğu görülmektedir. Örneğin sigara tüketimi, beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite düzeylerinde bölgesel farklılıklar sınırlı kalabilmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014). Bu nedenle yaşanılan bölgenin tek başına belirleyici olmaması beklenen bir sonuçtur.

Bulgular, algılanan sağlık durumunun ise önemli bir değişken olduğunu göstermektedir. Katılımcıların algıladıkları sağlık durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve toplumsal entegrasyon düzeyleri arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Sağlığını iyi olarak değerlendiren bireylerin hem sağlıklı yaşam biçimi davranışları hem de toplumsal entegrasyon düzeylerinin daha yüksek çıkması, algılanan sağlık durumunun bireyin sosyal yaşantısı ve yaşam tarzı üzerinde belirleyici bir rol oynadığını göstermektedir. Bu bulgu, algılanan sağlık durumunun öznel iyi oluşla yakından ilişkili olduğunu ortaya koyan araştırmalarla da uyumludur (Idler ve Benyamini, 1997). Sağlık Algısı Modeli (Health Belief Model) bu durumu açıklamada bir bakış açısı sunabilir. Bu modele göre bireylerin sağlık davranışları, onların sağlıkla ilgili algılarıyla yakından ilişkilidir (Rosenstock, 1974). Sağlığını iyi olarak algılayan bireyler, daha fazla kontrol algısına sahip olabilir ve bu nedenle sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sürdürmede daha motive olabilirler. Ayrıca bu bireyler sosyal etkileşimlerde daha aktif rol alarak toplumsal entegrasyon düzeylerini yükseltebilirler. Toplumsal entegrasyon açısından bakıldığında, sağlık durumunu iyi algılayan bireylerin daha güçlü sosyal bağlara sahip olması dikkat çekicidir. Sosyal sermaye kuramı bu durumu anlamak için kullanılabilir. Coleman’a (1988) göre sosyal sermaye, bireylerin sosyal ağları ve bu ağlar aracılığıyla elde ettikleri destekler ile ilgilidir. Sağlıklı hisseden bireylerin sosyal aktivitelere katılımı daha yüksek olmakta ve bu durum onların toplumsal entegrasyonunu artırmaktadır.

Algılanan sağlık durumu ile davranışlar arasındaki ilişki ayrıca iyi oluş kavramı ile de açıklanabilir. Keyes'in (1998) sosyal iyi oluş kuramına göre bireylerin sosyal entegrasyon düzeyleri, onların öznel sağlık ve mutluluk algıları ile yakından ilişkilidir. Dolayısıyla sağlığını iyi algılayan bireylerin daha güçlü sosyal bağlara sahip olması ve daha sağlıklı yaşam biçimi davranışları benimsemesi beklenen bir durumdur. Bununla birlikte, sağlık algısının subjektif olması, bireyler arasında önemli farklılıkların ortaya çıkmasına neden olabilir. Örneğin aynı fiziksel sağlık durumuna sahip iki bireyden biri kendini sağlıklı hissederken diğeri kendini sağlıksız algılayabilir. Bu bağlamda öznel sağlık algısının psikososyal faktörlerle, özellikle de stres, kaygı ve sosyal destek düzeyi ile yakından ilişkili olduğu görülmektedir (Pinquart, 2001). Sağlık durumunu iyi olarak algılayan hastaların hem toplumsal entegrasyon düzeylerinin hem de sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha yüksek olması, öznel sağlık algısının psikiyatri hastalarında kritik bir faktör olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, hastalığın objektif ölçütlerinden ziyade, hastaların kendi sağlıklarına ilişkin algılarının davranışsal sonuçlar üzerinde daha belirleyici olabileceğini ortaya koymaktadır. Çam ve Çuhadar'ın (2024) toplum ruh sağlığı hemşireliği üzerine yaptığı çalışmada da benzer şekilde, hastaların öz-yeterlik algılarının rehabilitasyon sürecindeki önemi vurgulanmıştır. Ruh sağlığı okuryazarlığı açısından algılanan sağlık durumunun etkisiz olması ise, bilgi düzeyinin sağlık algısından bağımsız olduğunu, ancak bu bilginin davranışa dönüştürülmesinde sağlık algısının önemli olduğunu düşündürmektedir. Bu sonuç, psikiyatri hastalarına yönelik müdahalelerde sağlık algısını iyileştirici yaklaşımlara odaklanılması gerektiğini ortaya koymaktadır. Elde edilen bulgular aynı zamanda öz-yeterlik kavramıyla da açıklanabilir. Bandura'nın (1997) Sosyal Bilişsel Kuramı'na göre bireylerin kendi sağlıklarını yönetme konusundaki yeterlilik algıları, davranışlarını doğrudan etkiler. Sağlığını iyi algılayan bireyler, daha yüksek öz-yeterlik hissi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sürdürme ve toplumsal ilişkilerinde daha aktif olma eğilimi gösterebilirler.

Algılanan sağlık durumunun anlamlı etkiye sahip olması, Türkmen ve Çelik'in (2018) "toplum temelli koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde hastaların öz-algılarının önemi" yaklaşımı ile tam uyumluluk göstermektedir. Yazarların vurguladığı "hastaların sağlık durumlarına ilişkin farkındalıklarının artırılması" stratejisi, bulgularımızla güçlü bir şekilde

desteklenmektedir. Sağlık durumunu iyi algılayan hastaların hem toplumsal entegrasyon hem de sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından daha iyi performans göstermesi, öznel sağlık algısının objektif sağlık göstergelerinden daha belirleyici olabileceğini ortaya koymaktadır. Bu bulgu, psikiyatri hastalarına yönelik müdahalelerin sağlık algısını iyileştirmeye odaklanması gerektiğini göstermektedir. Ruh sağlığı okuryazarlığı açısından algılanan sağlık durumunun etkisiz olması ise, bilgi edinme süreçlerinin sağlık algısından bağımsız olduğunu, ancak bu bilginin davranışa dönüşümünde algının kritik rol oynadığını düşündürmektedir.

Bununla birlikte hastalık tanılarının farklı olmasının ruh sağlığı okuryazarlığı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve toplumsal entegrasyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir farklılığa yol açmadığı görülmektedir. Bu bulgu, kronik veya akut hastalık tanısının tek başına bireyin sağlıkla ilgili bilgi ve davranışlarını etkilemediğini düşündürmektedir. Literatürde de benzer bulgular yer almaktadır; örneğin Nutbeam (2008), sağlık okuryazarlığının yalnızca hastalık durumuna değil, daha çok öğrenme deneyimlerine ve sağlık hizmetleriyle etkileşime bağlı olduğunu vurgulamaktadır. Hastalık tanısının etkisiz çıkmasının bir diğer nedeni, katılımcıların sağlık hizmetlerine erişim imkanlarının benzer olması olabilir. Türkiye’de sağlık sisteminin yaygın yapısı göz önüne alındığında, farklı hastalık tanılarına sahip bireylerin benzer sağlık bilgilerine ulaşma şansı bulduğu söylenebilir. Bu durum, sağlık hizmetlerindeki eşitlikçi uygulamaların bir yansıması olabilir (Savaş, 2020).

Mızrak ve Özkan’ın (2020) “koruyucu ve önleyici ruh sağlığı uygulamalarında sistematik yaklaşımların bireysel faktörlerden daha etkili olduğu” bulgusu, araştırma sonuçlarımızla önemli paralellikler göstermektedir. Yazarların nitel araştırmasında ortaya koydukları “hastaların demografik özelliklerinden bağımsız olarak benzer deneyimler yaşadıkları” sonucu, bulgularımızın demografik faktörlerin etkisiz olduğu yönündeki sonuçlarını desteklemektedir. Bu uyumluluk, psikiyatri hastalarında hastalığın kendisinin demografik farklılıkları maskelediği hipotezini güçlendirmektedir. Yazarların önerdiği “hastalık-spesifik müdahale programları” yaklaşımı, araştırma sonuçlarımızın demografik segmentasyon yerine bütüncül yaklaşımların benimsenmesi gerekliliği ile tam örtüşmektedir. Bu benzerlik, ruh sağlığı hizmet sunumunda yeni paradigmaların geliştirilmesi ihtiyacını

hem teorik hem de pratik düzeyde desteklemektedir.

Demir ve Baydar Artantaş'ın (2018) sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine yaptığı çalışmada, eğitim düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir. Ancak, bulgularımız psikiyatri hastaları için bu ilişkinin geçerli olmadığını ortaya koymaktadır. Bu farklılık, psikiyatrik hastalıkların sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkilerinin genel popülasyondaki belirleyicilerden farklı işlediğini göstermektedir. Yazarların “sağlık eğitiminin önemi” vurgusu, psikiyatri hastaları için farklı bir boyut kazanmaktadır; bu hasta grubunda eğitim düzeyinden bağımsız olarak özel eğitim programlarına ihtiyaç duyulduğu anlaşılmaktadır. Bu sonuç, psikiyatri hastalarına yönelik sağlık eğitimi programlarının geleneksel eğitim düzeyi temelli yaklaşımlardan farklı olarak tasarlanması gerektiğini ortaya koymaktadır. Hastalığın bilişsel ve davranışsal etkilerinin dikkate alındığı, özelleştirilmiş eğitim müdahalelerinin daha etkili olabileceği düşünülmektedir.

Ayık vd. 'nin (2022) toplum ruh sağlığı merkezlerindeki hastaların yaşam koşulları üzerine yaptığı çalışmada, “gelir düzeyinin tek başına belirleyici olmadığı, hastalığın şiddetinin daha önemli olduğu” bulgusu, araştırma sonuçlarımızla güçlü bir uyum göstermektedir. Bu çalışmada vurgulanan “hastalık-spesifik faktörlerin demografik faktörlerden daha belirleyici olduğu” yaklaşımı, bulgularımızın gelir düzeyinin etkisiz olduğu yönündeki sonuçlarını desteklemektedir. Yazarların “bakımevinde veya ailelerle birlikte yaşayan psikoz hastalarının benzer klinik özellikler gösterdiği” bulgusu, yaşam koşullarından bağımsız olarak hastalığın kendisinin belirleyici olduğu hipotezimizi güçlendirmektedir. Bu paralellik, psikiyatri hastalarına yönelik hizmet planlamasında sosyoekonomik segmentasyondan ziyade klinik durum odaklı yaklaşımların benimsenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Araştırma sonuçlarımızın bu çalışmayla uyumluluğu, ruh sağlığı hizmetlerinde yeni paradigmalara geliştirilmesi ihtiyacını güçlü bir şekilde desteklemektedir.

Literatürdeki çalışmaların ortak vurgusu olan “bütüncül yaklaşımların gerekliliği” ile bulgularımızın “demografik segmentasyondan ziyade hastalık-spesifik yaklaşımların önemi” sonucu arasında güçlü bir uyum bulunmaktadır. Özer ve Şahin Altun'un (2022) “koruyucu ruh sağlığı hizmetleri kapsamında toplumun ruh sağlığı okuryazarlığının artırılması”

önerisi, bulgularımızın ışığında psikiyatri hastaları için özelleştirilmiş programlar şeklinde yorumlanabilir. Çam ve Çuhadar'ın (2024) "bireyselleştirilmiş bakım yaklaşımları" önerisi, demografik özelliklerden ziyade hastalık özelliklerine dayalı bireyselleştirme olarak anlaşılmalıdır. Türkmen ve Çelik'in (2018) "sistematiik yaklaşımlar" vurgusu, demografik farklılıkları aşan kapsamlı müdahale programlarının gerekliliğini desteklemektedir. Bu uyum, mevcut literatürün teorik çerçevesinin bulgularımızla desteklendiğini ve ruh sağlığı hizmet sunumunda yeni paradigmalara geliştirilmesi ihtiyacının hem teorik hem de ampirik temellere sahip olduğunu ortaya koymaktadır.

Genel olarak bakıldığında araştırma bulguları psikiyatri hastalarının demografik özelliklerinin çoğunun ruh sağlığı okuryazarlığı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve toplumsal entegrasyon düzeyleri üzerinde beklenen etkilerini göstermediğini ortaya koymuştur. Sadece cinsiyet (toplumsal entegrasyon açısından) ve algılanan sağlık durumu (toplumsal entegrasyon ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından) anlamlı farklılıklara neden olmuştur. Bu sonuçlar, psikiyatri hastalarına yönelik ruh sağlığı hizmetlerinin planlanmasında demografik segmentasyondan ziyade, hastalık-spesifik ve bütüncül yaklaşımların benimsenmesi gerektiğini göstermektedir. Özer ve Şahin Altun (2022), Çam ve Çuhadar (2024), Türkmen ve Çelik (2018), Mızrak ve Özkan (2020), Demir ve Baydar Artantaş (2018) ile Ayık vd. nin (2022) çalışmalarında ortaya konan teorik çerçeveler ışığında, bu bulgular ruh sağlığı hizmet sunumunda yeni paradigmalara geliştirilmesi ihtiyacını ortaya koymaktadır.

5.2. Psikiyatri hastalarının Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Sağlıklı Yaşam Biçimi

Davranışları ve Toplumsal Entegrasyon Düzeyleri Görüşleri Arasındaki İlişki ve Kurulan Modele Yönelik Tartışma

Regresyon analizi sonuçlarına göre ruh sağlığı okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının toplumsal entegrasyon düzeyini açıklama gücü %29,2 olarak bulunmuştur. Bu değer, literatürde orta düzeyin altında kabul edilen bir açıklama oranına işaret etmektedir (Cohen, 1988). Dolayısıyla, toplumsal entegrasyonun sadece bu iki değişkenle tam olarak açıklanamayacağı, daha geniş kapsamlı psiko-sosyal değişkenlerin modele dâhil edilmesi gerektiği anlaşılmaktadır. Toplumsal entegrasyon çok boyutlu bir kavram olduğundan,

yalnızca bireysel sağlık davranışları veya bilgi düzeyiyle açıklanması yetersiz kalabilmektedir (Durkheim, 2014). Buna rağmen kurulan regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı bulunması, değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Bu sonuç, özellikle sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının toplumsal entegrasyonu olumlu yönde yordaması ile desteklenmektedir. Literatürde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bireylerin sosyal ilişkilerini, üretkenliklerini ve toplumsal katılımlarını artırdığı yönünde pek çok kanıt mevcuttur (Pender vd. 2015). Sağlığına özen gösteren bireylerin toplumla daha fazla etkileşimde bulunması, sosyal gruplara katılımı kolaylaştırmakta ve entegrasyonu güçlendirmektedir.

Araştırma bulgularında ruh sağlığı okuryazarlığının toplumsal entegrasyon üzerinde doğrudan anlamlı bir etkisinin bulunmadığı görülmüştür. Bu bulgu ilk bakışta şaşırtıcı görünse de literatürde benzer sonuçlar rapor edilmiştir. Jorm (2012) ruh sağlığı okuryazarlığının tek başına bireylerin sosyal işlevselliğini artırmadığını, ancak doğru davranış ve baş etme stratejileriyle birleştiğinde olumlu sonuçlar doğurduğunu belirtmektedir. Bu noktada, bilgi düzeyinin toplumsal entegrasyona katkısının dolaylı yollarla gerçekleştiği anlaşılmaktadır. Aracılık analizinde elde edilen bulgular, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ruh sağlığı okuryazarlığı ile toplumsal entegrasyon arasında tam aracı rol oynadığını göstermektedir. Bu durum, ruh sağlığı hakkında bilgi sahibi olmanın tek başına yeterli olmadığını, ancak bu bilgilerin davranışa dönüştürülmesiyle toplumsal entegrasyona katkı sağlandığını ortaya koymaktadır. Ajzen'in (1991) Planlı Davranış Kuramı bu bulguyu açıklamada önemli bir çerçeve sunmaktadır. Kurama göre bireylerin bilgi düzeyleri davranış niyetlerini etkiler, fakat davranışa dönüşmedikçe toplumsal sonuçlar doğurmaz.

Korelasyon analizine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile toplumsal entegrasyon arasında güçlü ve pozitif bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuç, sağlık davranışlarının yalnızca bireysel iyilik hâlini değil, sosyal ilişkiler ve toplumla bağ kurma düzeyini de güçlendirdiğini göstermektedir. Benzer biçimde, WHO (2010) sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sosyal uyum ve toplumsal bağların güçlenmesinde kilit rol oynadığını vurgulamaktadır. Ruh sağlığı okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki negatif ve düşük düzeydeki ilişki ise dikkat çekicidir. Bu durum, ruh sağlığı konusunda bilgi sahibi olan bireylerin daha

eleştirel ya da sorgulayıcı tutum sergilemesinden kaynaklanabilir. Yapılan bazı araştırmalar, sağlık konusunda daha bilinçli bireylerin sağlıksız çevresel faktörlere daha duyarlı olduğunu ve bu nedenle davranışlarının zaman zaman idealden uzaklaşabileceğini ortaya koymuştur (Furnham ve Swami, 2018). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının aracı rolü, toplumsal entegrasyonun oluşmasında bireysel eylemlerin önemine işaret etmektedir. Bandura'nın (1986) Sosyal Bilişsel Kuramı, bireylerin öğrenme süreçlerinin davranışlara dönüştüğünde sosyal çevreyi de etkilediğini ileri sürmektedir. Bu bağlamda, ruh sağlığına ilişkin bilgi, sağlıklı davranışlarla pekiştirildiğinde bireylerin toplumsal katılım düzeyleri artmaktadır.

Tam aracılık bulgusu aynı zamanda bireysel bilgi düzeyi ile sosyal sonuçlar arasındaki boşluğa da işaret etmektedir. Ruh sağlığı okuryazarlığı, bilgi aktarımı düzeyinde kalırsa entegrasyonu artırmamakta; ancak davranışa dönüştüğünde sosyal uyuma katkı sağlamaktadır. Bu bulgu, uygulayıcılar için ruh sağlığı eğitimlerinin davranış değişikliğine odaklanmasının önemini göstermektedir (Nutbeam, 2008). Çalışmadan çıkan sonuçlar, toplumsal entegrasyonu artırmaya yönelik politikaların yalnızca sağlık bilgisine odaklanmaması gerektiğini, aynı zamanda bireylerin günlük yaşam pratiklerinde sağlıklı davranışları teşvik etmesi gerektiğini göstermektedir. Örneğin, spor etkinlikleri, sağlıklı beslenme programları veya stresle başa çıkma eğitimleri bireylerin toplumsal entegrasyonunu güçlendirebilir (Sallis vd. 2015). Ayrıca ruh sağlığı okuryazarlığının dolaylı etkisinin bulunması, bu alanda daha kapsamlı sosyal destek sistemlerinin gerekliliğini göstermektedir. Özellikle toplumsal damgalamanın yüksek olduğu toplumlarda ruh sağlığı bilgisi davranışa dönüşmede engellerle karşılaşabilmektedir (Corrigan vd. 2014). Bu engellerin kaldırılması, bilgi düzeyinin daha etkili biçimde sosyal hayata yansımaları sağlayacaktır.

Regresyon katsayılarının yorumlanması, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının toplumsal entegrasyon üzerindeki etkisinin ruh sağlığı okuryazarlığına göre daha güçlü olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bulgu, pratikte uygulanabilecek müdahalelerin daha çok davranış değişikliğine odaklanması gerektiğini göstermektedir. Çünkü bireylerin günlük yaşamda gerçekleştirdiği sağlıklı pratikler sosyal ilişkilerde daha doğrudan sonuçlar doğurmaktadır (Glanz vd. 2015). Bu noktada, Bourdieu'nun (1986) sosyal sermaye kavramı da önem taşımaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, bireylerin sosyal sermayelerini

artırarak toplumsal entegrasyona katkı sağlayabilir. Spor, ortak etkinlikler veya sağlıklı yaşam topluluklarına katılım, bireylerin sosyal bağlarını güçlendirir ve entegrasyon düzeyini yükseltir. Araştırmanın bulguları aynı zamanda bireysel düzeydeki psikososyal süreçlerin toplumsal düzeydeki çıktılarıyla nasıl ilişkili olduğunu da göstermektedir. Mikro düzeydeki bilgi ve davranış değişiklikleri, makro düzeyde toplumsal uyuma dönüşebilmektedir. Bu açıdan bakıldığında, sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplumsal refahın da bir göstergesi olarak değerlendirilebilir (Putnam, 2000).

6. SONUÇLAR

1. Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı” ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Ancak “Toplumsal Entegrasyon Düzeyi” ölçeğinde cinsiyete göre farklılık olduğu tespit edilmiştir. Erkek hastaların toplumsal entegrasyon düzeylerinin kadınlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

2. Hastaların medeni durumları ile “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” ve “Toplumsal Entegrasyon Düzeyi” ölçekleri arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

3. Hastaların çocuk sahibi olma durumları ile “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” ve “Toplumsal Entegrasyon Düzeyi” ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

4. Hastaların sigara kullanma durumları ile tüm ölçekler (“Ruh Sağlığı Okuryazarlığı”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları”, “Toplumsal Entegrasyon Düzeyi”) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

5. Hastaların alkol kullanma durumları ile tüm ölçekler (“Ruh Sağlığı Okuryazarlığı”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları”, “Toplumsal Entegrasyon Düzeyi”) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

6. Hastaların düzenli spor yapma durumları ile tüm ölçekler (“Ruh Sağlığı Okuryazarlığı”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları”, “Toplumsal Entegrasyon Düzeyi”) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

7. Hastaların sağlıkla ilgili araştırma yapma durumları ile tüm ölçekler (“Ruh Sağlığı Okuryazarlığı”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları”, “Toplumsal Entegrasyon Düzeyi”) arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

8. Hastaların yaş grupları ile tüm ölçeklere ait puanlar (“Ruh Sağlığı Okuryazarlığı”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları”, “Toplumsal Entegrasyon Düzeyi”) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

9. Hastaların çocuk sayıları ile tüm ölçeklere ait puanlar (“Ruh Sağlığı Okuryazarlığı”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları”, “Toplumsal Entegrasyon Düzeyi”) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

10. Hastaların eğitim durumları ile tüm ölçeklere ait puanlar (“Ruh Sağlığı Okuryazarlığı”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları”, “Toplumsal Entegrasyon Düzeyi”) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

11. Hastaların gelir düzeyleri ile tüm ölçeklere ait puanlar (“Ruh Sağlığı Okuryazarlığı”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları”, “Toplumsal Entegrasyon Düzeyi”) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

12. Hastaların yaşadıkları bölgeler ile tüm ölçeklere ait puanlar (“Ruh Sağlığı Okuryazarlığı”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları”, “Toplumsal Entegrasyon Düzeyi”) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

13. Hastaların algıladıkları sağlık durumları ile “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı” ölçeği arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Ancak “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” ve “Toplumsal Entegrasyon Düzeyi” ölçekleri arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). LSD testi sonuçlarına göre, sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren hastaların, sağlık durumunu kötü veya orta düzeyde gören hastalara göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve toplumsal entegrasyon düzeyleri daha yüksektir.

14. Hastaların hastalık tanıları ile tüm ölçeklere ait puanlar (“Ruh Sağlığı Okuryazarlığı”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları”, “Toplumsal Entegrasyon Düzeyi”) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

15. Regresyon analizi sonucuna göre bağımsız değişkenlerin (“Ruh Sağlığı Okuryazarlığı” ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları”) bağımlı değişken olan “Toplumsal Entegrasyon Düzeyi”ni açıklama yüzdesi %29,2 olarak bulunmuştur. Bu oran düşük düzeyde kabul edilmektedir. Regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,000<0,05$). Modele göre “Toplumsal Entegrasyon Düzeyi” = $5,872 + 0,248X_1$ (Ruh Sağlığı Okuryazarlığı) + $0,444X_2$ (Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları) olarak bulunmuştur. Buna göre, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” değişkeni toplumsal entegrasyonu olumlu yönde yordamaktadır.

16. Korelasyon analizi sonucunda;

- “Toplumsal Entegrasyon Düzeyi” ile “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” arasında pozitif ve güçlü bir ilişki olduğu ($r=0,521$; $p<0,001$),

- “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı” ile “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” arasında negatif yönde düşük düzeyde bir ilişki olduğu ($r=-0,218$; $p<0,001$) tespit edilmiştir.

19. Aracılık analizi sonucunda, “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı” değişkeninin doğrudan “Toplumsal Entegrasyon Düzeyi” üzerinde anlamlı etkisinin olmadığı ($p>0,05$; $\beta=0,248$) görülmüştür. Ancak modele “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” aracı değişken olarak dâhil edildiğinde, %95 güven aralığında ($-0,425$; $-0,0377$) anlamlı aracılık rolünün olduğu belirlenmiştir. Buna göre “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” değişkeni tam aracılık rolü üstlenmektedir.

7. ÖNERİLER

- Araştırmada toplumsal entegrasyonun cinsiyet ile farklılaştığı görülmüştür. Bu nedenle özellikle kadın hastalarda toplumsal entegrasyonu güçlendirecek sosyal destek grupları, dayanışma programları ve sosyal etkinliklere katılım teşvik edilebilir.

- Algılanan sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren hastaların daha yüksek toplumsal entegrasyon ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle hastaların sağlıklarını olumlu algılamalarını destekleyecek psikoeğitim programları, farkındalık çalışmaları ve olumlu sağlık algısını güçlendiren danışmanlık hizmetleri uygulanabilir.

- Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının toplumsal entegrasyonu olumlu yönde yordadığı saptanmıştır. Bu nedenle hastalara düzenli spor, sağlıklı beslenme, sigara-alkol kullanımından kaçınma ve uyku düzenine dikkat etme gibi yaşam biçimi alışkanlıklarını geliştirmeye yönelik kişisel planlar ve rehberlik hizmetleri önerilmelidir.

- Ruh sağlığı okuryazarlığının doğrudan toplumsal entegrasyon üzerinde etkisi olmadığı, ancak sağlıklı yaşam biçimi davranışları aracılığıyla dolaylı etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bağlamda hastalara ruh sağlığı ile ilgili bilgilenme ve farkındalık çalışmalarına katılmaları, öğrendikleri bilgileri yaşam tarzlarına yansıtmaları tavsiye edilmektedir.

- Gelecek araştırmalarda farklı sosyo-demografik grupları kapsayan daha geniş örneklemeler ile bu değişkenlerin etkileri yeniden incelenebilir.

- Araştırmacılar, sağlık algısının belirleyicilerini (psikolojik sağlamlık, stres yönetimi, sosyal destek) inceleyerek bu faktörün ayrıntılı şekilde anlaşılmasına katkı sağlayabilir.

- Araştırmalarda farklı değişkenler ile aracılık modelleri test edilerek nedensellik ilişkileri daha güçlü şekilde ortaya konabilir.

- Ruh sağlığı okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında negatif bir ilişki tespit edilmiştir. Bu durumun nedenlerini açıklamak için nitel araştırmalar yapılmalı, bireylerin ruh sağlığı bilgilerini günlük yaşamlarına nasıl aktardıkları incelenebilir.

- Regresyon modelinin açıklama gücü orta bulunmuştur (%29,2). Gelecek araştırmalarda modele sosyal destek, psikolojik sağlamlık, yaşam doyumu, öz-yeterlik ve stres düzeyi gibi ek değişkenler dâhil edilerek modelin açıklayıcılığı artırılabilir.
- Cinsiyet ve sağlık algısının toplumsal entegrasyonla ilişkili çıktığı göz önüne alındığında, araştırmacılar toplumsal entegrasyonu etkileyen sosyo-kültürel ve psikososyal faktörleri çok boyutlu modellerle incelenebilir.
- Çalışmada kesitsel veri kullanılmıştır. Gelecekte yapılacak boylamsal araştırmalar, değişkenler arasındaki ilişkilerin zaman içindeki seyrini ortaya koyarak nedenselliğe dair daha güçlü bulgular sunabilir.
- Sadece nicel verilere dayalı sonuçların ötesine geçmek için karma yöntem araştırmaları yapılmalıdır. Nitel görüşmeler ve odak grup çalışmaları ile bireylerin sağlık algıları, ruh sağlığı bilgilerini nasıl kullandıkları ve toplumsal entegrasyona dair deneyimleri derinlemesine anlaşılabilir.

KAYNAKLAR

- Abesinghe, A. M., Katuwawela, K. P., Lakmali, K. P., Jayanetti, N. L., Munidasa, K. G., Silva, B. S. S. D., & Marikar, F. M. (2023). MENTAL HEALTH LITERACY: A SURVEY OF THE PUBLIC'S ABILITY TO RECOGNIZE MENTAL DISORDERS AND THEIR KNOWLEDGE ABOUT THE EFFECTIVENESS OF HELPFUL INTERVENTIONS TO HELP THE VICTIMS. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 23(2), 173–202. <https://doi.org/10.24193/jebp.2023.2.16>
- Ager, A., & Strang, A. (2008). Understanding integration: A conceptual framework. *Journal of Refugee Studies*, 21(2), 166–191. <https://doi.org/10.1093/jrs/fen016>
- Akdoğan, E. (2018). *Ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeğinin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması* [Yüksek Lisans Tezi]. Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Akin, A. (2009). *Self-compassion and Submissive Behavior Özduyarlık ve Boyun Eğici Davranış* (tek. rap.).
- Alamanos, Y., Pappas, N. A., & Dimoliatis, I. D. (2005). Self-rated health, work characteristics and health related behaviours among nurses in Greece: A cross sectional study. *BMC Nursing*, 4. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-4-8>
- ARAŞTIRMA MAKALESİ AMPUTASYONDAN SONRA NORMAL YAŞAMA YENİDEN KATILIM SÜRECİNİN YAŞAM KALİTESİ VE FONKSİYONEL DÜZEY İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ ÖZ (tek. rap.). (t.y.).
- Asare, M., & Biddle, S. J. (2011, Eylül). Physical activity and mental health in children and adolescents: A review of reviews. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2011-090185>
- Assoc Ahmet Akın Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Seydi Ahmet Satıcı Artvin Çoruh Üniversitesi Eğitim Fakültesi & Ahmet Rıfat Kayaş Kastamonu Üniversitesi Eğitim Fakültesi. (2012). *COPYRIGHT @ JOURNAL OF EDUCATIONAL AND INSTRUCTIONAL STUDIES IN THE WORLD 1 EMOTIONAL EXPRESSIVITY AND SUBMISSIVE BEHAVEIOR* (tek. rap. No. 2).
- Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIĞI ALGILAMA DURUMLARI İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ * Nilüfer TUĞUT** Mine BEKAR*** (tek. rap.). (t.y.). <http://www.->
- Atay, E. A., & Gençarslan, D. Ö. (2023). Validity and reliability study for the Turkish version of the community integration scale for adults with psychiatric disorders. *Journal of Psychiatric Nursing*, 14(4), 298–304. <https://doi.org/10.14744/phd.2023.80664>
- Aubry, T., Flynn, R. J., Virley, B., & Neri, J. (2013). Social role valorization in community mental health housing: Does it contribute to the community integration and life satisfaction of people with psychiatric disabilities? *Journal of Community Psychology*, 41(2), 218–235. <https://doi.org/10.1002/jcop.21524>

- Aydın, Z. D. (2006). Toplum ve birey için sağlıklı yaşlanma: Yaşam biçiminin rolü. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 13(4), 43–48.
- Bekiroğlu, S., & Yılmaz, B. (2021). TOPLUMSAL ENTEGRASYON ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE FORMUNUN AĞIR RUHSAL HASTALIĞA SAHİP BİREYLERDE VE AİLELERİNDE GEÇERLİLİĞİ VE GÜVENİRLİLİĞİ. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 32(3), 923–937. <https://doi.org/10.33417/tsh.898977>
- Bilim, P. A., Klinik, D., & Programı, P. (t.y.). *LĞSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ ALMANYA'DAKİ TÜRKLERİN RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI, PSİKOLOJİK BELİRTİLERİ VE DAYANIKLILIK: AĞDİYET ALGISININ ROLÜ YÜKSEK LĞSANS TEZİ Alev ÇINAR* (tek. rap.).
- BinDhim, N. F., Althumiri, N. A., Ad-Dab'bagh, Y., Alqahtani, M. M., Alshayea, A. K., Al-Luhaidan, S. M., Svendrovski, A., Al-Duraim, R. A., & Alhabeeb, A. A. (2023). Validation and psychometric testing of the Arabic version of the mental health literacy scale among the Saudi Arabian general population. *International Journal of Mental Health Systems*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s13033-023-00615-5>
- Birchwood, M., Smith, J. O., Cochrane, R., Wetton, S., & Copestake, S. (1990). *The Social Functioning Scale The Development and Validation of a New Scale of Social Adjustment for use in Family Intervention Programmes with Schizophrenic Patients* (tek. rap.).
- Boettcher, V. S., Nowak, A. C., & Neuner, F. (2021). Mental health service utilization and perceived barriers to treatment among adult refugees in Germany. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1910407>
- Borrell, C., Cascant, L., Artazcoz, L., Cortès, I., & Escribà-Agüir, V. (2007). *Gender perspective in the analysis of the relationship between long workhours, health and health-related behavior* (tek. rap. No. 5).
- Bowling-Alone. (t.y.).
- BOZKURT, A. N., & ÇAYKÖYLÜ, T. D. A. (t.y.). *ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK TANILI HASTALARIN TOPLUM ENTEGRASYONUNUN SAĞLIKLI KONTROLLERLE KARŞILAŞTIRILMASI* (tek. rap.).
- Brijnath, B., Protheroe, J., Mahtani, K. R., & Antoniadis, J. (2016). Do web-based mental health literacy interventions improve the mental health literacy of adult consumers? results from a systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 18(6). <https://doi.org/10.2196/jmir.5463>
- Browne, G., & Courtney, M. (2004). *Measuring the impact of housing on people with schizophrenia* (tek. rap. No. 1). <http://eprints.qut.edu.au/>
- Byrne, T., Bettger, J. P., Brusilovskiy, E., Wong, Y. L. I., Metraux, S., & Salzer, M. S. (2013). Comparing neighborhoods of adults with serious mental illness and of the

- general population: Research implications. *Psychiatric Services*, 64(8), 782–788. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200365>
- Cabral, J., Motta, C. d., Sousa, M., & Carvalho, C. B. (2018, Temmuz). Erratum: Correction to: Validation of the Community Integration Scale for Adults with Psychiatric Disorders (CIS-APP-34) (Community mental health journal (2018) 54 5 (673-681)). <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0246-8>
- Cabral, J. M., Carvalho, C. M. O. B., & Mathematic, O. D. L. d. S. i. (2014). DEVELOPMENT AND PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE COMMUNITY INTEGRATION SCALE OF ADULTS WITH PSYCHIATRIC DISORDERS. *European Scientific Journal*, 10(29).
- Cabrera-Orosco, I., Reyes-Bossio, M., Caycho-Rodríguez, T., Vilca, L. W., Plante, T. G., Carbajal-León, C., & Cadena, C. H. G. (2022). Spanish version of the Santa Clara Brief Compassion Scale: evidence of validity and factorial invariance in Peru. *Current Psychology*, 41(7), 4431–4446. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00949-0>
- Casey, L., & O'Connor, M. (2015). The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Research*, 229(1-2), 511–516. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.064>
- Chavis, D. M., & Mcmillan, D. W. (1986). *Sense of Community: A Definition and Theory* (tek. rap.).
- Chi, X., Liang, K., Chen, S. T., Huang, Q., Huang, L., Yu, Q., Jiao, C., Guo, T., Stubbs, B., Hossain, M. M., Yeung, A., Kong, Z., & Zou, L. (2021). Mental health problems among Chinese adolescents during the COVID-19: The importance of nutrition and physical activity. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(3). <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.100218>
- Clinical Psychologists' Perceptions of Persons with Mental Illness* (tek. rap. No. 2). (2007).
- Çakar, F. S., & Kiliç, M. (t.y.). Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi ERGENLERİN PSİKOLOJİK YARDIM İHTİYAÇLARININ İNCELENMESİ 1 REVIEW ON ADOLESCENTS' NEEDS OF PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE. <https://doi.org/10.21764/maeuefd.655097>
- Durmuş, K. (t.y.). MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI YÜKSEK LİSANS TEZİ HEMŞİRELERİN RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİYLE BÜTÜNCÜL HEMŞİRELİK YETERLİKLERİ VE MESLEKİ ÖZ YETERLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ (tek. rap.).

- Edward, K. I., Rasmussen, B., & Munro, I. (2010, Şubat). Nursing Care of Clients Treated with Atypical Antipsychotics Who Have a Risk of Developing Metabolic Instability and/or Type 2 Diabetes. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2009.04.009>
- French, S. A., Harnack, L. J., Toomey, T. L., & Hannan, P. J. (2007). International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity Association between body weight, physical activity and food choices among metropolitan transit workers. <https://doi.org/10.1186/1479>
- Gorczyński, P., Hill, D., Wilson, J. C., & Sims-schouten, W. (2017). Examining mental health literacy, help seeking behaviours, and mental health outcomes in UK university students. *Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 12(2), 111–120. <https://doi.org/10.1108/JMHTEP-05-2016-0027>
- Göktaş, A., & Tutumlu, B. (2025). Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Düzeyinin Belirlenmesi. *Etkili Hemşirelik Dergisi*, 18(2), 166–177. <https://doi.org/10.46483/jnef.1445009>
- GÖKTAŞ, S., IŞIKLI, B., ÖNSÜZ, M. F., YENİLMEZ, Ç., & METİNTAŞ, S. (2019). Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin (Rsoy Ölçeği) Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliğinin Değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 11(3), 424–431. <https://doi.org/10.18521/ktd.453411>
- Gulcur, L., Tsemberis, S., Stefancic, A., & Greenwood, R. M. (2007). Community integration of adults with psychiatric disabilities and histories of homelessness. *Community Mental Health Journal*, 43(3), 211–228. <https://doi.org/10.1007/s10597-006-9073-4>
- Gulliver, A., Christensen, H., & Griffiths, K. M. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>
- Hartung, D., Stadeler, M., Grieshaber, R., Keller, S., & Jahreis, G. (2010). *Work and diet-related risk factors of cardiovascular diseases: comparison of two occupational groups* (tek. rap.). <http://www.occup-med.com/content/5/1/4>
- HEMŞİRELERİN RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ** (tek. rap.). (t.y.).
- Jacobi, F., Mack, S., Gerschler, A., Hapke, U., Seiffert, I., Höfler, M., Busch, M. A., Gaebel, W., Maier, W., Zielasek, J., Wittchen, H. U., Strehle, J., & Maske, U. E. (2014). Self-reported utilization of mental health services in the adult German population - evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental health module (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(3), 289–303. <https://doi.org/10.1002/mpr.1438>
- Jacobi, F., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Hapke, U., Maske, U., Seiffert, I., Höfler, M., Busch, M. A., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., & Wittchen, H. U. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of

- mental disorders in Germany: The mental health module of the german health interview and examination survey for adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(3), 304–319. <https://doi.org/10.1002/mpr.1439>
- Jacobson-Greenley-2001-what-is-recovery-a-conceptual-model-and-explication. (t.y.).
- Jafari, A., Nejatian, M., Momeniyan, V., Barsalani, F. R., & Tehrani, H. (2021). Mental health literacy and quality of life in Iran: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03507-5>
- Javier, F., Cobos, M., López, M. H., Jiménez, F. R., Barnes-Holmes, D., Morales, J. F., Papini, M., Vallejo, M. Á., Kelly, P., Uned-Madrid, W., Luque, F. C., Díaz, A. J. C., Moreno, E., & Pedro, S. (2022). International Journal of Psychology & Psychological therapy Editor rEviEwing Editors AssociAtE Editors AssistAnt Editors. *International Journal of Psychology & Psychological therapy*, 22(2), 2022. <https://www.ijpsy.com>
- Jivanjee, P., Kruzich, J., & Gordon, L. J. (t.y.). *Community Integration of Transition-Age Individuals: Views of Young with Mental Health Disorders* (tek. rap.).
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.5.396>
- Jorm, A. F. (t.y.). *The concept of mental health literacy* (tek. rap.).
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy; empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231–243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>
- Kajawu, L., Jack, H., Ward, C., Taylor, T., & Chingarande, S. D. (2016a). What do African traditional medical practitioners do in the treatment of mental disorders in Zimbabwe? *International Journal of Culture and Mental Health*, 9(1), 44–55. <https://doi.org/10.1080/17542863.2015.1106568>
- Kajawu, L., Jack, H., Ward, C., Taylor, T., & Chingarande, S. D. (2016b). What do African traditional medical practitioners do in the treatment of mental disorders in Zimbabwe? *International Journal of Culture and Mental Health*, 9(1), 44–55. <https://doi.org/10.1080/17542863.2015.1106568>
- Kaneita, Y., Tanaka, Y., Otsuka, Y., Nakajima, S., Itani, O., & Miyoshi, T. (2025). Association Between Dreams, Anxiety, and Depressive Symptoms Among Japanese Adolescents: A Cross-Sectional Study. *Clocks and Sleep*, 7(3). <https://doi.org/10.3390/clockssleep7030034>
- Karabulut, E., Uysal, S. A., Demircioğlu, A., Şahin, Ü., Kocaman, A. A., Karapınar, M., & Kırdı, N. (2018). YAŞLI BİREYLERDE TOPLUMSAL KATILIM ANKETİ'NİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ. *Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*. <https://doi.org/10.21653/tfrd.345656>

- Kesgin, M. T., Uymaz, P., & Pehlivan, Ü. Ş. (2020). Study of validity and reliability of the Mental Health Literacy Scale in Turkish. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21, 5–13. <https://doi.org/10.5455/apd.102104>
- Kiras, F., Esen, D., Yıldız, M., İncedere, A., Gürcan, M., Abut, B., İpçi, K., & Tural, m. (2018). Development of Social Functioning Assessment Scale for People with Schizophrenia: validity and reliability study. *Anatolian Journal of Psychiatry*, (0), 29. <https://doi.org/10.5455/apd.2374>
- Kloos, B., & Townley, G. (2009). Development of a measure of sense of community for individuals with serious mental illness residing in community settings. *Journal of Community Psychology*, 37(3), 362–380. <https://doi.org/10.1002/jcop.20301>
- KOÇ, A., TOK, H. H., TAŞTEKİN, N., & ENSARİ, H. (2023). Relationship Between Mental Health Literacy Level and Treatment Motivation in Alcohol and Drug Addicts. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 15(Supplement 1), 429–438. <https://doi.org/10.18863/pgy.1360580>
- Kouvonen, A., Virtanen, M., Elovainio, M., Pentti, J., Vahtera, J., Kivimäki, M., Oksanen, T., Cox, T., Cox, S. J., & Wilkinson, R. G. (2006). Psychometric evaluation of a short measure of social capital at work. *BMC Public Health*, 6. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-251>
- Kruzich, J. M. (1982). *With honors MPA 1976 Students' Choice Teaching Award* (tek. rap.).
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016, Mart). Mental health literacy: Past, present, and future. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
- Li, Z., Jin, Y., & Yang, M. (2025). How Social Trust Affects Young Adults' Mental Health: Chain Mediation Effects of Social Sustainability in Communities. *Sustainability (Switzerland)*, 17(3). <https://doi.org/10.3390/su17030844>
- Madsen, J., Jobson, L., Slewa-Younan, S., King, K., & Li, H. (2024, Nisan). Mental health literacy among Arab men living in high-income Western countries: A systematic review and narrative synthesis. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116718>
- MARDİN ARTUKLU ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ EĞİTİM BİLİMLERİ ANABİLİM DALI DÖNEM PROJESİ ÇALIŞMASI EĞİTİMDE ÜCRETLİ ÖĞRETMENLİK PROBLEMİ DÖNEM PROJESİ DANIŞMANI (tek. rap.). (t.y.).
- McColl, M. A., Davies, D., Carlson, P., Johnston, J., & Minnes, P. (2001). The Community Integration Measure: Development and preliminary validation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82(4), 429–434. <https://doi.org/10.1053/apmr.2001.22195>
- Metzendorf, D., Wong, Y. L. I., & Min, S. Y. (2006). Neighborhood experiences and community integration: Perspectives from mental health consumers and providers.

- Social Work in Mental Health*, 4(3), 45–59. https://doi.org/10.1300/J200v04n03_03
- Morales-Torres, R., Grasso-Cladera, A., Cosmelli, D., Carrasco-Gubernatis, C., Parada, F. J., & Palacios-García, I. (2023). Psychobiotic Effects on Anxiety Are Modulated by Lifestyle Behaviors: A Randomized Placebo-Controlled Trial on Healthy Adults. *Nutrients*, 15(7). <https://doi.org/10.3390/nu15071706>
- Morris, S. B. (2012). Challenging the Public Stigma of Mental Illness: A Meta-Analysis of Outcome Studies. *Psychiatric Services*. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.005292011>
- Mukamal, K. J., Ding, E. L., & Djoussé, L. (2006). Alcohol consumption, physical activity, and chronic disease risk factors: A population-based cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 6. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-118>
- Muluneh, Z. B., Chavulak, J., Lee, D. C. A., Petrakis, M., & Haines, T. P. (2025, Ocak). Variations in definitions used for describing restrictive care practices (seclusion and restraint) in adult mental health inpatient units: a systematic review and content analysis. <https://doi.org/10.1007/s00127-024-02739-6>
- Noreau, L., & Boschen, K. (2010). Intersection of participation and environmental factors: A complex interactive process. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2009.10.037>
- O'Loughlin, J., Rehm, J., Chaiton, M. O., & Cohen, J. E. (2009). A systematic review of longitudinal studies on the association between depression and smoking in adolescents. *BMC Public Health*, 9. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-356>
- Onan, D. N. (2023a). RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ (RSOÖ): TÜRKÇE UYARLAMA, GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK. *UNIKA Journal of Health Sciences*. <https://doi.org/10.47327/unikasaglik.104>
- Onan, D. N. (2023b). RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ (RSOÖ): TÜRKÇE UYARLAMA, GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK. *UNIKA Journal of Health Sciences*. <https://doi.org/10.47327/unikasaglik.104>
- Onan, D. N. (2023c). RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ (RSOÖ): TÜRKÇE UYARLAMA, GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK. *UNIKA Journal of Health Sciences*. <https://doi.org/10.47327/unikasaglik.104>
- Osman, N., Michel, C., Schimmelmann, B. G., Schilbach, L., Meisenzahl, E., & Schultze-Lutter, F. (2023). Influence of mental health literacy on help-seeking behaviour for mental health problems in the Swiss young adult community: a cohort and longitudinal case-control study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 273(3), 649–662. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01483-9>
- Oztas, B., & Aydoğan, A. (2021). Assessment of mental health literacy of health professionals. *Journal of Psychiatric Nursing*, 12(3), 198–204. <https://doi.org/10.14744/phd.2021.43265>
- ÖKSÜZ, M. A., AVCI, D., & SAĞSÖZ, S. (2023). Çocuk/Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Ailelerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ile Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri

- Arasındaki İlişki. *Humanistic Perspective*, 5(3), 1242–1257. <https://doi.org/10.47793/hp.1330230>
- ÖZER, D., & ALTUN, Ö. Ş. (2022). Ruh Sağlığı Okuryazarlığı: Farkındalık ile Toplum Ruh Sağlığını Güçlendirme. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar*, 14(2), 284–289. <https://doi.org/10.18863/pgy.1016368>
- Perez, A. P., Phillips, M. M., Cornell, C. E., Mays, G., Adams, B., & CDC, M. f. (2009). *Preventing Chronic Disease* (tek. rap.). http://www.cdc.gov/pcd/issues/2009/oct/08_0136.htm. Accessed %5Bdate%5D.
- Quality improvement in mental health care t ineke Broer*. (t.y.). representacoes-socias-de-doenca-mental_paula-nhambirre. (t.y.).
- RevistaCubanadeEnfermera. (t.y.).
- Rodriguez, E., & Bolton, K. L. (2009). Smoking, drinking and body weight after re-employment: Does unemployment experience and compensation make a difference? *BMC Public Health*, 9. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-77>
- Saffari, M., Pakpour, A. H., Naderi, M. K., Koenig, H. G., Baldacchino, D. R., & Piper, C. N. (2013). Spiritual coping, religiosity and quality of life: A study on muslim patients undergoing haemodialysis. *Nephrology*, 18(4), 269–275. <https://doi.org/10.1111/nep.12041>
- Sağlık Hizmetlerinde Podolojinin Gelişimi ve Eğitimine Genel Bir Bakış. (2020). *Acibadem Universitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 0–0. <https://doi.org/10.31067/0.2019.118>
- Salter, K., Foley, N., Jutai, J., Bayley, M., & Teasell, R. (2008). Assessment of community integration following traumatic brain injury. <https://doi.org/10.1080/02699050802425428>
- Segal, S. P., & Silverman, C. J. (t.y.). *Who Belongs?: An Analysis of Ex-Mental Patients' Subjective Involvement in the Neighborhood* (tek. rap.).
- Sensenbrenner, J., & Portes, A. (1993). *Embeddedness and Immigration: Notes on the Social Determinants of Economic Action* (tek. rap. No. 6).
- Shankar, J., Liu, L., Nicholas, D., Warren, S., Lai, D., Tan, S., Zulla, R., Couture, J., & Sears, A. (2014). Employers' perspectives on hiring and accommodating workers with mental illness. *SAGE Open*, 4(3), 1–13. <https://doi.org/10.1177/2158244014547880>
- Smith, A. B., Costa, D., Galica, J., Lebel, S., Tauber, N., Helmond, S. J. v., & Zachariae, R. (2020). Spotlight on the fear of cancer recurrence inventory (Fcric). *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 1257–1268. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S284103>
- Smith, C. L., & Shochet, I. M. (t.y.). *Mental Health Literacy and Help-Seeking 1 Running head: MENTAL HEALTH LITERACY AND HELP-SEEKING The Impact of Mental Health Literacy on Help-Seeking Intentions: Results of a Pilot Study with First Year Psychology Students* (tek. rap.).

- Sousa, V. D., Driessnack, M., Amélia, I., & Mendes, C. (t.y.). *AN OVERVIEW OF RESEARCH DESIGNS RELEVANT TO NURSING: PART 1: QUANTITATIVE RESEARCH DESIGNS* (tek. rap.). www.eerp.usp.br/rlae
- Tajik, E., Latiff, L. A., Siew, C. Y., Awang, H., Nur, S., & Adznam, A. (t.y.). *Designing and Validating a Questionnaire on Healthy Lifestyle to Reduce Depressive Symptoms among Adolescents* (tek. rap.).
- Tambling, R. R., D'Aniello, C., & Russell, B. S. (2023). Mental Health Literacy: a Critical Target for Narrowing Racial Disparities in Behavioral Health. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 21(3), 1867–1881. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00694-w>
- Tekir, Ö. (2005). *Hipertansiyon hastalarına hemşire tarafından verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi* [Yüksek Lisans Tezi]. Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı.
- Terry, R. (2020, Mayıs). *Individual and Community Supports that Impact Community Inclusion and Recovery for Individuals with Serious Mental Illnesses* (tek. rap.). Portland State University. <https://doi.org/10.15760/etd.7338>
- Tezi, Y. L. (t.y.). *ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI KRONİK RUHSAL BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE TOPLUM ENTEGRASYONU, STRESLE BAŞA ÇIKMA VE ÖZ BAKIM GÜCÜ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ* (tek. rap.).
- Velasco, A. A., Cruz, I. S. S., Billings, J., Jimenez, M., & Rowe, S. (2020). What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review. *BMC Psychiatry*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02659-0>
- Velasco, A. A., Cruz, I. S. S., Billings, J., Jimenez, M., & Rowe, S. (2025). What Are the Barriers, Facilitators and Interventions Targeting Help-Seeking Behaviours for Common Mental Health Problems in Adolescents? A Systematic Review. *Focus*, 23(1), 98–118. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.25023003>
- Velten, J., Scholten, S., Meyer, A. H., Schneider, S., Lavalley, K. L., Zhang, X. C., & Margraf, J. (2014). Lifestyle choices and mental health: A representative population survey. *BMC Psychology*, 2(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-014-0055-y>
- Vilarrasa, A. B. (2025). *Vallejo. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. Elsevier.
- ware-et-al-2008-a-theory-of-social-integration-as-quality-of-life. (t.y.).
- Wen, L. y., Zhang, L., Zhu, L. j., Song, J. g., Wang, A. s., Feng, Y., Tao, Y. j., Zhu, Y., Jin, Y. l., & Chang, W. w. (2025). Latent class analysis on mental health and associated factors in medical and non-medical college students. *Journal of Affective Disorders*, 388. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119593>

- What do African traditional medical practitioners do in the treatment of mental disorders in Zimbabwe? (2016). *International Journal of Culture and Mental Health*, 9(1), 44–55. <https://doi.org/10.1080/17542863.2015.1106568>
- Wyngaerden, F., Vacca, R., Vincent Dubois & Vincent Lorant. (2022). The structure of social support: a multilevel analysis of the personal networks of people with severe mental disorders. *BMC Psychiatry*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04278-3>
- Yalçinkaya, M., Özer, F. G., Karamanoğlu, A. Y., Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Yüksekokulu, S., SYO, P. D., Binası, M., Karşısı, K. K. M., & Kampusu, K. (2007). (6) *www.korhek.org* 409 Araştırma/Research Article (tek. rap. No. 6). *www.korhek.org*
- Yildirim, Y. L. T. N. (t.y.). *ÜNNVERSTE ÖĞRENCCLERRNNN BAZI SOSYO-DEMOGRAFFK ÖZELLKLERRNNN SAĞLIKLI YAŞAM BBÇÇMM DAVRANIŞLARINA ETKKSS* (tek. rap.).
- Zeng, F., John, W. C. M., Qiao, D., & Sun, X. (2023). Association between psychological distress and mental help-seeking intentions in international students of national university of Singapore: a mediation analysis of mental health literacy. *BMC Public Health*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17346-4>
- Zhang, Z., Chen, S., Wang, X., Liu, J., Zhang, Y., Mei, Y., & Zhang, Z. (2023). The Relationship between Mental Health Literacy and Subjective Well-Being of Young and Middle-Aged Residents: Perceived the Mediating Role of Social Support and Its Urban-Rural Differences. *International Journal of Mental Health Promotion*, 25(4), 471–483. <https://doi.org/10.32604/ijmhp.2022.024918>
- Zhou, L., Zhong, S. L., Wang, S. B., Ding, K. R., & Tan, W. Y. (2024). Low mental health literacy is associated with depression and anxiety among adults: a population-based survey of 16,715 adults in China. *BMC Public Health*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20020-y>

ÖZ GEÇMİŞ
KİŞİSEL BİLGİLER

Ad Soyadı : SONGÜL CEYLAN
Öğrenci No : 235322004
E-posta : soneceylan.73@gmail.com
Telefon : 05467724773
Doğum Yeri : Mardin
Doğum Tarihi : 1999-06-15
ABD (TR) : HEMŞİRELİK
ABD (EN) : NURSING
:

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Adı, Bölüm	Yıl
1.	Harran Üniversitesi / Lisansüstü Eğitim Enstitüsü	2022-Devam

EKLER

Ek 1. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Ek 2. PSİKİYATRİK BOZUKLUKLUĞU OLAN YETİŞKİNLER İÇİN TOPLUM ENTEGRASYONU ÖLÇEĞİ

Ek 3. RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ

Ek 4. TANITICI BİLGİ FORMU

Ek 5. izinler

Evrak Tarih ve Sayısı: 13.01.2025-406701



T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-76244175-050.04-406701
Konu : Kurul Kararı

13.01.2025

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Özlem KAÇKIN
Öğretim Üyesi

Yürütücüsü olduğunuz, "Psikiyatri Hastalarının Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Sağlık Biçimi Davranışları ve Toplum Entegrasyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi"

Prof. Dr. Nuray ALTAY
Kurul Başkanı

Ek:(1' adet)



Ek 6. izinler

Evrak Tarih ve Sayısı: 25.12.2024-401039



T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Harran Üniversitesi Hastanesi



Sayı : E-66063783-622.99-401039
Konu : Çalışma İzni (Özlem KAÇKIN)

25.12.2024

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Özlem KAÇKIN
Ana Bilim Dalı Başkanı

Hastanemizde "Psikiyatri hastalarının ruh sağlığı okur yazarlığı sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve toplum entegrasyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi" konulu çalışmayı yapma talebiniz Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.
Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Ahmet ATLAS
Başhekim Yardımcısı V.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BSC6T3LURL* Pin Kodu : 33792

Belge Takip Adresi :
https://ebys.harran.edu.tr/envision/Validate_Doc.aspx?cD=BSC6T3LURL&eS=401039

Adres:Osmanbey Yerleşkesi, Şanlıurfa-Mardin Karayolu Üzeri 18. Km, 63290 Haliliye/Şanlıurfa
Telefon:0414 344 40 02 Faks:0414 344 40 00
e-Posta:bashekimlik@harran.edu.tr Web:hastane.harran.edu.tr
Kep Adresi:harranuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Mehmet Reşit KAÇAR
Unvanı: Memur
Tel No: 4408



Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 7

Evrak Tarih ve Sayısı: 13.01.2025-406701	
HARRAN ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI	
TARİH	: 30.12.2024
OTURUM	: 21
SAAT	: 13.30
IRU/24.21.36	Karar: Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Dr.Öğr. Üyesi Özlem KACKIN'ın yöneticiliğinde "Psikiyatri Hastalarının Ruh Sağlığı Olaylarının, Sağlık Bilişimi Davranışları ve Toplum Entegrasyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı çalışmasına Etik Kurul Onayı verilmesine Oy birliğiyle karar verilmiştir.  ASLI GIBİDİR Prof. Dr. Nuray ALTAY Kurul Başkanı
Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.	
Evrak Tarih ve Sayısı: 13.01.2025-406701	
Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.	

Ek 8

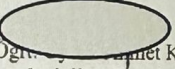


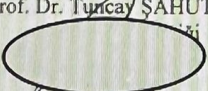
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Eğitim Planlama Kurulu
KARAR TUTANAĞI

25.02.2025 tarihinde toplanan Eğitim Planlama Kurulu tarafından oylanarak alınan karar doğrultusunda,

Hemşire Songül CEYLAN'ın "Psikiyatri Hastalarının Ruh Sağlığı,Okuryazarlığı,Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Toplum Entegrasyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konu başlıklı Prospektif - Retrospektif çalışması ile ilgili etik-kurul onayı alındıktan sonra kurumumuzda yapması, **oy birliği** ile kabul edilmiştir.


Doç.Dr. İzzet Ali KARAHAN
Anesteziyoloji ve Reanimasyon
Kliniği


Dr. Öğr. Üyesi Mehmet KAYA
Anesteziyoloji ve Reanimasyon
Kliniği


Prof. Dr. Tuncay ŞAHUTOĞLU
Kliniği


Prof. Dr. Mustafa ŞİFTEL
Çocuk Hastalıkları
Kliniği SUAM
Korü


Doç.Dr. Eyüp Sabri ŞEYHANLI
SUAM Müdürü
Başkanı