

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TOPLUMDA RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞINA YÖNELİK
BİLGİ, İNANÇ, KAYNAK DÜZEYLERİNİN VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Gamze SİNİR
ORCID: 0000-0001-7000-3328

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR
ARALIK 2024

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2018970194

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TOPLUMDA RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞINA YÖNELİK
BİLGİ, İNANÇ, KAYNAK DÜZEYLERİNİN VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Gamze SİNİR
ORCID: 0000-0001-7000-3328

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Şeyda ÖZBIÇAKÇI
ORCID: 0000-0001-6051-946X

İZMİR
ARALIK 2024

TEZ KABUL ONAYI

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Gamze SİNİR tarafından hazırlanan “**Toplumda ruh sağlığı okuryazarlığına yönelik bilgi, inanç, kaynak düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi**” başlıklı tez çalışması 12 Aralık Perşembe günü 11.00-12.30 saatleri arasında yapılan tez savunma sınavında aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ/OY ÇOKLUĞU ile YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul/reddedilmiştir.

Jüri Başkanı: Doç. Dr. F. Şeyda ÖZBİÇAKÇI

Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Anabilim Dalı
Tezi onaylıyorum/onaylamıyorum
ORCID:0000-0001-6051-946X
İMZA

Üye: Doç. Dr. Ash KALKIM

Ege Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Tezi onaylıyorum/onaylamıyorum
ORCID:0000-0002-7878-5640
İMZA

Üye: Prof. Dr. Meryem ÖZTÜRK HANEY

Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Tezi onaylıyorum/onaylamıyorum
ORCID:0000-0002-7681-5391
İMZA

Tez hakkında alınan jüri kararı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
ETİK BEYANI

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırlayıp sunduğum “TOPLUMDA RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞINA YÖNELİK BİLGİ, İNANÇ, KAYNAK DÜZEYLERİNİN VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ” başlıklı Yüksek Lisans tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi halde doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

İmza:

Gamze SİNİR

Tarih:

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitim sürecimin her aşamasında bana destek olan, bilimsel çalışma yapmanın detayları ve gereklilikleri konusunda bana yol gösteren, akademik gelişimime katkı sağlayan, bütün süreçlerde yanımda olduğu için değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Şeyda ÖZBIÇAKÇI' ya, katkıları ve emekleri için çok teşekkür ederim.

Eğitim öğretim hayatım boyunca bilgileriyle yoluma ışık tutan tüm hocalarıma teşekkür ederim. Tez jürimde yer alan ve kıymetli katkılar sağlayan Doç. Dr. Aslı KALKIM ve Prof. Dr. Meryem ÖZTÜRK HANEY'e teşekkür ederim.

Yaşamım boyunca her an yanımda olan benden sevgilerini ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili annem Teslime SİNİR, babam Halil SİNİR ve tüm kalbiyle beni destekleyen abim Umut SİNİR'e teşekkür ederim. Bu süreçte her zaman yanımda olan değerli arkadaşım Şükrü Umut AĞIL'a teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

TABLO	i
SİMGELER VE KISALTMALAR	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	v
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırma Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramının Tarihçesi	4
2.1.1. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı	4
2.1.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi	5
2.2. Ruh Sağlığı Tanımı ve Önemi	6
2.2.1 Dünya’da ve Türkiye’de Ruh Sağlığı	7
2.3. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Tanımı ve Kapsamı	8
2.3.1. Dünya’da ve Türkiye’de Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Düzeyleri	9
2.4. Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Toplumsal Önemi	11
2.5. Toplumların Ruhsal Bozukluklar ve Kanıta Dayalı Tedaviler Hakkında Bilgi Düzeyleri	12
2.6. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç ve Tutum	14
2.7. Ruh Sağlığı Okuryazarlığını Geliştirmeye Yönelik Yaklaşımlar	15
2.8. Halk Sağlığı Hemşireliği ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Tipi	21
3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Planı	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi / Çalışma Grupları	22
3.4. Çalışma Materyali	22
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	23
3.6. Veri Toplama Araçları	23
3.6.1. Sosyo-Demografik Veri Toplama Formu	23
3.6.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği	23
3.6.3. Verilerin Toplanması	24
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	25

3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları	25
3.9.Etik Kurul Onayı	25
4. BULGULAR	26
5. TARTIŞMA	59
5.1. Toplumun Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Düzeyleri Nedir?	59
5.2. Toplumun Ruh Sağlığı Okuryazarlığına Yönelik Bilgi, İnanç, Kaynak Alt Boyutları Arasındaki İlişki Nedir?.....	60
5.3. Sosyodemografik Veriler ile Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Puanları Arasında İlişki Var mıdır? Bu İlişki Ne Düzeydedir?	63
6.1. Sonuçlar.....	66
6.2. Öneriler	67
7. KAYNAKLAR.....	69
8. EKLER.....	82
EK-1 SOSYO- DEMOGRAFİK FORM.....	82
EK-2 RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ	84
EK-3 İZİNLER.....	86
EK-4 BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	89
EK-5 ÖZGEÇMİŞ	91

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Araştırma Planı.....	21
Tablo 2. Kolmogorov Simirnov Testi Sonuçları ve Çarpıklık - Basıklık Değerleri....	25
Tablo 3. Katılımcıların Demografik Özellikleri	26
Tablo 4. Katılımcıların Ruh Sağlığı ile İlgili Düşüncelerine İlişkin Sonuçlar	27
Tablo 5. Katılımcıların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Skorları.....	28
Tablo 6. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Skorları	29
Tablo 7. Katılımcıların Bildirdikleri Ruh Sağlığı Problemlerinin Nedenlerine Göre Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Skorları	34
Tablo 8. Katılımcıların Ruh Sağlığı ile İlgili Düşüncelerine Göre Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Skorları.....	40
Tablo 9. Katılımcıların Bilgi Odaklı Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Alt Boyutu Skoru Üzerine Etki Eden Faktörler.....	51
Tablo 10. Katılımcıların İnanç Odaklı Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Alt Boyutu Skoru Üzerine Etki Eden Faktörler.....	53
Tablo 11. Katılımcıların Kaynak Odaklı Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Alt Boyutu Skoru Üzerine Etki Eden Faktörler.....	55
Tablo 12. Katılımcıların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Skoru Üzerine Etki Eden Faktörler	57

SİMGELER VE KISALTMALAR

BOF	Bilgilendirilmiş Onam Formu
DEU	Dokuz Eylül Üniversitesi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ICN	International Council of Nursing (Uluslararası Hemşireler Birliği)
MHFA	Mental Health First Aid (Psikolojik İlk Yardım Merkezi)
MWU	Mann Whitney U Testi
RSO	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı
RSOÖ	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği
RSOY	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı
TRSM	Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri
İHME	Institute of Health Metrics and Evaluation (Sağlık Ölçüm ve Değerlendirme Enstitüsü)
DAWBA	Development and Well-being Assessment (Gelişim ve Refah Değerlendirmesi)
DEHB	Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu
OKB	Obsesif-Kompulsif Bozukluk

TOPLUMDA RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞINA YÖNELİK BİLGİ, İNANÇ, KAYNAK DÜZEYLERİNİN VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Yüksek Lisans Tezi

Gamze SİNİR

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Anabilim Dalı

ÖZET

Bu araştırma toplumun ruh sağlığı okuryazarlığına yönelik bilgi, inanç, kaynak düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı(korelasyonel) tipteki araştırma, Mayıs-Ağustos 2023 tarihleri arasında çalışmaya katılmaya gönüllü olan bireylerden basit rastgele örnekleme seçilen 565 gönüllü bireye uygulanmıştır. Araştırma verileri Google Forms üzerinden yapılan anket formu ile çevrim içi olarak toplanmıştır.

Verilerin toplanmasında “Sosyodemografik veri formu” ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı(RSOY) ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada elde edilen veriler SPSS 27.0 versiyon paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin dağılımı tanımlayıcı analiz parametreleri (ortalama, medyan, standart sapma, minimum, maksimum, frekans, yüzde) ile gösterilmiştir. Verilerin normal dağılıma uyup uymadığı Kolmogorov-Smirnov testi ile analiz edilmiştir. İki bağımsız grup arasındaki sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında verilerin normal dağılıma uyması durumunda Bağımsız Örneklem T Testi, verilerin normal dağılıma uymaması durumunda Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. İki den fazla bağımsız grupların karşılaştırılmasında verilerin normal dağılıma uyması nedeniyle Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır. Birden fazla bağımsız grup arasında fark bulunması durumunda farklı grupların tespiti Bonferroni Posthoc testi ile yapılmıştır. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkisi Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizi %95 güven aralığında ($p=0,05$) incelemeye alınmıştır. Evrenin %80’ine ulaşılmıştır. Katılımcıların %11,7’sinin 18 – 25, %39,1’inin 26 – 35, %26,4’ünün 36 – 45, %22,8’inin 45 üstü yaş grubunda yer aldığı belirlenmiştir. Katılımcıların %39,3’ünün erkek, %60,7’sinin kadın olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %42,8’inin bekar, %57,2’sinin evli olduğu saptanmıştır. Katılımcıların eğitim düzeyinin %6,9’unda okur – yazar / ilköğretim, %8’inde ortaokul, %14,5’inde lise, %52,4’ünde üniversite ve %18,2’sinde üniversite üstü olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %6,9’unun çok iyi, %39,1’inin iyi, %46,2’sinin orta ve %7,8’inin kötü gelir düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği’nden aldıkları skorların ortalaması $16,91 \pm 4,39$ olarak saptanmıştır. RSOY ölçeğinin tüm alt boyutlarında kadın bireylerin aldıkları puanlar erkek bireylere göre yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Yaş, cinsiyet, ekonomik durum, gelir düzeyi RSOY ölçeğinde anlamlıdır ($p<0,05$).

Sonuç olarak RSOY düzeyinin arttırılması toplum sağlığı ile doğrudan ilişkili olup, RSOY arttırmaya yönelik birey ve toplum bazında müdahaleler yapılmalı ve farkındalık arttırılmalıdır. Bu konuda girişimsel çalışmalar yapılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Toplum, Ruh Sağlığı, Bilgi, İnanç, Kaynak

Tezin Sayfa Adedi: 102

Danışman: Doç. Dr. Fatma Şeyda ÖZBIÇAKÇI



**DETERMINATION OF THE KNOWLEDGE, BELIEFS, RESOURCE
LEVELS, AND INFLUENCING FACTORS RELATED TO MENTAL
HEALTH LITERACY IN THE COMMUNITY**

Master's Thesis

Gamze SİNİR

DOKUZ EYLÜL UNIVERSITY INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

Department of Nursing

ABSTRACT

This research aims to determine the levels of information, beliefs, and resources related to mental health literacy in the community and the factors affecting them. The study, which is descriptive, cross-sectional, and correlational, was conducted between May and August 2023 with 565 voluntary participants selected through simple random sampling. Data were collected online via a questionnaire on Google Forms.

The data collection tools used were the "Sociodemographic Data Form" and the Mental Health Literacy (MHL) Scale. The data obtained were analyzed using SPSS version 27.0. Descriptive analysis parameters (mean, median, standard deviation, minimum, maximum, frequency, percentage) were used to present the data distribution. The normality of data distribution was tested using the Kolmogorov-Smirnov test. For comparing continuous variables between two independent groups, the Independent Samples T-Test was used if the data were normally distributed, and the Mann-Whitney U Test was used if they were not. For comparing more than two independent groups, One-Way Analysis of Variance (ANOVA) was used, and differences between groups were determined using the Bonferroni Posthoc test. The effect of independent variables on the dependent variable was evaluated using Multiple Linear Regression Analysis. The analysis was performed at a 95% confidence level ($p=0.05$). The study reached 80% of the population.

It was determined that 11.7% of the participants were in the 18-25 age group, 39.1% were in the 26-35 age group, 26.4% were in the 36-45 age group, and 22.8% were over 45 years old. The participants included 39.3% males and 60.7% females. It was found that 42.8% of the participants were single and 57.2% were married. The educational levels of the participants were as follows: 6.9% had literacy/primary education, 8% had secondary education, 14.5% had high school education, 52.4% had undergraduate education, and 18.2% had postgraduate education. Income levels were reported as follows: 6.9% very good, 39.1% good, 46.2% average, and 7.8% poor. The average score of the participants on the Mental Health Literacy Scale was 16.91 ± 4.39 . Scores in all sub-dimensions of the MHL Scale were higher for female participants compared to male participants ($p<0.05$). Age, gender, economic status, and income level were found to be significant factors in the MHL Scale ($p<0.05$).

In conclusion, increasing MHL levels is directly related to public health, and interventions at both individual and community levels should be made to enhance

MHL and raise awareness. It is recommended to conduct interventional studies in this area

Keywords: Mental Health Literacy, Community, Mental Health, Knowledge, Belief, Resource

Number of Pages in the Thesis: 102

Advisor: Assos. Prof. Dr. Fatma Şeyda ÖZBIÇAKÇI



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre sağlık yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Yine DSÖ'ne göre ruh sağlığı ise, bireyin kendi potansiyelinin farkında olduğu ve gerçekleştirdiği, yaşamın içindeki stres faktörleriyle baş edebildiği, verimli çalışmalar gerçekleştirebildiği, kendisine ve topluma katkıda bulunabildiği bir refah durumudur (1).

Sağlık Okuryazarlığı; kişilerin sağlıkları konusunda doğru kararları verebilmesi için gereken sağlık bilgi ve hizmetlerine ulaşma, anlama ve bunları yorumlayabilme kapasitesi olarak tanımlanmıştır (2). Sağlık okuryazarlığı yeterli düzeyde olan bireyler toplum sağlığının teşviki ve bunun geliştirilmesine katılımı açısından büyük önem taşımaktadır (3). Yetersiz sağlık okuryazarlığında kişilerin hastaneye yatış oranları ve sağlık hizmetlerini bilinçsiz şekilde kullanmaları artmaktadır. Aynı şekilde bu yetersizlikle kişiler hastalıklarını önleme konusunda yanlış yöntemler kullanmaktadırlar (4). DSÖ sağlık okuryazarlığının sağlık sektöründe önemli bir belirleyici olduğunu belirtmiş ve sağlık okuryazarlığının maddi olanaklar, çalışma düzeyi, eğitim düzeyi ve etnik grup gibi parametrelerden etkilendiğini bildirmiştir (5).

Ruh Sağlığı Okuryazarlığı (RSOY) sağlık okuryazarlığı alanından doğup hala gelişmeye devam etmektedir (5). Bu kavram ilk kez Jorm ve arkadaşları tarafından ruhsal problemlerin farkında olma, yönetebilme ve önleyebilmeyle ilgili bilgi ve inançlar olarak tanımlanmıştır (6). Yapılan araştırmalar sonucunda ruhsal hastalıkların toplumsal hastalıklar kadar bilinmemesi, toplumdaki bireylerin ruhsal sağlık sorunlarıyla karşılaştıklarında nereden destek alıp nereye başvuracaklarından emin olamama, tedavi sürecinin nasıl olduğu ve ilerlediği, ruhsal sağlık sorunlarının nasıl önleneceği konusunda bilgi eksikliklerinin olması, ruhsal hastalıkların görülme oranlarının arttığı gözlemlenmiştir (7,8).

Ruh sağlığı konusunda problemleri olan bireyler bilgi eksikliği ve ön yargılarından kaynaklı bireysel olarak ve toplum tarafından damgalanmaktadırlar. Bu gerekçe ile bireyler ruhsal problemlerini kabul etmekte ve yardım arayışına geçmekte güçlük yaşamaktadır, ayrıca toplum tarafından yapılan damgalamadan korktukları için ruhsal sağlık hizmeti almaktan kaçınmaktadırlar (9).

RSOY seviyesinin artması, ruh sağlığı konusundaki bilgi ve davranışları geliştirir ve ruh sağlığı ile ilgili problemler yaşayan bireylere yönelik damgalamayı da azaltır (10).

RSOY ruh sağlığının önemli bir komponentidir, bireysel sağlık ve toplum sağlığını iyileştirme imkanına sahiptir. Araştırma sonuçlarına göre ruh sağlığı okuryazarlığı yeterli düzeyde olan bireyler ruhsal bozukluklarını erken teşhis edebilirler, ruh sağlığı konusunda pozitif ivme kat edebilirler, sağlık hizmetlerinden daha etkili faydalanabilirler ve toplum adına da daha olumlu bir ruh sağlığı oluşturmak adına harekete geçebilirler (5,11,12,13).

Ruh sağlığı problemleri olan bireylerin büyük bir oranı başlangıçta inançla ilgili şifacılar ve dini liderlere danışıp sonrasında bu yöntemlerin etkisizliğine karar verdikten sonra profesyonel sağlık hizmetlerine başvurmaktadır (14,15). İnsanlar ruhsal bozukluklara doğa üstü sebepler yüklemektedir (14). Çin kültüründe ruhsal hastalıkların sebepleri ile ilgili ruhsal hastalığın aile üyelerinin ya da atalarının bir cezalandırılma yöntemi olduğu düşünölmektedir ve hastalığın üstün bir varlık tarafından verildiği ile ilgili inançlar bulunmaktadır (16).

Ruh sağlığı okuryazarlığı oranının yeterli düzeyde olmaması ve bu konuyla ilgili pek çok kültürel inanç, birçok ölkede ortak soruna yol açmaktadır (16). Bu şekilde gelişen inançlar bireyleri uygun olmayan yardım arama davranışlarına sevk etmektedir, profesyonel yardım arama davranışlarını ve tedavilerini etkileyip, damgalanmaktan korkmalarına neden olmaktadır (17). Sağlık okuryazarlığı bilgisi düşük olan bireyler, bilgileri iyi özümseyemeyecekleri veya koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az faydalanacakları için yardım aramada davranışlarında dezavantajlı durumda olabilmektedir. Türkiye’de ruhsal hastalıkların yaygınlığını inceleyen ilk büyük çaplı araştırma Ruh Sağlığı Profili çalışmasıdır. Çalışma sonucunda, ölkemizdeki ruhsal hastalıkların yaygınlığının %17,2 olduğu belirlenmiştir ancak sadece %14 oranında ruhsal hastalığı olan kişi tedavi için başvurmuştur (18). Ölkemizde RSOY çalışmaları yaygın olmamakla birlikte ruh sağlığı okuryazarlığı kavramını oluşturan, ruhsal hastalık, bu hastalıklara yönelik inanç ve tutumlar, damgalanma ve yardım arama davranışlarını araştırılan çalışmalara rastlanılmaktadır. Ruhsal hastalık ve bu hastalıklara yönelik inanç ve tutumların araştırıldığı çalışmalarda genelde tutumların olumsuz olduğu belirlenmiştir (19).

Ruh sağlığı okuryazarlığı, yüz yüze yapılan görüşmeler, kitle iletişim kampanyaları ve çevrim içi kanallar aracılığıyla birey, topluluk, nüfus düzeylerinde geliştirilebilir (20). Ruh sağlığı okuryazarlığı kampanyalarına katılan bireylerin ve toplulukların başkalarına yardım konusunda bilgi ve güvenlerini artırdıkları, damgalayıcı tutumları azalttıkları, gerçek yardım

arama ve destek stratejilerini önemsedikleri düşünülmektedir (21). Ruh sağlığı okuryazarlığı müdahalelerine ilişkin incelemeler, bilgi, yardım arama tutumları ve destekleyici davranışlarda iyileşmeler göstermiştir (22,23).

Ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi ve bu konu ile ilgili sağlık bileşenleri arasındaki ilişkiyi anlamak toplumun ruh sağlığı düzeyini artırmak için yapılan müdahaleler açısından önemlidir (4). Yapılacak olan bu müdahalelerde toplumun ruhsal hastalıkları anlama konusundaki bilgilerinin, inançlarının ve yardım arama davranışlarının düzeyini incelemek önemlidir (7).

Tüm bu bilgiler ışığında RSOY kavramı ülkemiz için yeni gelişmekte olan bir kavramdır, bu konu ile ilgili yeteri kadar çalışma bulunmamaktadır. Bireylerin RSOY'a yönelik bilgi düzeyleri, inançları ve kaynak kullanımları konusundaki tutumlarına yönelik veriler elde edilirse etkili girişimler planlanabilir.

Çalışmamızda toplumda ruh sağlığı okuryazarlığına yönelik bilgi, inanç ve kaynak düzeyleri ve etkileyen faktörler incelenmiştir.

Çalışmamızdan elde edilen veriler ile birey ve toplum ruh sağlığı düzeyinin artırılmasına yönelik yapılacak olan başka çalışmalara da katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma toplumda Ruh Sağlığı Okuryazarlığı'na ilişkin bilgi, inanç, kaynak düzeyleri ile etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

1.3. Araştırma Soruları

Bu araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Toplumun RSOY düzeyleri nedir?
2. Toplumun ruh sağlığı okuryazarlığına yönelik bilgi, inanç, kaynak alt boyutları arasındaki ilişki nedir?
3. Sosyodemografik verilerle RSOY puanları arasında bir ilişki var mıdır? Bu ilişki ne düzeydedir?

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramının Tarihçesi

Sağlık okuryazarlığı terimi, 1974 yılında sosyal politika oluşturulması bağlamında ortaya çıktı. Sağlık eğitime yönelik girişimler sonucunda sağlık okuryazarlığı kavramı geliştirildi (24). Sağlık okuryazarlığı kavramı, Don Nutbeam (2000) tarafından geliştirilmiş ve kavramın alt grupları belirlenmiştir (25, 26). Sağlık okuryazarlığı, tarih boyunca birçok farklı görüşün ortaya atıldığı bir konu olmuştur. Bazıları, sağlık okuryazarlığı becerilerinin kişisel yeteneklere bağlı olduğunu savunurken, bazıları da bu becerilerin sağlık kuruluşlarının hizmet kalitesine bağlı olduğunu düşünmektedirler. Ancak son dönemde, sağlık okuryazarlığının kişilerin becerileri ve sağlık sunucuları ile kurumların ortaklığıyla ilişkili olduğu anlayışı öne çıkmaktadır. Bu kavram, güvenli, doğru ve yüksek kalitede sağlık hizmeti verilmesinde önem arz etmekte ve sürekli gelişmektedir (28).

2.1.1. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı

Sağlık okuryazarlığı, sağlık bilgilerine erişme, bunları değerlendirme ve uygun sağlık kararları alabilme becerisi olarak tanımlanmaktadır (26,29,30). Bu kapasite, bireylerin sağlık hizmetlerini kullanma ve kendi sağlıklarıyla ilgili bilinçli tercihler yapma yeteneğini içermektedir (31). Sağlık okuryazarlığı sayesinde insanlar, kendileri ve aileleri için en uygun tedavi seçeneklerini belirlemede daha donanımlı olurlar. Aynı zamanda toplum düzeyinde de bu beceri, daha iyi bir sağlık hizmeti sunumu ve genel olarak daha sağlıklı bir toplum oluşturulmasına katkıda bulunur (29).

Bir başka tanımda sağlık okuryazarlığı, kişilerin sağlık bilgilerine ulaşma, bu bilgileri anlama, değerlendirme ve etkili bir şekilde kullanabilme becerilerini kapsayan oldukça geniş bir kavramdır. Bu yetenek, günlük yaşamda hastalıkların önlenmesi, sağlığın korunması ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla sağlıklı ve bilinçli kararlar alabilme kapasitesini ifade eder. Bu sayede bireyler, kendi sağlık durumlarını daha iyi anlayarak tedavi seçenekleri hakkında bilinçli kararlar verebilir ve daha sağlıklı yaşam tarzlarına yönelebilirler. Ayrıca toplumda da bu tür bir okuryazarlık, genel olarak toplumsal refahın artmasına ve daha sağlıklı bir yaşam standardının oluşturulmasına katkıda bulunabilir(32).

Sorensen ve çalışma arkadaşlarının literatür taramalarını baz alarak 17 farklı tanıma sentezledikleri tanıma göre, sağlık okuryazarlığı, okuryazarlıkla bağlantılı bir kavramdır. Bu tanıma göre, bireylerin yaşam kalitesini korumak veya artırmak amacıyla, sağlık hizmetlerine erişim, hastalıkları önleme ve sağlığı geliştirme konularında bilinçli kararlar alabilmeleri için gerekli bilgiye, motivasyona ve yeterliliğe sahip olmalarını gerektirir. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık bilgilerine ulaşma, bu bilgileri anlama, değerlendirme ve günlük yaşamlarında etkin bir şekilde uygulama yeteneğini içerir (30).

Sağlık Bakanlığı'nın Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü'nde yer alan tanıma göre, sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıklarını geliştirme amacıyla yaşam tarzlarını ve koşullarını iyileştirmeye yönelik bilgi, beceri ve kişisel güven kazandıkları bir süreçtir. (33).

2.1.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Günümüzde sağlık hizmetlerinin sunumu hızla dönüşmekte ve giderek daha karmaşık bir yapı kazanmaktadır. Bu karmaşık sistem içinde hizmet almak durumunda kalan bireyler, hem akut hem de kronik sağlık sorunlarında, karmaşık tıbbi terminoloji, tıbbi cihazlar ve yönlendirmeler arasında doğru kararlar almakta güçlük çekebilmektedirler. Sağlıkla ilgili kritik kararlar verme süreci, bireylerin bu dinamik ve çok katmanlı yapıyı anlama ve yönetme becerilerini zorlayarak, sağlık sonuçlarını olumsuz etkileyebilmektedir. Bu duruma bireylerin yetersiz sağlık okuryazarlığı da eklendiğinde, durum daha da karmaşık hale gelebilir. Sağlık okuryazarlığındaki eksiklikler, hastaların kişisel sağlık durumlarını algılamalarını zorlaştırabilir ve tedavi seçenekleri hakkında doğru kararlar almalarını engelleyebilir (34).

Günlük yaşamın stresi ve yoğunluğu, sağlık üzerinde belirgin etkiler yaratmaktadır. Düşük sosyoekonomik durum, kronik stres düzeyini artırırken; sigara, alkol ve madde kullanımı, egzersizden uzak bir yaşam tarzı, güvensiz bir çevrede yaşama, dengeli beslenememe gibi sağlıksız alışkanlıkların gelişmesine zemin hazırlamaktadır. Ayrıca, birçok kişi düzenli ve koruyucu sağlık hizmetlerine erişimde, sağlık profesyonelleriyle kurdukları iletişimde aldıkları bilgileri tam olarak anlayabilecek eğitim düzeyinde değildir. Bu durum, sağlık hizmetlerine erişimi zorlaştıran ve bireylerin sağlıklarını geliştirmeye yönelik faaliyetlerde bulunmalarını engelleyen yoksulluk gibi engelleri daha da pekiştirmektedir. Bu nedenle, sağlık okuryazarlığının, sağlığı geliştirmenin önemli bir bileşeni olarak ele alınması büyük önem taşımaktadır (35).

Modern toplumlarda sağlık okuryazarlığı, bireylerin karmaşık sağlık taleplerini karşılayabilme yetenekleri ve bilgi düzeyleri ile doğrudan ilişkilidir (30). Amerika'da yetişkinlerin yarısından fazlası, sağlık planlarının tümünü anlamakta, ilaçlar ve yan etkileri ile ilgili talimatları okumakta, koruyucu sağlık hizmetleriyle ilgili uyarıları kavramakta ve bu bilgileri hayata geçirmekte zorluk yaşamaktadır. Bireylerin çeşitli kaynaklardan edindikleri bilgiler, sağlık inançlarını şekillendirmekte ve sağlıklarına yönelik olumsuz uygulamalara yol açabilmektedir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı, halk sağlığı açısından ciddi bir sorun olarak kabul edilmekte, özellikle risk altındaki grupları etkilemekte ve sağlık sistemi üzerinde olumsuz sonuçlar doğurmaktadır (36).

Bireylerin farklı kaynaklardan edindikleri bilgiler, sağlık inançlarını derinden etkileyerek, sağlığa yönelik olumsuz davranışların ortaya çıkmasına yol açabilmektedir (27,37). Bu durum, yalnızca bireysel düzeyde değil, aynı zamanda halk sağlığı açısından da ciddi bir sorun teşkil etmektedir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı, toplumun özellikle risk altındaki gruplarını olumsuz yönde etkilemekte ve sağlık sistemi üzerinde istenmeyen sonuçlara neden olmaktadır (33, 38).

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması; hastanın sağlığı, tedavi süreci ve sonrasındaki süreçlerinde olumsuzluğa neden olmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düşük seviyede olan birey; doktor ve diğer sağlık ekibiyle doğru iletişim kurmakta zorlanmaktadır (39).

Sağlık okuryazarlığı tanımlamasına bakıldığında bireylerin kişisel sağlıkları ile alakalı doğru kararı verebilmesi adına öncelikle sağlık mesajlarını net ve doğru anlaması önemlidir. Sağlık okuryazarlığı düşük olan bireyler, sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerle kıyaslandığında, düşük sağlık okuryazarlığındaki bireylerin hastaneye gereksiz başvurdıkları, yatış sürelerinin daha uzun olduğu, gereksiz tetkikler yaptırdıkları belirtilmiştir. Ayrıca bu bireylerin gereksiz şekilde acil servisleri kullandığı bildirilmiştir. Yapılan bu yanlış davranışlar gereksiz iş gücü kaybı yaratmaktadır ve sağlık maliyetlerinde artışa sebep olmaktadır (40).

2.2. Ruh Sağlığı Tanımı ve Önemi

Ruhsal iyi hissetme ya da diğer ifadesiyle ruh sağlığı; bireyin bilişsel, işlevsel, sosyal işlevselliğinde; biyolojik, psikolojik ve sosyal etmenleri bulunduran sağlık durumu şeklinde açıklanmaktadır (41). Dünya Sağlık Örgütü ise ruh sağlığını; bireyin her anlamda potansiyelini gerçekleştirebildiği, yaşantısıyla alakalı konularda stresle baş edebildiği bir refah düzeyi olarak tanımlamıştır (42).

Ruh sağığı bozukluğı ise; anksiyete, depresyon, şizofreni , alkol ve madde kullanımı gibi kişiyi, çevresini ve toplumu ciddi boyutlarda etkileyebilen rahatsızlıkları kapsar (43). Bu hastalıklar, bireyleri sosyal hayattan izole edebilir ve bireysel rollerini gerçekleştirmelerini olumsuz anlamda etkileyebilir. Ruh sağığı bozuklukları bireylerin düşünce süreçlerini (muhakeme, kavrama, farkındalık, anlama), duygusal tepkilerini, diğerk kişilerle iletişim becerilerini ve günlük yaşamlarını etkileyen sorunlardır (44).

Dünya Sağlık Örgütü birey ve toplum bazında ruh sağığını artırma, ruh sağığı hakkında bilinç kazandırma, ruhsal hastalıkların önüne geçilmesi, ruh sağığı bozukluğı olan kişilerde damgalamanın azaltılması ve bu durumdan etkilenen kişilere gerekli sağık hizmetinin sağılanması konularında çaba göstermektedir. DSÖ, ruh sağığı problemi olan bireylerin yaklaşık üçte ikisinin damgalamada, ötekileştirilmeden, yardım ve tedavi süreçlerinde karşılaşabilecekleri olumsuzluklar gibi kaygılarından dolayı yardım alma konusunda çekindiklerini belirtmektedir. Bu durum da ruh sağığı problemi yaşayan bireylerin tedavi ve bakım süreçlerini olumsuz olarak etkileyip aksatmaktadır (45).

Toplumda ve dünya da ruhsal bozuklukların fazla olması kişilerin çevrelerinde ya da kendilerinde bu hastalıklarla ilgili semptomlar ve acil müdahale gerektiren durumlarla karşılaşmalarını olası hale getirmektedir. Fakat ruhsal bozukluklarla alakalı bilgi düzeyi kalp, diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıklar kadar fazla değildir (43). Ruhsal bozukluklarda öncelikli yaklaşım; halk sağığı, ruh sağığı ilk yardım ve eğitim programları ve koruyucu ruh sağığı hizmetleridir (46).

2.2.1 Dünya’da ve Türkiye’de Ruh Sağığı

Ruh sağığı alanında yapılacakların öncelik sırasının belirleyebilmek için ruhsal hastalıkların küresel hastalık yüküne olan etkilerinin bilinmesi gerekmektedir. Küresel hastalık yükü açısından ruhsal hastalıklar değerlendirildiğinde, depresyon en sık görülen ruhsal hastalıkların başında gelmekte ve giderek artmaktadır. Institute of Health Metrics and Evaluation (İHME) 2017 verilerine bakıldığında Dünya’da herhangi bir ruhsal bozukluğı olan 970 milyon kişi, madde kullanım bozukluğı olan 175 milyon kişi olduğu tahmin edilmektedir. Bu veriler doğrultusunda yaklaşık her 7 insandan birinin ruhsal hastalığa sahip olduğu düşünülmektedir (79).

2017 yılındaki İHME verilerine göre küresel hastalık yükünün %13'ünü herhangi bir ruhsal hastalığa sahip olma oluşturmaktadır. Bu hastalıkların %3,8'ini anksiyete bozuklukları %3,6'sını depresyon %0.3'ünü ise şizofreninin oluşturduğu tahmin edilmektedir.

Türkiye (2011)'de Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı yayımlanmıştır. Bu planla toplum için ruh sağlığı anlayışını benimsenerek toplum temelli hizmet modeline geçmek için oluşturulan ruh sağlığı politikası belirlenmiştir. Daha sonra toplum temelli hizmet modelini gerçekleştirebilmek için toplum ruh sağlığı merkezleri (TRSM) açılmıştır. Hedef olarak "100.000-300.000 arası nüfusa bir tane TRSM" şeklinde bir planlama yapılmış olmasına rağmen hala hedeflenen sayıya ulaşılamamıştır. Toplum temelli hizmet modeline geçiş sürecinde toplum ruh sağlığı hizmetleri olumlu sonuçlarının yanı sıra hizmet sunumu ve kalitesi, planlanması, teşkilatlanması, insan gücü ve mali olanaklar açısından yeterli değildir (80).

Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışması, ülkemizde ruhsal hastalıkların yaygınlığı hakkında önemli veriler sunmaktadır. Bu araştırmaya göre, 0-2 yaş grubunda klinik olarak sorunlu davranışlar gösteren bireylerin oranı %10,2, 5-18 yaş grubunda ise %11,6'dır. Erişkinler arasında ise son 12 ay içinde herhangi bir ruhsal bozukluk yaşayan kişilerin oranı %17,2 olarak belirlenmiştir. Ayrıca, kadınların ruhsal bozukluk yaşama oranının erkeklere göre iki kat daha fazla olduğu da belirtilmiştir (81).

2.3. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Tanımı ve Kapsamı

RSOY kavramı, ilk kez Jorm ve arkadaşları (1997) tarafından "ruhsal bozuklukları tanıma, yönetme ve korunma ile ilgili bilgi ve inançlar" olarak tanımlanmıştır (7). Daha sonra bu tanım genişletilmiş ve Jorm, ruh sağlığı okuryazarlığının altı temel bileşenden oluştuğunu belirtmiştir:

1. Ruhsal bozuklukları tanımlayabilme,
2. Ruhsal bozukluklara yol açan riskler ve sebeplerine ilişkin bilgi ve inançlar,
3. Kendi kendine yardım stratejileri hakkında bilgi,
4. Profesyonel yardım arama konusunda bilgi ve inançlar,
5. Ruhsal bozuklukları doğru tanımlayabilme ve yardım arama konusunda başarı,
6. Ruh sağlığıyla alakalı doğru bilgiye nasıl ulaşılacağı (47).

Kutcher ise ruh sağığı okuryazarlığını dört temel bileşen üzerinden değerlendirmiştir:

1. Sağlıklı bir ruh halinin nasıl oluşturulacağı ve korunacağı konusunda bilgi sahibi olma,
2. Ruhsal bozuklukları ve tedavi yöntemlerini anlayabilme,
3. Ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı azaltma,
4. Profesyonel yardım arama davranışlarını teşvik etme (48).

Bu tanımlar ışığında, ruh sağığı okuryazarlığı arttırılarak kişilerin ruhsal bozukluklarını erken dönemde farketmesi, uzman yardımına başvurmaları, uygun bakım ve tedavi hizmetlerinden faydalanmaları amaçlanmaktadır (48).

Literatür araştırmalarında RSOY'nin düşük olmasının toplumda olumsuz sağık sonuçlarından ve yüksek intihar düzeylerine sebep olduğu belirtilmektedir (48).

Toplumda özellikle genç ve erişkinlerde ruh sağığı okuryazarlığı ile ilgili büyük bir bilgi eksikliği mevcuttur. Bu durum ruh sağığı okuryazarlığının bilinmemesi, medikal tedavileri ve uygun uzman yardımını tanımlamadaki yetersizlikle ilişkilendirilmektedir (49).

Ruhsal bozuklukların büyük bir oranı genellikle ergenlik ve genç yetişkinlikte ilk belirtilerini göstermektedir. Bu dönemde ortaya çıkan ruhsal bozukluklar, küresel hastalık yükünün üçte birini oluşturarak, dünya genelinde önemli bir sağık sorunu teşkil etmektedir (50). Tüm bunlara rağmen uluslararası yapılan araştırmalar sonucunda, gençlerin ve erişkinlerin %70 ile %80'inin ihtiyaçları olan ruh sağığı hizmetlerinden faydalanmadıkları belirtilmiştir (51). Yapılan bir derlemede, ruh sağığı hizmetinden faydalanmaya yönelik engellerin damgalama ve utanç, belirti tanımlamada zorluk olduğu görülmektedir (9). Özellikle erişkinler ve genç yetişkinliklerde tedavi edilemeyen ruhsal sağık bozukluklarının mesleki başarılarında, kişiler arası iletişimlerinde ve aile dinamiklerinde problemlere sebep olmasının yanı sıra; diyabet, kalp rahatsızlıkları, solunum hastalıkları gibi yaşam süresini kısaltan güçlü belirleyicilerdir (52,53,54). Ruhsal bozuklukların erken tanı ve tedavisi ilerleyen süreçlerde daha iyi sonuçlar alınmasını sağlamaktadır (11).

2.3.1.Dünya'da ve Türkiye'de Ruh Sağığı Okuryazarlığı Düzeyleri

Ruh sağığı okuryazarlığı alanındaki araştırmalar, 1950'li yıllarda başlamış olup, özellikle 2000 yılından sonra bu alandaki çalışmaların önemli bir artış gösterdiği gözlemlenmiştir. Nitekim, 1950 sonrası gerçekleştirilen çalışmaların %84'ü 2000 yılından sonra yapılmıştır (95,96).

Ruh sağlığı okuryazarlığı alanında yürütülen araştırmaların başını çeken lkeler Amerika Birleşik Devletleri, Avustralya, İngiltere, Kanada ve Çin'dir (95,97). Bu durumun temel nedeni, bu ülkelerde depresyon ve anksiyete bozukluklarının yaygın olarak görülmesidir (96).

Literatür incelendiğinde, 2000 ile 2009 yılları arasında ruh sağlığı okuryazarlığı üzerine yapılan çalışmalarda, Jorm'un geleneksel vaka yönetimi ile farklı ruhsal bozuklukları kapsayan ve bireylerin tutum ve inançlarının değerlendirildiği tanımlayıcı araştırmaların yer aldığı görülmektedir (95,98).

Türkiye'de yapılan literatür incelemelerinde, ruh sağlığı okuryazarlığı alanında sınırlı sayıda çalışmanın bulunduğu tespit edilmiştir (95,96). Dursun (2009) tarafından yapılan çalışmada, İngiltere'de ergenlerin ruh sağlığı profilini belirlemek ve ruh sağlığı okuryazarlığını geliştirmeye yönelik yürütülen programların etkinliğini değerlendirmek amacıyla kullanılan "Development and Well-being Assessment" (DAWBA) tanı yönteminin Türkçe'ye uyarlanması amaçlanmıştır. Klinik görüşmelerde DAWBA ile konulan tanıların, klinik ortamlarda belirlenen tanılarla orta-üst düzeyde bir tutarlılık gösterdiği tespit edilmiştir. Bu doğrultuda, DAWBA'nın ocuk ve ergenlere yönelik ruh sağlığı geliştirme politikalarının oluşturulması ve sürdürülebilmesinde etkili bir araç olarak kullanılabileceği ifade edilmiştir (99).

Beşiroğlu ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan çalışmada, obsesif-kompulsif belirti kategorileri ile ruh sağlığı okuryazarlığı arasındaki ilişki araştırılmıştır. Katılımcılara, obsesif-kompulsif bozukluğun farklı kategorilerine ait semptomları içeren dört vaka senaryosu sunulmuş ve bu senaryolar üzerinden problemi tanılama, problemin sebepleri, tedavi seçenekleri ve damgalama ile ilgili 17 soru sorulmuştur. Çalışmada, katılımcıların büyük çoğunluğunun saldırgan obsesyon kategorisini anormal bir durum olarak gördüğü, ancak bu durumu genellikle genel yaşam stresiyle ilişkilendirdiği belirlenmiştir. Dini obsesyon kategorisini anormal bir durum olarak kabul eden katılımcılar arasında ise en çok tercih edilen yardım arama seçeneğinin, dindar bir kişiden bilgi almak olduğu gözlemlenmiştir. Çalışmanın bulguları, obsesif-kompulsif bozukluklarının farklı belirti kategorilerinin tanımlanmasının, ruhsal bozuklukların fark edilmesinde ve ruh sağlığı hizmetlerinin kullanımında önemli bir rol oynayabileceğini ngrmştir (59).

Göktaş ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan çalışmada, Ruh Sağlığı Okuryazarlığı leği Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek, niversite öğrencileri üzerinde uygulanmış ve yapılan analizler sonucunda Cronbach alfa katsayısı 0.71, test-tekrar test korelasyon katsayısı ise 0.71 olarak hesaplanmıştır. Çalışmanın bulguları, ölçeğin Türkçe versiyonunun 18 yaş üstü erişkinler için uygulanabilir ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu göstermiştir (100).

Akdoğan (2018) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanmasına yönelik geçerlilik ve güvenirlik analizi yapılmıştır. Bu çalışma, üniversite öğrencileri üzerinde uygulanmış olup, Cronbach alfa katsayısı 0.76, korelasyon katsayısı ise 0.87 olarak belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarına göre, ölçeğin Türk toplumunda geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu tespit edilmiştir (95).

Öztaş ve Aydoğan (2021) tarafından yapılan araştırmada ise, sağlık uzmanlarının ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyleri belirlenmeye çalışılmıştır. Bu çalışma, ruh sağlığı birimlerinde görev yapmayan ve doktor olmayan sağlık çalışanlarının bu konuda bilgi seviyelerini değerlendirmeyi hedeflemiştir. Araştırmanın bulguları, bu profesyonellerin ruh sağlığı okuryazarlık seviyelerinin orta seviyenin üzerinde olduğunu, ancak ideal seviyeye ulaşmadığını göstermiştir (94).

Ruh sağlığı okuryazarlığı kavramını oluşturan ruhsal hastalıkları tanıma, ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumları, damgalama ve yardım arama davranışını araştıran çalışmalardan çıkan sonuçlarda Türkiye'nin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır (95, 96).

2.4.Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Toplumsal Önemi

Ruh sağlığı okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığına göre daha az konuşulan kavramlardandır. Bireyler fiziksel hastalıkları hakkında bilgiye ulaşırken, ruhsal bozuklukları konusunda bilgi eksiklikleri mevcuttur. Ruhsal bozukluklarının farkına varmakta güçlük çekmektedirler ya da farkına varsalar dahi nereden ve nasıl yardım alacakları konusunda bilinçsizdirler. Bu durumda ruhsal bozuklukların daha geç tanı alması ile sonuçlanmaktadır (82).

RSOY düzeyinin yükselmesi ruhsal bozuklukların erken dönemde fark edilmesini, sağlık profesyonellerinden yardım almayı ve uygun bakım, tedavilere erişimi kolaylaştırır (7,83).

RSOY ve etkilediği kavramlar incelendiğinde:

Bilgi eksikliği: İnsanlar çoğunlukla fiziksel hastalıkları hakkında bilgi sahibiyken ruhsal bozuklukları konusunda bilgi düzeyleri ciddi düzeyde eksiktir (84,85,86). RSOY, bu eksikliğin giderilmesinde önemli bir role sahiptir. Düşük RSOY düzeylerinde kişiler ruhsal hastalıkları ile ilgili yeterli bilgiye sahip değildir. Ruh sağlığı ile alakalı hizmetleri nereden ve nasıl alacaklarını bilmemektedirler. Tüm bu durumlarda tanı ve tedavinin gecikmesine yol açar (87,88).

Uyumsuz Başa Çıkma Stratejileri: Düşük RSOY, psikolojik sorunların farkedilmemesine ve ciddi boyutlara gelmesiyle alkol, madde bağımlılığı gibi çeşitli uyumsuz başa çıkma stratejilerinin artmasına neden olmaktadır. RSOY, yüksek olduğu zaman ruhsal bozukluklar erken farkedilip doğru tedavi ve bakımın alınması sağlanır. Profesyonel yardım alma gibi pozitif tutum ve davranışlar gelişir (83,89).

Olumsuz Sağlık Sonuçları: Düşük RSOY düzeyi, toplumlarda kötü sağlık sonuçları ve yüksek intihar oranları ile ilişkilendirilmektedir (5). Çalışmalar intihar riski yüksek olan bireylerin ruh sağlığı hizmetlerinden faydalanmadığını belirtmektedir (90).

Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Maliyet: Sağlık okuryazarlığının sınırlı düzeyde olması kronik hastalıkların artması, sağlık hizmetlerinden faydalanılamaması, sağlık bakım maliyetlerinin artması ve erken yaşta ölüm gibi olumsuz sonuçlara sebep olmaktadır (91). RSOY, seviyesi yükseldikçe kişiler semptomlarının farkında olmakta ve uygun yardım arama davranışına geçmektedir (92).

Yaşam Kalitesi: RSOY seviyesinin düşük olması ruhsal bozuklukları tanımlayamama buna bağlı olarak tedavide gecikmeye ve yaşam süresindeki kalitenin azalmasına sebep olur (93).

RSOY, bireyin ve toplumun ruh sağlığını iyileştirmek ve korumak için çok önemlidir. RSOY, artırılması, erken tanı ve tedaviyi sağlar. Profesyonel yardım almaya yardımcı olur, damgalamayı azaltır ve daha iyi sağlık çıktılarının oluşmasını sağlar. Bu sebeple RSOY geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması ruh sağlığı politika ve stratejilerinin önemli bir bileşeni olmalıdır. Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN), ruh sağlığı hastalıkları ile mücadelede sağlık gücü dışında toplum katılımının öneminden bahsetmektedir (85,94).

2.5. Toplamların Ruhsal Bozukluklar ve Kanıta Dayalı Tedaviler Hakkında Bilgi Düzeyleri

Ruhsal bozuklukların tanınması konusunda uluslararası düzeyde birçok çalışma gerçekleştirilmiştir. Drancourt ve arkadaşlarının (2013) yürüttüğü bir araştırmada, tedavi edilmeyen ruhsal sağlık problemlerinin süresi anksiyete ve depresyon için ortalama 8,2 yıl, bipolar bozukluk için ise 14,5 yıl olarak tespit edilmiştir. Ayrıca, bipolar bozukluğun ilk atağından sonra, hastalığın fark edilmesi ve profesyonel yardım arayışına girilmesi ortalama 9,6 yıl sürmektedir. Yardım alma konusundaki bu uzun gecikmeler, intihar girişimlerine ve hastalığın rezidüel semptomlarla devam etmesine yol açmaktadır (55).

Avustralya’da 1995, 2003 ve 2011 yıllarında gerçekleştirilen bir çalışmada, 1995’teki örnekleme toplumun %39’unun depresyonu, %27’sinin ise şizofreniyi tanıyabildiği saptanmıştır. 2011’deki örnekleme ise toplumun %75’inin depresyonu, %30’unun şizofreni ve travma sonrası stres bozukluğunu tanımlayabildiği belirlenmiştir. Çalışmada ayrıca, ruhsal bozuklukların "stres" veya "hayat sorunları" olarak yanlış adlandırılmasının, profesyonel yardım arama davranışlarını geciktirdiği vurgulanmaktadır (56).

Amerika’da lise öğrencileri ile yapılmış olan bir çalışmada ise öğrencilerin en fazla depresyonu tanımlayabildiği belirtilmiştir. Depresyonu tanımlayabilme oranları %40’tır (57).

İngiliz, Malezya ve Hong Kong halkının ruhsal bozuklukları tanıma oranlarını incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada ise, depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, şizofreni, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), en çok bilinen ruhsal bozukluklar olurken; toplumun ruhsal bozuklukları tanıma oranları sırası ile İngilizler, Hong Konglular ve Malezyalılar olarak görülmüştür. Bu durumun da ülkeler arası ruhsal bozuklukları tanımlayabilmede ülkelerin gelişmişlik düzeyi, sağlık hizmetlerine erişimi, toplumun eğitim düzeyi gibi faktörlerin etkili olduğu bildirilmektedir (58).

Uluslararası yapılan çalışmalara bakıldığında; toplumların ruhsal hastalıkları tanıma oranları yıllar içinde artmıştır ve toplum en çok depresyonu tanımlayabilmiştir. Toplumun şizofreni gibi diğer ruhsal hastalıklar hakkında bilgi seviyelerinin düşük olduğu gözlemlenmiştir. Ülkemizde ise sadece toplumun obsesif-kompulsif bozukluklar (OKB) konusundaki bilgisinin değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmaya katılan kişilerin OKB hastalığı, belirtileri, tedavi yöntemleri hakkında bilgilerinin yetersiz ve yanlış olduğu belirlenmiştir (59).

Toplumların, ruhsal sorunlar hakkında düşük bilgi düzeyinde olmasının yanı sıra kanıta dayalı tedaviler konusunda da bilgi eksiklikleri vardır (55). Yapılan araştırmalarda, bazı toplumların kanıtlı tedavilere rağmen, alternatif tedavilere başvurdukları görülmüştür. Portekiz’de genç yetişkin kişilerle yapılan bir çalışmada, kişilerin depresyon tedavisi için en faydalı yöntem olarak vitamin takviyelerini seçtiği belirlenirken diğer seçenekler için çay, antidepresanlar ve anksiyolitikleri seçtiği belirtilmiştir. Ayrıca bu çalışmada kişilerin %28,6-37,3 arasında değişen oranlar ile antipsikotik, sedatif hipnotikleri ve antidepresanların kendileri için zararlı olduğunu düşündükleri belirtilmiştir (60).

Toplumumuzda ruhsal sorunlarla ilgili tedavi arayışları çeşitli şekillerde kendini göstermektedir; örneğin, şifacılar veya medyumlara başvurmak gibi. Beşiroğlu ve arkadaşlarının yürüttüğü bir araştırmada, dini obsesyonları olan bireylerin tedavi için en çok

tercih ettikleri yöntemin "dindar bir şifacıya başvurmak" olduğu bulunmuştur. Ruh sağlığı okuryazarlığının düşük olduğu ülkelerde, hastalıklar ve tedavi yöntemleri hakkında bilgi düzeyinin yetersiz olduğu, bu nedenle alternatif tedavilere daha fazla yönelme eğilimi gösterildiği ifade edilmektedir. Bu durum, toplumda ruhsal sorunları tanıma, erken teşhis ve yardım arayışı süreçlerinde gecikmelere yol açmaktadır (59).

2.6. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç ve Tutum

İnanç sözlük anlamı olarak ‘‘kişice ya da toplumca, bir düşüncenin, bir olgunun, bir nesnenin, bir varlığın gerçek olduğunun kabul edilmesi’’ olarak tanımlanmıştır (61). İnançlar, bir konudaki düşüncenin yoğun şekilde kabul görmesiyle sabitlenmiş, yerleşmiş genel kanılardır. İnanç ve tutum arasında neden sonuç ilişkisi vardır. İnançlar, tutumları; tutumlar ise davranışları gerçekleştirir. Kişiler bilgi ve inançlarını açıklamak istedikleri zaman bunu tutum ve davranışları ile belli ederler. Bir nesne hakkındaki olumsuz tutumlar, o nesne üzerinde ilgisizliğe, eleştiriye, mesafeye ve zarar verme eğilimine sebep olmaktadır (62,63). Örneğin ruhsal hastalığı olan bireyin tehlikeli olduğuna olan inanış ondan korkmaya, korku da bu kişiye iş vermeme davranışına sebep olabilir (64).

Kişilerin ruhsal hastalıklar konusundaki olumsuz inanışları, ruhsal hastalığı bulunan kişinin toplumsal yaşama katılabilmesinde büyük sorunlara sebep olmaktadır ve bu durum kişilerin topluma uyumunu zorlaştırmaktadır. Aynı zamanda kişilerin hastalıkla baş etme yöntemlerini, bakım ve tedavi imkanlarını ve yaşam kalitelerini güçleştirmektedir. Yapılan araştırmalardan elde edilen bulgulara göre, kişilerin ruhsal hastalıklara yönelik yaygın olumsuz inanış ve düşünceleri vardır. Bu düşüncelerden bazıları ‘‘Ruhsal hastalıkların kalp hastalıkları gibi gerçek hastalık olmadığı, ruhsal hastalığı olan bireylerin gerçek yaşamına dönemeyeceği, ruhsal hastalığı olan kişilerin tehlikeli olduğu, ruhsal hastalığı olanların daha düşük ücretlerle çalıştırılması gerektiği’’ şeklindedir (63).

Tutum; davranışsal, duygusal ve bilişsel olmak üzere üç temel ögeden oluşmaktadır. Duygusal bileşen bir nesne ile görelî olarak devamlı bulunan duygudur. Bu nesne bir kurum, bir grup ya da bir insan olabilir (65). Kişinin ruhsal hastalığı olan bireyin saldırgan, zarar verici, tehlikeli olduğunu düşünmesi tutumun bilişsel ögesini; ruhsal hastalığı olan bireyden korkması, çekinmesi duygusal bileşenini; ruhsal hastalığı olan biriyle karşılaştığında dalga geçmesi, onunla konuşmaması, yalnız kalmaya mahkum etmesi, bireye karşı insancıl yaklaşmaması davranışsal bileşenini oluşturur (66).

Olumlu tutum; ruhsal hastalığı sahip bireyleri sakinleştirici, toplumla bütünleştirici, tedavi süreçlerine katılımlarını artırıcı rol oynamaktadır. Bir kişinin herhangi bir konuda olan tutumunun bilişsel bileşeni olan inançlarının belirlenip, bu alanda yapılan girişimler o konuya yönelik tutumunu geliştirecek buna bağlı olarak da davranışlarında pozitif anlamda gelişme gerçekleşecektir. Bu yüzden inanç kavramı, gelişimi ve kişiye olan etkisinin bilinmesi önemlidir (66). Kişiler ruhsal hastalıklar konusunda bilgilendirilip doğru bilinen yanlışların düzeltilmesi gerekmektedir. Böylece olumsuz tutumlar yerini olumlu tutumlara bırakacaktır (67,68).

İnanç ve tutumun olumsuz olması ise kişiler için geriletici bir etken olmakla birlikte damgalamayı da kaçınılmaz hale getirmektedir (69).

Ruhsal hastalıklar konusundaki olumsuz inanışlar, kişilere yönelik damgalama ve ötekileştirme yaratmakta ve kişinin hastalığı konusunda yardım almaktan kaçınmasına, kendisini sosyal hayattan izole etmesine, öz saygısının zarar görmesine, ayrımcı tutum ve davranışlar yaşamasına neden olabilmektedir. Gösterilen bu tutum kişinin sağlığını daha da olumsuz etkileyebilmektedir. Kişinin etrafındaki insanlarla bir bütün olduğu düşünüldüğünde bu durum, ruhsal hastalığı olan bireylerin ailesini ve birlikte yaşadıkları toplumu etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmektedir (69,70). Bu sebeple ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanışlarla mücadelede bulunmak bu hastalıkların önlenmesi, erken tanı, tedavi ve rehabilitasyonunda oldukça önemli bir konudur (71).

2.7. Ruh Sağlığı Okuryazarlığını Geliştirmeye Yönelik Yaklaşımlar

Yapılan literatür araştırmalarında, ruh sağlığı okuryazarlığının gelişmesine katkıda bulunan farklı yaklaşımlar mevcuttur. Bir birey, kendisinde bir ruhsal problem olduğunu fark ettiğinde, bu sorunu çözmek için yardım arama davranışında bulunur. Ancak, bu noktaya gelebilmesi için kişinin profesyonel yardım ve kanıta dayalı hizmetler konusunda bilgilendirilmesi önemlidir. Ruh sağlığı konusunda çalışan uzmanların, ruh sağlığını etkileyen sebepler, ruhsal sorunların başlangıç aşaması, tedavi yöntemleri, ne zaman ve nasıl yardım alınması gerektiği gibi konularda verecekleri eğitimler, ruhsal hastalıklardan etkilenen bireylerin kaliteli bakım almasını ve dolayısıyla daha iyi bir yaşam sürmesini sağlayacaktır(20). Yapılan araştırmalar, ruh sağlığı ve ruhsal bozukluklar konusunda artan bilginin, yardım ve tedavi arayışında daha yüksek bir farkındalık oluşturduğunu ortaya koymaktadır. Ruh hastalıklarına yönelik damgalamanın bireysel, toplumsal ve kurumsal düzeylerde azaltılmasının, ruhsal bozuklukların erken teşhisini geliştirdiği, ruh sağlığı sonuçlarını

iyileştirdiği ve sağlık hizmetlerinin kullanımını artırdığı görülmektedir (8, 72). Bunun dışında, bireylerin ruhsal hastalıklarla baş etmek için başvurdukları yöntemler de ruh sağlığı okuryazarlığını geliştirmek adına yapılan yaklaşımlardandır (20). Yapılan bazı araştırmalar, bireylerin etkin şekilde gerçekleştirdikleri baş etme stratejilerinin profesyonel ruhsal hastalık tedavilerinden daha etkili olabildiğini göstermektedir (20,73). Örneğin, klinik depresyonun yönetiminde kullanılan fiziksel aktivite, meditasyon, yoga ve stres yönetimi gibi baş etme stratejileri, bireyler üzerinde olumlu etkiler yaratarak depresyon belirtilerinin azalmasına katkıda bulunmuştur (73).

Kişilere kendileri ve diğer kişilerle ilgili ruh sağlığı bozukluğunu yönetme ve acil durumla karşılaştıklarında uygulayabilecekleri ilk yardım stratejileriyle ilgili bilgi vermek mümkün gözükmektedir (7). Ruh sağlığı okuryazarlığını artırmaya yönelik yapılan eğitim programlarının sosyal ve sağlık çıktılarını olumlu anlamda değiştireceği, bu şekilde de hastalık yükünün hafifleyeceği bildirilmektedir (74).

Kanser, kalp rahatsızlıkları gibi kronik rahatsızlıkları azaltmak ve riskleri ortadan kaldırmak adına çok sayıda toplum tabanlı eğitim programı bulunurken, ruh sağlığı okuryazarlığı için bu tür programlar sınırlıdır (7).

Son zamanlarda ruh sağlığı bozukluklarının fazlalaşması sebebiyle, toplumu bilinçlendirmek adına birçok hükümet, sağlık kurumları ve gönüllü kuruluşlar aracılığıyla ruh sağlığı okuryazarlığını artırma çalışmalarına başlamıştır (74).

Ruh sağlığı okuryazarlığını artırmak için hem toplum tabanlı hem de bireysel çeşitli müdahaleler bulunmaktadır (7). Bu müdahaleler kitle iletişim araçları, okul müfredatı gibi çeşitli alanlarda olabilmektedir. İnternete erişmenin kolaylaştığı günümüzde bu müdahale türü kolay, düşük maliyetli ve etkilidir (75,76).

Gençlerde yapılan toplum tabanlı bir çalışmada gençlere uygulana etkili eğitim programı ile ruh sağlığı okuryazarlı düzeylerinin arttırıldığı ve damgalamanın azaldığı gözlemlenmiştir, RSOY üzerindeki bu olumlu etkinin sürdürülebilirliği için, eğitim programlarının öneminden bahsedilmiştir (77). Bunlar dışında, sadece bireysel eğitim programlarına başvurulup herhangi bir tedavi uygulanmamasına rağmen bireylerin ruh sağlığı bozuklukları üzerine terapötik etkilerin oluştuğunu gösteren kanıtlar vardır. Bu durumu toplum tabanlı eğitimlerle birey bazında terapötik etki sağlanabilmesi için yapılacak çalışmalara önem verilmelidir (7). RSOY

seviyesi ve ruh sağığı ile ilgili sağıık sonuçları arasındaki ilişkidenden sorumlu parametreleri anlamak, ruhsal hastalıklar üzerine yapılacak müdahaleler için önemlidir (78). Yapılacak olan müdahalelere toplumun, ruhsal hastalıklar konusundaki bilgi durumu, tutumu ve profesyonel yardım alma davranışlarının daha yakından takip edilmesi çalışmaları ile başlamak gereklidir (7).

Bu bilgiler ışığında RSOY kavramı ülkemiz için yeni bir kavram olmakla beraber bu konu ile alakalı yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Toplumun ruh sağığı hakkındaki bilgi, inanç, tutum düzeylerinin saptanması ve izlenmesi için bu konuda daha çok çalışma yapılması faydalı olacaktır. Çalışmayı ruh sağığı okuryazarlığı düzeylerine, yaşa, cinsiyete, yaşadığı bölgeye müdahalelerde bulunarak bireylerin ve toplumun ruh sağığı okuryazarlığı düzeylerinin artırılması sağlanıp, böylece bireylerin ve çevrelerinin ruh sağığını daha iyi yönetmesi ve koruması mümkün olacaktır.

2.8. Halk Sağığı Hemşireliği Koruyucu Ruh Sağığı ve Ruh Sağığı Okuryazarlığı

Toplum ruh sağığının geliştirilmesi, korunması ve bu anlayışın topluma sunulan temel sağıık hizmetlerine entegre edilmesi gerekliliğı, Dünya Sağıık Örgütü'nün 1978'de yayımladığı Alma-Ata Bildirgesi'nde vurgulanmıştır. Bu bildirgede, toplumda yaygın olarak görülen sağıık sorunlarının önlenmesi, yönetilmesi ve bu konularda toplumun eğitilmesi gerekliliğı "Temel Sağıık Hizmetleri" başlığı altında ele alınmıştır (101).

1998 yılında Kopenhag'da düzenlenen 48. Avrupa Bölge Komitesi Toplantısı'nda, "Herkes için Sağıık" yaklaşımı benimsenerek "Sağıık 21" başlığı altında 21. yüzyıl için 21 pozitif sağıık hedefi belirlenmiştir. Bu hedefler arasında sağııkta dayanışma, hakkaniyet, sağııklı bir yaşamın başlangıcı, gençlerin sağığı ve yaşlıların sağığı gibi başlıklar yer alırken, 6. hedef olarak ruh sağığının geliştirilmesi belirlenmiştir. Bu hedef, 2020 yılına kadar bireylerin psikososyal iyilik hallerinin artırılmasını ve ruhsal bozukluğu olan bireylere daha erişilebilir ve kapsamlı hizmetlerin sunulmasını amaçlamaktadır (102).

Koruyucu sağıık hizmetleri, bireylerin ruhsal ve fiziksel sağııklarını korumak, sağııklı yaşam alışkanlıklarını teşvik etmek ve hastalıkların ortaya çıkmasını önlemek amacıyla sunulan hizmetlerdir. Ruh sağığını korumak ve ruhsal bozuklukların gelişimini önlemek için bu tür hizmetlerin önemi büyüktür. Bu hizmetler, toplumun her bireyine ulaşmayı ve sağıık düzeyini iyileştirmeyi hedefler. Koruyucu sağıık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulabilmesi için toplumun bilinçlendirilmesi ve eğitilmesi esastır. Eğitim, bireylerin sağıık hizmetlerine

erişimini artırmak ve sağlık konusunda bilinçli kararlar alabilmelerini sağlamak için kritik bir araçtır. Bu bağlamda, halk sağlığı politikaları ve eğitim programları, bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşabilirliğini ve bu hizmetlerden etkin bir şekilde yararlanabilmesini mümkün kılar (95,102).

T.C. Sağlık Bakanlığı, toplumun ruh sağlığının geliştirilmesi amacıyla koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin sunulmasına yönelik önemli adımlar atmıştır. Bu kapsamda, "Ruh Sağlığı Eğitim Programları ile Toplum Bilinçlendirme" sorumluluğunu ruh sağlığı hizmet sunucularına vermiş ve bu hizmet sunucularının kullanımına yönelik olarak "Eğitimciler için Ruh Sağlığı Eğitim Rehberi"ni yayımlamıştır (101). Bu sorumluluğun yerine getirilmesi, özellikle Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanları olan ruh sağlığı hizmet sunucularına bırakılmıştır (95).

Türkiye'de hemşirelerin görev tanımları, 19 Nisan 2011 tarihli ve 27910 sayılı Hemşirelik Yönetmeliği ile yeniden düzenlenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Yönetmelik, toplum ruh sağlığı hemşirelerinin temel görevlerini, sosyo-ekonomik düzeyi düşük bölgelerde yaşayanlar, göçmenler, madde bağımlılığı açısından risk taşıyanlar, çocuklar, ergenler, kadınlar, yaşlılar, işsizler, engelliler gibi ruhsal bozukluk riski taşıyan grupların ruh sağlığının korunması ve sürdürülmesi olarak tanımlamaktadır. Hemşirelerden, hasta ile biyo-psikososyal bir bütünlük içinde çalışarak etkili iletişim yöntemlerini ve kanıta dayalı test yöntemlerini kullanarak sürekli ve düzenli veri toplaması beklenmektedir (102).

Hemşirelerin görevleri arasında, hastaları ve ailelerini desteklemek, stresle başa çıkmalarına yardımcı olmak, damgalama ile mücadele etmek ve ilaçların etkileri ile yan etkileri konusunda eğitim vermek de yer almaktadır. Bu görevlerin etkin bir şekilde yerine getirilebilmesi için hemşirelerin kendi ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyleri önem arz etmektedir (96).

Hemşirelerin ruh sağlığı okuryazarlığı alanında yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları, hemşirelik eğitimi sürecinde kazanılan bilgi ve becerilerin geliştirilmesi ile mümkündür. Bunun için uygulama alanlarının ve imkanlarının sağlanması önem taşımaktadır (103).

RSO ve hemşirelik arasındaki ilişkiyi inceleyen literatürdeki bazı çalışmalardan örnekler aşağıdaki şekildedir:

Liu ve arkadaşları (2011) tarafından Çin'de gerçekleştirilen bir çalışmada, hemşirelerin ruh sağlığı konusundaki bilgi düzeyleri ve tutumlarının, ruh sağlığı hizmetlerinin etkin sunumunda belirleyici bir rol oynadığı ortaya konulmuştur. Araştırmacılar, hemşirelere yönelik ruh sağlığı okuryazarlığı (RSO) eğitimlerinin hizmet kalitesini artırabileceğini öne

sürmektedirler. Bu çalışma, hemşirelerin ruh sağlığı konusundaki yeterliliklerinin, hasta bakımının kalitesine doğrudan katkı sağladığını vurgulamaktadır (104).

Jorm (2015), toplum ruh sağlığını iyileştirmek için RSO'nun kritik önemini vurgulayan kapsamlı bir derleme yayımlamıştır. Bu çalışmada, halk sağlığı hemşirelerinin toplumun RSO düzeyini artırmada ve ruh sağlığı konularında damgalamayı azaltmada öncü bir rol oynayabileceği belirtilmektedir. Jorm, hemşirelerin sadece sağlık hizmeti sunucusu değil, aynı zamanda toplumun ruh sağlığı farkındalığını artırmada kilit aktörler olduklarını ifade etmektedir (105).

Mosley ve Taylor (2017), sağlık ve sağlık hizmetlerinde eşitliğin sağlanmasında RSO'nun giderek daha belirgin bir öneme sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Hemşireler, sağlık okuryazarlığını teşvik etmede ve hastalara yönelik sağlık eğitimini planlayıp uygulamada merkezi bir rol üstlenmektedirler. Bu bağlamda, hemşirelerin sağlık bilgisi ve okuryazarlık düzeylerinin, sağlık eşitliğini sağlamada önemli bir araç olduğu belirtilmektedir (106).

Birleşik Arap Emirlikleri'nde 2018 yılında yapılan araştırmalar, okul hemşirelerinin, okul çocuklarının ihtiyaçlarını etkili bir şekilde karşılayabilmeleri için yeterli düzeyde RSO bilgisine sahip olmaları gerektiğini vurgulamaktadır. Bu çalışma, okul hemşirelerinin çocukların ruh sağlığını koruma ve geliştirme süreçlerinde kritik bir rol oynadığını göstermektedir (107).

Yang ve arkadaşları (2023), hemşirelik lisans öğrencilerinin gelecekteki klinik bakım süreçlerine hazırlanırken iyi sağlık, öz-yönetim ve RSO becerilerinin geliştirilmesinin hem öğrenciler hem de hasta koçluğu yapan profesyoneller için olumlu sağlık sonuçlarına yol açacağını belirtmektedir. Bu çalışma, hemşirelik öğrencilerinin eğitimi sırasında RSO becerilerinin geliştirilmesinin, hemşirelik pratiğinde etkinliği artıracak ve hasta bakımında mükemmeliyet sağlanmasına katkıda bulunacağını göstermektedir (108).

Bu çalışmalar, hemşirelik mesleği ile ruh sağlığı okuryazarlığı arasındaki güçlü ve karşılıklı etkileşimi açıkça ortaya koymaktadır. Hemşireler, sağlık hizmetlerinin en ön saflarında yer almakta ve toplumla doğrudan temas kurarak RSO'nun geliştirilmesinde kritik bir rol üstlenmektedirler. Hemşirelerin bu potansiyeli tam olarak gerçekleştirebilmeleri için kendi RSOY düzeylerinin yüksek olması ve sürekli eğitimlerle bilgilerinin güncellenmesi gerekmektedir.

Literatürdeki bulgular, hemşirelik ve RSOY'nin birbirine sıkı sıkıya bağlı olduğunu ve bu ilişkinin hemşirelik pratiğinde etkinlik sağlamada hayati bir öneme sahip olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin toplumun ruh sağlığını iyileştirme ve koruma misyonunu başarıyla yerine getirebilmeleri için, mesleki bilgi ve becerilerini sürekli olarak güncellemeleri şarttır.

Bu ilişkinin daha iyi anlaşılması ve hemşirelerin RSOY konusundaki rollerinin güçlendirilmesi, toplum ruh sağlığının hem korunması hem de geliştirilmesi açısından büyük bir önem taşımaktadır. Bu nedenle, hemşirelik eğitimi müfredatına RSO ile ilgili daha kapsamlı içeriklerin eklenmesi ve hemşirelerin profesyonel gelişimlerinin desteklenmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmada etkili olacaktır. Hemşirelerin bu alandaki rollerinin güçlendirilmesi, toplumun ruh sağlığına yönelik farkındalığın artmasına ve damgalamanın azaltılmasına da katkı sağlayacaktır.

Bu bağlamda, hemşirelik mesleği ve RSOY arasındaki ilişkinin daha derinlemesine incelenmesi, bu iki alanın birbirini nasıl tamamladığını ve desteklediğini anlamak açısından önemlidir. Bu anlayış, hemşirelerin toplum sağlığı üzerindeki etkilerini maksimize etmeye ve genel halk sağlığını iyileştirmeye yönelik stratejilerin geliştirilmesine olanak tanıyacaktır (106,108).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, toplumda ruh sağlığı okuryazarlığına yönelik bilgi, inanç, kaynak düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı (korelasyonel) bir araştırmadır.

3.2.Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Planı

Araştırma, sosyal medya aracılığı ile çevrim içi olarak yapılmıştır. Çalışmanın verileri Mayıs 2023 – Ağustos 2023 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler bu çalışmaya katılmakta gönüllü olan bireylerden Google Form üzerinden yapılan anketle toplanmıştır. Anketler sosyal medya aracılığı ile kişilere ulaştırılmıştır. Her bir anket için bireyler mail hesapları ile giriş yapıp yaklaşık 5 dakika kadar süre ayırmıştır.

Bu tez çalışması, Haziran 2022 tarihinde literatür taraması ile başlayıp Aralık 2024 tarihinde tez savunma sınavı ile sunulmuştur. Araştırmanın planı Tablo 1 'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Araştırma Planı

TARİH	SÜREÇ
Haziran 2022	Literatür Tarama
25 Ekim 2023	Etik Kurul İzni alınması
Mayıs-Ağustos 2023	Veri Toplama
Ağustos-Eylül 2023	Veri analizi
Ekim-Ağustos 2024	Araştırma Raporunun Yazımı
Aralık 2024	Tez Savunma Sınavı

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi / Çalışma Grupları

Araştırmanın evrenini, 18 yaş ve üzeri, araştırmaya katılmaya gönüllü bireyler oluşturmuştur.

Çalışmanın primer sonucu şeklinde görülen RSO ölçek puanları ile diğer sosyodemografik veriler arasında minimum $r:0.20$ seviyesinde bir ilişki tahmin edilerek, G*Power programında (3.1.9.2) %5 alfa hata payı (iki yönlü) ve %95 güç ile yapılmış olan örneklem sayısı hesabında araştırmaya minimum 319 kişinin dahil edilmesi gerektiği tespit edilmiştir. Veri toplama esnasında kayıpların olabileceği dikkate alınarak, hesaplamada bulunan örneklem sayısının %50 üzeri olarak yaklaşık 500 kişiden veri toplanmasına karar verildi.

Araştırma sonuçlarının dış geçerliliğini arttırabilmek için maksimum örneklem sayısına ulaşabilmek hedeflendi. Sonuç olarak anketi dolduran bireylerden kartopu örneklem yöntemi ile çalışmaya katılmaya gönüllü olan tüm erişkin bireyler araştırmanın örneklemi oluşturdu. Toplamda 565 gönüllü birey çalışmaya katıldı. Araştırma evreninin %80' ine ulaşıldı.

Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri:

- Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmesi ve bilgilendirilmiş onam formunu kabul ettiğine dair alanı işaretlemesi,
- Araştırmaya katılacak olan bireylerin ankette yer alan soruları okuyabilme ve anlayabilme yeteneğine sahip olması,
- Katılımcının cep telefonu, internet erişimi ve sosyal medya hesabının olması

Araştırmadan Dışlama Kriterleri:

- Görme işitme sorunu olanlar
- Okuma yazma bilmeyenler
- Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen kişiler
- Cep telefonu olmayanlar
- İnternet erişimi olmayanlar

3.4.Çalışma Materyali

Bu çalışmada materyal olarak Google Forms anket formuna başvurulmuştur. Anket formunun iki bölümü vardır. İlk bölümde sosyodemografik özellikler, ikinci bölümde RSOY ölçeği yer almaktadır.

3.5.Araştırmanın Değişkenleri

- Bağımsız Değişken: Bireylerin sosyodemografik özellikleri, yaş, cinsiyet, eğitim, ekonomik durum
- Bağımlı Değişken: Bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı puanları

3.6.Veri Toplama Araçları

Araştırmadan elde edilmiş olan veriler aşağıdaki ölçüm araçlarına başvurularak toplanmıştır.

- Sosyo-Demografik Veri Toplama Formu (Ek-1)
- RSOY Ölçeği (Ek -2)

3.6.1.Sosyo-Demografik Veri Toplama Formu

Araştırmaya katılacak bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin yaş, cinsiyet, ekonomik durum vb. bilgileri içeren 14 sorudan oluşan bu form araştırmacılar tarafından literatür taraması sonrasında oluşturulmuştur (128-132).

3.6.2.Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği

Araştırmada, hemşire lisans öğrencilerinin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerini ölçmek amacıyla Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOY) kullanılmıştır.

Ölçek, Jung ve diğerleri (2016) tarafından geliştirilmiş olup, orijinal ölçek toplam 26 maddeden meydana gelmektedir (42). Ölçeğin üç tane alt boyutu mevcuttur; Bilgi Odaklı RSOY alt boyutunda tam olarak 12 tane, İnanç Odaklı RSOY alt boyutu altında 10 tane madde, Kaynak Odaklı RSOY alt boyutu altında ise 4 tane madde vardır. Orijinal ölçekten elde edilebilecek olan puan bütün ölçek adına 0 ila 26 arasında değişiklik göstermekte olup, ölçeğin genelinde ve her bir alt alanda puanlar yükseldikçe RSOY seviyesinin de yükseldiği kabul edilmektedir.

Ölçeğin birinci ve ikinci alt boyutlarında yer alan 22 tane soru 6'lı Likert tipindedir, yanıtları ise “kesinlikle katılıyorum, katılıyorum, kararsızım, katılmıyorum, kesinlikle katılmıyorum, bilmiyorum” şeklinde sıralanmaktadır. Kaynak odaklı RSOY alt boyutundaki 4

sorunun yanıtıysa “evet” ile “hayır” dır. Sorulara “kesinlikle katılıyorum”, “katılıyorum” ile “evet” yanıtı verildiği zaman “1 puan” öteki yanıtlar “0 puan” şeklinde değerlendirilmektedir.

RSOY Ölçeği’nin, Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Göktaş, Işıklı, Önsüz, Yenilmez ve Metintaş (2019) tarafından yapılmıştır. Çalışma 2018 öğretim senesinde Eskişehir Osmangazi Üniversitesi öğrencileri ile yapılmış olan metodolojik tipteki bir araştırmadır. İlgili çalışma, ölçek madde sayısı dikkate alınıp 205 öğrenci ile yapılmıştır. RSOY Ölçeği’nin Kapsam Geçerlilik İndeksi 0.82 bulunmuştur. İlgili çalışmada, RSOY seviyesini saptamada RSOY Ölçeği, eşdeğer ölçüt geçerliliğini değerlendirmede Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) kullanılmıştır (133).

Ölçeğin Açıklayıcı Faktör Analizinde maddelerin faktör yükleri 0.36-0.84 arasında ve Doğrulamalı Faktör Analizi’nde ölçeğin uyumluluk indeksleri kabul edilebilir düzeylerde olduğu rapor edilmiştir. RSOY Ölçeği ve TSOY-32’nin pozitif yönde korelasyon gösterdiği saptanmıştır. RSOY Ölçeği’nin iç tutarlılık katsayısı 0.71 bulunmuştur. Ölçeğin geliştirildiği çalışmada ise iç tutarlılık kat sayısı 0.87 bulunduğu bildirilmiştir. Test-tekrar test puanlarının arasında olumlu korelasyon saptanmıştır.

Yapılan analizler neticesinde son şekli verilmiş olan RSOY Ölçeği 3 alt boyut ile 22 maddeden meydana gelmektedir. Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu içerisinde 10, İnanç Odaklı RSOY alt boyutu içerisinde 8, Kaynak Odaklı RSOY alt boyutu içerisinde 4 madde vardır. Ölçeğin 11 ve 18’inci maddelerinin arasında bulunan maddeler (11 ile 18 de dahil olmak üzere) ters kodlanmaktadır. Bu ölçekten elde edilebilecek olan puan 0 ila 22 arasında değişiklik göstermektedir. Ölçeğin Cronbach's α güvenilirlik analizi sonucu 0.70’tir (133). Bu çalışmada Cronbach's α güvenilirlik düzeyi 0.861’dir.

3.6.3.Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında Sosyo demografik veri toplama formu, RSOY’dan yararlanılmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’ndan izin alınmıştır. Kurum izinleri alındıktan sonra; kişilere sosyal medya (whatsapp, instagram, twitter) aracılığı ile anket formu ulaştırılmıştır, kişilerin mail hesaplarını girerek ve BOF’unu kabul ederek anketi doldurması beklenmiştir. Anketlerin kendi beyanlarına dayalı olarak yardımsız bir şekilde doldurması yaklaşık olarak 5 dakikalarını almıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 27.0 ile analiz edilmiştir. Verilerin dağılımını göstermek için tanımlayıcı analiz parametreleri (ortalama, medyan, standart sapma, minimum, maksimum, frekans, yüzde) kullanılmıştır. Verilerin dağılımı için Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmıştır. Kolmogorov Smirnov testi sonuçları tablo 2’de gösterilmiştir. Sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında veriler normal dağılıma uyuyorsa Bağımsız Örneklem T Testi, uymuyorsa Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. İki den fazla bağımsız gruplarda karşılaştırılma yapılırken verilerin normal dağılıma uyması nedeniyle Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır. Birden fazla bağımsız grup arasında fark bulunması durumunda farklı grupların tespiti Bonferroni Posthoc testi ile yapılmıştır. Bağımsız olan değişkenlerin bağımlı değişkene etkisi Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizi %95 güven aralığında ($p=0,05$) dır.

Tablo 2. Katılımcıların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Kolmogorov Smirnov Testi Sonuçları ve Çarpıklık – Basıklık Değerleri

	Kolmogorov Smirnov		Çarpıklık	Basıklık
	İstatistik	p		
Bilgi Odaklı RSOY	0,267	<0,001	-1,675	2,507
İnanç Odaklı RSOY	0,149	<0,001	-0,597	-0,639
Kaynak Odaklı RSOY	0,229	<0,001	-0,832	-0,417
RSOY Toplam	0,128	<0,001	-0,772	-0,063

3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada ulaşılabilen hedef kitle ağırlıklı olarak İzmir ilinde yaşamaktadır. Diğer illerde yaşayan bireylere yüksek oranda ulaşılamamıştır.

3.9.Etik Kurul Onayı

Araştırmada kullanılan ölçekler ile ilgili Saniye Balcı (Göktaş)’dan e-posta aracılığıyla izin alınmıştır (Ek-4).

Araştırmanın uygulanmasına, Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’ndan onay alınmıştır. Etik Kurul Onay Tarihi: 25.10.2023, Karar No:2023/34-23, Protokol No: 7907-GOA ile etik kurul onayı alınmıştır (Ek-5).

4. BULGULAR

Katılımcıların demografik özellikleri gösterilmiştir (Tablo 3). Elde edilen sonuçlara göre; katılımcıların %11,7'sinin 18 – 25, %39,1'inin 26 – 35, %26,4'ünün 36 – 45, %22,8'inin 45 üstü yaş grubunda yer aldığı belirlenmiştir. Katılımcıların %39,3'ünün erkek, %60,7'sinin kadın olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %42,8'inin bekar, %57,2'sinin evli olduğu saptanmıştır. Katılımcıların eğitim düzeyinin %6,9'unda okur – yazar / ilkökul, %8'inde ortaokul, %14,5'inde lise, %52,4'ünde üniversite ve %18,2'sinde üniversite üstü olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %6,9'unun çok iyi, %39,1'inin iyi, %46,2'sinin orta ve %7,8'inin kötü gelir düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Demografik Özellikleri

	n	%
Yaş		
18 – 25	66	11,7
26 – 35	221	39,1
36 – 45	149	26,4
45 Üstü	129	22,8
Cinsiyet		
Erkek	222	39,3
Kadın	343	60,7
Medeni Durum		
Bekar	242	42,8
Evli	323	57,2
Eğitim Durumu		
Okur-Yazar ve İlkokul	39	6,9
Ortaokul	45	8,0
Lise	82	14,5
Üniversite	296	52,4
Üniversite Üstü	103	18,2
Gelir Durumu		
Çok İyi	39	6,9
İyi	221	39,1
Orta	261	46,2
Kötü	44	7,8
Ruh Sağlığı Problemlerinin Nedeni		
Stres	530	93,8
Düşünme ile ilgili sorunlar	451	79,8
Genetik	368	65,1
Dini inançlar	236	41,8
Ekonomik Kaygı	2	0,4
Toplumsal Olaylar	5	0,9
Yaş	4	0,7
Evlilik	3	0,5
İş Ortamı Sorunları	5	0,9
Ailevi Sorunlar	6	1,1
Hastalıklar	3	0,5
Travma	6	1,1
Diğer	6	1,1
Toplam	565	100

Ruh sağığı problemleri nedeni olarak katılımcıların %93,8'inin "Stres", %79,8'inin "Düşünme ile ilgili sorunlar", %65,1'inin "Genetik", %41,8'inin "Dini inançlar", %0,4'ünün "Ekonomik Kaygı", %0,9'unun "Toplumsal Olaylar", %0,7'sinin "Yas", %0,5'inin "Evlilik", %0,9'unun "İş Ortamı Sorunları", %1,1'inin "Ailevi Sorunlar", %0,5'inin "Hastalıklar", %1,1'inin "Travma" ve %1,1'inin "Diğer nedenler" olarak belirttiğı belirlenmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların Ruh Sağığı ile İlgili Düşüncelerine İlişkin Sonuçlar

	n	%
Birgün ruh sağığı problemi yaşayabileceğini düşünme		
Evet	489	86,5
Hayır	73	12,9
Ruh sağığı ile ilgili problem yaşayan bireylerin iş hayatında aktif şekilde çalışabileceğini düşünme		
Evet	331	58,6
Hayır	232	41,1
Ruh sağığı problemi olan bireylerin toplum tarafından dışlanacağını düşünme		
Evet	374	66,2
Hayır	189	33,5
Ruh sağığı ile ilgili bir hastalığın olması durumunda bunu başkasına söyleme		
Evet	407	72,0
Hayır	157	27,8
Ruh sağığı ile ilgili hastalıkların kişisel zayıflığı işaret ettiğini düşünme		
Evet	113	20,0
Hayır	449	79,5
Ruh sağığı ile ilgili hastalıkların gerçek bir tıbbi hastalık olduğunu düşünme		
Evet	519	91,9
Hayır	46	8,1
Ruh sağığı ile ilgili hastalığı olan insanların tehlikeli olduğunu düşünme		
Evet	187	33,1
Hayır	376	66,5
Bir akşam yemeğini ruh sağığı hastalığı olan bir kişi ile geçirme konusunda istekli olma		
Evet	354	62,7
Hayır	209	37,0
Toplam	565	100

Araştırmada yer alan katılımcıların ruh sağığı ile ilgili düşüncelerine ilişkin sonuçlar değerlendirilmiştir (Tablo 4). Elde edilen sonuçlara göre; katılımcıların %86,5'inin bir gün ruh sağığı problemi yaşayabileceğini düşündüğü, %58,6'sının ruh sağığı ile ilgili problem yaşayan bireylerin iş hayatında aktif şekilde çalışabileceğini düşündüğü, %66,2'sinin ruh sağığı problemi olan bireylerin toplum tarafından dışlandığını düşündüğü, %72'sinin ruh sağığı ile ilgili bir hastalık olması durumunda bunu başkasına söyleyebileceğı, %20'sinin ruh sağığı ile

ilgili hastalıkların kişisel zayıflığı işaret ettiğini düşündüğü, %91,9'unun ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların gerçek bir tıbbi hastalık olduğunu düşündüğü, %33,1'inin ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan insanların tehlikeli olduğunu düşündüğü ve %62,7'sinin bir akşam yemeğini ruh sağlığı hastalığı olan bir kişi ile geçirme konusunda istekli olabileceği saptanmıştır.

Tablo 5. Katılımcıların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Skorları

	Ortalama ($\bar{X}$) $\pm$ SS	Medyan (M) (Min - Max)
Bilgi Odaklı RSOY	8,66 $\pm$ 1,90	10,0 (1 - 10)
İnanç Odaklı RSOY	5,44 $\pm$ 2,31	6,0 (0 - 8)
Kaynak Odaklı RSOY	2,82 $\pm$ 1,26	3,0 (0 - 4)
RSOY Toplam	16,91 $\pm$ 4,39	18,0 (2 - 22)

RSOY: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı

Katılımcıların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorları değerlendirilmiştir (Tablo 5). Katılımcıların Bilgi Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması 8,66 $\pm$ 1,90, İnanç Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması 5,44 $\pm$ 2,31 ve Kaynak Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması 2,82 $\pm$ 1,26 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nden aldıkları skorların ortalaması 16,91 $\pm$ 4,39 olarak saptanmıştır.

Tablo 6. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Skorları

	Bilgi Odaklı RSOY		İnanç Odaklı RSOY		Kaynak Odaklı RSOY		RSOY Toplam	
	$\bar{X} \pm SS$	M (Min - Ma $\bar{X}$)	$\bar{X} \pm SS$	M (Min - Ma $\bar{X}$)	$\bar{X} \pm SS$	M (Min - Ma $\bar{X}$)	$\bar{X} \pm SS$	M (Min - Ma $\bar{X}$)
Yaş								
18 - 25 (1)	8,33 ± 1,89	9,0 (2 - 10)	4,88 ± 2,41	5,0 (0 - 8)	2,55 ± 1,33	3,0 (0 - 4)	15,76 ± 4,35	16,0 (5 - 22)
26 - 35 (2)	8,91 ± 1,71	10,0 (1 - 10)	5,65 ± 2,26	6,0 (0 - 8)	2,84 ± 1,22	3,0 (0 - 4)	17,39 ± 4,09	18,0 (6 - 22)
36 - 45 (3)	8,77 ± 1,93	10,0 (1 - 10)	5,71 ± 2,32	6,0 (0 - 8)	2,83 ± 1,23	3,0 (0 - 4)	17,31 ± 4,55	18,0 (2 - 22)
45 Üstü (4)	8,26 ± 2,08	9,0 (2 - 10)	5,05 ± 2,28	5,0 (0 - 8)	2,90 ± 1,33	3,0 (0 - 4)	16,21 ± 4,59	17,0 (3 - 22)
F	4,025		3,872		1,230		3,969	
p	0,008*		0,009*		0,298		0,008*	
Fark^a	2>4		1<3		-		1<2	
Cinsiyet								
Erkek	8,29 ± 2,17	9,0 (1 - 10)	4,99 ± 2,44	5,0 (0 - 8)	2,63 ± 1,38	3,0 (0 - 4)	15,91 ± 4,84	16,5 (3 - 22)
Kadın	8,89 ± 1,66	10,0 (1 - 10)	5,73 ± 2,19	6,0 (0 - 8)	2,94 ± 1,16	3,0 (0 - 4)	17,55 ± 3,95	18,0 (2 - 22)
t	-3,510		-3,646		-2,726		-4,216	
p	<0,001**		<0,001**		0,007*		<0,001**	
Medeni Durum								
Bekar	8,69 ± 1,79	9,0 (1 - 10)	5,26 ± 2,32	6,0 (0 - 8)	2,74 ± 1,27	3,0 (0 - 4)	16,69 ± 4,18	17,0 (5 - 22)
Evli	8,63 ± 1,98	10,0 (1 - 10)	5,57 ± 2,31	6,0 (0 - 8)	2,87 ± 1,25	3,0 (0 - 4)	17,08 ± 4,55	18,0 (2 - 22)
t	0,318		-1,575		-1,245		-1,048	
p	0,751		0,116		0,214		0,295	
Eğitim Durumu								
Okur-Yazar ve İlkokul (1)	7,13 ± 2,13	7,0 (2 - 10)	3,26 ± 2,58	3,0 (0 - 8)	1,49 ± 1,34	1,0 (0 - 4)	11,87 ± 4,90	11,0 (2 - 22)
Ortaokul (2)	8,47 ± 2,05	9,0 (1 - 10)	3,58 ± 2,06	4,0 (0 - 8)	1,84 ± 1,26	2,0 (0 - 4)	13,89 ± 3,71	14,0 (4 - 21)
Lise (3)	8,00 ± 2,12	9,0 (1 - 10)	4,01 ± 2,10	4,0 (0 - 8)	2,52 ± 1,30	3,0 (0 - 4)	14,54 ± 3,83	15,0 (5 - 21)
Üniversite (4)	8,95 ± 1,69	10,0 (1 - 10)	6,18 ± 1,93	7,0 (0 - 8)	3,04 ± 1,09	3,0 (0 - 4)	18,17 ± 3,70	19,0 (3 - 22)
Üniversite Üstü (5)	9,01 ± 1,71	10,0 (2 - 10)	6,08 ± 2,00	7,0 (1 - 8)	3,32 ± 1,05	4,0 (0 - 4)	18,41 ± 3,95	19,0 (7 - 22)
F	12,461		43,303		30,375		43,074	
p	<0,001**		<0,001**		<0,001**		<0,001**	
Fark^a	1<2, 1<4, 1<5, 3<4, 3<5		1<4, 1<5, 2<4, 2<5, 3<4, 3<5		1<3, 1<4, 1<5, 2<3, 2<4, 2<5, 3<4, 3<5		1<3, 1<4, 1<5, 2<4, 2<5, 3<4, 3<5	
Gelir Durumu								
Çok İyi (1)	9,67 ± 1,24	10,0 (3 - 10)	7,28 ± 1,47	8,0 (3 - 8)	3,74 ± 0,64	4,0 (1 - 4)	20,69 ± 2,89	22,0 (7 - 22)
İyi (2)	8,94 ± 1,72	10,0 (1 - 10)	6,05 ± 2,07	7,0 (0 - 8)	3,15 ± 1,04	3,0 (0 - 4)	18,14 ± 3,84	19,0 (4 - 22)
Orta (3)	8,55 ± 1,80	9,0 (2 - 10)	5,05 ± 2,22	5,0 (0 - 8)	2,61 ± 1,28	3,0 (0 - 4)	16,20 ± 4,05	16,0 (3 - 22)
Kötü (4)	6,98 ± 2,62	7,5 (1 - 10)	3,07 ± 2,20	3,0 (0 - 8)	1,55 ± 1,34	2,0 (0 - 4)	11,59 ± 4,32	12,0 (2 - 20)
F	18,761		37,266		34,679		49,102	
p	<0,001**		<0,001**		<0,001**		<0,001**	
Fark^a	1>3, 1>4, 2>4, 3>4		1>2, 1>3, 1>4, 2>3, 2>4, 3>4		1>2, 1>3, 1>4, 2>3, 2>4, 3>4		1>2, 1>3, 1>4, 2>3, 2>4, 3>4	

t: Bağımsız Örneklem t Testi, F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), a: Bonferroni Posthoc Testi, * $p < 0,05$, ** $p < 0,001$, RSOY: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı

Katılımcıların demografik özelliklerine göre Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorları değerlendirilmiştir (Tablo 6). Edinilen sonuçlara göre; katılımcıların Bilgi Odaklı RSOY alt boyuttan aldıkları skorların ortalaması 18 – 25 yaş grubunda yer alanlarda $8,33 \pm 1,89$, 26 – 35 yaş grubunda yer alanlarda $8,91 \pm 1,71$, 36 – 45 yaş grubunda yer alanlarda $8,77 \pm 1,93$ ve 45 üstü yaş grubunda yer alanlarda $8,26 \pm 2,08$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların yaşlarına göre Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=4,025$; $p<0,05$). Uygulanan posthoc sonuçlarına göre; 26 – 35 yaş grubundaki bireylerin Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının diğer yaş grubundakilere göre daha yüksektir.

Katılımcıların İnanç Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması 18 – 25 yaş grubunda yer alanlarda $4,88 \pm 2,41$, 26 – 35 yaş grubunda yer alanlarda $5,65 \pm 2,26$, 36 – 45 yaş grubunda yer alanlarda $5,71 \pm 2,32$ ve 45 üstü yaş grubunda yer alanlarda $5,05 \pm 2,28$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların yaşlarına göre İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($F=3,872$; $p<0,05$). Uygulanan posthoc test sonuçlarına göre; 18 – 25 yaş grubunda yer alanların İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının 36 – 45 yaş grubundakilere göre daha düşüktür.

Katılımcıların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nden aldıkları skorların ortalaması 18 – 25 yaş grubunda yer alanlarda $15,76 \pm 4,35$, 26 – 35 yaş grubunda yer alanlarda $17,39 \pm 4,09$, 36 – 45 yaş grubunda yer alanlarda $17,31 \pm 4,55$ ve 45 üstü yaş grubunda yer alanlarda $16,21 \pm 4,59$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların yaşlarına göre Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=3,969$; $p<0,05$). Uygulanan posthoc test sonuçlarına göre; 18 – 26 yaş grubunda yer alanların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorlarının 26 – 35 yaş grubunda yer alanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların Bilgi Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması erkeklerde $8,29 \pm 2,17$, kadınlarda $8,89 \pm 1,66$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların cinsiyetlerine göre Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-3,510$; $p<0,001$). Erkeklerin Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının kadınlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların İnanç Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması erkeklerde $4,99 \pm 2,44$, kadınlarda $5,73 \pm 2,19$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların cinsiyetlerine göre İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı

fark bulunmuştur ($t=-3,646$; $p<0,001$). Erkeklerin İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının kadınlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların Kaynak Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması erkeklerde $2,63 \pm 1,38$, kadınlarda $2,94 \pm 1,16$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların cinsiyetlerine göre Kaynak Odaklı RSOY alt boyutu skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-2,276$; $p<0,05$). Erkeklerin Kaynak Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının kadınlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nden aldıkları skorların ortalaması erkeklerde $15,91 \pm 4,84$, kadınlarda $17,55 \pm 3,95$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların cinsiyetlerine göre Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-4,216$; $p<0,001$). Erkeklerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorlarının kadınlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların Bilgi Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması eğitim düzeyi okur-yazar/ilkokul olanlarda $7,13 \pm 2,13$, ortaokul olanlarda $8,47 \pm 2,05$, lise olanlarda $8,00 \pm 2,12$, üniversite olanlarda $8,95 \pm 1,69$ ve üniversite üstü olanlarda $9,01 \pm 1,71$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların eğitim düzeyine göre Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=12,461$; $p<0,001$). Uygulanan posthoc test sonuçlarına göre; okur-yazar/ilkokul eğitim düzeyine sahip olanların Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının lise, üniversite ve üniversite üstü eğitim düzeyine sahip olanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Lise eğitim düzeyine sahip olanların Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının üniversite ve üniversite üstü eğitim düzeyine sahip olanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların İnanç Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması eğitim düzeyi okur-yazar/ilkokul olanlarda $3,26 \pm 2,58$, ortaokul olanlarda $3,58 \pm 2,06$, lise olanlarda $4,01 \pm 2,10$, üniversite olanlarda $6,18 \pm 1,93$ ve üniversite üstü olanlarda $6,08 \pm 2,00$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların eğitim düzeyine göre İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=43,303$; $p<0,001$). Uygulanan posthoc test sonuçlarına göre; okur-yazar/ilkokul, ortaokul ve lise eğitim düzeyine sahip olanların İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının üniversite ve üniversite üstü eğitim düzeyine sahip olanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların Kaynak Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması eğitim düzeyi okur-yazar/ilkokul olanlarda $1,49 \pm 1,34$, ortaokul olanlarda $1,84 \pm 1,26$, lise olanlarda $2,52 \pm 1,30$, üniversite olanlarda $3,04 \pm 1,09$ ve üniversite üstü olanlarda $3,32 \pm 1,05$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların eğitim düzeyine göre Kaynak Odaklı RSOY alt boyutu skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=30,375$; $p<0,001$). Uygulanan posthoc test sonuçlarına göre; okur-yazar/ilkokul ve ortaokul eğitim düzeyine sahip olanların Kaynak Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının lise, üniversite ve üniversite üstü eğitim düzeyine sahip olanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Lise eğitim düzeyine sahip olanların Kaynak Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının üniversite ve üniversite üstü eğitim düzeyine sahip olanlara göre daha düşük saptanmıştır.

Katılımcıların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nden aldıkları skorların ortalaması eğitim düzeyi okur-yazar/ilkokul olanlarda $11,87 \pm 4,90$, ortaokul olanlarda $13,89 \pm 3,71$, lise olanlarda $14,54 \pm 3,83$, üniversite olanlarda $18,17 \pm 3,70$ ve üniversite üstü olanlarda $18,41 \pm 3,95$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların eğitim düzeyine göre Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=43,074$; $p<0,001$). Uygulanan posthoc test sonuçlarına göre; okur-yazar/ilkokul eğitim düzeyine sahip olanların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorlarının lise, üniversite ve üniversite üstü eğitim düzeyine sahip olanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Ortaokul ve lise eğitim düzeyine sahip olanların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorlarının üniversite ve üniversite üstü eğitim düzeyine sahip olanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların Bilgi Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması gelir düzeyi çok iyi olanlarda $9,67 \pm 1,24$, iyi olanlarda $8,94 \pm 1,72$, orta olanlarda $8,55 \pm 1,80$ ve kötü olanlarda $6,98 \pm 2,62$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların gelir durumuna göre Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=18,761$; $p<0,001$). Uygulanan posthoc test sonuçlarına göre; çok iyi ve iyi gelir düzeyine sahip olanların Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının orta ve kötü gelir düzeyine sahip olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların İnanç Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması gelir düzeyi çok iyi olanlarda $7,28 \pm 1,47$, iyi olanlarda $6,05 \pm 2,07$, orta olanlarda $5,05 \pm 2,22$ ve kötü olanlarda $3,07 \pm 2,20$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların gelir durumuna göre İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=37,266$; $p<0,001$). Uygulanan posthoc test sonuçlarına göre; çok iyi gelir düzeyine sahip

olanların İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının iyi, orta ve kötü gelir düzeyine sahip olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. İyi gelir düzeyine sahip olanların İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının orta ve kötü gelir düzeyine sahip olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Orta gelir düzeyine sahip olanların İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının kötü gelir düzeyine sahip olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların Kaynak Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması gelir düzeyi çok iyi olanlarda $3,74 \pm 0,64$, iyi olanlarda $3,15 \pm 1,04$, orta olanlarda $2,61 \pm 1,28$ ve kötü olanlarda $1,55 \pm 1,34$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların gelir durumuna göre Kaynak Odaklı RSOY alt boyutu skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=34,679$; $p<0,001$). Uygulanan posthoc test sonuçlarına göre; çok iyi gelir düzeyine sahip olanların Kaynak Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının iyi, orta ve kötü gelir düzeyine sahip olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. İyi gelir düzeyine sahip olanların Kaynak Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının orta ve kötü gelir düzeyine sahip olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Orta gelir düzeyine sahip olanların Kaynak Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının kötü gelir düzeyine sahip olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nden aldıkları skorların ortalaması gelir düzeyi çok iyi olanlarda $20,69 \pm 2,89$, iyi olanlarda $18,14 \pm 3,84$, orta olanlarda $16,20 \pm 4,05$ ve kötü olanlarda $11,59 \pm 4,32$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların gelir durumuna göre Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F=49,679$; $p<0,001$). Uygulanan posthoc test sonuçlarına göre; çok iyi gelir düzeyine sahip olanların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorlarının iyi, orta ve kötü gelir düzeyine sahip olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İyi gelir düzeyine sahip olanların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorlarının orta ve kötü gelir düzeyine sahip olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Orta gelir düzeyine sahip olanların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorlarının kötü gelir düzeyine sahip olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların Bildirdikleri Ruh Sağlığı Problemlerinin Nedenlerine Göre Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Skorları

Ruh Sağlığı Problemlerinin Nedeni	Bilgi Odaklı RSOY		İnanç Odaklı RSOY		Kaynak Odaklı RSOY		RSOY Toplam	
	$\bar{X} \pm SS$	M (Min - MaX)	$\bar{X} \pm SS$	M (Min - MaX)	$\bar{X} \pm SS$	M (Min - MaX)	$\bar{X} \pm SS$	M (Min - MaX)
Stres								
Evet	8,77 ± 1,78	10,0 (1 - 10)	5,55 ± 2,27	6,0 (0 - 8)	2,88 ± 1,22	3,0 (0 - 4)	17,20 ± 4,20	18,0 (3 - 22)
Hayır	7,00 ± 2,68	8,0 (1 - 10)	3,74 ± 2,34	4,0 (0 - 8)	1,83 ± 1,47	1,0 (0 - 4)	12,57 ± 5,05	13,0 (2 - 21)
T	-3,844		-4,552		-4,156		-6,229	
P	<0,001**		<0,001**		<0,001**		<0,001**	
Düşünme ile ilgili sorunlar								
Evet	8,85 ± 1,77	10,0 (1 - 10)	5,67 ± 2,30	6,0 (0 - 8)	2,85 ± 1,23	3,0 (0 - 4)	17,36 ± 4,27	18,0 (3 - 22)
Hayır	7,90 ± 2,19	9,0 (1 - 10)	4,52 ± 2,12	5,0 (0 - 8)	2,69 ± 1,39	3,0 (0 - 4)	15,11 ± 4,45	16,0 (2 - 22)
T	-4,269		-4,845		-1,082		-4,985	
P	<0,001**		<0,001**		0,281		<0,001**	
Genetik								
Evet	9,04 ± 1,69	10,0 (1 - 10)	5,98 ± 2,27	7,0 (0 - 8)	2,94 ± 1,19	3,0 (0 - 4)	17,96 ± 4,21	19,0 (2 - 22)
Hayır	7,94 ± 2,05	8,0 (1 - 10)	4,42 ± 2,04	5,0 (0 - 8)	2,59 ± 1,35	3,0 (0 - 4)	14,95 ± 4,05	16,0 (3 - 22)
T	-6,464		-8,322		-3,042		-8,202	
P	<0,001**		<0,001**		0,003*		<0,001**	
Dini inançlar								
Evet	9,16 ± 1,61	10,0 (1 - 10)	6,32 ± 2,19	7,0 (0 - 8)	3,03 ± 1,11	3,0 (0 - 4)	18,50 ± 4,09	21,0 (4 - 22)
Hayır	8,29 ± 2,00	9,0 (1 - 10)	4,81 ± 2,19	5,0 (0 - 8)	2,67 ± 1,34	3,0 (0 - 4)	15,77 ± 4,25	16,0 (2 - 22)
T	-5,692		-8,091		-3,477		-7,670	
P	<0,001**		<0,001**		<0,001**		<0,001**	
Ekonomik Kaygı								
Evet	8,50 ± 2,12	8,5 (7 - 10)	5,00 ± 4,24	5,0 (2 - 8)	3,00 ± 1,41	3,0 (2 - 4)	16,50 ± 7,78	16,5 (11 - 22)
Hayır	8,66 ± 1,90	10,0 (1 - 10)	5,44 ± 2,31	6,0 (0 - 8)	2,82 ± 1,26	3,0 (0 - 4)	16,91 ± 4,39	18,0 (2 - 22)
Z	-0,231		-0,084		-0,145		-0,083	
P	0,817		0,933		0,884		0,934	
Toplumsal Olaylar								
Evet	7,80 ± 2,39	9,0 (4 - 10)	5,20 ± 1,48	5,0 (3 - 7)	3,20 ± 1,30	4,0 (1 - 4)	16,20 ± 4,82	18,0 (8 - 20)
Hayır	8,66 ± 1,89	10,0 (1 - 10)	5,44 ± 2,32	6,0 (0 - 8)	2,81 ± 1,26	3,0 (0 - 4)	16,92 ± 4,40	18,0 (2 - 22)
Z	-1,202		-0,539		-0,810		-0,433	
P	0,229		0,590		0,418		0,665	
Yas								
Evet	10,00 ± 0,00	10,0 (10 - 10)	8,00 ± 0,00	8,0 (8 - 8)	3,50 ± 0,58	3,5 (3 - 4)	21,50 ± 0,58	21,5 (21 - 22)
Hayır	8,65 ± 1,90	10,0 (1 - 10)	5,42 ± 2,31	6,0 (0 - 8)	2,81 ± 1,26	3,0 (0 - 4)	16,88 ± 4,39	18,0 (2 - 22)
Z	-1,846		-2,548		-0,975		-2,428	
P	0,065		0,011*		0,329		0,015*	
Evlilik								
Evet	9,67 ± 0,58	10,0 (9 - 10)	6,67 ± 2,31	8,0 (4 - 8)	3,67 ± 0,58	4,0 (3 - 4)	20,00 ± 2,00	20,0 (18 - 22)
Hayır	8,65 ± 1,90	10,0 (1 - 10)	5,43 ± 2,31	6,0 (0 - 8)	2,81 ± 1,26	3,0 (0 - 4)	16,89 ± 4,40	18,0 (2 - 22)
Z	-0,880		-1,000		-1,196		-1,242	
P	0,379		0,318		0,232		0,214	
İş Ortamı Sorunları								
Evet	9,40 ± 0,55	9,0 (9 - 10)	6,00 ± 2,12	6,0 (3 - 8)	3,60 ± 0,55	4,0 (3 - 4)	19,00 ± 2,00	18,0 (17 - 22)
Hayır	8,65 ± 1,90	10,0 (1 - 10)	5,43 ± 2,32	6,0 (0 - 8)	2,81 ± 1,26	3,0 (0 - 4)	16,89 ± 4,41	18,0 (2 - 22)
Z	-0,395		-0,507		-1,364		-0,908	
P	0,693		0,612		0,172		0,364	

Tablo 7. Katılımcıların Bildirdikleri Ruh Sağlığı Problemlerinin Nedenlerine Göre Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Skorları Devamı

Ailevi Sorunlar								
Evet	8,83 ± 1,94	9,5 (5 - 10)	6,17 ± 1,17	6,0 (5 - 8)	2,83 ± 1,60	3,5 (0 - 4)	17,83 ± 4,12	18,5 (10 - 22)
Hayır	8,65 ± 1,90	10,0 (1 - 10)	5,43 ± 2,32	6,0 (0 - 8)	2,82 ± 1,26	3,0 (0 - 4)	16,90 ± 4,40	18,0 (2 - 22)
Z	-0,212		-0,550		-0,241		-0,462	
p	0,832		0,582		0,810		0,644	
Hastalıklar								
Evet	9,67 ± 0,58	10,0 (9 - 10)	7,33 ± 1,16	8,0 (6 - 8)	3,67 ± 0,58	4,0 (3 - 4)	20,67 ± 1,53	21,0 (19 - 22)
Hayır	8,65 ± 1,90	10,0 (1 - 10)	5,43 ± 2,31	6,0 (0 - 8)	2,81 ± 1,26	3,0 (0 - 4)	16,89 ± 4,40	18,0 (2 - 22)
Z	-0,880		-1,534		-1,196		-1,618	
p	0,379		0,125		0,232		0,106	
Travma								
Evet	9,00 ± 1,67	10,0 (6 - 10)	6,17 ± 0,98	6,5 (5 - 7)	2,50 ± 1,23	3,0 (1 - 4)	17,67 ± 3,14	18,0 (13 - 21)
Hayır	8,65 ± 1,90	10,0 (1 - 10)	5,43 ± 2,32	6,0 (0 - 8)	2,82 ± 1,26	3,0 (0 - 4)	16,90 ± 4,41	18,0 (2 - 22)
Z	-0,553		-0,451		-0,815		-0,093	
p	0,580		0,652		0,415		0,926	

t:Bağımsız Örneklem t Testi, Z:Mann Whitney U Testi, *p<0,05, **p<0,001, RSOY: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı

Katılımcıların bildirdikleri ruh sağlığı problemi nedenlerine göre Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorları değerlendirilmiştir (Tablo 7). Katılımcıların Bilgi Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması stresi ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirenlerde $8,77 \pm 1,78$, ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmeyenlerde $7,00 \pm 2,68$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların stresi ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirme durumlarına göre Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-3,844$; $p<0,001$). Stresi ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirenlerin Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının stresi ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmeyenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların İnanç Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması stresi ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirenlerde $5,55 \pm 2,27$, ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmeyenlerde $3,74 \pm 2,34$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların stresi ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirme durumlarına göre İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-4,552$; $p<0,001$). Stresi ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirenlerin İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının stresi ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmeyenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların Kaynak Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması stresi ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirenlerde $2,88 \pm 1,22$, ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmeyenlerde $1,83 \pm 1,47$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların stresi ruh sağlığı problemi

nedeni olarak bildirme durumlarına göre Kaynak Odaklı RSOY alt boyutu skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-4,156$; $p<0,001$). Stresi ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirenlerin Kaynak Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının stresi ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmeyenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nden aldıkları skorların ortalaması stresi ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirenlerde $17,20 \pm 4,20$, ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmeyenlerde $12,57 \pm 5,05$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların stresi ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirme durumlarına göre Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-6,229$; $p<0,001$). Stresi ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirenlerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorlarının stresi ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmeyenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların Bilgi Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması düşünme ile ilgili sorunları ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirenlerde $8,85 \pm 1,77$, ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmeyenlerde $7,90 \pm 2,19$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların düşünme ile ilgili sorunları ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirme durumlarına göre Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-4,269$; $p<0,001$). Düşünme ile ilgili sorunları ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirenlerin Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının düşünme ile ilgili sorunları ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmeyenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların İnanç Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması düşünme ile ilgili sorunları ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirenlerde $5,67 \pm 2,30$, ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmeyenlerde $4,52 \pm 2,12$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların düşünme ile ilgili sorunları ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirme durumlarına göre İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-4,845$; $p<0,001$). Düşünme ile ilgili sorunları ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirenlerin İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının düşünme ile ilgili sorunları ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmeyenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nden aldıkları skorların ortalaması düşünme ile ilgili sorunları ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirenlerde $17,36 \pm 4,27$, ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmeyenlerde $15,11 \pm 4,45$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların düşünme ile ilgili sorunları ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirme

durumlarına göre Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-4,985$; $p<0,001$). Düşünme ile ilgili sorunları ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirenlerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorlarının düşünme ile ilgili sorunları ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmeyenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların Bilgi Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması genetiği ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirenlerde $9,04 \pm 1,69$, ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmeyenlerde $7,94 \pm 2,05$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların genetiği ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirme durumlarına göre Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-6,464$; $p<0,001$). Genetiği ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirenlerin Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının genetiği ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmeyenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların İnanç Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması genetiği ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirenlerde $5,98 \pm 2,27$, ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmeyenlerde $4,42 \pm 2,04$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların genetiği ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirme durumlarına göre İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-8,322$; $p<0,001$). Genetiği ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirenlerin İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının genetiği ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmeyenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların Kaynak Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması genetiği ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirenlerde $2,94 \pm 1,19$, ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmeyenlerde $2,59 \pm 1,35$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların genetiği ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirme durumlarına göre Kaynak Odaklı RSOY alt boyutu skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-3,042$; $p<0,05$). Genetiği ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirenlerin Kaynak Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının genetiği ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmeyenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nden aldıkları skorların ortalaması genetiği ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirenlerde $17,96 \pm 4,21$, ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmeyenlerde $14,95 \pm 4,05$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların genetiği ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirme durumlarına göre Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-8,202$; $p<0,001$). Genetiği ruh

sağlığı problemi nedeni olarak bildirenlerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorlarının genetiği ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmeyenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların Bilgi Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması dini inançları ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirenlerde $9,16 \pm 1,61$, ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmeyenlerde $8,29 \pm 2,00$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların dini inançları ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirme durumlarına göre Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-5,692$; $p<0,001$). Dini inançları ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirenlerin Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının dini inançları ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmeyenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların İnanç Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması dini inançları ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirenlerde $6,32 \pm 2,19$, ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmeyenlerde $4,81 \pm 2,19$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların dini inançları ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirme durumlarına göre İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-8,091$; $p<0,001$). Dini inançları ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirenlerin İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının dini inançları ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmeyenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların Kaynak Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması dini inançları ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirenlerde $3,03 \pm 1,11$, ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmeyenlerde $2,67 \pm 1,34$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların dini inançları ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirme durumlarına göre Kaynak Odaklı RSOY alt boyutu skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-3,477$; $p<0,001$). Dini inançları ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirenlerin Kaynak Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının dini inançları ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmeyenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nden aldıkları skorların ortalaması dini inançları ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirenlerde $18,50 \pm 4,09$, ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmeyenlerde $15,77 \pm 4,25$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların dini inançları ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirme durumlarına göre Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği

skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-7,670$; $p<0,001$). Dini inançları ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirenlerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorlarının dini inançları ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmeyenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların İnanç Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların medyanı yas tutmayı ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirenlerde 8 (min:8, max:8), ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmeyenlerde 6 (min:0, max:8) olarak belirlenmiştir. Katılımcıların yas tutmayı ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirme durumlarına göre İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($Z=-2,548$; $p<0,05$). Yas tutmayı ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirenlerin İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının yas tutmayı ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmeyenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nden aldıkları skorların medyanı yas tutmayı ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirenlerde 21,5 (min:21, max:22), ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmeyenlerde 18 (min:2, max:22) olarak belirlenmiştir. Katılımcıların yas tutmayı ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirme durumlarına göre Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($Z=-2,428$; $p<0,05$). Yas tutmayı ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirenlerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorlarının yas tutmayı ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmeyenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların Ruh Sağlığı ile İlgili Düşüncelerine Göre Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Skorları

	Bilgi Odaklı RSOY		İnanç Odaklı RSOY		Kaynak Odaklı RSOY		RSOY Toplam	
	$\bar{X} \pm SS$	M (Min - Max)	$\bar{X} \pm SS$	M (Min - Max)	$\bar{X} \pm SS$	M (Min - Max)	$\bar{X} \pm SS$	M (Min - Max)
Birgün ruh sağlığı problemi yaşayabileceğini düşünme								
Evet	8,85 ± 1,69	10,0 (1 - 10)	5,61 ± 2,30	6,0 (0 - 8)	2,84 ± 1,25	3,0 (0 - 4)	17,30 ± 4,22	18,0 (3 - 22)
Hayır	7,33 ± 2,61	8,0 (1 - 10)	4,22 ± 2,08	4,0 (0 - 8)	2,68 ± 1,31	3,0 (0 - 4)	14,23 ± 4,67	15,0 (2 - 22)
t	-4,833		-4,895		-0,971		-5,719	
p	<0,001**		<0,001**		0,332		<0,001**	
Ruh sağlığı ile ilgili problem yaşayan bireylerin iş hayatında aktif şekilde çalışabileceğini düşünme								
Evet	9,14 ± 1,58	10,0 (1 - 10)	6,26 ± 2,03	7,0 (0 - 8)	3,19 ± 1,03	3,0 (0 - 4)	18,58 ± 3,66	20,0 (4 - 22)
Hayır	7,97 ± 2,09	8,0 (1 - 10)	4,25 ± 2,19	4,0 (0 - 8)	2,28 ± 1,37	2,0 (0 - 4)	14,49 ± 4,24	15,0 (2 - 22)
t	-7,217		-11,195		-8,583		-11,908	
p	<0,001**		<0,001**		<0,001**		<0,001**	
Ruh sağlığı problemi olan bireylerin toplum tarafından dışlanacağını düşünme								
Evet	8,30 ± 1,95	9,0 (1 - 10)	4,72 ± 2,19	5,0 (0 - 8)	2,54 ± 1,34	3,0 (0 - 4)	15,55 ± 4,13	16,0 (3 - 22)
Hayır	9,37 ± 1,57	10,0 (1 - 10)	6,85 ± 1,87	8,0 (0 - 8)	3,37 ± 0,88	4,0 (0 - 4)	19,58 ± 3,61	21,0 (2 - 22)
t	7,017		12,076		8,816		11,895	
p	<0,001**		<0,001**		<0,001**		<0,001**	
Ruh sağlığı ile ilgili bir hastalığın olması durumunda bunu başkasına söyleme								
Evet	9,02 ± 1,66	10,0 (1 - 10)	5,95 ± 2,19	7,0 (0 - 8)	3,10 ± 1,09	3,0 (0 - 4)	18,07 ± 3,95	19,0 (3 - 22)
Hayır	7,73 ± 2,14	8,0 (1 - 10)	4,13 ± 2,09	4,0 (0 - 8)	2,06 ± 1,37	2,0 (0 - 4)	13,93 ± 4,08	14,0 (2 - 21)
t	-6,773		-8,925		-8,521		-11,048	
p	<0,001**		<0,001**		<0,001**		<0,001**	
Ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların kişisel zayıflığı işaret ettiğini düşünme								
Evet	7,43 ± 2,37	8,0 (1 - 10)	3,77 ± 2,30	4,0 (0 - 8)	2,39 ± 1,32	3,0 (0 - 4)	13,59 ± 4,56	14,0 (2 - 22)
Hayır	8,96 ± 1,63	10,0 (1 - 10)	5,84 ± 2,12	6,0 (0 - 8)	2,92 ± 1,23	3,0 (0 - 4)	17,72 ± 3,94	19,0 (3 - 22)
t	6,470		9,112		3,842		9,616	
p	<0,001**		<0,001**		<0,001**		<0,001**	
Ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların gerçek bir tıbbi hastalık olduğunu düşünme								
Evet	8,82 ± 1,73	10,0 (1 - 10)	5,61 ± 2,24	6,0 (0 - 8)	2,84 ± 1,25	3,0 (0 - 4)	17,27 ± 4,15	18,0 (3 - 22)
Hayır	6,85 ± 2,66	7,0 (1 - 10)	3,48 ± 2,30	4,0 (0 - 8)	2,57 ± 1,39	3,0 (0 - 4)	12,89 ± 5,07	13,0 (2 - 22)
t	-4,933		-6,189		-1,284		-5,691	
p	<0,001**		<0,001**		0,205		<0,001**	

Tablo 8. Devamı**Ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan insanların tehlikeli olduğunu düşünme**

Evet	7,73 ± 2,14	8,0 (1 - 10)	4,25 ± 2,25	4,0 (0 - 8)	2,29 ± 1,39	2,0 (0 - 4)	14,27 ± 4,27	15,0 (2 - 22)
Hayır	9,11 ± 1,58	10,0 (1 - 10)	6,03 ± 2,11	7,0 (0 - 8)	3,08 ± 1,10	3,0 (0 - 4)	18,22 ± 3,85	19,0 (3 - 22)
	t	7,814		9,258		6,725		11,061
	p	<0,001**		<0,001**		<0,001**		<0,001**
Bir akşam yemeğini ruh sağlığı hastalığı olan bir kişi ile geçirme konusunda istekli olma								
Evet	9,17 ± 1,56	10,0 (1 - 10)	6,24 ± 2,02	7,0 (0 - 8)	3,17 ± 1,04	3,0 (0 - 4)	18,58 ± 3,64	20,0 (6 - 22)
Hayır	7,79 ± 2,10	8,0 (1 - 10)	4,08 ± 2,15	4,0 (0 - 8)	2,22 ± 1,38	2,0 (0 - 4)	14,10 ± 4,13	15,0 (2 - 22)
	t	-8,209		-11,979		-8,628		-12,994
	p	<0,001**		<0,001**		<0,001**		<0,001**

*t: Bağımsız Örneklem t Testi, **p<0,001, RSOY: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı*

Katılımcıların ruh sağlığı ile ilgili düşüncelerine göre Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorları değerlendirilmiştir (Tablo 8). Katılımcıların Bilgi Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması bir gün ruh sağlığı problemi yaşayabileceğini düşünenlerde 8,85 ± 1,69, bir gün ruh sağlığı problemi yaşayabileceğini düşünmeyenlerde 7,33 ± 2,61 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların bir gün ruh sağlığı problemi yaşayabileceğini düşünenler ile düşünmeyenler arasında Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($t=-4,833$; $p<0,001$). Bir gün ruh sağlığı problemi yaşayabileceğini düşünenlerin Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının bir gün ruh sağlığı problemi yaşayabileceğini düşünmeyenlere oranla çalıdağa yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların İnanç Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması bir gün ruh sağlığı problemi yaşayabileceğini düşünenlerde 5,61 ± 2,30, bir gün ruh sağlığı problemi yaşayabileceğini düşünmeyenlerde 4,22 ± 2,08 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların bir gün ruh sağlığı problemi yaşayabileceğini düşünenler ile düşünmeyenler arasında İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-4,895$; $p<0,001$). Bir gün ruh sağlığı problemi yaşayabileceğini düşünenlerin İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının bir gün ruh sağlığı problemi yaşayabileceğini düşünmeyenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nden aldıkları skorların ortalaması bir gün ruh sağlığı problemi yaşayabileceğini düşünenlerde 17,30 ± 4,22, bir gün ruh sağlığı problemi yaşayabileceğini düşünmeyenlerde 14,23 ± 4,67 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların bir gün ruh sağlığı problemi yaşayabileceğini düşünenler ile düşünmeyenler arasında Ruh

Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-5,719$; $p<0,001$). Bir gün ruh sağlığı problemi yaşayabileceğini düşünenlerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorlarının bir gün ruh sağlığı problemi yaşayabileceğini düşünmeyenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların Bilgi Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması ruh sağlığı ile ilgili problem yaşayan bireylerin iş hayatında aktif şekilde çalışabileceğini düşünenlerde $9,14 \pm 1,58$, ruh sağlığı ile ilgili problem yaşayan bireylerin iş hayatında aktif şekilde çalışabileceğini düşünmeyenlerde $7,97 \pm 2,09$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların ruh sağlığı ile ilgili problem yaşayan bireylerin iş hayatında aktif şekilde çalışabileceğini düşünenler ile düşünmeyenler arasında Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-7,217$; $p<0,001$). Ruh sağlığı ile ilgili problem yaşayan bireylerin iş hayatında aktif şekilde çalışabileceğini düşünenlerin Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının ruh sağlığı ile ilgili problem yaşayan bireylerin iş hayatında aktif şekilde çalışabileceğini düşünmeyenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların İnanç Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması ruh sağlığı ile ilgili problem yaşayan bireylerin iş hayatında aktif şekilde çalışabileceğini düşünenlerde $6,26 \pm 2,03$, ruh sağlığı ile ilgili problem yaşayan bireylerin iş hayatında aktif şekilde çalışabileceğini düşünmeyenlerde $4,25 \pm 2,19$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların ruh sağlığı ile ilgili problem yaşayan bireylerin iş hayatında aktif şekilde çalışabileceğini düşünenler ile düşünmeyenler arasında İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-11,195$; $p<0,001$). Ruh sağlığı ile ilgili problem yaşayan bireylerin iş hayatında aktif şekilde çalışabileceğini düşünenlerin İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının ruh sağlığı ile ilgili problem yaşayan bireylerin iş hayatında aktif şekilde çalışabileceğini düşünmeyenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların Kaynak Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması ruh sağlığı ile ilgili problem yaşayan bireylerin iş hayatında aktif şekilde çalışabileceğini düşünenlerde $3,19 \pm 1,03$, ruh sağlığı ile ilgili problem yaşayan bireylerin iş hayatında aktif şekilde çalışabileceğini düşünmeyenlerde $2,28 \pm 1,37$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların ruh sağlığı ile ilgili problem yaşayan bireylerin iş hayatında aktif şekilde çalışabileceğini düşünenler ile düşünmeyenler arasında Kaynak Odaklı RSOY alt boyutu skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-8,583$; $p<0,001$). Ruh sağlığı ile ilgili problem yaşayan bireylerin iş hayatında aktif şekilde çalışabileceğini düşünenlerin Kaynak Odaklı

RSOY alt boyutu skorlarının ruh sağılığı ile ilgili problem yaşıayan bireylerin iş hayatında aktif şekilde çalışabileceğini düşünmeyenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların Ruh Sağılığı Okuryazarlığı Ölçeği'nden aldıkları skorların ortalaması ruh sağılığı ile ilgili problem yaşıayan bireylerin iş hayatında aktif şekilde çalışabileceğini düşünenlerde $18,58 \pm 3,66$, ruh sağılığı ile ilgili problem yaşıayan bireylerin iş hayatında aktif şekilde çalışabileceğini düşünmeyenlerde $14,49 \pm 4,24$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların ruh sağılığı ile ilgili problem yaşıayan bireylerin iş hayatında aktif şekilde çalışabileceğini düşünenler ile düşünmeyenler arasında Ruh Sağılığı Okuryazarlığı Ölçeği skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-11,908$; $p<0,001$). Ruh sağılığı ile ilgili problem yaşıayan bireylerin iş hayatında aktif şekilde çalışabileceğini düşünenlerin Ruh Sağılığı Okuryazarlığı Ölçeği skorlarının ruh sağılığı ile ilgili problem yaşıayan bireylerin iş hayatında aktif şekilde çalışabileceğini düşünmeyenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların Bilgi Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması ruh sağılığı problemi olan bireylerin toplum tarafından dışlanacağını düşünenlerde $8,30 \pm 1,95$, ruh sağılığı problemi olan bireylerin toplum tarafından dışlanacağını düşünmeyenlerde $9,37 \pm 1,57$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların ruh sağılığı problemi olan bireylerin toplum tarafından dışlanacağını düşünenler ile düşünmeyenler arasında Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=7,017$; $p<0,001$). Ruh sağılığı problemi olan bireylerin toplum tarafından dışlanacağını düşünenlerin Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının ruh sağılığı problemi olan bireylerin toplum tarafından dışlanacağını düşünmeyenlere göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların İnanç Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması ruh sağılığı problemi olan bireylerin toplum tarafından dışlanacağını düşünenlerde $4,72 \pm 2,19$, ruh sağılığı problemi olan bireylerin toplum tarafından dışlanacağını düşünmeyenlerde $6,85 \pm 1,87$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların ruh sağılığı problemi olan bireylerin toplum tarafından dışlanacağını düşünenler ile düşünmeyenler arasında İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=12,076$; $p<0,001$). Ruh sağılığı problemi olan bireylerin toplum tarafından dışlanacağını düşünenlerin İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının ruh sağılığı problemi olan bireylerin toplum tarafından dışlanacağını düşünmeyenlere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların Kaynak Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması ruh sağlığı problemi olan bireylerin toplum tarafından dışlanacağını düşünenlerde $2,54 \pm 1,34$, ruh sağlığı problemi olan bireylerin toplum tarafından dışlanacağını düşünmeyenlerde $3,37 \pm 0,88$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların ruh sağlığı problemi olan bireylerin toplum tarafından dışlanacağını düşünenler ile düşünmeyenler arasında Kaynak Odaklı RSOY alt boyutu skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=8,816$; $p<0,001$). Ruh sağlığı problemi olan bireylerin toplum tarafından dışlanacağını düşünenlerin Kaynak Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının ruh sağlığı problemi olan bireylerin toplum tarafından dışlanacağını düşünmeyenlere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nden aldıkları skorların ortalaması ruh sağlığı problemi olan bireylerin toplum tarafından dışlanacağını düşünenlerde $15,55 \pm 4,13$, ruh sağlığı problemi olan bireylerin toplum tarafından dışlanacağını düşünmeyenlerde $19,58 \pm 3,61$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların ruh sağlığı problemi olan bireylerin toplum tarafından dışlanacağını düşünenler ile düşünmeyenler arasında Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=11,895$; $p<0,001$). Ruh sağlığı problemi olan bireylerin toplum tarafından dışlanacağını düşünenlerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorlarının ruh sağlığı problemi olan bireylerin toplum tarafından dışlanacağını düşünmeyenlere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların Bilgi Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması ruh sağlığı ile ilgili bir hastalığın olması durumunda bunu başkasına söyleyebileceğini düşünenlerde $9,02 \pm 1,66$, ruh sağlığı ile ilgili bir hastalığın olması durumunda bunu başkasına söyleyebileceğini düşünmeyenlerde $7,73 \pm 2,14$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların ruh sağlığı ile ilgili bir hastalığın olması durumunda bunu başkasına söyleyebileceğini düşünenler ile düşünmeyenler arasında Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-6,773$; $p<0,001$). Ruh sağlığı ile ilgili bir hastalığın olması durumunda bunu başkasına söyleyebileceğini düşünenlerin Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının ruh sağlığı ile ilgili bir hastalığın olması durumunda bunu başkasına söyleyebileceğini düşünmeyenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların İnanç Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması ruh sağlığı ile ilgili bir hastalığın olması durumunda bunu başkasına söyleyebileceğini düşünenlerde $5,95 \pm 2,19$, ruh sağlığı ile ilgili bir hastalığın olması durumunda bunu başkasına söyleyebileceğini düşünmeyenlerde $4,13 \pm 2,09$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların ruh sağlığı

ile ilgili bir hastalığın olması durumunda bunu başkasına söyleyebileceğini düşünenler ile düşünmeyenler arasında İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-8,825$; $p<0,001$). Ruh sağlığı ile ilgili bir hastalığın olması durumunda bunu başkasına söyleyebileceğini düşünenlerin İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının ruh sağlığı ile ilgili bir hastalığın olması durumunda bunu başkasına söyleyebileceğini düşünmeyenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların Kaynak Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması ruh sağlığı ile ilgili bir hastalığın olması durumunda bunu başkasına söyleyebileceğini düşünenlerde $3,10 \pm 1,09$, ruh sağlığı ile ilgili bir hastalığın olması durumunda bunu başkasına söyleyebileceğini düşünmeyenlerde $2,06 \pm 1,37$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların ruh sağlığı ile ilgili bir hastalığın olması durumunda bunu başkasına söyleyebileceğini düşünenler ile düşünmeyenler arasında Kaynak Odaklı RSOY alt boyutu skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-8,521$; $p<0,001$). Ruh sağlığı ile ilgili bir hastalığın olması durumunda bunu başkasına söyleyebileceğini düşünenlerin Kaynak Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının ruh sağlığı ile ilgili bir hastalığın olması durumunda bunu başkasına söyleyebileceğini düşünmeyenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nden aldıkları skorların ortalaması ruh sağlığı ile ilgili bir hastalığın olması durumunda bunu başkasına söyleyebileceğini düşünenlerde $18,07 \pm 3,95$, ruh sağlığı ile ilgili bir hastalığın olması durumunda bunu başkasına söyleyebileceğini düşünmeyenlerde $13,93 \pm 4,08$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların ruh sağlığı ile ilgili bir hastalığın olması durumunda bunu başkasına söyleyebileceğini düşünenler ile düşünmeyenler arasında Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-11,048$; $p<0,001$). Ruh sağlığı ile ilgili bir hastalığın olması durumunda bunu başkasına söyleyebileceğini düşünenlerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorlarının ruh sağlığı ile ilgili bir hastalığın olması durumunda bunu başkasına söyleyebileceğini düşünmeyenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların Bilgi Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların kişisel zayıflığı işaret ettiğini düşünenlerde $7,43 \pm 2,37$, ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların kişisel zayıflığı işaret ettiğini düşünmeyenlerde $8,96 \pm 1,63$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların kişisel zayıflığı işaret ettiğini düşünenler ile düşünmeyenler arasında Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=6,470$; $p<0,001$). Ruh sağlığı ile ilgili

hastalıkların kişisel zayıflığı işaret ettiğini düşünenlerin Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların kişisel zayıflığı işaret ettiğini düşünmeyenlere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların İnanç Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların kişisel zayıflığı işaret ettiğini düşünenlerde $3,77 \pm 2,30$, ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların kişisel zayıflığı işaret ettiğini düşünmeyenlerde $5,84 \pm 2,12$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların kişisel zayıflığı işaret ettiğini düşünenler ile düşünmeyenler arasında İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=9,112$; $p<0,001$). Ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların kişisel zayıflığı işaret ettiğini düşünenlerin İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların kişisel zayıflığı işaret ettiğini düşünmeyenlere göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların Kaynak Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların kişisel zayıflığı işaret ettiğini düşünenlerde $2,39 \pm 1,32$, ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların kişisel zayıflığı işaret ettiğini düşünmeyenlerde $2,92 \pm 1,23$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların kişisel zayıflığı işaret ettiğini düşünenler ile düşünmeyenler arasında Kaynak Odaklı RSOY alt boyutu skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=3,842$; $p<0,001$). Ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların kişisel zayıflığı işaret ettiğini düşünenlerin Kaynak Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların kişisel zayıflığı işaret ettiğini düşünmeyenlere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nden aldıkları skorların ortalaması ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların kişisel zayıflığı işaret ettiğini düşünenlerde $13,59 \pm 4,56$, ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların kişisel zayıflığı işaret ettiğini düşünmeyenlerde $17,72 \pm 3,94$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların kişisel zayıflığı işaret ettiğini düşünenler ile düşünmeyenler arasında Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=9,616$; $p<0,001$). Ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların kişisel zayıflığı işaret ettiğini düşünenlerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların kişisel zayıflığı işaret ettiğini düşünmeyenlere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların Bilgi Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların gerçek bir tıbbi hastalık olduğunu düşünenlerde $8,82 \pm 1,73$, ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların gerçek bir tıbbi hastalık olduğunu düşünmeyenlerde $6,85 \pm 2,66$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların gerçek bir tıbbi hastalık olduğunu düşünenler ile düşünmeyenler arasında Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-4,933$; $p<0,001$). Ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların gerçek bir tıbbi hastalık olduğunu düşünenlerin Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların gerçek bir tıbbi hastalık olduğunu düşünmeyenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların İnanç Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların gerçek bir tıbbi hastalık olduğunu düşünenlerde $5,61 \pm 2,24$, ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların gerçek bir tıbbi hastalık olduğunu düşünmeyenlerde $3,48 \pm 2,30$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların gerçek bir tıbbi hastalık olduğunu düşünenler ile düşünmeyenler arasında İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-6,189$; $p<0,001$). Ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların gerçek bir tıbbi hastalık olduğunu düşünenlerin İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların gerçek bir tıbbi hastalık olduğunu düşünmeyenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nden aldıkları skorların ortalaması ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların gerçek bir tıbbi hastalık olduğunu düşünenlerde $17,27 \pm 4,15$, ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların gerçek bir tıbbi hastalık olduğunu düşünmeyenlerde $12,89 \pm 5,07$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların gerçek bir tıbbi hastalık olduğunu düşünenler ile düşünmeyenler arasında Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-5,691$; $p<0,001$). Ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların gerçek bir tıbbi hastalık olduğunu düşünenlerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorlarının ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların gerçek bir tıbbi hastalık olduğunu düşünmeyenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların Bilgi Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan insanların tehlikeli olduğunu düşünenlerde $7,73 \pm 2,14$, ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan insanların tehlikeli olduğunu düşünmeyenlerde $9,11 \pm 1,58$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan insanların tehlikeli olduğunu düşünenler ile düşünmeyenler arasında Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorları açısından

istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=7,814$; $p<0,001$). Ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan insanların tehlikeli olduğunu düşünenlerin Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan insanların tehlikeli olduğunu düşünmeyenlere göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların İnanç Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan insanların tehlikeli olduğunu düşünenlerde $4,25 \pm 2,25$, ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan insanların tehlikeli olduğunu düşünmeyenlerde $6,03 \pm 2,11$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan insanların tehlikeli olduğunu düşünenler ile düşünmeyenler arasında İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=9,258$; $p<0,001$). Ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan insanların tehlikeli olduğunu düşünenlerin İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan insanların tehlikeli olduğunu düşünmeyenlere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların Kaynak Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan insanların tehlikeli olduğunu düşünenlerde $2,29 \pm 1,39$, ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan insanların tehlikeli olduğunu düşünmeyenlerde $3,08 \pm 1,10$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan insanların tehlikeli olduğunu düşünenler ile düşünmeyenler arasında Kaynak Odaklı RSOY alt boyutu skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=6,725$; $p<0,001$). Ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan insanların tehlikeli olduğunu düşünenlerin Kaynak Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan insanların tehlikeli olduğunu düşünmeyenlere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nden aldıkları skorların ortalaması ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan insanların tehlikeli olduğunu düşünenlerde $14,27 \pm 4,27$, ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan insanların tehlikeli olduğunu düşünmeyenlerde $18,22 \pm 3,85$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan insanların tehlikeli olduğunu düşünenler ile düşünmeyenler arasında Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=11,061$; $p<0,001$). Ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan insanların tehlikeli olduğunu düşünenlerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorlarının ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan insanların tehlikeli olduğunu göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların Bilgi Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması bir akşam yemeğini ruh sağlığı hastalığı olan bir kişi ile geçirme konusunda istekli olanlarda $9,17 \pm 1,56$, bir akşam yemeğini ruh sağlığı hastalığı olan bir kişi ile geçirme konusunda istekli olmayanlarda $7,79 \pm 2,10$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların bir akşam yemeğini ruh sağlığı hastalığı olan bir kişi ile geçirme konusunda istekli olanlar ile olmayanlar arasında Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-8,209$; $p<0,001$). Bir akşam yemeğini ruh sağlığı hastalığı olan bir kişi ile geçirme konusunda istekli olanların Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının bir akşam yemeğini ruh sağlığı hastalığı olan bir kişi ile geçirme konusunda istekli olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların İnanç Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması bir akşam yemeğini ruh sağlığı hastalığı olan bir kişi ile geçirme konusunda istekli olanlarda $6,24 \pm 2,02$, bir akşam yemeğini ruh sağlığı hastalığı olan bir kişi ile geçirme konusunda istekli olmayanlarda $4,08 \pm 2,15$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların bir akşam yemeğini ruh sağlığı hastalığı olan bir kişi ile geçirme konusunda istekli olanlar ile olmayanlar arasında İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-11,979$; $p<0,001$). Bir akşam yemeğini ruh sağlığı hastalığı olan bir kişi ile geçirme konusunda istekli olanların İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının bir akşam yemeğini ruh sağlığı hastalığı olan bir kişi ile geçirme konusunda istekli olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların Kaynak Odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları skorların ortalaması bir akşam yemeğini ruh sağlığı hastalığı olan bir kişi ile geçirme konusunda istekli olanlarda $3,17 \pm 1,04$, bir akşam yemeğini ruh sağlığı hastalığı olan bir kişi ile geçirme konusunda istekli olmayanlarda $2,22 \pm 1,38$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların bir akşam yemeğini ruh sağlığı hastalığı olan bir kişi ile geçirme konusunda istekli olanlar ile olmayanlar arasında Kaynak Odaklı RSOY alt boyutu skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-8,628$; $p<0,001$). Bir akşam yemeğini ruh sağlığı hastalığı olan bir kişi ile geçirme konusunda istekli olanların Kaynak Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının bir akşam yemeğini ruh sağlığı hastalığı olan bir kişi ile geçirme konusunda istekli olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nden aldıkları skorların ortalaması bir akşam yemeğini ruh sağlığı hastalığı olan bir kişi ile geçirme konusunda istekli olanlarda $18,58 \pm 3,64$, bir akşam yemeğini ruh sağlığı hastalığı olan bir kişi ile geçirme konusunda istekli olmayanlarda $14,10 \pm 4,13$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların bir akşam yemeğini ruh sağlığı

hastalığı olan bir kişi ile geçirme konusunda istekli olanlar ile olmayanlar arasında Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-12,994$; $p<0,001$). Bir akşam yemeğini ruh sağlığı hastalığı olan bir kişi ile geçirme konusunda istekli olanların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorlarının bir akşam yemeğini ruh sağlığı hastalığı olan bir kişi ile geçirme konusunda istekli olmayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmada yer alan katılımcıların Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 9). Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, ruh sağlığı problemi olarak bildirdikleri bazı nedenler (stres, düşünme ile ilgili sorunlar, genetik, dini inançlar), bir gün ruh sağlığı problemi yaşayabileceğini düşünme, ruh sağlığı ile ilgili problem yaşayan bireylerin iş hayatında aktif şekilde çalışabileceğini düşünme, ruh sağlığı problemi olan bireylerin toplum tarafından dışlanacağını düşünme, ruh sağlığı ile ilgili bir hastalığın olması durumunda bunu başkasına söyleme, ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların kişisel zayıflığı işaret ettiğini düşünme, ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların gerçek bir tıbbi hastalık olduğunu düşünme, ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan insanların tehlikeli olduğunu düşünme ve bir akşam yemeğini ruh sağlığı hastalığı olan bir kişi ile geçirme konusunda istekli olmalarına göre Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının değişiklik gösterdiği belirlenmiş ve modele dahil edilmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların Bilgi Odaklı Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Alt Boyutu Skoru Üzerine Etki Eden Faktörler

Değişken	B	S.E	β	t	p	R	R ²	F	p
(Sabit)	4,345	0,575		7,554	<0,001**				
Yaş (Ref:18-25)									
26 - 35	0,049	0,232	0,013	0,211	0,833				
36 - 45	-0,244	0,246	-0,056	-0,991	0,322				
45 Üstü	-0,200	0,255	-0,044	-0,784	0,434				
Cinsiyet (Ref: Kadın)- Erkek	0,328	0,143	0,084	2,296	0,022*				
Eğitim Durumu (Ref: Okur-Yazar/İlkokul)									
Ortaokul	0,544	0,363	0,078	1,500	0,134				
Lise	0,169	0,331	0,031	0,510	0,610				
Üniversite	0,085	0,321	0,022	0,264	0,792				
Üniversite Üstü	0,205	0,351	0,041	0,585	0,559				
Gelir Durumu (Ref: Kötü)									
Çok İyi	1,480	0,401	0,196	3,689	<0,001**				
İyi	1,164	0,303	0,297	3,848	<0,001**				
Orta	1,062	0,285	0,278	3,721	<0,001**	0,598	0,357	12,752	<0,001**
Ruh Sağlığı Problemlerinin Nedeni									
Stres	0,826	0,290	0,106	2,852	0,005*				
Düşünme ile ilgili sorunlar	0,326	0,184	0,068	1,766	0,078				
Genetik	0,353	0,170	0,088	2,084	0,038*				
Dini inançlar	0,094	0,162	0,024	0,580	0,562				
Birgün ruh sağlığı problemi yaşayabileceğini düşünme	0,591	0,218	0,105	2,715	0,007*				
Ruh sağlığı ile ilgili problem yaşayan bireylerin iş hayatında aktif şekilde çalışabileceğini düşünme	0,207	0,168	0,054	1,236	0,217				
Ruh sağlığı problemi olan bireylerin toplum tarafından dışlanacağını düşünme	-0,161	0,177	-0,040	-0,910	0,363				
Ruh sağlığı ile ilgili bir hastalığın olması durumunda bunu başkasına söyleme	0,426	0,180	0,101	2,365	0,018*				
Ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların kişisel zayıflığı işaret ettiğini düşünme	0,416	0,192	0,088	2,173	0,030*				
Ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların gerçek bir tıbbi hastalık olduğunu düşünme	1,208	0,262	0,173	4,616	<0,001**				
Ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan insanların tehlikeli olduğunu düşünme	-0,265	0,179	-0,065	-1,484	0,138				
Bir akşam yemeğini ruh sağlığı hastalığı olan bir kişi ile geçirme konusunda istekli olma	0,406	0,175	0,103	2,317	0,021*				

Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi, * $p < 0,05$, ** $p < 0,001$

Modelde yer alan değişkenlerin Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skoru üzerindeki varyansın %35,7'sini anlamlı olarak açıkladığı saptanmıştır ($R^2=0,357$; $F=12,752$; $p<0,001$). Katılımcıların gelir durumunun çok iyi olması ($\beta=0,196$; $p<0,001$), gelir durumunun iyi olması ($\beta=0,297$; $p<0,001$), gelir durumunun orta olması ($\beta=0,278$; $p<0,001$), stresi ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmesi ($\beta=106$; $p<0,05$), genetiği ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmesi ($\beta=0,088$; $p<0,05$), bir gün ruh sağlığı problemi yaşayabileceğini düşünmesi ($\beta=0,105$; $p<0,05$), ruh sağlığı ile ilgili bir hastalığın olması durumunda bunu başkasına söyleyebileceğini düşünmesi ($\beta=0,101$; $p<0,05$), ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların gerçek bir tıbbi hastalık olduğunu düşünmesi ($\beta=0,173$; $p<0,001$) ve bir akşam yemeğini ruh sağlığı hastalığı olan bir kişi ile geçirme konusunda istekli olması ($\beta=0,103$; $p<0,05$) Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorunu pozitif yönlü yordadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların erkek olması ($\beta=-0,084$; $p<0,05$) ve ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların kişisel zayıflığı işaret ettiğini düşünmesi ($\beta=-0,088$; $p<0,05$) Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorunu negatif yönlü yordadığı saptanmıştır. Modelde yer alan diğer bağımsız değişkenlerin Bilgi Odaklı RSOY alt boyutu skorunu anlamlı olarak yordamadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Araştırmada yer alan katılımcıların İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 10). Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, ruh sağlığı problemi olarak bildirdikleri bazı nedenler (stres, düşünme ile ilgili sorunlar, genetik, dini inançlar, yas), bir gün ruh sağlığı problemi yaşayabileceğini düşünme, ruh sağlığı ile ilgili problem yaşayan bireylerin iş hayatında aktif şekilde çalışabileceğini düşünme, ruh sağlığı problemi olan bireylerin toplum tarafından dışlanacağını düşünme, ruh sağlığı ile ilgili bir hastalığın olması durumunda bunu başkasına söyleme, ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların kişisel zayıflığı işaret ettiğini düşünme, ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların gerçek bir tıbbi hastalık olduğunu düşünme, ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan insanların tehlikeli olduğunu düşünme ve bir akşam yemeğini ruh sağlığı hastalığı olan bir kişi ile geçirme konusunda istekli olmalarına göre İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının değişiklik gösterdiği belirlenmiş ve modele dahil edilmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların İnanç Odaklı Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Alt Boyutu Skoru Üzerine Etki Eden Faktörler

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R ²	F	p
(Sabit)	1,592	0,617		2,581	0,010*				
Yaş (Ref:18-25)									
26 - 35	-0,146	0,248	-0,031	-0,587	0,557				
36 - 45	-0,160	0,264	-0,030	-0,606	0,545				
45 Üstü	-0,196	0,273	-0,035	-0,717	0,474				
Cinsiyet (Ref: Kadın)- Erkek	-0,277	0,153	-0,058	-1,806	0,072				
Eğitim Durumu (Ref: Okur-Yazar/İlkokul)									
Ortaokul	-0,533	0,389	-0,063	-1,371	0,171				
Lise	0,185	0,355	0,028	0,521	0,603				
Üniversite	0,980	0,344	0,211	2,845	0,005*				
Üniversite Üstü	0,768	0,377	0,126	2,037	0,042*				
Gelir Durumu (Ref: Kötü)									
Çok İyi	1,919	0,431	0,210	4,454	<0,001**				
İyi	1,388	0,325	0,292	4,274	<0,001**				
Orta	1,092	0,306	0,235	3,568	<0,001**	0,707	0,500	21,939	<0,001**
Ruh Sağlığı Problemlerinin Nedeni									
Stres	0,351	0,311	0,037	1,130	0,259				
Düşünme ile ilgili sorunlar	0,199	0,198	0,034	1,007	0,314				
Genetik	0,518	0,182	0,107	2,845	0,005*				
Dini inançlar	0,450	0,174	0,096	2,591	0,010*				
Yaş	0,472	0,853	0,017	0,553	0,580				
Birgün ruh sağlığı problemi yaşayabileceğini düşünme	0,269	0,234	0,039	1,152	0,250				
Ruh sağlığı ile ilgili problem yaşayan bireylerin iş hayatında aktif şekilde çalışabileceğini düşünme	0,402	0,180	0,085	2,232	0,026*				
Ruh sağlığı problemi olan bireylerin toplum tarafından dışlanacağını düşünme	-0,615	0,190	-0,125	-3,233	0,001*				
Ruh sağlığı ile ilgili bir hastalığın olması durumunda bunu başkasına söyleme	0,087	0,193	0,017	0,450	0,653				
Ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların kişisel zayıflığı işaret ettiğini düşünme	-0,567	0,206	-0,098	-2,758	0,006*				
Ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların gerçek bir tıbbi hastalık olduğunu düşünme	1,013	0,281	0,120	3,609	<0,001**				
Ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan insanların tehlikeli olduğunu düşünme	-0,215	0,192	-0,044	-1,119	0,264				
Bir akşam yemeğini ruh sağlığı hastalığı olan bir kişi ile geçirme konusunda istekli olma	0,632	0,188	0,132	3,362	0,001*				

Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi, * $p < 0,05$, ** $p < 0,001$

Modelde yer alan değişkenlerin İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skoru üzerindeki varyansın %50'sini anlamlı olarak açıkladığı belirlenmiştir ($R^2=0,500$; $F=21,939$; $p<0,001$). Katılımcıların eğitim durumunun üniversite olması ($\beta=0,211$; $p<0,05$), eğitim durumunun üniversite üstü olması ($\beta=0,126$; $p<0,05$), gelir durumunun çok iyi olması ($\beta=0,210$; $p<0,001$), gelir durumunun iyi olması ($\beta=0,292$; $p<0,001$), gelir durumunun orta olması ($\beta=0,235$; $p<0,001$), genetiği ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmesi ($\beta=0,107$; $p<0,05$), dini inançları ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmesi ($\beta=0,096$; $p<0,05$), ruh sağlığı ile ilgili problem yaşayan bireylerin iş hayatında aktif şekilde çalışabileceğini düşünmesi ($\beta=0,085$; $p<0,05$), ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların gerçek bir tıbbi hastalık olduğunu düşünmesi ($\beta=0,120$; $p<0,001$) ve bir akşam yemeğini ruh sağlığı hastalığı olan bir kişi ile geçirme konusunda istekli olması ($\beta=0,132$; $p<0,05$) İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorunu pozitif yönlü yordadığı belirlenmiştir. Katılımcıların ruh sağlığı problemi olan bireylerin toplum tarafından dışlanacağını düşünmesi ($\beta=-0,098$; $p<0,05$) ve ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların kişisel zayıflığı işaret ettiğini düşünmesi ($\beta=-0,098$; $p<0,05$) İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorunu negatif yönlü yordadığı tespit edilmiştir. Modelde yer alan diğer bağımsız değişkenlerin İnanç Odaklı RSOY alt boyutu skorunu anlamlı olarak yordamadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Araştırmada yer alan katılımcıların Kaynak Odaklı RSOY alt boyutu skorunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 11). Katılımcıların cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, ruh sağlığı problemi olarak bildirdikleri bazı nedenler (stres, genetik, dini inançlar), bir gün ruh sağlığı problemi yaşayabileceğini düşünme, ruh sağlığı ile ilgili problem yaşayan bireylerin iş hayatında aktif şekilde çalışabileceğini düşünme, ruh sağlığı problemi olan bireylerin toplum tarafından dışlanacağını düşünme, ruh sağlığı ile ilgili bir hastalığın olması durumunda bunu başkasına söyleme, ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların kişisel zayıflığı işaret ettiğini düşünme, ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan insanların tehlikeli olduğunu düşünme ve bir akşam yemeğini ruh sağlığı hastalığı olan bir kişi ile geçirme konusunda istekli olmalarına göre Kaynak Odaklı RSOY alt boyutu skorlarının değişiklik gösterdiği belirlenmiş ve modele dahil edilmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların Kaynak Odaklı Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Alt Boyutu Skoru Üzerine Etki Eden Faktörler

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R ²	F	p
(Sabit)	0,758	0,333		2,273	0,023*				
Cinsiyet (Ref: Kadın)- Erkek	-0,104	0,095	-0,040	-1,093	0,275				
Eğitim Durumu (Ref: Okur-Yazar/İlkokul)									
Ortaokul	-0,011	0,242	-0,002	-0,044	0,965				
Lise	0,544	0,219	0,152	2,482	0,013*				
Üniversite	0,568	0,213	0,225	2,668	0,008*				
Üniversite Üstü	0,720	0,234	0,216	3,080	0,002*				
Gelir Durumu (Ref: Kötü)									
Çok İyi	1,115	0,265	0,224	4,202	<0,001**				
İyi	0,761	0,200	0,293	3,811	<0,001**				
Orta	0,508	0,189	0,201	2,687	0,007*				
Ruh Sağlığı Problemlerinin Nedeni						0,580	0,337	15,030	<0,001**
Stres	0,656	0,192	0,127	3,422	0,001*				
Genetik	0,093	0,110	0,035	0,847	0,397				
Dini inançlar	-0,017	0,107	-0,006	-0,154	0,878				
Birgün ruh sağlığı problemi yaşayabileceğini düşünme	-0,175	0,143	-0,047	-1,224	0,222				
Ruh sağlığı ile ilgili problem yaşayan bireylerin iş hayatında aktif şekilde çalışabileceğini düşünme	0,237	0,112	0,092	2,120	0,035*				
Ruh sağlığı problemi olan bireylerin toplum tarafından dışlanacağını düşünme	-0,128	0,118	-0,048	-1,086	0,278				
Ruh sağlığı ile ilgili bir hastalığın olması durumunda bunu başkasına söyleme	0,324	0,120	0,116	2,700	0,007*				
Ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların kişisel zayıflığı işaret ettiğini düşünme	0,136	0,127	0,043	1,074	0,283				
Ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan insanların tehlikeli olduğunu düşünme	-0,215	0,119	-0,080	-1,810	0,071				
Bir akşam yemeğini ruh sağlığı hastalığı olan bir kişi ile geçirme konusunda istekli olma	0,354	0,117	0,136	3,037	0,003*				

Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi, * $p < 0,05$, ** $p < 0,001$

Modelde yer alan değişkenlerin Kaynak Odaklı RSOY alt boyutu skoru üzerindeki varyansın %33,7'sini anlamlı olarak açıkladığı saptanmıştır ($R^2=0,337$; $F=15,030$; $p<0,001$). Katılımcıların eğitim durumunun lise olması ($\beta=0,152$; $p<0,05$), eğitim durumunun üniversite olması ($\beta=0,225$; $p<0,05$), eğitim durumunun üniversite üstü olması ($\beta=0,216$; $p<0,05$), gelir durumunun çok iyi olması ($\beta=0,224$; $p<0,001$), gelir durumunun iyi olması ($\beta=0,293$; $p<0,001$), gelir durumunun orta olması ($\beta=0,201$; $p<0,05$), stresi ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmesi ($\beta=0,127$; $p<0,05$), ruh sağlığı ile ilgili problem yaşayan bireylerin iş hayatında aktif şekilde çalışabileceğini düşünmesi ($\beta=0,092$; $p<0,05$), ruh sağlığı ile ilgili bir hastalığın olması durumunda bunu başkasına söyleyebileceğini düşünmesi ($\beta=0,116$; $p<0,05$) ve bir akşam yemeğini ruh sağlığı hastalığı olan bir kişi ile geçirme konusunda istekli olması ($\beta=0,136$; $p<0,05$) Kaynak Odaklı RSOY alt boyutu skorunu pozitif yönlü yordadığı belirlenmiştir. Modelde yer alan diğer bağımsız değişkenlerin Kaynak Odaklı RSOY alt boyutu skorunu anlamlı olarak yordamadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Araştırmada yer alan katılımcıların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 12). Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, ruh sağlığı problemi olarak bildirdikleri bazı nedenler (stres, düşünme ile ilgili sorunlar, genetik, dini inançlar, yas), bir gün ruh sağlığı problemi yaşayabileceğini düşünme, ruh sağlığı ile ilgili problem yaşayan bireylerin iş hayatında aktif şekilde çalışabileceğini düşünme, ruh sağlığı problemi olan bireylerin toplum tarafından dışlanacağını düşünme, ruh sağlığı ile ilgili bir hastalığın olması durumunda bunu başkasına söyleme, ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların kişisel zayıflığı işaret ettiğini düşünme, ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların gerçek bir tıbbi hastalık olduğunu düşünme, ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan insanların tehlikeli olduğunu düşünme ve bir akşam yemeğini ruh sağlığı hastalığı olan bir kişi ile geçirme konusunda istekli olmalarına göre Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorlarının değişiklik gösterdiği belirlenmiş ve modele dahil edilmiştir.

Tablo 12. Katılımcıların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Skoru Üzerine Etki Eden Faktörler

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R ²	F	p
(Sabit)	6,690	1,085		6,168	<0,001**				
Yaş (Ref:18-25)									
26 - 35	-0,136	0,437	-0,015	-0,310	0,756				
36 - 45	-0,489	0,464	-0,049	-1,053	0,293				
45 Üstü	-0,243	0,480	-0,023	-0,506	0,613				
Cinsiyet (Ref: Kadın)- Erkek	-0,707	0,270	-0,078	-2,623	0,009*				
Eğitim Durumu (Ref: Okur-Yazar/İlkokul)									
Ortaokul	0,029	0,684	0,002	0,043	0,966				
Lise	0,914	0,625	0,073	1,462	0,144				
Üniversite	1,646	0,606	0,186	2,718	0,007*				
Üniversite Üstü	1,662	0,663	0,143	2,506	0,013*				
Gelir Durumu (Ref: Kötü)									
Çok İyi	4,514	0,758	0,259	5,959	<0,001**				
İyi	3,311	0,571	0,366	5,801	<0,001**				
Orta	2,650	0,538	0,300	4,923	<0,001**	0,757	0,572	29,383	<0,001**
Ruh Sağlığı Problemlerinin Nedeni									
Stres	1,838	0,546	0,102	3,364	0,001*				
Düşünme ile ilgili sorunlar	0,443	0,348	0,040	1,273	0,203				
Genetik	0,992	0,320	0,107	3,100	0,002*				
Dini inançlar	0,540	0,305	0,060	1,768	0,078				
Yas	0,457	1,499	0,009	0,305	0,761				
Birgün ruh sağlığı problemi yaşayabileceğini düşünme	0,710	0,411	0,055	1,728	0,085				
Ruh sağlığı ile ilgili problem yaşayan bireylerin iş hayatında aktif şekilde çalışabileceğini düşünme	0,838	0,316	0,094	2,648	0,008*				
Ruh sağlığı problemi olan bireylerin toplum tarafından dışlanacağını düşünme	-0,922	0,334	-0,099	-2,759	0,006*				
Ruh sağlığı ile ilgili bir hastalığın olması durumunda bunu başkasına söyleme	0,849	0,340	0,087	2,499	0,013*				
Ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların kişisel zayıflığı işaret ettiğini düşünme	-0,870	0,361	-0,079	-2,407	0,016*				
Ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların gerçek bir tıbbi hastalık olduğunu düşünme	2,240	0,494	0,139	4,539	<0,001**				
Ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan insanların tehlikeli olduğunu düşünme	-0,673	0,337	-0,072	-1,996	0,046*				
Bir akşam yemeğini ruh sağlığı hastalığı olan bir kişi ile geçirme konusunda istekli olma	1,413	0,331	0,155	4,275	<0,001**				

Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi, * $p < 0,05$, ** $p < 0,001$

Modelde yer alan değişkenlerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skoru üzerindeki varyansın %57,2'sini anlamlı olarak açıkladığı belirlenmiştir ($R^2=0,572$; $F=29,383$; $p<0,001$). Katılımcıların eğitim durumunun üniversite olması ($\beta=0,186$; $p<0,05$), eğitim durumunun üniversite üstü olması ($\beta=0,143$; $p<0,05$), gelir durumunun çok iyi olması ($\beta=0,259$; $p<0,001$), gelir durumunun iyi olması ($\beta=0,366$; $p<0,001$), gelir durumunun orta olması ($\beta=0,300$; $p<0,001$), stresi ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmesi ($\beta=102$; $p<0,05$), genetiği ruh sağlığı problemi nedeni olarak bildirmesi ($\beta=0,107$; $p<0,05$), ruh sağlığı ile ilgili problem yaşıyan bireylerin iş hayatında aktif şekilde çalışabileceğini düşünmesi ($\beta=0,094$; $p<0,05$), ruh sağlığı ile ilgili bir hastalığın olması durumunda bunu başkasına söyleyebileceğini düşünmesi ($\beta=0,087$; $p<0,05$), ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların gerçek bir tıbbi hastalık olduğunu düşünmesi ($\beta=0,139$; $p<0,001$) ve bir akşam yemeğini ruh sağlığı hastalığı olan bir kişi ile geçirme konusunda istekli olması ($\beta=0,155$; $p<0,001$) Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorunu pozitif yönlü yordadığı saptanmıştır. Katılımcıların erkek olması ($\beta=-0,078$; $p<0,05$), ruh sağlığı problemi olan bireylerin toplum tarafından dışlanacağını düşünmesi ($\beta=-0,099$; $p<0,05$), ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların kişisel zayıflığı işaret ettiğini düşünmesi ($\beta=-0,079$; $p<0,05$) ve ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan insanların tehlikeli olduğunu düşünmesi ($\beta=-0,072$; $p<0,05$) Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorunu negatif yönlü yordadığı tespit edilmiştir. Modelde yer alan diğer bağımsız değişkenlerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği skorunu anlamlı olarak yordamadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Toplumun ruh sağılığı okuryazarlığına yönelik bilgi, inanç, kaynak düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmanın tartışma bölümü 3 başlık altında incelenip, elde edilen bulgular literatürdeki ilgili çalışma sonuçları ile karşılaştırılarak tartışılmıştır.

1. Toplumun RSOY düzeyleri nedir?
2. Toplumun ruh sağılığı okuryazarlığına yönelik bilgi, inanç, kaynak alt boyutları arasındaki ilişki nedir?
3. Sosyodemografik verilerle RSOY puanları arasında bir ilişki var mıdır? Bu ilişki ne düzeydedir?

5.1. Toplumun Ruh Sağılığı Okuryazarlığı Düzeyleri Nedir?

Çalışma bulgularına göre, toplumun RSO ölçeğı toplam puan ortalamaları $16,91 \pm 4,39$ olarak bulunmuştur. Ölçekten elde edilebilecek olan maksimum puanın 22 olduğu göz önünde bulundurulduğu zaman topkumun RSOY düzeylerinin orta seviyenin üstünde olduğu görülmektedir. Öztaş ve Aydoğan'ın yapmış olduğu çalışmada katılımcıların RSOY toplam puan ortalaması 16.96 ± 3.30 olarak bulunmuştur (94). Çevre'nin yaptığı çalışmada RSOY ölçeğı ortalama puanı 14,73 olarak bulunmuş ve katılımcıların orta seviyede RSOY'e sahip olduğu görülmüştür (97). Özlük 'ün yaptığı çalışmada katılımcıların RSOY ölçeğı toplam puan ortalaması $13,15 \pm 3,38$ olarak bulunmuştur (109). Üniversite öğrencilerinin ruh sağılığı okuryazarlığına yönelik bir çalışmada RSOY puan ortalaması $16,60 \pm 2,80$ olarak bulunmuştur (111). Bir il merkezinde yaşayan 388 bireyin ruh sağılığı okuryazarlığı düzeylerinin incelendiğı başka bir araştırmada katılımcıların toplam puan ortalamasının 14.76 ± 3.67 olduğu görülmektedir (110).

Bu çalışmalardaki RSOY ölçek puan ortalamaları birbirine yakın olmakla birlikte, çalışmadan bulduğumuz sonuçlar ile uyumluluk gösterir fakat sonuçlar yine de istenen düzeylerde değildir.

5.2.Toplumun Ruh Sağlığı Okuryazarlığına Yönelik Bilgi, İnanç, Kaynak Alt Boyutları Arasındaki İlişki Nedir?

Çalışma bulgularına göre toplumun bilgi odaklı alt boyutunu yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ruh sağlığı problemleriyle ilgili yanlış bilgi eksiklikleri, gelir durumu parametreleri etkilemiştir. Çalışmamızda en yüksek RSOY düzeyi 26-35 yaş grubunda belirlenmiştir ve yaş arttıkça RSOY düzeyinin azaldığı gözlemlenmiştir. Benzer çalışmaların bilgi odaklı RSOY alt boyutuna bakıldığında çalışmamızla uyumluluk görülmektedir. Bir il merkezinde yaşayan bireylerin RSOY düzeylerinin incelendiği bir çalışmada ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinin en yüksek belirlendiği yaş 26-34 olarak görülmüştür (110).

Çalışmamızda kadınların bilgi odaklı RSOY alt boyutundan aldıkları puan kadınlarda, erkeklerden daha yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde bir il merkezinde yaşayan bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin belirlendiği çalışmada, yaptığımız çalışmayla uyumlu olup kadınların RSOY bilgi odaklı alt boyutundan aldıkları puan daha yüksektir (110). Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin RSOY düzeyinin belirlendiği başka bir çalışma da yine çalışmamızla benzerlik göstermiş olup kadın öğrencilerin RSOY düzeyleri erkek öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur (111).

Çalışmamızda okur-yazar/ilkokul eğitim düzeyine sahip olanların bilgi odaklı RSOY alt boyutu skorlarının lise, üniversite ve üniversite üstü eğitim düzeyine sahip olanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmamız alanda yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Sağlık profesyonellerinin RSOY düzeyinin belirlendiği bir çalışmada eğitim düzeyi arttıkça bilgi odaklı RSOY düzeyinin arttığı gözlemlenmiştir (94). Diyabet tanısı alan bireylerde RSOY düzeyinin belirlendiği başka bir çalışmada yine aynı şekilde eğitim düzeyi arttıkça bilgi odaklı RSOY düzeyinin yükseldiği görülmüştür (121). Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların RSOY düzeyinin belirlendiği bir başka çalışmada da eğitim düzeyi arttıkça bilgi odaklı RSOY düzeyi artmıştır (122). Bir il merkezinde yaşayan bireylerin RSOY incelemesi çalışması, çalışmamızla farklılık göstermekte olup lise düzeyinde eğitim durumuna sahip bireylerin bilgi odaklı RSOY alt boyutu, üniversite düzeyinde eğitime sahip olan bireylerden daha yüksek bulunmuştur (110).

Çalışmamızda gelir düzeyine göre bilgi odaklı alt boyutta çok iyi ve iyi gelir düzeyine sahip olanların orta ve kötü gelir düzeyine sahip olanlara göre RSOY düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında çalışmamızla benzer çalışmalara da farklı çalışmalara da rastlanmıştır. Bir il merkezinde yaşayan bireylerin RSOY düzeylerinin karşılaştırıldığı çalışmada gelir düzeyi kötü ve iyi olanların RSOY aynı çıkmış olup, gelir düzeyi orta olanlardan daha yüksek bulunmuştur (110).

Çalışmamızda inanç odaklı alt boyut yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir düzeyi gibi parametrelerden etkilenmiştir. Cinsiyet değişkenine ilişkin değerlendirmede kadınların inanç odaklı RSOY puanı ve toplam RSOY puanı istatistiksel olarak erkeklerden daha yüksek olarak bulunmuştur. Literatür incelendiğinde cinsiyet değişkenine ilişkin farklı sonuçlarla karşılaşmıştır. Tay ve ark. (2018), RSOY seviyelerini tanımladıkları derlemede kadınların ruhsal hastalıkları tanımlamada erkeklerden daha başarılı olduklarını ve profesyonel yardım arama tutumlarının daha fazla geliştiğini göstermiştir (93). Korkutan (2023) yaptığı bir çalışmada yine aynı şekilde kadınların inanç odaklı alt boyuttan aldıkları puan erkeklerden daha yüksek bulunmuştur (123).

Çalışmamızda inanç odaklı alt boyutta eğitim düzeyi değişkenine ilişkin yapılan değerlendirmede üniversite ve üniversite üzeri eğitim düzeyine sahip bireylerin aldıkları puan daha yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde çalışmamızdaki bulgu araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Seki Öz (2021), 18-65 yaş arası 388 bireyle yaptığı çalışmada katılımcıların RSOY düzeyinin yüksek olduğu ve eğitim düzeyinin bu durum üstünde önemli fark yarattığı sonucuna ulaşmıştır (110). Zerin (2022), hemşire meslek grubu ile yaptığı çalışmada eğitim durumunun RSOY ve tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğunu, lisansüstü hemşirelerin lisans ve önlisans mezunu hemşirelere göre RSOY ve alt boyutlarından daha yüksek puan aldıkları sonucuna ulaşmıştır (124). Eğitim düzeyi arttıkça bireylerin farkındalıklarının arttığı ve eğitim faaliyetlerinden daha fazla faydalandığı bununla bağlantılı olarak da ruh sağlığı ile ilgili farkındalık geliştirdiklerini söyleyebiliriz. Lisans düzeyi eğitimde müfredatta psikoloji ile ilgili derslerin bulunmasının bu durumu etkilemiş olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda inanç odaklı alt boyutta gelir düzeyine ilişkin yapılan değerlendirmede çok iyi gelir düzeyine sahip olanların inanç odaklı alt boyuttaki RSOY puanının iyi, orta ve kötü gelir düzeyine sahip olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatür incelemeleri çalışmamızla benzer sonuçlar göstermektedir. Seki Öz (2021), yaptığı çalışmada gelir durumu iyi olan bireylerin inanç odaklı RSOY puanlarının gelir durumu orta ve kötü olanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (110). Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri ile yapılan bir başka çalışmada yine aynı şekilde sosyoekonomik düzey arttıkça inanç odaklı RSOY puanının arttığı görülmüştür (125).

Çalışmamızda kaynak odaklı alt boyutu cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir düzeyi parametreleri etkilemiştir. Cinsiyet değişkenine yönelik yapılan çalışmada diğer alt boyutlarda ve kaynak odaklı alt boyutta kadın cinsiyetinde RSOY daha yüksek bulunmuştur. Literatürde çalışmamızla benzer çok sayıda çalışmaya rastlanmıştır (110, 111, 125).

Kaynak odaklı alt boyutta gelir düzeyine ilişkin yapılan değerlendirmede gelir düzeyi çok iyi olan bireylerin kaynak odaklı RSOY puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamız literatürdeki diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında benzer çalışmalara rastlanmıştır (122, 125). Gelir düzeyi kaynak odaklı alt boyutta önemli bir belirleyicidir çünkü düşük gelir düzeyine sahip olan bireylerin genellikle eğitim düzeyleri daha düşük, bilgiye erişim imkanları ve sağlık hizmetlerini karşılayabilme kapasiteleri kısıtlıdır. Yapılan araştırmalar, düşük gelir grubundaki bireylerin ruh sağlığı konusundaki bilgi düzeylerinin daha düşük olduğunu ve bu durumun tedavi arama davranışlarını olumsuz etkilediğini ortaya koymaktadır (20). Gelir düzeyi yüksek bireyler, genellikle daha geniş sosyal ağlara, yüksek kaliteli eğitime ve sağlık sigortasına sahip olduklarından, ruh sağlığı hizmetlerine daha hızlı ve etkili şekilde ulaşabilmektedirler. Örneğin, Ruh Sağlığı Vakfı'nın (2020) bir raporu, gelir düzeyi yüksek bireylerin ruh sağlığı kaynaklarını daha iyi tanıyabilme ve bu kaynaklardan faydalanabilme olasılığının daha yüksek olduğunu belirtmiştir (126).

Çalışmamızda kaynak odaklı alt boyutta eğitim düzeyine ilişkin yapılan değerlendirmede eğitim düzeyi arttıkça kaynak odaklı RSOY puanının arttığı görülmektedir. Literatür araştırmaları çalışmamızı destekler niteliktedir (110, 125).

Kaynak odaklı RSOY bireylerin ruh sağığına yönelik mevcut hizmetleri tanıma, bu hizmetlere erişim sağlama ve etkin bir şekilde kullanma becerilerini ifade eder. Eğitim düzeyi bu becerilerin gelişiminde belirleyici bir faktördür. Daha yüksek eğitim düzeyine sahip olan bireylerin, ruh sağığı hizmetleri hakkında daha fazla bilgiye sahip oldukları ve bu bilgiyi kullanarak ihtiyaçlarına uygun kaynaklara yönelme kapasitelerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (127). Eğitim düzeyi düşük bireylerin ise sağık hizmetlerine ilişkin bilgi eksikliklerinin yanı sıra sağık sistemindeki bürokratik engelleri aşmakta zorlandıkları ve bu nedenle tedaviye başlama oranlarının düşük olduğu belirtilmektedir (128). Kutcher ve ark. (2016) tarafından yapılan bir araştırma, eğitim seviyesinin artması hem genel ruh sağığı bilgisine hem de kaynak kullanımına olan etkisini doğrulamış ve bu etkinin özellikle genç yetişkinler arasında daha belirgin olduğunu ortaya koymuştur. Öte yandan eğitimin etkisinin sadece bilgi edinme düzeyinde değil, aynı zamanda bu bilginin davranışa dönüştürölme sürecinde de kritik olduğu vurgulanmaktadır (5).

5.3. Sosyodemografik Veriler ile Ruh Sağığı Okuryazarlığı Puanları Arasında İlişki Var Mıdır? Bu İlişki Ne Düzeydedir?

Araştırmanın bulgularıyla, bazı sosyodemografik özellikler ile RSOY puanı üzerinde anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Literatürdeki çalışmalar incelenip, karşılaştırıldığında ileri yaştaki bireylerin, genç yetişkinlere göre RSOY düzeylerinin daha düşük olduğu gözlemlenmektedir (112,113). Singapur (2018)'da yapılan başka bir çalışmada RSOY seviyesinin genel olarak düşük olduğunu, eğitim düzeyi daha yüksek olanların ve gençlerin yaşlı bireylere göre RSOY seviyelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde bizim araştırmamızda da 26-35 yaş grubunda yer alan bireylerin RSOY seviyelerinin 36-45 ve 45 yaş üstü bireylerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunun yanı sıra literatürde yaşı RSOY üzerindeki etkisi konusunda farklı sonuçlara ulaşılan çalışmalar da bulunmuştur. Piper ve ark. (2018) tarafından yapılan bir çalışmada akrabalarından ruhsal hastalığı olan bireylerin ilerleyen yaşlarına rağmen RSOY seviyelerinin daha iyi olduğu gözlemlenmiştir (114). Bu nedenle RSOY seviyesinin bir akrabasında ruhsal hastalığı olan bireylerde yaştan bağımsız şekilde yükseldiğı,

destek olmak amaçlı yardım aramada davranışlarında bulunurken kendileri ve çevreleri için bilinç kazandıkları düşünülebilir. Öztaş ve Aydoğan (2016)'ın sağlık çalışanları üzerinde yaptığı başka bir çalışmada ise katılan bireylerin yaşları ile RSOY seviyeleri üzerinde pozitif anlamda bir ilişki saptanmıştır. İlerleyen yaşlardaki sağlık çalışanlarının RSOY seviyelerinin daha genç yaştaki sağlık çalışanlarına göre yüksek olduğu bulunmuştur(94). Buna sebep olarak da sağlık profesyonellerinin meslekte geçirdikleri yılların, bilgi birikiminin, deneyimin RSOY üzerine olumlu anlamda katkı sağladığı düşünülmektedir. RSOY ölçeğinin Türk popülasyonuna uyarlandığı bir başka çalışmada ise literatürden farklı olarak yaşın RSOY seviyesini etkilemediği gözlemlenmiştir (100). Tüm bu araştırmalardan yola çıkılarak yaşın RSOY seviyesi üzerine tek başına etkisinin olmayabileceği, diğer kişisel özelliklerden de etkilenebildiği sonucuna varılmıştır.

Cinsiyetin RSOY'e etkisi konusunda literatürde farklı sonuçlar bulunmaktadır (100,114,115). Pehlivan ve ark. (2021) çalışmasında kadın üniversite öğrencilerinin RSOY seviyesinin erkek öğrencilere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (115). Farrer ve ark. (2008) tarafından yapılan bir araştırmada da erkek cinsiyette kadına göre düşük RSOY seviyeleri gözlemlenmiştir (112). Reavley ve ark. (2014) tarafından yapılan başka bir çalışmada ise yine aynı şekilde erkek cinsiyette daha düşük RSOY seviyesi bulunmuştur (113). Çalışmamız literatürdeki bu çalışmalarla benzerlik gösterip erkek cinsiyet, kadın cinsiyete göre daha düşük RSOY puanı almıştır. Bu sonuçların toplumsal cinsiyet rolleri ile alakalı olabileceği, ruh sağlığı ile alakalı bilgi ve kaynaklara erişimlerinin kadınlara oranla daha az olduğu ve bilgilerini sınırlandırdıkları düşünülebilir.

Medeni durumun RSOY'e etkisi konusunda daha önceki çalışmaların detaylı olarak yapılmadığı görülmüştür. Öztaş ve Aydoğan (2021)'ın yaptığı bir çalışmada evli bireylerin RSOY seviyesinin daha yüksek olduğu görülmüştür (94). Çalışmamızda medeni durum ve RSOY puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Medeni durumun RSOY puanını etkileyen bir parametre olmadığı öngörüsü kabul edilse de farklı çalışma grupları üzerinde sonuçlar değişebilir.

RSOY etkileyen diğer bir önemli faktör eğitim düzeyidir. Eğitim düzeyi arttıkça RSOY'nin olumlu etkilendiği sonuçlarına varılmıştır (116,117,118). Çalışmamızın sonuçları da literatürün büyük çoğunluğu ile uyumlu olup, eğitim düzeyi ile RSOY

arasında güçlü bir bağ olduğunu göstermiştir. Eğitim düzeyindeki artışın bireylerin farkındalıklarını arttırdığı ve buna bağlı yardım arama davranışlarını tetiklediği düşünülmektedir. Eğitim düzeyi düşük olan bireyler ruhsal bozukluklarını farketmede güçlük yaşayıp yardım arama davranışından kaçınabilirler. Bunlar ışığında toplum tabanlı eğitim ve müdahalelere ihtiyaç duyulduğu söylenebilir.

Gelir düzeyinin RSOY'e etkisi konusunda literatürde çok sayıda çalışma bulunmaktadır (119,120). Çalışmalarda düşük sosyoekonomik durumun ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. Kesgin ve arkadaşları (2020)'nin yaptığı çalışmada da ekonomik durumu kötü olanların RSOY seviyesinin daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır (121). Bizim çalışmamızda bu araştırmaları destekler nitelikte olup ekonomik durum ve RSOY skorları arasında tüm alt boyutlarda anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Gelir düzeyi kötü olan bireylerin, gelir düzeyi yüksek olan bireylerden daha düşük RSOY puanına sahip olduğu görülmüştür (86). Bu durumun sebebi düşük gelirli bireylerin ekonomik stres, iş güvencesizliği ve yaşam zorlukları gibi ruh sağlığını olumsuz etkileyen durumlarla daha fazla karşılaşabilirler. Bu da psikojik yükü arttırabilir. Bu bireylerin ruh sağlığını arttırmak için ruh sağlığı hizmetlerine erişimini iyileştirmek, sosyal eşitsizlikleri azaltmak, toplumsal destek sistemleri oluşturmak gibi daha etkin müdahalelerde bulunulabilir.

Batı ülkelerinde ruhsal sağlık problemlerinin sebebinin çoğunlukla sosyal çevre, özellikle de son zamanlardaki stres faktörlerinin neden olduğu düşünülmektedir (47,129). Benzer şekilde bizim çalışmamızda da ruh sağlığı probleminin temel nedenine stres faktörüne evet yanıtı veren bireylerin RSOY puanları daha yüksek bulunmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu araştırma toplumun ruh sağlığı okuryazarlığına yönelik bilgi, inanç, kaynak düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma sonucunda:

- Örnekleme alınan bireylerin RSOY puanı orta düzeyin üzerinde olmasına rağmen istenen düzeyde değildir.
- Örneklemin bilgi, inanç, kaynak alt boyutundaki puanları farklı parametrelerden etkilenmiştir:

RSOY'e yönelik bilgi odaklı alt boyutta yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir düzeyi belirleyici olmuştur.

RSOY'e yönelik inanç odaklı alt boyutta yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir düzeyi belirleyici olmuştur.

RSOY' yönelik kaynak odaklı alt boyutta cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir düzeyi belirleyici olmuştur. Yaş belirleyici olmamıştır.

- Cinsiyete ilişkin yapılan değerlendirmede kadın cinsiyeti toplam RSOY ve tüm alt boyutlarda daha yüksek puan almıştır.
- 26-35 yaş arasındaki katılımcıların RSOY puanı 36-45 ve 45 yaş üzerine göre daha yüksek çıkmıştır.
- Eğitim düzeyi üniversite, üniversite üzeri olan katılımcıların RSOY puanı daha yüksek çıkmıştır.
- Medeni durum ile RSOY arasında güçsüz bir ilişki bulunmuştur.
- Gelir düzeyi yüksek olan katılımcıların RSOY puanı daha yüksek çıkmıştır.

6.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilmiş sonuçlar ışığında aşağıda verilen öneriler sunulmuştur:

Uygulamaya yönelik öneriler:

Bilgi Alt Boyutunu Yükseltmek İçin Öneriler:

- **Eğitim ve Farkındalık Kampanyaları:** Ruh sağlığı hakkında temel bilgileri içeren kamu hizmeti duyuruları, sosyal medya kampanyaları ve toplumsal etkinlikler düzenlenebilir. Yaygın ruh sağlığı problemleri (depresyon, kaygı bozuklukları) problemlerin belirtilerine odaklanan bilgilendirici içerikler hazırlanabilir.
- **Okullarda Hemşireler Tarafından Koruyucu Ruh Sağlığı Eğitimleri:** Öğrencilerin duygusal farkındalıklarını geliştiren ve ruh sağlığının önemini belirten müfredat programları belirlenebilir. Öğrenci, öğretmen ve velilere yönelik seminerlerle bilgi paylaşımı yapılabilir.
- **Dijital Platformların Kullanımı:** Koruyucu Ruh sağlığı hakkında doğru bilgiye ulaşmak için kullanıcı dostu mobil uygulamalar ya da web siteleri geliştirilebilir. Bu platformlar yanlış bilgilerin yayılımını önlemek için güvenilir profesyonellerle yönetilmelidir.

İnanç Alt Boyutunu Yükseltmek İçin Öneriler:

- **Damgalama ile Mücadele Kampanyaları:** Ruh sağlığı konusundaki önyargıları azaltmak için toplum temelli kampanyalar yürütülebilir.
- **Hikâye Anlatımı ve Pozitif Rol Modelleri:** Ruh sağlığı problemleri ile başa çıkmış bireylerin hikayelerini paylaşmak teşvik edebilir. Tanınmış kişilerin ruh sağlığı hakkında konuşmaları, toplumda damgalamayı azaltabilir.
- **Din ve Kültürel Liderlerin Dahil Edilmesi:** Toplumda etkili olan dini ve kültürel liderlerin ruh sağlığını destekleyen mesajlar vermesi, inanç boyutunda olumlu tutumların oluşmasına katkıda bulunabilir.

Kaynak Alt Boyutunu Yükseltmek İçin Öneriler:

- Ücretsiz ve Erişilebilir Ruh Sağlığı Hizmetleri
- Toplum Temelli Destek Grupları
- Acil Yardım Hatlarının Yaygınlaştırılması
- Dijital Hizmetlerin Geliştirilmesi

Genel Politikalar ve Stratejiler:

- **Hükümet Desteği:** Ruh sağlığı okuryazarlığı artırma hedefini ulusal sağlık politikalarına entegre etmek amaçlı Sağlık ve Milli Eğitim Bakanlıkları iş birliği yapabilir.
- **Araştırma ve Veri Toplama:** Toplumdaki RSOY düzeyini belirlemek için düzenli araştırmalar yapılmalı ve bu verilere dayalı müdahaleler planlanabilir.

Araştırmacılara yönelik öneriler:

Toplumun RSOY yönelik erken tanı, tedavi ve yardım arama davranışlarında artış sağlanabilmesi için ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin belirlenip bunlara uygun müdahalelerde bulunulması önem arz etmektedir.

- Bu çalışma toplum bazında yapılmak istenmiş olup şehir bazında en yüksek orana İzmir ilinde ulaşılabilmektedir. Diğer illerdeki bireylere daha yoğun oranda ulaşıp araştırmanın kapsamı genişletilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. WHO definition of health [Internet]. 2018. Available from: <http://www.who.int/suggestions/faq/en/>
2. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: What do we mean and why does it matter? *Health Promot Int.* 2009;24(3):285–96. <https://doi.org/10.1093/heapro/dap022>
3. Bjørnsen HN, Ringdal R, Espnes GA, Moksnes UK. Positive mental health literacy: Development and validation of a measure among Norwegian adolescents. *BMC Public Health.* 2017;17(1):717.
4. Lincoln A, Paasche-Orlow MK, Cheng DM, Lloyd-Travaglini C, Caruso C, Saitz R, et al. Impact of health literacy on depressive symptoms and mental health-related quality of life among adults with addiction. *J Gen Intern Med.* 2006;21(8):818–22. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00599.X>
5. Kutcher S, Wei Y, Coniglio C. Mental health literacy: Past, present, and future. *Can J Psychiatry.* 2016;61(3):154–8. <https://doi.org/10.1177/0706743715613214>
6. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. "Mental health literacy": A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust.* 1997;166(4):182–6. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.X>
7. Jorm AF, Barney LJ, Christensen H, et al. Research on mental health literacy: What we know and what we still need to know. *Aust N Z J Psychiatry.* 2006;40(1):3–5. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01734.X>
8. Rusch N, Evans-Lacko SE, Henderson C, Flach C, Thornicroft G. Knowledge and attitudes as predictors of intentions to seek help for and disclose a mental illness. *Psychiatr Serv.* 2011;62(6):675–8. https://doi.org/10.1176/ps.62.6.pss6206_0675
9. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry.* 2010;10(1):113. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>

10. Corrigan PW, Powell KJ, Al-Khouja MA. Examining the impact of public service announcements on help seeking and stigma: Results of a randomized controlled trial. *J Nerv Ment Dis.* 2015;203(11):836–42. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000384>
11. Kelly CM, Jorm AF, Wright A. Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Med J Aust.* 2007;187(7):S26–30. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01337.X>
12. Kutcher S, Bagnell A, Wei Y. Mental health literacy in secondary schools: A Canadian approach. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2015;24(2):233–44. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.12.002>
13. Wei Y, McGrath PJ, Hayden J, Kutcher S. Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes, and help-seeking: A scoping review. *BMC Psychiatry.* 2015;15(1):291. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0697-0>
14. Mubbashar M, Saeed K. Development of mental health services in Pakistan. *Br J Psychiatry.* 2001;178(6):563–7.
15. Munawar K, Abdul Khayom JH, Bokharey IZ, Park MS-A, Choudhry FR. A systematic review of mental health literacy in Pakistan. *Asia Pac Psychiatry.* 2020;12:e12421. <https://doi.org/10.1111/appy.12421>
16. Chan C-mA, Cao T, Gao M. Chinese conception of mental illness: A comparative culture analysis. *Asian J Pharm Nurs Med Sci.* 2015;3(1):1–7.
17. Mubbashar MH, Farooq S. Mental health literacy in developing countries. *Br J Psychiatry.* 2001;178(6):563–7. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.6.563>
18. Kılıç C. Erişkinlerle ilgili sonuçlar. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: ana rapor. Sağlık Bakanlığı Yayınları. 1998.
19. Büyükbayram A, Baysan Arabacı L, Arabacıoğlu İ, Ayyıldız C, Acar K. Psikiyatri kliniğinde çalışan X ve Y kuşağındaki hemşirelerin alkol-madde bağımlılığı ve ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik tutumları. *Bağımlılık Dergisi.* 2017;18(4):122–34.
20. Jorm AF. Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol.* 2012;67:231–43.

21. Anderson RJ, Pierce D. Assumptions associated with mental health literacy training: Insights from initiatives in rural Australia. *Adv Ment Health*. 2012;10:258–67.
22. Brijnath B, Protheroe J, Mahtani KR, Antoniadou J. Do web-based mental health literacy interventions improve the mental health literacy of adult consumers? Results from a systematic review. *J Med Internet Res*. 2016;18(6):e165. <https://doi.org/10.2196/jmir.5463>
23. Morgan AJ, Ross A, Reavley NJ. Systematic review and meta-analysis of Mental Health First Aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. *PLoS ONE*. 2018;13:e0197102.
24. Selden CR, Zorn M, Ratzan S, Parker RM. Health literacy: current bibliographies in medicine. U.S. Department of Health and Human Services. 2000;1–33.
25. Paakkari L, Paakkari O. Health literacy as a learning outcome in schools. *Health Educ*. 2012;112(2):133–52.
26. Rudd RE. The evolving concept of health literacy: New directions for health literacy studies. *J Commun Healthc*. 2015;8(1):7–9. <https://doi.org/10.1179/1753806815Z.000000000105>
27. Parnell TA. Health literacy in nursing: Providing person-centered care. Springer Publishing Company. 2015;115–27.
28. Giorgianni SJ, ed. Responding to the challenge of health literacy. The Pfizer Journal. Impact Communications. 1998;1–37.
29. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing. 7th ed. Pearson Education. 2015;263–8.
30. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(1):80.
31. Mosley CM, Taylor BJ. Integration of Health Literacy Content Into Nursing Curriculum Utilizing the Health Literacy E^Xpanded Model. *Teach Learn Nurs*. 2017;12(2):109–16.
32. Vozikis A, Drivas K, Milioris K. Health literacy among university students in Greece: determinants and association with self-perceived health, health behaviours and health risks. *Arch Public Health*. 2014;72(1):15.

33. Sağlık Bakanlığı (SB). Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. T.C. Sağlık Bakanlığı. 2011.
34. Sand-Jecklin K, Murray B, Summers B, Watson J. Educating nursing students about health literacy: From the classroom to the patient bedside. *Online J Issues Nurs.* 2010;15(3).
35. Raingruber B. *Contemporary Health Promotion in Nursing Practice.* Jones & Bartlett Learning. 2014;1–24.
36. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Advancing health literacy: a framework of understanding and action. *Jossey-Bass A Wiley Imprint.* 2006;1–68.
37. U.S. Department of Health and Human Services. National Action Plan to Improve Health Literacy. 2010. Available from: <http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fhealthliteracy%2Fplanact%2Fnational.html>
38. Durusu Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray Ready N, Çakır B, Akalın E. Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. *Sağlık-Sen Yayınları.* 2014;25:55.
39. Akbolat M, Erigüç G, Sağlam H. Sağlık okuryazarlığı hasta-hekim ilişkisini etkiler mi? sakarya ilinde bir araştırma. *TAF Prev Med Bull.* 2016;354–62.
40. Baker D, Parker RM, Williams MV. Health literacy and the risk of hospital admission. *J Gen Intern Med.* 1998;13(12):791–8. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1998.00222.X>
41. Manwell LA, Barbic SP, Roberts K, Durisko Z, Lee C, Ware E, et al. What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ Open.* 2015;5:e007079. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007079>
42. World Health Organization. Mental health and substance use [Internet]. Available from: https://www.who.int/mental_health/en/
43. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü. Eğitimciler için Eğitim Rehberi. Ruh Sağlığı Modülleri. 2008. Available from: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t12.pdf>

44. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Mental health and chronic diseases. CDC Issue Brief No. 2. 2012. Available from: <https://www.cdc.gov/workplacehealthpromotion/tools-resources/pdfs/issuebrief-no-2-mental-health-and-chronicdisease.pdf>
45. Jorm AF, Barney LJ, Christensen H, Highet NJ, Kelly CM, Kitchener BA. Research on mental health literacy: What we know and what we still need to know. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40(1):3–5. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01734.X>
46. Lo K, Gupta T, Keating JL. Interventions to promote mental health literacy in university students and their clinical educators: A systematic review of randomized controlled trials.
47. Jorm AF. Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry*. 2000;177:396–401.
48. Wei Y, McGrath PJ, Hayden J, Kutcher S. Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes, and help-seeking: A scoping review. *BMC Psychiatry*. 2015;15:291.
49. Wright A, et al. Development and evaluation of a youth mental health community awareness campaign: the Compass Strategy. *BMC Public Health*. 2006;6:215.
50. World Health Organization. Health literacy: The solid facts. 2013. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf
51. Leaf PJ, et al. Mental health service use in the community and schools: results from the four-community MECA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35:889–97.
52. Bhatia S. Childhood and adolescent depression. *Am Fam Physician*. 2007;75(1):73.
53. Rugulies R. Depression as a predictor for coronary heart disease: a review and meta-analysis. *Am J Prev Med*. 2002;23(1):51–61.
54. Henderson C, et al. Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *Am J Public Health*. 2013;103(5):777–80.
55. Tay LJ, Tay YF, Yobas PK. Effectiveness of information and communication technologies interventions to increase mental health literacy: A systematic review. *Early Interv Psychiatry*. 2018;12:1024–37.

56. Reavley NJ, Jorm AF. Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: findings from an Australian national survey of mental health literacy and stigma. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011;45:947–56.
57. Coles ME, et al. Adolescent mental health literacy: Young people's knowledge of depression and social anxiety disorder. *J Adolesc Health*. 2016;58:57–62.
58. Loo PW, Wong S, Furnham A. Mental health literacy: A cross-cultural study from Britain, Hong Kong and Malaysia. *Asia Pac Psychiatry*. 2012;4:113–25.
59. Besiroğlu L, et al. Obsesif-kompulsif belirti kategorileri hakkında ruh sağlığı bilgisi. *Noro Psikiyatr Ars*. 2010;47:133–9.
60. Loureiro LM, et al. Mental health literacy about depression: A survey of Portuguese youth. *BMC Psychiatry*. 2013;13:129.
61. Eroğlu T, Kılıç H. Türk inançları ve inanışları. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*. 2005;49(1):749–70.
62. İnceoğlu M. Tutum algı iletişim. İstanbul: Beykent Üniversitesi Yayınevi; 2010. p. 26–30.
63. Çam O, Bilge A. Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2007;8:215–23.
64. Corrigan PW, Druss BG, Perlick DA. The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychol Sci Public Interest*. 2014;15(2):37–70.
65. Morris GC. Psikolojiyi Anlamak. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 2002. p. 609–51.
66. Bilgili M. Psikiyatrik olgularda toplumsal yargı. *Kriz Dergisi*. 1995;3(2):175–97.
67. Güleç G, Yenilmez Ç, Ay F. Bir Anadolu şehrinde psikiyatri kliniğine başvuran hastaların hastalık açıklama ve çare arama davranışları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2011;14:131–42.
68. Sarıkoç G, et al. Ruhsal hastalıklarda yardım arama: hasta yakınlarının tutumlarına yönelik bir çalışma. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015;4:32–8.
69. Çam O, Bilge A. Türkiye'de ruhsal hastalığa/hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: sistematik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2013;4(2):91–101.

70. Kessler RC, et al. The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2009;18(1):23–30.
71. Küçükkaraca N, Akçay S. Sosyal Hizmet Bölümü Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarının Belirlenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi.* 2017;28(1):27–8.
72. Corrigan PW, Watson AC. Factors that explain how policy makers distribute resources to mental health services. *Psychiatr Serv.* 2003;54(4):501–7.
73. Jorm AF, et al. Public beliefs about treatment and outcome of mental disorders: A comparison of Australia and Japan. *BMC Med.* 2005;3:12.
74. Goldney R, et al. Changes in mental health literacy about depression: South Australia, 1998 to 2004.
75. Francis C, et al. Improving mental health literacy: A review of the literature. Centre for Health Program Evaluation, University of Melbourne. 2002.
76. Brijnath B, et al. Do web-based mental health literacy interventions improve the mental health literacy of adult consumers? Results from a systematic review. *J Med Internet Res.* 2016;18(6).
77. Perry Y, et al. Effects of a classroom-based educational resource on adolescent mental health literacy: A cluster randomised controlled trial. *J Adolesc.* 2014;37(7):1143–51.
78. Lincoln A, et al. Impact of health literacy on depressive symptoms and mental health-related quality of life among adults with addiction. *J Gen Intern Med.* 2006;21(8):818–22.
79. GBD Results Tool | GHDx [cited 2019 Jul 1]. Available from: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
80. Artukoğlu P, Kılıç B. Türkiye’de toplum ruh sağlığı hizmetlerinin durumu: Kalitatif bir çalışma. 3. International 21. National Public Health Congress. 2019.
81. Neşe E, et al. Türkiye ruh sağlığı profili raporu. Sağlık Bakanlığı Yayınları. 1998.
82. Jorm AF. Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry.* 2000;177(5):396–402.

83. Jung H, et al. E xpanding a measure of mental health literacy: Development and validation of a multicomponent mental health literacy measure. *Psychiatry Res.* 2016;243:278–86.
84. Akdoğan E. Ruh sağlığı okuryazarlığı  l e inin Türkçe uyarlaması, ge erlik ve güvenilirlik  alı ması [Yüksek Lisans Tezi]. Karab k  niversitesi. 2022.
85.  zel Y, Duzcu T. Ruh sa lı ı okuryazarlı ı. *Akademik Sosyal Ara tırmalar Dergisi.* 2015;77:380–7.
86. Tokur Kesgin M, et al. Ruh sa lı ı okuryazarlı ı  l e inin Türkçe uyarlaması: Ge erlilik ve güvenilirlik  alı ması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2020;21(Ek 2):5–13.
87. Clement S, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med.* 2015;45(1):11–27.
88. Haugen PT, et al. Mental health stigma and barriers to mental healthcare for first responders: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2017;94:218–28.
89. Reavley NJ, et al. Development of scales to assess mental health literacy relating to recognition of and interventions for depression, anxiety disorders and schizophrenia/psychosis. *Aust N Z J Psychiatry.* 2014;48:61–9.
90. Lu CM, et al. A structural equation modeling of mental health literacy in healthcare students. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18:13264.
91. Crowe A, et al. Self-stigma, mental health literacy, and health outcomes in integrated care. *J Couns Dev.* 2018;96(3):267–77.
92. Jung H, et al. E xpanding a measure of mental health literacy: Development and validation of a multicomponent mental health literacy measure. *Psychiatry Res.* 2016;243:278–86.
93. Tay JL, et al. Mental health literacy levels. *Arch Psychiatr Nurs.* 2018;32(5):757–63.
94.  zta  B, Aydo an A. Sa lık profesyonellerinin ruh sa lı ı okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi. *J Psychiatr Nurs.* 2021;12(3):198–204.
95. Akdoğan E. Ruh sağlığı okuryazarlığı  l e inin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik  alı ması [Yüksek Lisans Tezi]. Karabük Üniversitesi. 2018.

96. Kaya Z. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı okuryazarlığına ilişkin görüşleri [Yüksek Lisans Tezi]. Akdeniz Üniversitesi. 2022.
97. Çevre E. Yetişkinlerde ruh sağlığı okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi: Bursa ili örneği [Yüksek Lisans Tezi]. Sağlık Bilimleri Üniversitesi. 2021.
98. Ganasen KA, et al. Mental health literacy: Focus on developing countries. *Afr J Psychiatry*. 2018;11:23–8.
99. Dursun OB. Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi Türkçe'ye uyarlama ve geçerlik çalışması [Uzmanlık Tezi]. Dokuz Eylül Üniversitesi. 2009.
100. Göktaş S, et al. Ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeği'nin (RSOY ölçeği) Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2019;11(3):424–31.
101. T.C Sağlık Bakanlığı. Eğitimciler için Ruh Sağlığı Eğitim Rehberi. Ankara: 2008. Erişim Adresi: <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/203>
102. T.C Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ankara: 2011. Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Ruh_Sagligi_Db/yayinlarimiz/URSEP_Baski.pdf
103. Hallaç S, Meydanlıoğlu A, Karakaya D, Göral Acar G. Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği: Öğrenci Uygulama Örneği. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2014;30–43. Erişim Adresi: https://dergipark.org.tr/tr/pub/hunhemsire/issue/7856/103373#article_cite
104. Liu W, Gerdtz MF, Liu TQ. A survey of psychiatrists' and registered nurses' levels of mental health literacy in a Chinese general hospital. *Int Nurs Rev*. 2011;58(3):361–9. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00883.X>
105. Jorm AF. Why we need the concept of "mental health literacy". *Health Commun*. 2015;30(12):1166–8. <https://doi.org/10.1080/10410236.2015.1037423>
106. Mosley CM, Taylor BJ. Integration of health literacy content into nursing curriculum. *Teach Learn Nurs*. 2017;12:109–16.
107. Al-Yateem N, Rossiter RC, Robb WF, et al. Birleşik Arap Emirlikleri'ndeki okul hemşirelerinin ruh sağlığı okuryazarlığı. *Int J Ment Health Syst*. 2018;12(6). <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0184-4>

108. Yang R, Wang Y, Li J, Xue C. Influence of self-management ability on physical and mental health of nursing college students. *Minerva Surg.* 2023;78:228–30.
109. Özlük DN. Üniversite Öğrencilerinin RSO Düzeyinin İncelenmesi ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutumlarının İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. 2023.
110. Seki Öz H. Bir İl Merkezinde Yaşayan Bireylerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığının İncelenmesi. *Humanistic Perspective.* 2021;3(3):660–75. <https://doi.org/10.47793/hp.993929>
111. Polat S. Üniversite öğrencilerinin ruh sağlığı okuryazarlığı ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2023;12(1):118–26.
112. Farrer L, Leach L, Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. Age differences in mental health literacy. *BMC Public Health.* 2008;8:125.
113. Reavley NJ, Morgan AJ, Jorm AF. Development of scales to assess mental health literacy relating to recognition of and interventions for depression, anxiety disorders and schizophrenia/psychosis. *Aust N Z J Psychiatry.* 2014;48:61–9.
114. Piper SE, Bailey PE, Lam LT, Kneebone II. Predictors of mental health literacy in older people. *Arch Gerontol Geriatr.* 2018;79:52–6.
115. Pehlivan Ş, Tokur Kesgi NM, Uymaz P. Psychological distress and mental health literacy in university students. *Perspect Psychiatr Care.* 2021;57:1433–41.
116. Reavley NJ, Morgan AJ, Jorm AF. Development of scales to assess mental health literacy relating to recognition of and interventions for depression, anxiety disorders and schizophrenia/psychosis. *Aust N Z J Psychiatry.* 2014;48:61–9.
117. Furnham A, Annis J, Cleridou K. Gender differences in the mental health literacy of young people. *Int J Adolesc Med Health.* 2014;26:283–92.
118. Poon SH, Wang FQ, Goh J, Chan YH, Lim L. Mental health literacy in cancer outpatients in Singapore. *East Asian Arch Psychiatry.* 2019;29:91–4.
119. Kamalulil EN, Panatik SA. Socioeconomic status and mental health among low-income employees: A systematic literature review. *Pertanika J Soc Sci Humanit.* 2021;29(3).
120. Muntaner C, et al. Socioeconomic position and major mental disorders. *Epidemiol Rev.* 2004;26(1):53–62.

121. Sarıkoç G, Unay E. Mental health literacy in individuals diagnosed with diabetes. OTJHS. 2023;8(2):213–9.
122. Karaman ST, Altun Ç, Basat O. Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların ruh sağlığı okuryazarlığı durumunun değerlendirilmesi. Namık Kemal Med J. 2022;10(3):241–7.
123. Korkutan M. Din görevlilerinin ruh sağlığı okuryazarlığı ve ruhsal hastalıklara yönelik damgalama düzeylerinin belirlenmesi. 2023.
124. Zerin E. Psikiyatri klinikleri ile genel kliniklerde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı okuryazarlığı (Yayın No. 733630) [Yüksek Lisans Tezi]. Düzce Üniversitesi; 2022.
125. Turgut M, Eryalçın M, Kutlu G. Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Düzeyleri ve Genel Sağlık Algıları.
126. Mental Health Foundation. Mental health and economic inequalities. 2020.
127. Furnham A, Swami V. Mental health literacy: A review of what it is and why it matters. Int Perspect Psychol. 2018;7(4):240–57.
<https://doi.org/10.1037/ipp0000094>
128. Marmot M. Social determinants of health inequalities. Lancet. 2005;365(9464):1099–104.
129. Wang J, et al. Mental health literacy among residents in Shanghai. Shanghai Arch Psychiatry. 2013;25(4):224.

8. EKLER

EK-1 SOSYO- DEMOGRAFİK FORM

SOSYODEMOGRAFİK VERİ TOPLAMA FORMU

Değerli Katılımcı;

Bu anket çalışması, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim dalı yüksek lisans öğrencisi Gamze Sinir tarafından “**Toplumda ruh sağlığı okuryazarlığına ilişkin bilgi, inanç, kaynak düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi**” isimli yüksek lisans tezi kapsamında istatistiksel veri elde edilmesi amacıyla hazırlanmıştır.

Her soruya uygun gördüğünüz cevabı işaretlemenizi rica ederim. Katılımınız için teşekkür ederim.

Doç. Dr. Şeyda Özbıçakçı

Gamze Sinir, 2023

SOSYODEMOGRAFİK VERİ TOPLAMA FORMU

1-Yaşınız?.....

2-Cinsiyetiniz?

Kadın	Erkek
-------	-------

3-Medeni durumunuz?

Evli	Bekar
------	-------

4-Eğitim durumunuz?

Okuryazar	İlkokul mezunu	Ortaokul mezunu
Lise mezunu	Üniversite mezunu	Üniversite ve üzeri

5-Gelir durumunuz?

Kötü	Orta	İyi	Çok iyi
------	------	-----	---------

6-Ruh sağlığı problemlerinin temel nedeni nedir? Birden fazla cevap işaretleyebilirsiniz.

Stres	Düşünme ile ilgili sorunlar	Genetik	Dini inançlar	Diğer.....
-------	-----------------------------	---------	---------------	------------

Aşağıdaki sorulara uygun cevapları Evet/Hayır olarak işaretleyiniz.	EVET	HAYIR
7-Bir gün kendinizin ruh sağlığı problemi yaşayabileceğinizi düşünüyor musunuz?		
8-Ruh sağlığı ile ilgili problem yaşayan bireyler iş hayatında aktif şekilde çalışabilir mi?		
9-Ruh sağlığı problemi olan bireyler toplum tarafından dışlanma yaşar mı?		
10- Eğer ruh sağlığı ile ilgili bir hastalığınız olsaydı bunu başkalarına söyler miydiniz?		
11- Ruh sağlığı ile ilgili hastalıklar kişisel zayıflığın bir işareti midir?		
12- Sizce ruh sağlığı ile ilgili hastalıklar gerçek bir tıbbi hastalık mıdır?		
13-Sizce ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan insanlar tehlikeli midir?		
14-Bir akşam yemeğinizi ruh sağlığı hastalığı olan bir kişi ile geçirme konusunda (sosyal bir ortam paylaşma) istekli olur muydunuz?		

EK-2 RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ

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. 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, 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.

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum	Bilmiyorum
1.Bilgi Odaklı RSOY						
R1.Psikolojik danışmanlık depresyon için faydalı bir tedavi yöntemidir.						
R2.Şizofreni olan insanlar gerçekte ortada olmayan şeyleri görürler.						
R3.Ruh sağlığı hastalıklarının erken tanısı iyileşme şansını artırabilir.						
R4.Akran destek gruplarına katılmak ruh sağlığı hastalıklarından kurtulmaya yardım eder.						
R5.Açıklanamayan fiziksel ağrı veya yorgunluk depresyon belirtisi olabilir.						
R6.Bilişsel davranışçı terapi kişinin düşünme şeklini ve strese tepkisini değiştirebilir.						
R7.Bipolar bozukluğu olan bir kişinin ruh halinde çok büyük değişimler görülebilir.						
R8.Ruh sağlığı hastalıkları için doktorların yazdığı ilaçları kullanmak faydalıdır.						
R9.Alkol kullanmak ruh sağlığı hastalıklarının belirtilerini kötüleştirir.						
R10.Anksiyete bozukluğu olan kişi aşırı endişe ve korkuya sahiptir.						
2.İnanç Odaklı RSOY						
R11.İnançlarına daha çok bağlı olan kişilerde ruh sağlığı bozukluğu gelişmez.						

R12.Ruh sağlığı hastalıkları kısa süreli hastalıklardır.						
R13.Ruh sağlığı hastalıklarından kurtulmak çoğunlukla şansa ya da kadere bağlıdır.						
R14.Depresyonda olan birine intihar düşüncesinin olup olmadığı sorulmamalıdır.						
R15.Ruh sağlığı hastalıkları tedavi edilmeden de zamanla düzelir.						
R16.Ruh sağlığı hastalıklarından kurtulmak iyileşmekle aynı şeydir.						
R17.Bir kişi istediği zaman biriktirme hastalığını (eşya vs) durdurabilir.						
R18.Depresyonda olan kişi hiç tedavi edilmeden kendi başına iyileşir.						
3.Kaynak Odaklı RSOY						
R19.Ruh sağlığı hizmeti almak için nereye gidebileceğimi biliyorum.	Evet	Hayır				
R20.Bir intiharı önlemek için nereyi arayacağımı biliyorum.	Evet	Hayır				
R21.Ruh sağlığı hastalıkları hakkında faydalı bilgileri nereden edinebileceğimi biliyorum.	Evet	Hayır				
R22.Yaşadığım yerdeki ruh sağlığı hastalıkları hizmet birimiyle nasıl iletişim kurabileceğimi biliyorum.	Evet	Hayır				

EK-3 İZİNLER

----- Forwarded message -----

Gönderen: **Saniye Balcı**

Date: 10 Oca 2023 Sal, 22:18

Subject: Re: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin Kullanım İzni Hakkında

To: Gamze Sinir

Sayın hocam,

Merhabalar, ölçeği araştırmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyuyorum.

Ölçekle ilgili bilgiler ektedir.

Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

Saygılarımla.

10 Oca 2023 Sal, saat 22:10 tarihinde Gamze Sinir ·

şunu yazdı:

Sayın değerli hocam,

Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans yapmaktayım.

Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ölçeğinizi yüksek lisans tezimde kullanmak üzere izninizi rica ediyorum.

Ölçek anahtarını ve ölçeğin orijinal halini atabilme imkanınız varsa çok sevinirim.

Saygılarımla.



Saniye Balcı

Alıcı: ben ▾

10 Ocak Sal 22:18

Sayın hocam,

Merhabalar, ölçeği araştırmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyuyorum.

Ölçekle ilgili bilgiler ektedir.

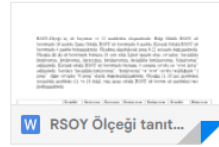
Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

Saygılarımla.

10 Oca 2023 Sal, saat 22:10 tarihinde Gamze Sinir <

şunu yazdı:

Bir ek · Gmail tarafından tarandı ⓘ



DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Doç.Dr. Şeyda Özbıçakçı

Araştırmaya ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	goack@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	7907-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Birinci Basamağa Başvuran Bireylerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığına Yönelik Bilgi, İnanç, Kaynak Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr. Şeyda Özbıçakçı Hemşirelik Fakültesi
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2023/34-23	Tarih:25.10.2023
	Doç.Dr. Şeyda Özbiçakçı'nın sorumlusu olduğu "Birinci Basamağa Başvuran Bireylerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığına Yönelik Bilgi, İnanç, Kaynak Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" isimli klinik araştırmaya ait araştırmacı dilekçesine ilişkin; -Çalışma başlığının "Toplumda ruh sağlığı okuryazarlığına yönelik bilgi, inanç, kaynak düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi" olarak değiştirilmesi, -Yöntemde yapılan değişiklikler, İle ilgili belgeler incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.	

ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu
---------------	--

ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?	
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Şükran Köse (Başkan Yardımcısı)	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Özgür Er	Endodonti A.D.	Diş Hekimliği Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Hatice Şimşek Keskin	Halk Sağlığı	DEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Nil Hocaoğlu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒
Dr.Öğr.Üyesi Gamze Tuna	Tıbbi Biyokimya	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒

EK-4 BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Araştırmacının Beyanı

Değerli katılımcı,

Bu çalışma Sayın Fatma Şeyda ÖZBIÇAKÇI ve Gamze SİNİR tarafından **toplumda ruh sağlığı okuryazarlığına yönelik bilgi, inanç, kaynak düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi** amacıyla gerçekleştirilmektedir.

Araştırma kapsamında elde edilen tüm veriler Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi bünyesinde yürütülen bir çalışma için kullanılacak olup bilimsel amaçlar dışında kesinlikle kullanılmayacaktır. Çalışma için gerekli olan etik kurul izni alınmıştır.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyorum. Bu bilgileri okuyup değerlendirdikten sonra araştırmaya katılmak isterseniz ilgili alanı işaretleyiniz. Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz tanıtıcı özelliklerinizi değerlendiren ‘‘Sosyodemografik veri toplama formu’’ ve ‘‘Ruh Sağlığı Okuryazarlığı’’ ölçeğini doldurmanız gerekmektedir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden ya da sosyal güvencenizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Sizinle ilgili bilgiler gizli tutulacak, ancak etik kurullar ya da resmi makamlar gereği halinde incelenebilecektir. Çalışmaya katılmayı kabul etmenize rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Bu formda bireyleri tanımlayıcı türde 15 soru, 'Ruh Sağlığı Okuryazarlığı'na ilişkin geliştirilmiş ölçekte de 22 soru bulunmaktadır. Cevaplama yaklaşık 5 dakika sürmektedir.

Zaman ayırdığınız, içten cevaplarınızla araştırmaya ve olası sorunların çözümüne katkı verdiğiniz için teşekkür ederiz.

Gamze SİNİR
Dokuz Eylül Üniversitesi

Katılımcının Beyanı

Sayın Şeyda Özbıçakçı ve Gamze Sinir tarafından bir araştırma yapılacağı belirtilerek yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra bu araştırmaya ‘‘katılımcı’’ olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında benim kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmayı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını

bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili herhangi bir sorunla karşılaştığımda herhangi bir saatte Fatma Şeyda Özbıçakçı'ya Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi adresinden [] no'lu telefon numarasından; Gamze Sinir'e [] no'lu telefon numarasından ulaşabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılıma konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmadım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada “katılımcı” olarak yer alma kararı aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

EK-5 ÖZGEÇMİŞ



GAMZE SİNİR

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

İletişim Adresi

Telefon

E-posta

İnternet Sayfası

Öğrenim Bilgileri

24 Ocak 2019 – Şu Anda (5 yıl 7 ay)
Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ (YL) (TEZLİ)
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.24 / 4.0

04 Ekim 2016 – 01 Haziran 2018 (1 yıl 8 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK PR.
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 70.09 / 100.0

01 Eylül 2014 – 01 Haziran 2018 (3 yıl 10 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, BAĞÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 2.71 / 4.0

Danışım / İşyeri Bilgileri

Ekim 2019 – Şu Anda (4 yıl 11 ay) (Tam Zamanlı)
HEMŞİRE, ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ BAŞBAKAN ADNAN MENDERES
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: İyi, Yazma: İyi, Konuşma: Orta)

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Görev	ARDEB	BİDEB	BİLİM TOPLUM	UİDB	TEYDEB	Toplam
Hakemlik/Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	0	0	0	0	0	0
Moderatorluk Sayısı	0	0	0	0	0	0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	0	0	0	0	0	0
Raportörlük Sayısı	0	0	0	0	0	0
Katılmadığı Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	0	0	0	0	0	0