

Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Düzeylerinin İncelenmesi

Investigation of University Students' Health Literacy and Mental Health Literacy Levels

Emel GÜDEN¹, Selma Durmuş SARIKAHYA²

ÖZ

Amaç: Gençler arasındaki sağlık sorunları, fiziksel, duygusal ve sosyal gelişim süreçlerinde ortaya çıkabilecek çeşitli zorluklarla ilişkilidir. Bu çalışma, üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı ve ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerini ve bu düzeylerle ilişkili faktörleri incelemeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve yöntem: Kesitsel bir araştırma deseni kullanılan çalışmada, katılımcılar üniversite öğrencilerinden oluşmaktadır. Veriler; "Bireysel Özellikler Formu," "Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOY)" ve "Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)" kullanılarak toplanmış ve SPSS 26 programı ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların %65,9'u kadın olup yaş ortalaması 20,7±1,9'dur. RSOY puanı 12,35±3,5 ile orta düzeydedir; bilgi (6,72±2,33) ve kaynak (2,22±1,05) alt boyutları daha yüksek, inanç (2,93±2,20) daha düşüktür. TSOY-32 ortalaması 37,38±6,9'dur. Sağlık okuryazarlığı %44,9 yeterli düzeydedir. Regresyon analizinde indeks değişkeni RSOY'un anlamlı yordayıcısıdır ($F=13,68$; $p=0,001$).

Sonuç: Sağlık ve ruh sağlığı okuryazarlığı arasında pozitif ilişki bulunmuş, ancak belirleyicilerinin farklılaştığı görülmüştür. RSOY, cinsiyet, sosyoekonomik durum ve yaşam çevresinden etkilenebilir. Bulgular, özellikle erkekler ve kırsal bölgeler için hedeflenmiş müdahalelere ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık okuryazarlığı, üniversite, öğrenciler, ruh sağlığı okuryazarlığı

1. GİRİŞ

Gençlik dönemi, bireyin kimlik oluşturduğu, bağımsızlık kazandığı ve yaşam tarzı seçimlerinin temellerini attığı önemli bir gelişim evresidir. Bu dönemde gençler; fiziksel, duygusal ve sosyal

ABSTRACT

Objective: Health problems among young people are associated with various challenges that may arise during their physical, emotional, and social development. This study aimed to examine the levels of health literacy and mental health literacy among university students and the factors associated with these levels.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted with university students. Data were collected using the "Personal Information Form," the "Mental Health Literacy Scale (MHLS)," and the "Health Literacy Scale (HLS-32)" and analyzed using SPSS 26 software.

Results: Of the participants, 65.9% were female, and the mean age was 20.7±1.9 years. The mean MHLS score was 12.35±3.5, indicating a moderate level; knowledge (6.72±2.33) and resource (2.22±1.05) subdimensions were relatively higher, while belief (2.93±2.20) was lower. The mean HLS-32 score was 37.38±6.9. Health literacy levels were sufficient in 44.9% and excellent in 27.1% of participants. Female students had significantly higher MHLS scores than males ($t=5.684$; $p=0.001$). Income, family type, place of residence, and health education status were significantly associated with MHLS ($p<0.05$). Regression analysis showed that the index variable was a significant predictor of MHLS ($F=13.68$; $p=0.001$).

Conclusion: A positive relationship was found between health literacy and mental health literacy; however, their determinants differed. Mental health literacy was influenced by gender, socioeconomic status, and living environment. The findings indicate a need for targeted interventions, particularly for males and individuals living in rural areas.

Keywords: Health literacy, university, students, mental health literacy

yönden çok boyutlu değişimler yaşamakta, aynı zamanda çeşitli risk faktörlerine maruz kalmaktadır. Akademik başarı beklentileri, ekonomik kaygılar, sosyal ilişkilerdeki karmaşalar ve yalnız yaşam koşulları, genç bireylerin psikolojik dayanıklılığını zorlayabilmektedir (1,3).

Yapılan araştırmalar, ergenlik ve genç yetişkinlik dönemlerinde ruhsal bozuklukların görülme

1-Kapadokya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Ürgüp, Nevşehir, Türkiye.

E-posta: emelguden@gmail.com ORCID: 0000-0003-3492-4298.

2- Artvin Çoruh Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Artvin, Türkiye

E-posta: durmussel@gmail.com. ORCID: 0000-0002-0318-3098.

Gönderim Tarihi:20.08.2025 - Kabul Tarihi: 03.08.2026

sıklığının arttığını ve bu bozuklukların bireyin akademik, sosyal ve duygusal işlevselliğini olumsuz etkilediğini göstermektedir (2,4). Yetersiz sosyal destek, ekonomik belirsizlik, yalnız yaşama durumu ve yoğun rekabet ortamı; gençlerin hem fiziksel sağlık hizmetlerinden hem de ruh sağlığı hizmetlerinden yeterince yararlanmasını engelleyebilmektedir (3,5).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, gençler arasında intihar ikinci en sık görülen ölüm nedenidir ve bu durum, gençlerin ruh sağlığını korumaya yönelik bütüncül stratejilere olan ihtiyacı ortaya koymaktadır (6). Ruh sağlığı sorunları sıklıkla erken dönemde fark edilmemekte ya da bireyler yardım arama davranışında bulunmaktan kaçınmaktadır. Bu noktada sağlıkla ilgili temel bilgiye ulaşmak, bu bilgiyi doğru değerlendirebilmek ve uygun şekilde kullanmak büyük önem taşımaktadır.

Bu kapsamda, sağlık okuryazarlığı ve ruh sağlığı okuryazarlığı, genç bireylerin sağlıklarını korumaları ve geliştirmeleri açısından kritik kavramlardır. Sağlık okuryazarlığı; bireyin sağlıkla ilgili bilgileri edinme, anlama, yorumlama ve uygulama becerisini ifade eder. Yüksek sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık hizmetlerinden etkin biçimde yararlanmasını, hastalıkları önleme ve sağlıklı yaşam biçimlerini sürdürme konularında bilinçli davranmalarını sağlar (7).

Benzer şekilde, ruh sağlığı okuryazarlığı; bireylerin ruhsal bozukluklara ilişkin bilgi düzeyini, belirtileri tanıma ve uygun yardım arama davranışı gösterme becerisini kapsar (8,9). Ruh sağlığı okuryazarlığı, yalnızca bireyin psikolojik iyi oluşunu güçlendirmekle kalmaz, aynı zamanda damgalayıcı tutumları azaltarak ruhsal yardım arama davranışlarını da teşvik eder (10). Ancak, mevcut literatür, özellikle üniversite öğrencilerinde ruh sağlığı okuryazarlığının genellikle yetersiz olduğunu göstermektedir (9,10). Bu durum, öğrencilerin psikolojik sorunları zamanında fark edememelerine ve gerekli desteği aramakta gecikmelerine neden olmaktadır. Eğitim düzeyi yüksek olsa da, yalnız yaşayan, ekonomik baskı altında olan ya da akademik baskılara maruz kalan bireyler, ruh sağlığı bakımından

daha kırılgan hale gelebilmektedir.

Bu doğrultuda, üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı ve ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin değerlendirilmesi; gençlerin sağlık davranışlarını daha iyi anlamak ve önleyici müdahale programları geliştirmek açısından önemlidir. Bu çalışma ile üniversite öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı ve ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu araştırmanın hipotezleri;

Hipotez 1 (H1): Üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi arasında pozitif bir ilişki vardır.

Hipotez 2 (H2): Üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri; gelir durumu, kendi sağlık değerlendirmesi gibi bireysel ve sosyoekonomik özelliklere göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir.

Hipotez 3 (H3): Üniversite öğrencilerinin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyleri; cinsiyet, gelir durumu, aile tipi, uzun süre yaşadığı yer ve sağlık eğitimi alma durumu gibi demografik ve çevresel faktörlere göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir.

2. Gereç ve Yöntem

Bu bölümde çalışmanın amacı ve önemi, çalışmanın modeli, evren ve örneklem, veri toplama araçları, verilerin analizi, etik konular ve sınırlılıkları hakkında bilgiler yer almaktadır.

2.1. Çalışmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışma ile üniversite öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı ve ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

2.2. Çalışmanın Modeli

Araştırma kesitsel türde bir çalışma tasarımı yapılmıştır.

2.3. Çalışmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Artvin Çoruh Üniversitesinde önlisans ve lisans eğitimi gören öğrenciler

oluşturmaktadır. Örneklem dâhil etmek için üniversitede öğrenci olmak ve araştırmaya katılmayı kabul etmek yeterli olup yaş ve cinsiyet ayrımı yapılmamıştır. Çalışma için yeterli örneklem sayısının belirlenmesi amacıyla güç analizi yapılmıştır. Güç analizi G*Power 3.1.9.4 paket programı ile gerçekleştirilmiştir (11). Çalışmada etki büyüklüğü olarak 0,12 ($p=0,12$) alınmıştır. Bu etki büyüklüğü küçük etki büyüklüğü anlamına gelmektedir. Bu etki büyüklüğü referans alınarak yapılan güç analizine göre; çift kuyruklu hipotez için etki büyüklüğü ($p=0,12$, Hata payı (α)=0,05 ve Power ($1-\beta$)=0,85 parametrelerine göre minimum örneklem sayısı 617 kişi olarak hesaplanmıştır. Veri toplama aşaması sonucunda ise toplam 657 kişiye basit rastgele örneklem yöntemi ile ulaşılmıştır.

2.4. Araştırmaya dâhil etme kriterleri

Araştırmaya dâhil edilecek katılımcılar; Artvin Çoruh Üniversitesinde ön lisans ve lisans düzeyinde öğrenim gören, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve bilgilendirilmiş onam formunu imzalayan öğrencilerden oluşmaktadır. Katılımcı seçiminde yaş, cinsiyet, bölüm veya sınıf düzeyine ilişkin herhangi bir kısıtlama getirilmemiştir.

2.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri “Bireysel Özellikler Formu”, “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOY)” ve “Sağlık Okuryazarlığı” kullanılarak toplanmıştır.

2.5.1. Bireysel Özellikler Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan formda, öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 15 adet soru yer almaktadır.

2.5.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOY)

Ölçeğin orijinal versiyonu Jung (8) tarafından 2016 yılında yayınlanmış olup, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Göktaş ve ark. (12) tarafından 2019 yılında yayınlanmıştır. RSOY-Ölçeği üç alt boyuttan ve 22 maddeden oluşmaktadır. Bilgi Odaklı RSOY alt boyutunda 10 madde,

İnanç Odaklı RSOY alt boyutunda 8 madde, Kaynak Odaklı RSOY alt boyutunda 4 madde bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 0-22 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça RSOY düzeyi artmaktadır. 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 dâhil, yani inanç odaklı RSOY alt boyuta ait maddeler) ters kodlanmaktadır (8).

2.5.3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)

TSOY-32, on beş yaş üzeri ve okuryazar olan kişilerde sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş öz bildirim ölçeğidir. Ölçek, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu (13) tarafından geliştirilen kavramsal çerçeveye dayanmaktadır. Okyay ve Abacıgil (14) tarafından 2016’da Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan TSOY-32, orijinal ölçekten farklı olarak, üç değil, iki temel boyut alınarak, 2X4’lük bir matrise dayanarak yapılandırılmıştır. Her madde 1=Çok kolay, 2=Kolay, 3=Zor, 4=Çok zor olacak şekilde 4 derecelidir. “Fikrim yok” ifadesi için 5 kodu kullanılmıştır. Ölçekte 0 puan en düşük sağlık okuryazarlığını, 50 puan en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi, elde edilen puana göre dört kategoride değerlendirilmiştir: (0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı (>25-33): sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (>33-42): yeterli sağlık okuryazarlığı (>42-50): mükemmel sağlık okuryazarlığı şeklinde puanlandırılmaktadır.

2.6. Veri toplama araçlarının uygulanması

Veriler, üniversite kampüsü içerisinde anketörler aracılığıyla 1-30 Kasım 2024 tarihleri arasında yüz yüze anket yöntemiyle toplanmıştır. Çalışmaya katılmadan önce tüm katılımcılara araştırmanın

amacı, kapsamı ve gönüllü katılım esasları hakkında bilgi verilmiş; gizlilik ve anonimlik ilkeleri doğrultusunda bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Katılımcılar, bilgilendirilmiş onam formunu imzaladıktan sonra anket formlarını yüz yüze doldurmuş ve anketörlere teslim etmiştir.

2.7. Verilerin analizi

Çalışmanın verileri, SPSS 26.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. İstatistiksel analizlere başlamadan önce, değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri incelenerek değerlendirilmiştir. Literatürde yaygın olarak kabul edildiği üzere, bu değerlerin $\pm 1,0$ ile $\pm 1,5$ aralığında bulunması, verilerin normal dağılım gösterdiğine işaret etmektedir (15).

Araştırmada kullanılan ölçeklerin iç tutarlılığı Cronbach's Alpha (α) katsayısı ile değerlendirilmiştir. Bu çalışmada TSOY-32 $\alpha=0,86$ ve RSOY $\alpha=0,82$ olarak bulunmuştur. Tanımlayıcı istatistiklerde ise frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır.

Gruplar arası karşılaştırmalarda; normal dağılım gösteren iki grup için bağımsız örneklem t-testi; ikiden fazla grup için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. ANOVA sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilen değişkenlerde, farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla Tukey HSD post hoc testi kullanılmıştır. Parametrik olmayan değişkenlerde ise; ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis H testi uygulanmıştır. Değişkenler arası ilişkilerin belirlenmesinde regresyon analizi kullanılmıştır.

Tüm istatistiksel testlerde anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiş, analizler %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile gerçekleştirilmiştir.

2.8. Araştırmanın etik boyutu:

Bu çalışma, etik ilkelere uygun olarak yürütülmüş olup Artvin Çoruh Üniversitesi 80644 sayılı ve 05.02.2023 tarihli etik kurul onayı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma sürecinde tüm

katılımcılara çalışmanın amacı, kapsamı ve katılımın gönüllülük esasına dayandığı hakkında bilgilendirme yapılmış; katılımcılardan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Çalışma, Helsinki Bildirgesi'nde belirtilen etik ilkeler doğrultusunda gerçekleştirilmiş olup, katılımcıların mahremiyeti ve verilerinin gizliliği korunmuştur.

2.9. Sınırlılıklar

Çalışma üniversite öğrencileriyle sınırlıdır, bu durum bulguların genellenebilirliğini kısıtlayabilir. Çalışmada sağlık okuryazarlığı ve ruh sağlığı okuryazarlığı ölçekleri kullanılmış olup, farklı ölçekler kullanıldığında farklı sonuçlar elde edilebilir.

3. Bulgular

Örneklemin %65,9'u kadın, %34,1'i erkek bireylerden oluşmaktadır. Katılımcıların yaşı 17-31 arasında değişmekte olup, ortalaması $20,7\pm 1,9$ yıl olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların %53,3'ü sağlık durumunu iyi, %41,6'sı "idare eder", %5,2'si ise kötü olarak değerlendirmiştir. Daha önce sağlık eğitimi alanların oranı %50,7, almayanların oranı ise %49,3'tür. Katılımcılara ait diğer demografik özellikler Tablo 1' de gösterilmiştir.

RSOY ölçeğinin ortalama puanı $12,35\pm 3,5$ olup, öğrencilerin ruh sağlığı okuryazarlığı orta düzeydedir. Alt boyutlarda bilgi ($6,72\pm 2,33$) ve kaynak ($2,22\pm 1,05$) alt boyutları görece daha yüksekken, inanç ($2,93\pm 2,20$) puanının düşük bulunmuştur.

TSOY-32 ölçeğinin ortalama puanı $37,38\pm 6,9$, alt boyutlar olan tedavi ve hizmet ($38,15\pm 7,44$) ile hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi ($37,24\pm 8,89$) puanları yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyini işaret etmektedir (Tablo 2).

Öğrencilerin sağlık okuryazarlık düzeyleri incelendiğinde %3,3'ünün yetersiz, %24,7'sinin sınırdan, %44,9'unun yeterli ve %27,1'inin ise mükemmel düzeyde olduğu görülmüştür. Örneklemin önemli bölümünün sağlık okuryazarlık düzeyi yeterli ve mükemmel düzeydedir (Şekil 1).

Tablo 1. Katılımcıların Demografik ve Sağlık Özellikleri, Artvin, 2023

Değişken	n	%	Değişkenler	n	%
Cinsiyet			Sağlık eğitimi alma durumu		
Kadın	433	65,9	Evet	333	50,7
Erkek	224	34,1	Hayır	324	49,3
Gelir düzeyi			Kendi sağlık durumunu değerlendirme şekli		
Geliri giderinden düşük	225	34,3	İyi	350	53,2
Gelir gideri eşit	334	50,8	Orta	273	41,6
Geliri giderinden yüksek	98	14,9	Kötü	34	5,2
Aile tipi			İkamet yeri		
Çekirdek aile	501	76,3	Köy	104	15,8
Geniş aile	140	21,3	İlçe	253	38,5
Yalnız yaşayan	16	2,4	Şehir	300	45,7
Baba eğitim düzeyi			Anne eğitim düzeyi		
Okuryazar değil	35	5,3	Okuryazar değil	101	15,4
Okuryazar	37	5,6	Okuryazar	58	8,8
İlkokul	181	27,5	İlkokul	222	33,8
Ortaokul	163	24,8	Ortaokul	138	21
Lise	176	26,8	Lise	98	14,9
Üniversite ve üzeri	65	10	Üniversite ve üzeri	40	6,1
Yaş	Min-Max	Ortalama ± SS			
	17-31	20,7±1,9			

Tablo 2. Ölçüm Araçlarının Ortalama, Standart Sapma ve Güvenilirlik Analizi, Artvin, 2023

Değişken	X	SS	Min-Max	Cronbach's α
RSOY	12,35	3,5		0,69
Bilgi	6,72	2,33	0-9,1	0,78
İnanç	2,93	2,20	0-7,13	0,80
Kaynak	2,22	1,05	0-3,25	0,70
TSOY-32	37,38	6,90		0,89
Tedavi ve hizmet	38,15	7,44	15-66	0,83
Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi	37,24	8,89	6-66	0,85

* *p<.001; RSOY: Ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeği; TSOY-32: Türkçe sağlık okuryazarlığı ölçeği

Kadın katılımcıların RSOY puan ortalaması 12,9±3,2, erkek katılımcıların RSOY puan ortalaması 11,3±3,8 olup, yapılan bağımsız örneklem için t testi sonucunda iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (t: 5,684; p=0,001). Bu bulguya göre kadınların ruh sağlığı okuryazarlık düzeyi erkeklerden yüksektir (Tablo 3).

Ruh sağlığı okuryazarlık düzeyi, bireylerin gelir durumu, aile yapısı, yaşadığı yer ve sağlık eğitimi alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir. Geliri giderine denk olan

bireylerin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyi, geliri giderinden az veya fazla olan bireylerden daha yüksek bulunmuştur (p=0,002). Çekirdek ve geniş aileye sahip bireylerin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyi, yalnız yaşayan bireylerden anlamlı derecede yüksek olup (p=0,001), il ve ilçede yaşayan bireylerin okuryazarlık düzeyinin köyde yaşayan bireylere kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,012). Ayrıca, sağlık eğitimi almayan bireylerin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyinin, sağlık eğitimi alan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur (p=0,001)(Tablo 3).

Tablo 3. Demografik Özelliklere Göre RSOY Ortalama Puan Farklılıkları, Artvin, 2023

Değişken	n	x	SS	Test/p
Cinsiyet				
Kadın	433	12,9	3,2	t: 5,684
Erkek	224	11,3	3,8	P< 0,001
Gelir düzeyi				
Geliri giderinden düşük	225	11,8	3,9	F: 6,249 P< 0,002
Gelir gideri eşit	334	12,8	3,1	
Geliri giderinden yüksek	98	12	3,5	
Aile tipi*				
Çekirdek aile	501	12,6	3,4	KW: 18,966 P< 0,001
Geniş aile	140	11,8	3,8	
Yalnız yaşayan	16	8,8	3,4	
İkamet yeri				
Köy	104	11,4	3,3	F: 4,460 P< 0,012
İlçe	253	12,5	3,4	
Şehir	300	12,5	3,6	
Kendi sağlık durumunu değerlendirme şekli				
İyi	350	12,6	3,3	F: 2,203 p> 0,111
Orta	273	12	3,7	
Kötü	34	12,5	3,5	
Kronik hastalık durumu				
Var	68	12,7	3,6	t: ,779
Yok	589	12,3	3,5	p> 0,436
Düzenli ilaç kullanım durumu				
Evet	102	12,9	3,7	t: 1,710
Hayır	555	12,3	3,5	P< 0,088
Sağlık eğitimi alma durumu				
Evet	333	11,7	3,5	t: -4,668
Hayır	324	13	3,4	P< 0,001

*Bonferroni düzeltmesi uygulandı (p<.0166 anlamlı kabul edilmiştir).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi bireylerin gelir durumu ve kendi sağlıklarını değerlendirme biçimlerine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Geliri giderinden fazla olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi en yüksek, geliri giderinden az olan bireylerin ise en düşük bulunmuştur (p=0,001). Ayrıca, kendi sağlığını iyi olarak değerlendiren bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin, sağlığını orta veya kötü olarak değerlendiren bireylerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,009) (Tablo 4).

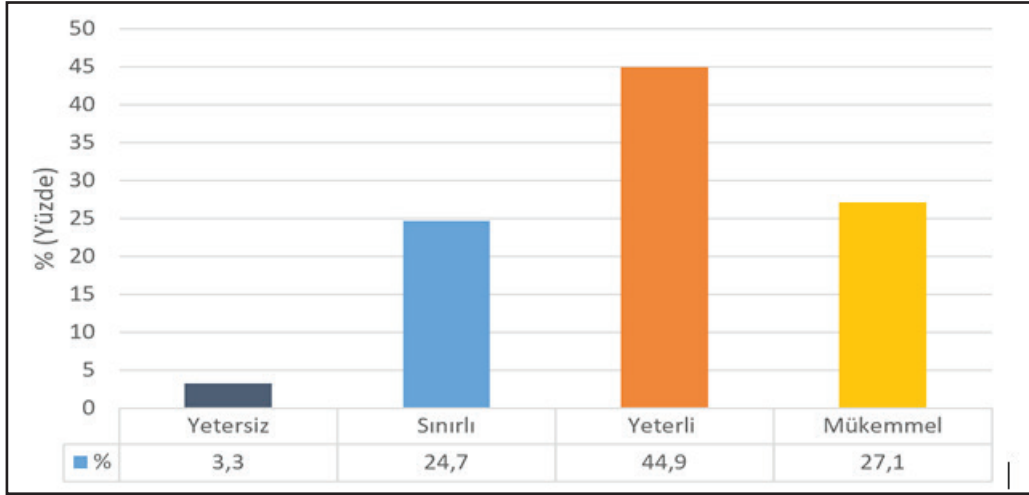
Yapılan basit doğrusal regresyon analizi sonucunda, index değişkeninin rsoy toplam üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu belirlenmiştir (F=13,68, p=0,001). Model, bağımlı değişkendeki varyansın %1,9'unu açıklamaktadır (R²=0,019). Index değişkeninin rsoy toplam üzerinde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmaktadır (B=0,077, SH=0,021, %95 GA [0,036-0,118], p<0,001). Ayrıca modelde çoklu doğrusal bağlantı sorunu bulunmamaktadır (VIF=1,00) (Tablo 5).

Tablo 4. Demografik Özelliklere Göre TSOY-32 Ortalama Puan Farklılıkları, Artvin, 2023

Değişken	n	x	ss	Test/p
Cinsiyet				
Kadın	433	37,4	6,7	t: -0,032
Erkek	224	37,4	7,2	p> 0,975
Gelir düzeyi				
Geliri giderinden düşük	225	^c 35,3	6,9	F: 21,682 P< 0,001
Gelir gideri eşit	334	^b 37,9	6,5	
Geliri giderinden yüksek	98	^a 40,4	6,6	
Aile tipi*				
Çekirdek aile	501	37,6	6,7	KW: 1,140 p> 0,565
Geniş aile	140	36,6	7,6	
Yalnız yaşayan	16	37,5	6,1	
İkamet yeri				
Köy	104	37	6,8	F:0,341 p> 0,711
İlçe	253	37,3	7	
Şehir	300	37,6	6,8	
Kendi sağlık durumunu değerlendirme şekli				
İyi	^a 350	38,1	6,7	F: 4,696 P< 0 ,009
Orta	^b 273	36,4	6,9	
Kötü	^{ab} 34	37,6	7,2	
Kronik hastalık durumu				
Var	68	38,8	7,3	t: 1,783
Yok	589	37,2	6,8	P> 0,075
Düzenli ilaç kullanım durumu				
Evet	102	38	7,1	t: 0,979
Hayır	555	37,3	6,8	p> 0,328
Sağlık eğitimi alma durumu				
Evet	333	37	7	t: -1,597
Hayır	324	37,8	6,7	p> 0,111

Tablo 5. TSOY-32 değişkeninin RSOY üzerindeki etkisine ilişkin basit doğrusal regresyon analizi sonuçları, Artvin, 2023

Model 1		B	SH	p	%95 GA Alt	%95 GA Üst	Tolerance	VIF
	(Constant)	10,032	0,795	0,001	8,472	11,593		
	TSOY-32	0,077	0,021	0,001	0,036	0,118	1	1
F=13,68 p=0,001, R=0,019 Durbin-Watson=1,081								



Şekil 1. Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri, Artvin, 2023

4. Tartışma

Bu çalışmada üniversite öğrencilerinin TSOY-32 ve RSOY düzeyleri ile bu düzeyleri etkileyen bireysel ve sosyoekonomik faktörler kapsamlı biçimde incelenmiştir. Elde edilen bulgular, iki okuryazarlık türü arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koymakla birlikte, bu iki yapının farklı belirleyicilere sahip olduğunu da göstermektedir. Bu sonuç, Cormier ve ark. (4) tarafından e-mental sağlık okuryazarlığının genel sağlık bilgi düzeyiyle ilişkili olduğunu gösteren bulgularla örtüşmektedir. Benzer şekilde, Subramanyam ve ark. (9) zihinsel iyi oluşun gelişmesinde genel sağlık farkındalığının önemine dikkat çekmiştir. Dolayısıyla H1 hipotezi doğrulanmış; ancak sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olmasının ruh sağlığı okuryazarlığının aynı düzeyde gelişmesini garanti etmediği de gözlenmiştir.

Araştırmada üniversite öğrencilerinin RSOY toplam puanı, bilgi ve kaynak alt boyutları orta, damgalama tutumunu gösteren inanç alt boyutu ise düşük düzeydedir. Literatür de, üniversite öğrencilerinde RSOY'un genelde orta / düşük düzeyde olduğunu ve yüksek düzeyde ruhsal damgalama gösterdiklerini belirtmektedir (16,17,18).

Araştırmanın H2 hipotezine göre, sağlık okuryazarlığı düzeyinin bireysel ve

sosyoekonomik değişkenlere göre anlamlı biçimde farklılık göstermesi beklenmiştir. Elde edilen bulgular bu hipotezi büyük ölçüde desteklemektedir. Öncelikle, gelir düzeyi ile sağlık okuryazarlığı arasındaki anlamlı ve pozitif ilişki dikkat çekicidir. Geliri giderine denk ya da daha yüksek olan öğrencilerin sağlık okuryazarlığı puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgu, Miething ve Yngwe'nin (19) ekonomik istikrarın bireylerin sağlıkla ilgili bilgi edinme ve kullanma süreçlerini olumlu etkilediğini belirten çalışmasıyla örtüşmektedir. Ayrıca, McLean ve ark. (20) sağlık okuryazarlığının sadece bilgi düzeyi değil, aynı zamanda bireyin ekonomik ve sosyal kaynaklarına erişimiyle de ilişkili olduğunu vurgulamaktadır. Bu bağlamda, ekonomik kaynaklara sahip bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma, dijital sağlık araçlarına erişim ve doğru bilgiye ulaşma olasılıklarının daha yüksek olduğu söylenebilir.

Bireyin kendi sağlık durumunu değerlendirme biçimi açısından bulgular değerlendirildiğinde, sonuçların kullanılan ölçüm aracına göre farklılaştığı görülmektedir. Araştırmada kendi sağlık algısı ile RSOY puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Bulgu, bireyin genel sağlık durumuna ilişkin öznel değerlendirmesinin ruh sağlığına özgü bilgi, farkındalık ve yardım arama davranışlarını doğrudan yansıtmayabileceğini

düşündürmektedir. RSOY daha spesifik ve çok boyutlu bir yapı olması; damgalama, yardım arama tutumları ve ruhsal belirtileri tanıma gibi bileşenleri içermesi, bu farklılaşmayı açıklayabilir. Buna karşılık, TSOY-32 açısından kendi sağlık durumunu “iyi” olarak değerlendiren bireylerin daha yüksek puanlara sahip olduğu ve bu farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu sonuç, bireyin olumlu sağlık algısının genel sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, anlama ve kullanma becerileri ile daha yakından ilişkili olduğunu göstermektedir ve literatürde sağlık algısı ile sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi vurgulayan çalışmalarla uyumludur (21).

Çalışmada dikkat çeken bir diğer bulgu, sağlık eğitimi alma durumu ile ilgilidir. Bulgular, bu değişken açısından RSOY puanlarında anlamlı bir farklılık olduğunu, ancak TSOY-32 puanlarında anlamlı bir fark bulunmadığını ortaya koymuştur. Sağlık eğitimi alan ve almayan bireylerin TSOY-32 puanları arasında anlamlı bir fark bulunmaması, literatürde sağlık alanında eğitim alan bireylerin daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu bildiren çalışmalarla (22,23,24) çelişmektedir. Bununla birlikte, formal eğitimi yüksek olanlarda bile yeterli sağlık okuryazarlığının yaygın olmadığı, eğitimin tek başına garanti sağlamadığı vurgulayan çalışmalar araştırmamızın sonuçları ile benzerlik göstermektedir (25,26).

Bu durum, bireylerin yalnızca formal eğitim yoluyla değil; medya, sosyal çevre, dijital platformlar ve sağlık hizmetleriyle temas gibi çeşitli çevresel uyaranlar aracılığıyla da sağlıkla ilgili bilgiye maruz kalmalarıyla açıklanabilir (27).

Dolayısıyla, formal sağlık eğitimi almayan bireylerin de bu tür gayriresmî öğrenme kaynakları sayesinde benzer düzeyde sağlık okuryazarlığı geliştirmiş olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada sağlık eğitimi almadığını belirten öğrencilerin ruh sağlığı okuryazarlığı (RSOY) düzeylerinin, sağlık eğitimi alanlara kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürle çelişen bu bulgu (28), sağlık eğitimi aldığını

belirten grubun ruh sağlığına özgü bir eğitim alıp almadığına ilişkin belirsizliklerle ilişkili olabilir. Nitekim sağlık eğitiminin içeriğinin ruh sağlığı okuryazarlığını yeterince kapsamaması, öğrencilerin eğitim sürecinin farklı aşamalarında bulunmaları veya ruh sağlığı konularının sınırlı yer alması bu durumu açıklayabilecek olası nedenler arasındadır. Bununla birlikte, “sağlık eğitimi alma” değişkeninin kapsamının geniş olması (formal eğitim, ders, seminer vb.) bu değişkenin etkisinin homojen olmamasına yol açmış olabilir. Bu farklılığın altında yatan nedenlerin daha derinlemesine anlaşılabilmesi için gelecekte nitel ve karma yöntemli araştırmaların yapılması önerilmektedir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyi açısından değerlendirildiğinde, ebeveynlerin eğitim düzeyi gibi bazı sosyoekonomik değişkenler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak Küçük ve ark. (29), ebeveyn eğitiminin bireylerin sağlık davranışları üzerinde dolaylı etkileri olabileceğini vurgulamıştır. Üniversite çağındaki bireylerin bilgiye daha bağımsız bir şekilde erişebilmeleri, ailelerinin eğitim düzeyinin sağlık okuryazarlıkları üzerindeki etkisinin görece olarak azalmasına neden olabileceği düşünülmektedir.

Öğrencilerin, uzun süre yaşadığı yer, hem sağlık hem de ruh sağlığı okuryazarlığı puanları açısından anlamlı farklılıklar ortaya koymuştur. Şehir veya ilçe merkezlerinde yaşayan öğrencilerin okuryazarlık puanları, kırsal bölgelerde yaşayanlara kıyasla daha yüksektir. He ve Wang’ın (30) çalışmasında da belirtildiği gibi, kent yaşamı bilgiye erişim, sosyal etkileşim ve hizmet altyapısı açısından önemli avantajlar sunmaktadır. Ayrıca kırsal bölgelerde yaşayan bireylerin düşük ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi, bu topluluklarda bilgiye erişim, sosyal destek ve hizmet altyapısının geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir. Polat’ın (31) çalışmasında belirtildiği gibi, aile ve toplumun ruh sağlığına yönelik tutumları, bireylerin destek arama davranışlarını etkileyebilmektedir. Kırsal bölgelerdeki sınırlı sağlık hizmeti altyapısı ve geleneksel tutumlar, sağlık ve özellikle ruh sağlığı okuryazarlığını olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle, kırsal bölgelere yönelik hedeflenmiş

eğitim programlarının geliştirilmesi önem arz etmektedir.

Araştırmanın H3 hipotezine göre, üniversite öğrencilerinin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyleri demografik özelliklere göre farklılık göstermektedir. Katılımcıların ruh sağlığı okuryazarlık düzeyi cinsiyete göre anlamlı biçimde farklılık göstermektedir. Çalışma bulguları, kadın öğrencilerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin erkek öğrencilere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu sonuç, Cormier ve ark. (4) ile Miles ve ark. (5) tarafından yapılan araştırmalarla örtüşmektedir. İlgili çalışmalarda kadınların ruhsal konulara daha duyarlı oldukları, duygusal farkındalıklarının daha gelişmiş olduğu ve psikolojik yardım arama davranışlarına daha yatkın oldukları vurgulanmaktadır. Ayrıca, Lee ve ark. (32) tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde, kadınların erkeklere kıyasla sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha yüksek olduğu ve bu farkın cinsiyet rollerinden kaynaklanan sosyalizasyon süreçleriyle ilişkili olabileceği belirtilmiştir. Hentschel ve ark. (33) ise kadınların toplumsal olarak daha empatik, duyarlı ve sosyal desteğe açık bireyler olarak tanımlandığını ve bu özelliklerin ruh sağlığı okuryazarlığını olumlu yönde etkileyebileceğini ifade etmektedir. Bu bağlamda, erkek öğrencilerin ruh sağlığı farkındalığını artırmaya yönelik cinsiyet duyarlı müdahalelerin geliştirilmesi önem arz etmektedir.

Aile tipi açısından yapılan değerlendirmede ise, yalnız yaşayan bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. An ve ark. (34) ile Fakhrou ve ark. (35), aile desteğinin psikolojik iyi oluş üzerindeki etkisini vurgulamaktadır.

Öğrencilerin RSOY'un ruhsal damgalama tutumunu ifade eden inanç alt boyut puan ortalaması oldukça düşük

Sonuç olarak, hem H1 hem de H2 hem de H3 hipotezleri çalışmamızda genel olarak desteklenmiştir. Sağlık ve ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş; sağlık okuryazarlığı düzeyi, bireyin ekonomik

durumu ve sağlık algısı gibi değişkenlere göre farklılık göstermiştir.

Ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi, cinsiyet, gelir durumu, aile tipi, uzun süre yaşadığı yer ve sağlık eğitimi alma gibi değişkenlere göre farklılık göstermiştir. Ancak ebeveyn eğitimi ve sağlık eğitimi alma durumu gibi bazı değişkenlerde literatürle uyumsuzluk gözlenmiştir.

Kırsal bölgelerde ruh sağlığına erişim sorununun yaşanabileceği yerlerde üniversitelerde öğrenim gören öğrenciler için ruh sağlığı farkındalığını artırmaya yönelik rehberlik ve danışmanlık hizmetleri ile iş birliği içinde çevrim içi eğitim ve danışmanlık programları düzenlenmelidir. Gençlerin özellikle ruh sağlığı hizmetine erişim konusunda farkındalığı artırılmalıdır. Gelecekte yapılacak olan çalışmalarda elde ettiğimiz çelişkili bulguların nedenlerini daha iyi anlamak için, karma yöntemli araştırmalar planlanmalı; öğrencilerin sağlık okuryazarlığı ile ilgili bilgi kaynakları, tutumları ve motivasyonları daha ayrıntılı olarak analiz edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Balocchini E, Chiamenti G, Lamborghini A. Adolescents: Which risks for their life and health? *J Prev Med Hyg.* 2013;54(4):191–4.
2. Gajalakshmi G, Meenakshi S. Understanding the psycho-social problems of vulnerable adolescent girls and effect of intervention through life skill training. *J Edu Health Promot.* 2023;12:429. doi:10.4103/jehp.jehp
3. World Health Organization. Adolescent and young adult health [Internet]. [cited 2025 Jul 8]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
4. Cormier E, Park H, Schluck G. College students' eMental health literacy and risk of diagnosis with mental health disorders. *Healthcare (Basel).* 2022;10(12). doi:10.3390/healthcare10122406
5. Miles R, Rabin L, Krishnan A, Grandoit E, Kloskowski K. Mental health literacy in a diverse sample of undergraduate students: Demographic, psychological, and academic correlates. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1–13. doi:10.1186/s12889-020-09696-0
6. World Health Organization. The top 10 causes of death [Internet]. [cited 2025 Jul 8]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death

7. Copurlar C, Kartal M. What is Health Literacy? How to measure it? Why is it important? *Turk J Fam Med Prim Care*. 2016;10(1):40. doi:10.5455/tjfmprc.193796
8. Göktaş S, Işıklı B, Önsüz MF, Yenilmez Ç, Metintaş S. Evaluation validity reliability of the Turkish version of the Mental Health Literacy Scale (MHL-Scale). *Konuralp Med J*. 2019;11(3):424–31. doi:10.18521/ktd.453411
9. Subramanyam AA, Somaiya M, De Sousa A. Mental health and well-being in children and adolescents. *Indian J Psychiatry*. 2024;66(Suppl 1):S304–S319. doi:10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_624_23
10. Jorm AF. Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol*. 2012;67(3):231–43. doi:10.1037/a0025957
11. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*. 2007;39(2):175–91. doi:10.3758/BF03193146
12. Jung H, von Sternberg K, Davis K. Expanding a measure of mental health literacy: Development and validation of a multicomponent mental health literacy measure. *Psychiatry Res*. 2016;243:278–86.
13. HLS-EU Consortium. Health Literacy in Europe: A European Approach to the Health Literacy Survey. 2012.
14. Okayay P, Abacıgil F. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri, güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No:1025; 2016.
15. Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. Using Multivariate Statistics. 7th ed. Boston (MA): Pearson; 2013.
16. Kılınç N, Kendirkıran G. Determining the Mental Health Literacy Level of University Students and Examining Their Attitudes Towards Seeking Psychological Help. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2025; 34. <https://doi.org/10.1111/inm.13506>.
17. Vergara F, Taja-On E. A Quantitative Investigation of Mental Health Knowledge, Awareness, and Belief among College Students. *Journal of Social Interactions and Humanities*. 2025. <https://doi.org/10.55927/jsih.v4i1.98>.
18. Atienza-Carbonell B, Balanzá-Martínez V, Bermejo-Franco A, Carrascosa-Iranzo L. Stigmatizing attitudes towards mental illness among university students: a comparative study with the general population. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*. 2024; 46. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2023-0708>.
19. Miething A, Åberg Yngwe M. Stability and variability in income position over time: Exploring their role in self-

- rated health in Swedish survey data. *BMC Public Health*. 2014;14(1):1–10. doi:10.1186/1471-2458-14-1300
20. McLean A, Goodridge D, Stempien J, Harder D, Osgood N. Health literacy and serious or persistent mental illness: A mixed methods study. *Health Lit Res Pract*. 2023;7(1):e2–e13. doi:10.3928/24748307-20221215-01
21. Karadamar M, Yiğit R, Sungur MA. Ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014;17(3):131–9. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ataunihem/issue/2666/34573>
22. Kantaş Yılmaz F, Ünkür P. Determination of mental health literacy, help-seeking behaviours and psychological distress levels of health science students. *J Health Literacy*. 2023;7(4):9–20. doi:10.22038/jhl.2022.66098.1308
23. Juvinyà-Canal D, Suñer-Soler R, Porquet AB, et al. Health literacy among health and social care university students. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(7):1–10. doi:10.3390/ijerph17072273
24. Budhathoki SS, Pokharel PK, Jha N, et al. Health literacy of future healthcare professionals: A cross-sectional study among health sciences students in Nepal. *Int Health*. 2019;11(1):15–23. doi:10.1093/inthealth/ihy090
25. Enebeli MO. Relationship Between Health Literacy and Level of Education on Health-Related Behaviours of the Nigerian Population in Anambra State. *African Journal of Health, Nursing and Midwifery*. 2025;8(3), 28-56. <https://doi.org/10.52589/ajhnm-eyxrwwkr>.
26. Primaria A Gonc,alves-Fernández M, Pino-Juste M. Health literacy in healthy adults: A systematic review of recent evidence. *Atencion Primaria*. 2025; 57. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2025.103300>.
27. Fitzpatrick P. Improving health literacy using the power of digital communications to achieve better health outcomes for patients and practitioners. *Frontiers in Digital Health*. 2023; 5. <https://doi.org/10.3389/fdgh.2023.1264780>.
28. Duran S, Ergün Ş. Correlation between mental health literacy levels and attitudes of seeking psychological help of health services vocational school students: Descriptive cross-sectional research. *J High Educ Sci*. 2023;13(2):272–9. doi:10.5961/higheredusci.1193184
29. Küçük A, Çalış İbiş K, Madan G, Ayтуğ Kanber N. Health literacy levels of university students and factors. *J Pre-Hosp Health Literacy*. 2023;8(2):183–202. doi:10.54409/hod.1305200
30. He X, Wang S. Mental health literacy among urban and rural residents of Guangdong Province, China. 2024. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18476-z>
31. Polat S. Üniversite öğrencilerinin ruh sağlığı

okuryazarlığı ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin değerlendirilmesi. *Gümüşhane Univ Health Sci J*. 2023;12(1):118–26. doi:10.37989/gumussagbil.1097156

32. Lee HY, Lee J, Kim NK. Gender differences in health literacy among Korean adults: Do women have a higher level of health literacy than men? *Am J Men's Health*. 2015;9(5):370–9. doi:10.1177/1557988314545485

33. Hentschel T, Heilman ME, Peus CV. The multiple dimensions of gender stereotypes: A current look at men's and women's characterizations of others and themselves. *Front Psychol*. 2019;10:1–19. doi:10.3389/fpsyg.2019.00011

34. An J, Zhu X, Shi Z, An J. A serial mediating effect of perceived family support on psychological well-being. *BMC Public Health*. 2024;24(1):1–10. doi:10.1186/s12889-024-18476-z

35. Fakhrou AA, Adawi TR, Ghareeb SA, Elsherbiny AM, AlFalasi MM. Role of family in supporting children with mental disorders in Qatar. *Heliyon*. 2023;9(8):e18914. doi:10.1016/j.heliyon.2023.e18914