



T.C.  
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI



SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN RUH SAĞLIĞI  
OKURYAZARLIK DÜZEYLERİ VE RUHSAL HASTALIKLARA  
YÖNELİK DAMGALAMA TUTUMLARININ BELİRLENMESİ

CEREN DEĞERLİ

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

BURSA-2025

CEREN DEĞERLİ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ

2025



T.C.  
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI



**SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIK  
DÜZEYLERİ VE RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK  
DAMGALAMA TUTUMLARININ BELİRLENMESİ**

**Ceren DEĞERLİ**  
**(YÜKSEK LİSANS TEZİ)**

**DANIŞMAN:**  
Doç. Dr. Gülseren ÇITAK TUNÇ

**BURSA-2025**

T.C.  
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ETİK BEYANI**

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “**Sağlık Profesyonellerinin Ruh Sağlığı Okuryazarlık Düzeyleri ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Tutumlarının Belirlenmesi**” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir ve beyan ederim.

**Ceren DEĞERLİ**  
**Tarih ve İmza**

## TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU

...../...../.....

**Adı Soyadı:** Ceren DEĞERLİ

**Anabilim Dalı:** Hemşirelik Anabilim Dalı

**Tez Konusu:** Sağlık Profesyonellerinin Ruh Sağlığı Okuryazarlık Düzeyleri ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Tutumlarının Belirlenmesi

<u>ÖZELLİKLER</u>	<u>UYGUNDUR</u>	<u>UYGUN DEĞİLDİR</u>	<u>ACIKLAMA</u>
Tezin Boyutları	■	<input type="checkbox"/>	
Dış Kapak Sayfası	■	<input type="checkbox"/>	
İç Kapak Sayfası	■	<input type="checkbox"/>	
Kabul Onay Sayfası	■	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Düzeni	■	<input type="checkbox"/>	
İçindekiler Sayfası	■	<input type="checkbox"/>	
Yazı Karakteri	■	<input type="checkbox"/>	
Satır Aralıkları	■	<input type="checkbox"/>	
Başlıklar	■	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Numaraları	■	<input type="checkbox"/>	
Eklerin Yerleştirilmesi	■	<input type="checkbox"/>	
Tabloların Yerleştirilmesi	■	<input type="checkbox"/>	
Kaynaklar	■	<input type="checkbox"/>	

### DANIŞMAN ONAYI

**Unvanı Adı Soyadı:** Doç. Dr. Gülseren ÇITAK TUNÇ

**İmza:**

## İÇİNDEKİLER

<b>ETİK BEYANI</b> .....	<b>II</b>
<b>TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU</b> .....	<b>III</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>IV</b>
<b>TÜRKÇE ÖZET</b> .....	<b>VI</b>
<b>İNGİLİZCE ÖZET</b> .....	<b>VII</b>
<b>TEZ KONUSUNUN KÜRESEL SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA</b> .....	<b>VIII</b>
<b>HEDEFLERİ İLE İLİŞKİSİ</b> .....	<b>VIII</b>
<b>1.GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Araştırmanın Soruları.....	5
<b>2.GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>6</b>
2.1. Sağlık Okuryazarlığı .....	6
2.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı.....	8
2.3. Dünyada ve Türkiye’de Ruh Sağlığı Okuryazarlığı.....	11
2.4. Damgalama .....	12
2.5. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Damgalama Arasındaki İlişki.....	14
2.6. Sağlık Profesyonelleri, Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Damgalama .....	16
<b>3.GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>18</b>
3.1. Araştırmanın Tipi .....	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	18
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri .....	19
3.5. Araştırmanın Etik Boyutu .....	19
3.6. Veri Toplama Araçları .....	20
3.6.1. Bireysel bilgi formu (EK-1) .....	20
3.6.3. Sağlık çalışanları için ruhsal hastalıklara yönelik damgalama ölçeği (SÇ-RHYDÖ)(EK-3).....	21
3.7. Verilerin Toplanması .....	22
3.8. Verilerin İstatiksel Değerlendirilmesi .....	22
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	23
<b>4.BULGULAR</b> .....	<b>24</b>
4.1. Sağlık Profesyonellerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular.....	24
4.2. Sağlık Profesyonellerinin Cinsiyetlerine Göre RSOY-Ölçek ve SÇ-RHYDÖ Puan Ortalamaları Bulguları .....	25
4.3. Sağlık Profesyonellerinin Medeni Durumlarına Göre RSOY-Ölçek ve SÇ-RHYDÖ Puan Ortalamaları Bulguları .....	26
4.4. Sağlık Profesyonellerinin Mesleklerine Göre RSOY-Ölçek ve SÇ-RHYDÖ Puan Ortalamaları Bulguları .....	26
4.5. Sağlık Profesyonellerinin Çalışılan Birime Göre RSOY-Ölçek ve SÇ-RHYDÖ Puan Ortalamaları Bulguları .....	27
4.6. Sağlık Profesyonellerinin Gelir Durumlarına Göre RSOY-Ölçek ve SÇ-RHYDÖ Puan Ortalamaları Bulguları .....	28
4.7. Sağlık Profesyonellerinin Bakım Verilen Hasta Gruplarına Göre RSOY-Ölçek ve SÇ-RHYDÖ Puan Ortalamaları Bulguları .....	28
4.8. Sağlık Profesyonellerinin Ruhsal Öyküye Göre RSOY-Ölçek ve SÇ-RHYDÖ Puan Ortalamaları Bulguları .....	30

4.9. Sağlık Profesyonellerinin Yaş ve Çalışma Sürelerine Göre RSOY-Ölçek ve SÇ-RHYDÖ Puan Ortalama Bulguları .....	31
4.10. Sağlık Profesyonellerinin RSOY-Ölçek ve SÇ-RHYDÖ Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular .....	31
4.11. Sağlık Profesyonellerinin Meslek Grupları Arasında RSOY-Ölçek ve SÇ-RHYDÖ Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular .....	32
4.12. Sağlık Profesyonellerinin SÇ-RHYDÖ Puanlarını Açıklamada RSOY Alt Ölçek Puanlarının Etkinliğine Yönelik Bulgular .....	32
4.13. Sağlık Profesyonellerinin Sosyal Mesafe Puanlarını Açıklamada RSOY Alt Ölçek Puanlarının Etkinliğine Yönelik Bulgular .....	33
4.14. Sağlık Profesyonellerinin Tutumlar Puanlarını Açıklamada RSOY Alt Ölçek Puanlarının Etkinliğine Yönelik Bulgular .....	34
4.15. Sağlık Profesyonellerinin Yardım Arama/Kendini Açma Puanlarını Açıklamada RSOY Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Etkinliğine Yönelik Bulgular .....	35
<b>5.TARTIŞMA VE SONUÇ.....</b>	<b>37</b>
5.1. Sağlık Profesyonellerinin Ruh Sağlığı Okuryazarlık Düzeyleri ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Tutumlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	37
5.2. Sağlık Profesyonellerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre RSOY-Ölçeği Puan Ortalamasına İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	38
5.3. Sağlık Profesyonellerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Tutumunun İncelenmesi.....	41
5.4. Sağlık Profesyonellerinin Ruh Sağlığı Okuryazarlık Düzeyi ile Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi .....	42
5.5. Sağlık Profesyonellerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Tutumlarını Açıklamada Ruh Sağlığı Okuryazarlık Düzeyinin Etkinliğinin İncelenmesi .....	46
5.6. Sonuç ve Öneriler.....	48
<b>6.KAYNAKLAR .....</b>	<b>51</b>
<b>7.SİMGELER VE KISALTMALAR .....</b>	<b>63</b>
<b>8.EKLER.....</b>	<b>64</b>
<b>9.TEŞEKKÜR .....</b>	<b>73</b>
<b>10.ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>74</b>

## TÜRKÇE ÖZET

Araştırma sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyleri ve ruhsal hastalıklara yönelik damgalama tutumlarını belirlemek ve aralarındaki ilişkiyi incelemek amacıyla kesitsel olarak yapıldı.

Araştırma 15 Nisan 2024 – 15 Ekim 2024 tarihleri arasında Bursa İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı bir devlet hastanesinde görevli 255 sağlık profesyoneli ile gerçekleştirildi.

Araştırma verileri Bireysel Bilgi Formu, Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOY Ölçeği), Sağlık Çalışanları İçin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği (SÇ-RHYDÖ) kullanılarak toplandı.

Araştırma verilerinin analizinde betimleyici istatistiksel analizler, Bağımsız Gruplar t testi, Kruskal Wallis H testi, Pairwise Karşılaştırma Sonuçları, Tek Yönlü ANOVA Analizi, Bonferroni Düzeltmesi, Pearson Korelasyon Analizi, Spearman Korelasyon Analizi, Basit Doğrusal Regresyon Analizi kullanıldı. Tüm analizler için anlamlılık seviyesi  $p<0,05$  olarak belirlendi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu basıklık ve çarpıklık değerleriyle ( $\pm 1,5$ ) kontrol edildi.

Yapılan araştırmanın sonucuna göre katılımcı sağlık profesyonellerinin %39,2 si erkek olup, %47,5'i evlidir. Mesleki dağılıma göre %45,5'i hemşire olup, %36,9'u acil serviste çalışmaktadır. Sağlık profesyonellerinin RSOY puan ortalamalarının  $12,78\pm 3,03$  olduğu ve yaş, meslek grubu, çalışılan birim, gelir durumu ve çalışma süresine göre farklılık gösterdiği belirlendi ( $p<0,05$ ). Sağlık profesyonellerinin Sağlık Çalışanları İçin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği puan ortalamaları  $56,95\pm 6,01$  olup yaş, meslek grubu, çalışılan birim, gelir durumu ve çalışma süresine göre farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ), ruhsal hastalık bakımında görev alanların alt ölçek sosyal mesafe ile ilgili damgalama puan ortalamalarının düşük olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ). Yapılan pearson korelasyon analizinde ruh sağlığı okur yazarlığı alt ölçek bilgi puanları ile damgalamaya ilişkin alt ölçek yardım arama/kendini açma puanları arasında istatistiksel açıdan negatif korelasyon saptandı. Sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyi artırılarak damgalayıcı tutumları azaltılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık profesyonelleri, ruh sağlığı, ruhsal hastalık, ruh sağlığı okuryazarlığı, damgalama

## İNGİLİZCE ÖZET

### DETERMINATION OF HEALTH PROFESSIONALS' MENTAL HEALTH LITERACY LEVELS AND STIGMATIZING ATTITUDES TOWARDS MENTAL DISORDERS

The research was conducted cross-sectionally to determine the mental health literacy levels of health professionals and their stigma attitudes towards mental illnesses and to examine the relationship between them.

The research was carried out between April 15, 2024 and October 15, 2024, with 255 health professionals working in a state hospital affiliated to Bursa Provincial Health Directorate.

The research data were collected using the Individual Information Form, the Mental Health Literacy Scale (RSOY Scale), and the Stigma Scale for Mental Illnesses for Healthcare Professionals (SÇ-RHYDÖ).

Descriptive statistical analyses, Independent Groups t test, Kruskal Wallis H test, Pairwise Comparison Results, One-Way ANOVA Analysis, Bonferroni Correction, Pearson Correlation Analysis, Spearman Correlation Analysis, Simple Linear Regression Analysis were used in the analysis of the research data. The significance level for all analyses was determined as  $p < 0.05$ . The suitability of the data to the normal distribution was checked with defineness and distortion values ( $\pm 1.5$ ).

According to the results of the research, 39.2% of the participating health professionals are male and 47.5% are married. According to the occupational distribution, 45.5% are nurses and 36.9% work in the emergency room. It was determined that the RSOY score averages of health professionals were  $12.78 \pm 3.03$  and differed according to age, occupational group, unit studied, income status and working time ( $p < 0.05$ ). It was determined that the average score of health professionals for mental illness for health professionals were  $56.95 \pm 6.01$  and did not differ according to age, occupation group, unit studied, income status and working time ( $p > 0.05$ ), and that the stamping score averages related to the sub-scale social distance of those who worked in mental illness care were low ( $p < 0.05$ ). In the pearson correlation analysis, a statistically negative correlation was detected between the mental literacy subscale information scores and the subscale help search/self-opening scores for stigma. By increasing the mental health literacy level of health professionals, their stigmatizing attitudes can be reduced.

**Keywords:** Health professionals, mental health, mental disorders, mental health literacy, stigma

**BUÜ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**TEZ KONUSUNUN KÜRESEL SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA**  
**HEDEFLERİ İLE İLİŞKİSİ**

					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Sağlık Profesyonellerinin Ruh Sağlığı Okuryazarlık Düzeyleri ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Tutumlarının Belirlenmesi” başlıklı tez 3, 4 ve 10. Küresel Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ile ilişkilidir.

# 1. GİRİŞ

## 1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Sağlık kavramı, bireyin, toplumun ve kültürel yapıların etkisiyle farklı biçimlerde tanımlanan çok boyutlu bir olgudur. Geçmişte ve geleneksel anlayışlarda sağlık, yalnızca hastalık ve sakatlığın bulunmaması şeklinde değerlendirilmiştir (Tengilimoğlu, 2009). Günümüzde ise Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/WHO), sağlığı yalnızca hastalık ya da sakatlığın yokluğu değil; aynı zamanda bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik halinde olması olarak tanımlamaktadır (World Health Organization [WHO], 1948). DSÖ'nün bu tanımına göre ruh sağlığı; bireyin kendi potansiyelini gerçekleştirebilmesi, yaşamın olağan stresleriyle başa çıkabilmesi, üretken ve topluma katkı sağlayan bir birey olması ve içsel bir dengeyi sürdürebilmesi durumudur (WHO, 2012).

Ruhsal iyilik hâli, yalnızca ruhsal açıdan iyi olma durumunu değil; bireyin diğer insanlarla sağlıklı ilişkiler kurabilme kapasitesini, yaşam hedeflerinin farkında olmasını ve çeşitli sorumlulukları üstlenebilme yetisini de kapsamaktadır (Özdemir, 2020; Patel ve ark., 2018; Telef, Uzman, & Ergün, 2013). Günümüzde artan stres faktörleri ve yaşam koşullarının getirdiği zorluklar, bireylerin ruhsal iyilik hâllerinde ciddi bir azalma yaratmakta; bu durum da ruhsal hastalıkların görülme sıklığında belirgin bir artışa neden olmaktadır. DSÖ'nün yürüttüğü bir çalışmada, anksiyete ve depresyon gibi ruhsal hastalıkların, birey yaşamını olumsuz etkileyen ve en sık karşılaşılan sorunlar olduğu, bu nedenle “yaygın ruhsal hastalıklar (common mental disorders)” başlığı altında değerlendirildiği ifade edilmiştir (WHO, 2017). Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME) verilerine göre, 2021 yılında COVID-19 pandemisiyle birlikte majör depresyon oranında %28,1 ve anksiyete oranında %27,9 oranında artış kaydedilmiştir (COVID-19 Mental Disorders Collaborators, 2021). Her ne kadar ruhsal hastalıkların gerçek yaygınlığı net olarak saptanamasa da, dünya genelinde önemli bir toplumsal sorun olduğu çeşitli bilimsel çalışmalarda ortaya konmuştur (Cockerman, 2017; Kessler ve ark., 2009; Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016).

Bu bağlamda öne çıkan bir başka önemli kavram ise sağlık okuryazarlığıdır. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin hem kendi sağlık durumları hem de toplum sağlığı ile ilgili karar alma süreçlerinde etkili iletişim kurabilmelerini ve yeterli bilgiye erişerek

güvenli bir tutum sergilemelerini ifade etmektedir (Akbolat, Erigüç, & Sağlam, 2016; Sezer, & Kadioğlu, 2014). Bu yetkinliğin yaygınlaştırılması; bireylerin sağlık bilgilerine daha kolay ulaşmalarını sağlayarak sağlık alanındaki eşitsizliklerin azaltılmasına katkı sunmakta, aynı zamanda acil servise başvuru ve hastaneye yatış oranlarını düşürerek sağlık sistemlerinin maliyetlerini azaltmakta ve mevcut kaynakların daha etkin kullanılmasını mümkün kılmaktadır (Mitchell ve ark., 2022; WHO, 2013). Dolayısıyla toplum sağlığının sürdürülebilir biçimde geliştirilebilmesi adına bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yeterli olması gerekmektedir (Bjørnsen ve ark., 2017).

Günümüzde ruhsal hastalıkların artış göstermesiyle birlikte, ruh sağlığını korumak ve desteklemek amacıyla “ruh sağlığı okuryazarlığı” kavramı giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Bu kavram, ilk olarak 1997 yılında Jorm ve çalışma arkadaşları tarafından; bireylerin ruhsal hastalıkların tanıma, yönetme ve bu hastalıklardan korunmaya ilişkin bilgi ve inançlarını ifade edecek şekilde tanımlanmıştır (Jorm ve ark., 1997). Güncel literatürde ruh sağlığı okuryazarlığı (RSO); ruhsal sağlığın nasıl korunacağını anlama, ruhsal hastalıkları ve bunların tedavi süreçlerini kavrama, profesyonel yardım arama davranışını teşvik etme ve ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı azaltma olmak üzere dört temel bileşenden oluşmaktadır (Kutcher, Wei, & Coniglio, 2016).

Bu bağlamda, ruhsal hastalıklara yönelik damgalama kavramı, ruh sağlığı okuryazarlığının geliştirilmesinde öncelikli hedeflerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Damgalama, bireylerin ruhsal bir hastalık nedeniyle kusurlu ya da değersiz olarak görülmesi biçiminde tanımlanmakta olup (King ve ark., 2007), DSÖ tarafından da en fazla damgalamaya maruz kalan gruplardan biri olarak ruhsal hastalığı olan bireyler gösterilmektedir (WHO, 2011). Bu tür damgalayıcı tutumlar, söz konusu bireylerin toplumdan dışlanmasına, ötekileştirilmesine ve ayrımcılığa uğramalarına yol açmakta; sosyal yaşamdan (örneğin evlilik, arkadaşlık, iş hayatı gibi) ve sağlık hizmetlerine erişimden dışlanmalarıyla sonuçlanmaktadır (Akmeşe, 2020; Gerlinger ve ark., 2013; Kutcher ve ark., 2016; Reavley, & Jorm, 2011). DSÖ verilerine göre, ruhsal hastalığı olduğu bilinen bireylerin yaklaşık üçte ikisi, hiçbir zaman sağlık profesyoneline başvurmamaktadır. Damgalama, ayrımcılık ve ihmal gibi olumsuz tutumlar, bireylerin tedavi ve bakım süreçlerini sekteye uğratmaktadır

(WHO, 2020). Bu durum yalnızca bireyleri değil, toplumun tamamını etkileyerek sosyal adaletsizliklere ve yıkıcı sonuçlara neden olabilmektedir (Çiftçi, Jones, & Corrigan, 2013).

Ruhsal hastalığa sahip bireylerin toplum içerisinde damgalanmadan var olabilmeleri ve bu bireylere yönelik olumsuz yargıların dönüştürülmesi, ancak bilgi eksikliklerinin giderilmesiyle mümkün olabilmektedir (Açıkgöz, & Akkuş, 2018). Bu doğrultuda, toplumun ruh sağlığı okuryazarlığını artırmaya yönelik eğitim programları ve kurslar düzenlenmektedir. Örneğin, Jorm ve arkadaşları, 2000 yılında Avustralya’da “Psikolojik İlk Yardım Merkezi (Mental Health First Aid [MHFA])”ni kurmuş; 2001 yılında ise ruhsal kriz ya da bozukluk durumlarında bireylerin nasıl desteklenebileceğini öğretmeyi amaçlayan Psikolojik İlk Yardım Eğitimi kurslarını başlatmışlardır (Reavley, & Jorm, 2011). Günümüzde bu kurslar Avrupa’daki 24’ten fazla ülkede uygulanmakta ve dünya genelinde iki milyondan fazla birey bu eğitimlerden yararlanmışır (Jorm, 2012).

Türkiye’de ise bu sorumluluk büyük ölçüde Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) bünyesinde çalışan ruh sağlığı profesyonellerine aittir. Bu merkezlerde ruh sağlığının geliştirilmesine yönelik eğitim faaliyetleri yürütülmekte ve damgalamayı azaltmayı amaçlayan müdahaleler uygulanmaktadır (Akdoğan, 2018). İnternetin yaygın kullanımı göz önüne alındığında, ruh sağlığı okuryazarlığını artırmayı hedefleyen internet tabanlı uygulamalar ve kitle iletişim araçları da önemli araçlar olarak önerilmektedir (Tay ve ark., 2018). Özellikle gençler gibi ruhsal açıdan risk grubunda yer alan bireylere yönelik olarak okul ve üniversitelerde verilen eğitimlerin, ruh sağlığı okuryazarlığını artırma konusunda etkili olduğu vurgulanmaktadır (Lo, Gupta, & Keating, 2018; Ratnayake & Hyde, 2019).

Bu süreçte, psikiyatri hemşireleri önemli bir rol üstlenmektedir. Çünkü bu meslek grubu, hasta ve hasta yakınlarıyla doğrudan ve sık etkileşim hâlinde olup, verdikleri eğitimler aracılığıyla bireylerin hastalığa ilişkin bakış açılarını olumlu yönde etkileyebilmekte; yaşam kalitelerini artırmakta ve damgalayıcı tutumların azaltılmasına katkı sunmaktadır (Özer, Dikeç, & Ata, 2020). Psikiyatri hemşirelerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyleri, hasta bakım kalitesi ve ruhsal hastalıklara yönelik damgalama tutumlarının azaltılması açısından kritik bir öneme sahiptir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada, hemşirelerin ruh sağlığı okuryazarlık

düzeyleri arttıkça, damgalama tutumlarının anlamlı şekilde azaldığı bildirilmiştir (Uguz, Gülcan, & Keskin, 2024). Benzer şekilde, Ürdün'de yapılan kesitsel bir çalışmada hemşirelerin okuryazarlık düzeylerinin orta seviyede olduğunu ve özellikle damgalamayı azaltmaya yönelik eğitimlere ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymuştur (Al-Kerem ve ark., 2025). Çin'de psikiyatri hemşirelerinin ruh sağlığı konusunda genel hemşirelere kıyasla daha yüksek bilgi ve tanı doğruluğuna sahip oldukları tespit edilmiştir (Wang ve ark., 2025). Ayrıca BMC Nursing'de yayımlanan sistematik bir incelemede, yüksek ruh sağlığı okuryazarlığının hem empatiyi artırdığı hem de tükenmişlik düzeyini azalttığı bulunmuştur (Zhou., 2025). Bu bulgular, ruh sağlığı okuryazarlığının hem hasta bakımında hem de sağlık profesyonellerinin kendi psikolojik dayanıklılığında önemli bir faktör olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak, sağlık profesyonelleri çalıştıkları her ortamda ruhsal bozukluğu olan bireylerle karşılaşma olasılığına sahiptir. Bu profesyonellerin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutumları, yalnızca bireylerin tedaviye başvurma kararlarını değil, aynı zamanda hastalıkla baş etme süreçlerini ve hasta ile yakınlarının yaşam kalitelerini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Arakan ve ark., 2011; Bağ, & Ekinci, 2005). Dolayısıyla sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin ve ruhsal hastalıklara yönelik damgalama tutumlarının belirlenmesi, sağlık hizmetlerinde bilinç oluşturmak ve ruh sağlığı politikalarının geliştirilmesine katkı sağlamak açısından büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmanın amacı, sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyleri ile ruhsal hastalıklara yönelik damgalama tutumlarını belirlemek ve bu iki değişken arasındaki ilişkiyi incelemektir. Çalışma, sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyleri ile ruhsal hastalıklara yönelik damgalama tutumlarını birlikte ele alarak, alanyazında sıklıkla ayrı incelenen iki değişken arasındaki ilişkiyi değerlendirmesi açısından özgün bir katkı sunmaktadır. Sağlık hizmet sunumunda doğrudan rol alan sağlık profesyonellerine odaklanması, genel topluma yönelik çalışmaların ötesine geçerek uygulamaya dönük veri sağlamakta ve ulusal literatürdeki boşlukları doldurmayı hedeflemektedir. Ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeğinin alt boyutları ile damgalama tutumları arasındaki ilişkilerin incelenmesi ve farklı sağlık meslek gruplarının karşılaştırılması, çalışmanın derinliğini artırmakta ve meslek temelli eğitim planlamalarına yönelik önerilere zemin hazırlamaktadır. Elde

edilen bulgular, ruhsal hastalıklara yönelik damgalamanın azaltılması ve okuryazarlığın artırılması adına sağlık profesyonellerine yönelik eğitim ve müdahale programlarının geliştirilmesine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmanın diğer araştırmalardan en önemli farkı ise, aynı sağlık profesyoneli grubunda hem ruh sağlığı okuryazarlık düzeyini hem de ruhsal hastalıklara yönelik damgalama tutumlarını birlikte değerlendirmesidir.

## **1.2. Araştırmanın Soruları**

- Sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyleri ve ruhsal hastalıklara yönelik damgalama tutumları nasıldır?
- Sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyi, sosyodemografik özelliklere göre değişmekte midir?
- Sağlık profesyonellerinin ruhsal hastalıklara yönelik damgalama tutumları, sosyodemografik özelliklere göre değişmekte midir?
- Sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyi ile ruhsal hastalıklara yönelik damgalama tutumları arasında nasıl bir ilişki vardır?
- Sağlık profesyonellerinin ruhsal hastalıklara yönelik damgalama tutumlarını açıklamada, ruh sağlığı okuryazarlık düzeyinin etkinliği nedir?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Sağlık Okuryazarlığı

Günümüzde bireylerin bilinç düzeylerinin artması ve teknolojik gelişmelerin bilgiye erişimi kolaylaştırması ile birlikte "sağlık okuryazarlığı" kavramı, halk sağlığı alanında önemli bir yer edinmiştir. İlk kez 1974 yılında Scott Simonds tarafından tanımlanan "Health Education as Social Policy" (Sağlık Eğitimi ve Sosyal Politika) adlı makalede, "halkın sağlık eğitimi" kavramı çerçevesinde ele alınan sağlık okuryazarlığı kavramı, özellikle 2003 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleştirilen "National Assessment of Adult Literacy" (Yetişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirilmesi - NAAL) çalışmasının ardından daha yaygın bir biçimde kullanılmaya başlanmıştır (Balçık, Taşkaya, & Şahin, 2014).

Sağlık okuryazarlığı kavramı, zamanla farklı araştırmacılar ve kurumlar tarafından çeşitli açılardan tanımlanmıştır. Amerikan Tıp Enstitüsü, sağlık okuryazarlığını "bireylerin sağlığa ilişkin bilinçli kararlar alabilmeleri için gerekli olan temel sağlık bilgilerine erişim, bu bilgileri anlama ve kullanma yetisi" olarak tanımlarken (Nielsen-Bohlman, 2004); Nutbeam (2008) ise sağlık okuryazarlığını, "bireylerin sağlıklı kalmalarını ve mevcut sağlık durumlarını sürdürebilmelerini sağlayacak bilgilere erişim, bu bilgileri anlama ve etkili bir şekilde kullanma becerisi" şeklinde ifade etmektedir (Nutbeam, 2008). Sorensen ve arkadaşları'nın yaptıkları kapsamlı bir çalışmada, literatürdeki sağlık okuryazarlığının birçok farklı tanımını bütüncül bir yaklaşımla değerlendirerek sağlık okuryazarlığını "Okuryazarlıkla ilişkili olarak bireylerin, günlük yaşamlarında sağlıklarına ilişkin kararlar alabilmeleri, yaşam kalitelerini artırabilmeleri ve sürdürebilmeleri için sağlıklarını geliştirme ve hastalıkları önleme amacıyla gerekli sağlık bilgilerine erişim sağlama, bu bilgileri anlama, değerlendirme ve kullanma yetisi, motivasyonu ve yeterliliği" şeklinde tanımlamıştır (Sorensen ve ark., 2012). DSÖ ise bu tanımları daha da genişleterek sağlık okuryazarlığını; "bireylerin yaşam süreçleri boyunca sağlık hizmetlerine ilişkin konularda bilinçli tutumlar geliştirmeleri ve sağlıklı tercihlerde bulunabilmeleri, sağlıklarını koruma, sürdürme ve geliştirme amacıyla sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilmeleri, bu bilgileri ve mesajları doğru algılama ve anlama yönündeki istek ve yeterlikleri" olarak tanımlamaktadır (WHO, 2013).

Toplumun sağlık ve sağlık hizmetleri hakkında gerekli bilgilere erişebilmesi ve bu doğrultuda bilinçli kararlar verebilmesi, sağlık okuryazarlığı düzeyiyle doğrudan ilişkilidir. Bu bağlamda, sağlık okuryazarlığı yalnızca birey sağlığını değil, aynı zamanda toplum sağlığını da etkileyen önemli bir faktör olarak değerlendirilmektedir (Hahn ve ark., 2017). Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yüksek olması, sağlıkla ilgili bilgileri anlama, yorumlama ve kullanma becerilerini artırmakta; bu durum da bireylerin sağlıklarına dair daha fazla sorumluluk alabilmelerini sağlamaktadır (Barańska, & Kłak, 2022). Sağlık okuryazarlığı düzeyi, bireylerin sağlık hizmetleriyle ne derece ilişkide bulunduğunu, sağlık sorunları karşısında tıbbi yardım arama davranışlarını, tedavi süreçlerine katılım oranlarını ve sağlıkla ilgili önemli sonuçlara ulaşabilme kapasitelerini etkilemektedir (Trutner ve ark., 2023).

Bireylerdeki sağlık okuryazarlığı oranı arttıka, olumlu sağlık davranışlarının sergilenme sıklığı ve yaşam kalitesinin yükselme eğilimi de artmaktadır. Toplumsal düzeyde değerlendirildiğinde ise, yüksek sağlık okuryazarlığı oranları sağlık hizmetlerinin daha etkin kullanımını sağlamakta ve sağlık sistemine olan toplam maliyetleri azaltmaktadır (Taş ve ark., 2016). Buna karşılık, düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi birçok olumsuz sonuca yol açaabilmektedir. Bu sonuçlar arasında; genel sağlık durumunda bozulma, sağlık bilgisine erişim ve bu bilgiyi anlama konusunda yetersizlik, koruyucu sağlık hizmetlerinden ve erken teşhis-tarama programlarından yeterince faydalanamama, sağlık profesyonellerinin öneri ve talimatlarını algılamada güçlük yaşanması ve öz bakım davranışlarında eksiklik yer almaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerine yanlış basamaktan başvurma, gereksiz sağlık hizmeti kullanımını, hatalı ilaç kullanımını, artan sağlık harcamaları ve hastalığa bağlı mortalite oranlarının yükselmesi gibi sistemsel sorunlar da düşük sağlık okuryazarlığı ile ilişkilidir (Ertem, & Güzel, 2021). Amerikan Tıp Derneği tarafından yapılan bir çalışmada, düşük düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin sağlık profesyonelleriyle etkili iletişim kurmakta güçlük çektikleri ve sağlık durumlarını doğru şekilde ifade edemedikleri tespit edilmiştir (Erdağ, 2015).

Sağlık okuryazarlığı düzeyine ilişkin yapılan uluslararası araştırmalar, dünya genelinde bu düzeyin beklenenin olduğuça altında olduğunu göstermektedir. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda (European Health Literacy Survey) Almanya, Avusturya, Bulgaristan, Hollanda, İrlanda, İspanya, Polonya ve Yunanistan'ın dahil

olduğu sekiz ülkede yapılan çalışmada, katılımcıların %12'sinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz, %47'sinin ise sınırlı düzeyde olduğu belirlenmiştir (Sørensen ve ark., 2012). Benzer şekilde, Amerika Birleşik Devletleri'nde yürütülen bir çalışmada yetişkin bireylerin yalnızca %22'sinin temel sağlık okuryazarlığı becerilerine sahip olduğu tespit edilmiştir (Erdağ, 2015). Türkiye özelinde yapılan araştırmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Türkiye'de 6.228 haneyi kapsayan bir çalışmada, katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri değerlendirilmiş; bireylerin %31'inin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz, %38'inin ise sınırlı ya da sorunlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Özkan, 2018). Ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın 2014 yılında gerçekleştirdiği Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda da, bireylerin %64,6'sı sağlık okuryazarlığı açısından yetersiz ya da sorunlu bir düzeyde olduğu tespit edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

Ülkemizde sağlık okuryazarlığını geliştirmek amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan 2022-2026 Sağlık Okuryazarlığı Eylem Planı kapsamında, bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini yükseltmek, doğru ve kolay erişilebilir sağlık bilgilerini sunmak ve sağlık çalışanlarını bu konuda eğitmek temel hedefleriyle çeşitli stratejiler uygulanmaya başlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022). Bu stratejiler, toplum genelinde sağlık okuryazarlığını artırarak bireylerin sağlıkla ilgili karar alma süreçlerine daha aktif katılımını sağlayabilmekte ve sağlık hizmetlerinin etkin kullanımını teşvik ederek bireylerin yaşam kalitesini yükseltebilmektedir.

## **2.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı**

Ruh sağlığı, bireylerin günlük yaşamda işlevselliklerini sürdürebilmeleri, toplumsal ilişkilerini sağlıklı bir biçimde yönetebilmeleri ve genel iyilik hallerini koruyabilmeleri açısından temel bir gerekliliktir. Ruh sağlığı okuryazarlığı (RSOY) kavramı ise, son yıllarda sağlık okuryazarlığı alanında giderek daha fazla ön plana çıkan bir alt bileşen olup, bireylerin ruhsal sağlık sorunlarını tanımalarını, bu sorunların nedenlerini anlamalarını, etkili başa çıkma stratejileri geliştirmelerini ve gerektiğinde profesyonel yardım aramalarını mümkün kılan bilgi, tutum ve davranışlar bütünüdür (Özel, & Düzcü, 2018). Toplum sağlığının

iyileştirilmesi ve ruhsal bozuklukların yaygınlığının azaltılması açısından ruh sağlığı okuryazarlığının artırılması büyük önem arz etmektedir.

Ruh sağlığı okuryazarlığı kavramı, ilk olarak Jorm ve arkadaşları (1997) tarafından “ruh sağlığı hastalıklarını tanıma, yönetme ve önleme konusundaki bilgi ve inançlar” şeklinde tanımlanmıştır (Jorm ve ark, 1997). Ancak, ruhsal bozuklukların toplumda giderek artan yaygınlığı ve ruh sağlığı alanındaki gelişmeler doğrultusunda, bu tanımları genişletilerek ruh sağlığı okuryazarlığını altı temel bileşene ayrılmıştır. Bu bileşenler;

- Bireyin ruhsal bozuklukları tanıma ve ayırt etme becerisi,
- Ruhsal sorunların nedenleri ve risk etmenleri hakkında bilgi ve inanışlar,
- Kendi kendine uygulanabilecek baş etme stratejeleri ve müdahale yöntemlerine ilişkin bilgi,
- Uzman destek arama süreçlerine ilişkin bilgi ve inanışlar,
- Ruhsal bozuklukların doğru tespiti ve destek arama davranışlarını kolaylaştıran tutumlar,
- Ruh sağlığıyla ilgili güvenilir bilgi kaynaklarına ulaşma becerisi

olarak sıralanmıştır (Jorm ve ark, 2006).

Günümüzde ise ruh sağlığı okuryazarlığı, yapılan çalışmalar kapsamında dört ana bileşen olarak ele alınmaktadır. Bu bileşenler;

- Sağlıklı ruh halinin nasıl korunacağı ve sürdürüleceği,
- Ruhsal bozuklukların ve tedavi yöntemlerinin anlaşılması,
- Ruhsal hastalıklara yönelik damgalanmanın azaltılması,
- Profesyonel yardım arama davranışlarının artırılması

şeklindedir (Kutcher ve ark., 2016; Wei, McGrath, Hayden, & Kutcher, 2015). Bu dört bileşen, ruh sağlığı okuryazarlığının hem bireysel hem de toplumsal düzeyde etkili olabilmesi için kritik öneme sahiptir.

Ruh sağlığı okuryazarlığı, bireylerin ruhsal sağlıklarını koruma ve geliştirme süreçlerinde etkili bir araçtır. Ruh sağlığı okuryazarlığı, bireylerin ruhsal bozuklukları tanıyabilme, bu durumların olası nedenleri ve risk etmenleri hakkında bilgi sahibi olma ve gerektiğinde uygun yardım kaynaklarına nasıl ulaşacaklarını bilme yeterliliğini ifade etmektedir (Tonsing, 2018). RSOY oranının düşük olması bireylerin ruh sağlığı sorunları hakkında yetersiz bilgiye sahip olmalarına, doğru

zamanda ve doğru şekilde yardım arayamamalarına neden olmaktadır. Bu durum, tanı ve tedavi süreçlerinde gecikmelere yol açarak olumsuz sağlık sonuçlarına sebebiyet vermektedir (Clement ve ark., 2015; Haugan ve ark., 2017). Ayrıca yapılan araştırmalarda ruh sağlığı okuryazarlığı oranının yetersiz olması depresif belirtilerle ve anksiyete belirtileriyle anlamlı düzeyde bağlantılı bulunmuş (Huang ve ark., 2021), toplum genelinde ruh sağlığının bozulmasına ve intihar vakalarının artmasına da sebebiyet verdiği görülmüştür (Kutcher ve ark., 2016; Özer, & Şahin Altun, 2022). Düşük RSOY aynı zamanda bireylerin kişisel bakım ve sorumluluklarını yerine getirme konusunda yetersizlik yaşamalarına da yol açmaktadır (WHO, 2022).

Buna karşın RSOY oranı yüksek olan bireyler, stresle başa çıkma, sosyal destek kullanımı ve düzenli uyku gibi sağlığı koruyucu davranışları daha sık benimsemektedir. Bu bilinçli tutumlar, sadece bireysel iyilik halini artırmakla kalmayıp, toplumun ruh sağlığının güçlenmesine de olumlu katkılar sağlamaktadır (Kutcher ve ark., 2016). Ruh sağlığının bireysel işlevsellik ve toplumun refahı için hayati önem taşıması nedeniyle, ruh sağlığı okuryazarlığının artırılması tüm dünyada öncelikli hedefler arasında yer almaktadır (Taycan, & Coşkun, 2020). Bu kapsamda yürütülen çalışmalar, bireylerin ruhsal hastalıklar ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi sahibi olmalarını, etkili yardım arama davranışlarını öğrenmelerini, konuya ilişkin farkındalıklarını artırmalarını ve toplumdaki damgalanmayı azaltmayı amaçlamaktadır (Beveren ve ark., 2020).

Ruh sağlığı okuryazarlığının artırılması, bireylerin hastalıklara ilişkin farkındalığını yükselterek, güvenilir bilgi kaynaklarını kullanmalarını sağlamaktadır. Bu doğrultuda ruh sağlığı okuryazarlığı oranını yükseltmeye yönelik girişimler tanımlanmış ve bu girişimler dört başlık altında sınıflandırılmıştır. Bu başlıklar;

- Toplum genelinde farkındalık artırıcı çalışmalarla ruhsal hastalıklara yönelik bilgi düzeyinin yükseltilmesi ve damgalayıcı tutumların azaltılması,
- Özellikle genç bireylere yönelik eğitim programları düzenlenerek ruh sağlığı konusunda erken yaşta bilinç geliştirilmesi,
- Bireylerin ruhsal sorunlar karşısında uygun yardım arama davranışlarını geliştirme,
- Ruh sağlığı krizleriyle karşılaşıldığında doğru ve zamanında karar verilmesini kolaylaştıracak bilgi ve becerilerin kazandırılması

olarak sıralanmaktadır (Kell, Jorm, & Wright, 2007).

Ruh sağlığı okuryazarlığı oranının yükselmesi ise damgalama davranışlarının azalmasına, ruh sağlığı hizmetlerine erişimin kolaylaşmasına, hastaneye yatış oranlarının düşmesine ve ruhsal hastalıkların toplum üzerindeki yükünün azalmasına katkıda bulunmaktadır (Göktaş, Işıklı, Önsüz, & Yenilmez, 2019).

### **2.3. Dünyada ve Türkiye’de Ruh Sağlığı Okuryazarlığı**

Günümüzde ruh sağlığı sorunları, küresel düzeyde ciddi bir halk sağlığı meselesi haline gelmektedir. 2017 yılı istatistiklerine göre dünya genelinde depresyon tanısı almış bireylerin sayısı 300 milyona ulaşırken, bipolar bozuklukla yaşayanların sayısının yaklaşık 60 milyon, psikotik bozukluklardan etkilenenlerin sayısının ise 21 milyon civarında olduğu görülmektedir (WHO, 2017). Geçen zamanla birlikte ruhsal hastalıklardan etkilenenlerin sayısı artmış ve dünya genelinde yaklaşık 970 milyon insanın ruhsal hastalıklarla yaşadığı ortaya konmuştur (WHO, 2022). Türkiye İstatistik Kurumu’nun (2019) raporu ise, Türkiye’de 15 yaşını doldurmuş bireylerin %9’unun son 12 ay içinde depresyon belirtileri yaşadığını göstermektedir (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2019).

Ekonomik krizler, toplumlarda bireyselleşme ve sosyal izolasyon, ruh sağlığı hizmetlerine uzman eksikliği, yüksek tedavi maliyetleri, damgalanma korkusu ve yetersiz kamu politikaları gibi nedenlerle erişim sorunları yaşanması, sosyal medyanın aşırı kullanımı gibi etmenler ruhsal bozuklukların artış nedenleri arasında gösterilebilmektedir (Cacioppo, & Cacioppo, 2018; Frasilho ve ark., 2016; Keles, McCrae, & Grealish, 2020; Saxena, Thornicroft, Knapp, & Whiteford, 2007)

Ruhsal bozuklukların küresel çapta artışı ve giderek artan hastalık yükü oluşturması nedeniyle, ruh sağlığı okuryazarlığının önemi son yıllarda daha da artmıştır (Wei ve ark., 2015). Ruh sağlığı okuryazarlığı, genel sağlık okuryazarlığının temel bir bileşeni olarak, hem bireylerin hem de toplumun ruhsal iyilik halini belirlemede ve geliştirmede önemli bir rol oynamaktadır (Özel & Düzcü, 2018). Ancak ruhsal bozuklukların artış gösterdiği günümüzde, ruh sağlığı okuryazarlığı kavramı önem kazanmasına rağmen, toplumda henüz tam olarak anlaşılammıştır. Literatürde toplumların ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerini inceleyen çalışmalar bulunmaktadır (Gulliver ve ark., 2017; Ratnayake, & Hyde,

2019; Reavley, & Jorm, 2011). Farklı ülkelerde ruh sağlığı okuryazarlığı oranlarını değerlendirmek adına ABD, Çin, Nepal, Tayland, İran, Hindistan, Gana, Pakistan ve Brezilya'da gerçekleştirilen 19 çalışma birleştirilerek yapılan ve toplamda 1.950.088 katılımcının yer aldığı bir çalışmada ruh sağlığı okuryazarlığı oranlarının %6 ile %86 arasında değişmekte olduğu görülmüştür (Hunn, Teague, & Fisher, 2023). Türkiye'de RSOY alanında gerçekleştirilen çalışmalar başlangıçta sınırlı sayıda olup ağırlıklı olarak sağlık profesyonellerine odaklanmıştır. Ancak zamanla bu alandaki ilgi artmış ve farklı hedef grupların RSOY düzeylerini belirlemeye yönelik araştırmalar da literatürde yer almaya başlamıştır (Arslan, & Karabey, 2023; Çiñinođlu, & Okanlı, 2021; Kılınç, & Kendirkıran, 2025; Öztaş, & Aydoğan, 2021).

Ruh sağlığı okuryazarlığının yüksek olması, ruhsal bozukluk yaşıyan bireylerin kendi bakım süreçlerine aktif katılımını ve ruh sağlığını destekleyici davranışları benimsemelerini kolaylaştırmaktayken (Cho, & Choi, 2017; Noroozi, Khademolhosseini, Lari, & Tahmasebi, 2018), bu oranın yetersiz olması, bireylerin kendilerinde veya çevresinde ruhsal bozukluk belirtilerini fark edememelerine, yardım arayışlarında gecikmelere veya uygun olmayan müdahalelere yol açabilmektedir (Jorm ve ark, 2006). Bu nedenle, bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin artırılması, hem önleyici ruh sağlığı hizmetlerinin etkinliği hem de yardım arama davranışlarının desteklenmesi açısından önemli bir gereklilik olarak ortaya çıkmaktadır.

#### **2.4. Damgalama**

Damgalama, tarihsel ve toplumsal süreç içerisinde farklı şekillerde tanımlanan, çeşitli alanlarda karşımıza çıkan önemli bir kavramdır. Kökeni Eski Yunanca'ya uzanan "damga" sözcüğü geçmişte delik, iz, yara izi ve leke anlamlarında kullanılmıştır (Goffman, 2014). Bu anlamlar, zamanla bireylerin kimliklerine atfedilen olumsuz niteliklerin simgesine dönüşmüştür. Orta Çağ'a kadar uzanan damgalama uygulamaları, ilk dönemlerde özellikle suçluların bedenlerinin kızgın demirle işaretlenmesi yoluyla fiziksel bir ayırt etme aracı olarak kullanılmış ve bu işaretler "kara leke" olarak adlandırılmıştır (Kaygısız, 2016). Bu yöntemle, suç işleyen bireylerin toplumdan ayrıştırılması ve tanınması sağlanmıştır. Günümüzde ise damgalama, fiziksel izlerin ötesinde sosyal ve psikolojik boyutlarıyla ele alınmakta;

bireylerin belirli özelliklerine yönelik önyargılarla ilişkili ayrımcı tutumlar şeklinde ortaya çıkmaktadır (Özmen, & Erdem, 2018). Damgalanan kişiye, çoğu zaman gerçekle ilgisi olmayan, toplum tarafından olumsuz olarak değerlendirilen ve utanması beklenen bir özellik atfedilmektedir. Bu durum, bireye yönelik dışlama, ayrımcılık ve ötekileştirme gibi olumsuz sosyal davranışları beraberinde getirmektedir (Avcil ve ark., 2016).

Damgalama süreci, sistematik bir şekilde ve belirli aşamalarla ilerleyen bir yapıya sahiptir. Bu süreç, farklılığın tanımlanmasıyla başlamakta; ardından bu farklılıkla ilgili stereotiplerin oluşması, bireyin olumsuz bir özellikle eşleştirilmiş grup içerisinde yer alması ve bu sürecin sonunda sosyal, ekonomik ve politik alanlarda ayrımcılığa maruz kalmasıyla sonuçlanmaktadır (Link, & Phelan, 2001). Bu çok boyutlu süreç, bireylerin yaşam kalitesini derinden etkileyebilecek niteliktedir.

Dünya Sağlık Örgütü, damgalamayı özellikle ruhsal hastalıklar bağlamında öncelikli bir alan olarak değerlendirmiştir. DSÖ'ye göre damgalama; ayrımcılık, dışlanma ve insan haklarının ihlali gibi çok yönlü sonuçlara neden olmaktadır. Aynı zamanda bireyin özgüveninin zedelenmesine, aile ilişkilerinin bozulmasına, sosyal yaşamdan geri çekilmesine, barınma ve iş olanaklarına erişiminin kısıtlanmasına neden olmaktadır. Ayrıca damgalama, bireylerin tedavi ve bakım hizmetlerine erişimini sınırlandırarak ruh sağlığı alanında koruyucu ve önleyici çalışmaların etkinliğini azaltmaktadır (WHO, 2014).

Damgalanma temelde iki gruba ayrılmaktadır: toplumsal damgalanma ve kişisel (içselleştirilmiş) damgalanma. Toplumsal damgalama, toplumun ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik geliştirdiği olumsuz tutum ve davranışları ifade ederken; kişisel damgalama, bireyin bu toplumsal tutumları içselleştirerek kendine karşı uyguladığı olumsuz yargıları ifade etmektedir (Perry ve ark., 2014).

Damgalama, bireyin ruhsal yardım arayış süreci üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Bireyin yardım arama davranışında bilgi düzeyi, inançları ve tutumları önemli bir rol oynarken; toplumun damgalayıcı ve dışlayıcı tutumu da bu süreci etkilemektedir (Jung, Von Sternberg, & Davis, 2016). Damgalama, ruhsal hastalıkların klinik seyri üzerinde olumsuz etkiler yaratmakta; bireylerin profesyonel yardım arama davranışlarını önemli ölçüde engellemektedir (Schomerus, & Riedel-

Heller, 2020). Dolayısıyla, hem toplumsal hem de bireysel düzeyde damgalamanın etkileri, ruhsal yardım hizmetlerinin etkinliğini ve bireylerin iyilik halini doğrudan etkilemektedir (Perry ve ark., 2014).

Literatürde, ruhsal hastalıklara yönelik damgalayıcı tutumları azaltmaya yönelik çeşitli stratejiler öne sürülmüştür. Bu stratejilerin başında, toplumu ruh sağlığı konusunda bilgilendirmek ve yaygın yanlış inanışları düzeltmek gelmektedir. Özellikle gençlere yönelik gerçekleştirilen farkındalık ve eğitim programlarının, önyargıların azalmasında etkili olduğu saptanmıştır (Yamaguchi ve ark., 2013). Ayrıca, ruhsal rahatsızlıklarla yaşayan bireylerin kendi yaşam deneyimlerini toplumla paylaşmaları, empati düzeyini artırmakta ve damgalayıcı tutumların kırılmasına katkı sunmaktadır (Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz, & Rüsçh, 2012). Bununla birlikte, ayrımcılıkla mücadele eden yasa ve politikaların hayata geçirilmesi, kurumsal düzeyde eşitliğin sağlanmasında önemli bir araç olarak değerlendirilmektedir. Birçok ülke, ruh sağlığına ilişkin yasal düzenlemelere damgalamayı önleyici hükümler ekleyerek bu konuda yapısal önlemler geliştirmiştir (WHO, 2013). Bu doğrultuda geliştirilen çok boyutlu stratejiler, damgalamayı yalnızca bireysel düzeyde değil, toplumsal ve kurumsal düzeyde de azaltmayı hedeflemektedir.

## **2.5. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Damgalama Arasındaki İlişki**

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2022 Dünya Ruh Sağlığı Raporu'na göre, dünya genelinde yaklaşık 970 milyon insan bir tür ruhsal bozuklukla yaşamaktadır (WHO, 2022). Ruhsal bozuklukların küresel düzeyde giderek artması, yalnızca bireysel sağlığı tehdit etmekle kalmamakta, aynı zamanda toplumların genel refah düzeyini ve sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini ciddi biçimde zorlaştırmaktadır (Wu, 2023).

DSÖ, ruhsal hastalığa sahip bireylerin yaklaşık üçte ikisinin profesyonel yardım arayışında bulunmadığını belirtmektedir. Bunun başlıca nedenleri arasında damgalanma, dışlanma, ihmal ve tedavi sürecinde karşılaşılabilecek olumsuzluklara dair kaygılar yer almaktadır (WHO, 2022). Öte yandan, bazı kültürel bağlamlarda bireylerin ruhsal destek arayışını geciktirmesi, hastalıkların genellikle ileri evrelerde

fark edilmesine neden olmakta ve bu durum da acil servis başvuruları ve hastane yatış oranlarında artışa yol açmaktadır (Lih, 2012).

Ruhsal bozuklukların yaygınlaşması, toplumlar açısından ruh sağlığının korunması ve güçlendirilmesini öncelikli bir halk sağlığı meselesi hâline getirmiştir. Ruh sağlığı okuryazarlığı ise bireylerin ruhsal bozukluklara ilişkin bilgi düzeylerini artırmalarını, hastalık belirtilerini tanımalarını, uygun yardım kaynaklarına yönelmelerini ve bu süreçte daha bilinçli kararlar almalarını sağlamaktadır (Vale-Dias & Carvalho, 2022). Bu bağlamda, ruhsal bozuklukların erken fark edilmesi, yönetilmesi ve önlenmesinin yanı sıra, bireylerin profesyonel yardım arama davranışlarını desteklemek açısından “ruh sağlığı okuryazarlığı” kavramı önemli bir rol oynamaktadır (Smith, & Shochet, 2011).

Ruh sağlığına ilişkin bilgi, farkındalık ve anlama kapasitesi düşük olan bireylerde, damgalayıcı tutum ve inançların daha yaygın olduğu gözlemlenmektedir. Bu durum, hem ruhsal hastalıklara sahip bireylerin toplum içinde daha fazla ayrımcılığa maruz kalmasına hem de bireylerin yardım arama davranışlarının engellenmesine neden olmaktadır (Svensson, & Hansson, 2016). Ruh sağlığı okuryazarlığının gelişmesiyle birlikte; bireylerin ruhsal bozuklukları erken dönemde fark etmeleri, uygun sağlık hizmetlerine başvurmaları ve etkili tedavi süreçlerinden faydalanma olasılıkları artmaktadır (Kutcher ve ark., 2016). Aynı zamanda ruh sağlığı okuryazarlığı oranındaki artış, toplumun ruhsal hastalıklara sahip bireylere yönelik daha anlayışlı ve destekleyici bir tutum geliştirmesine katkı sunmaktadır. Bu sebeple ruhsal hastalıklara yönelik damgalamanın azaltılmasında toplumun ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinin artırılması etkili yöntemlerden birisi olmaktadır (Jorm ve ark, 2006; Lo ve ark., 2018; Ratnayake, & Hyde, 2019; Svensson, & Hansson, 2016).

İncelenen bir çalışma, ruh sağlığı okuryazarlığı ile yardım arama davranışı, ruhsal bozukluğu olan bireylere yardım etme eğilimi ve damgalama arasında çok boyutlu ilişkilerin bulunduğunu ortaya koymaktadır (Bjørnsen ve ark., 2017). Bu doğrultuda ruh sağlığı okuryazarlığının yalnızca bilgi düzeyini değil, aynı zamanda tutumları ve davranışları da olumlu yönde etkilediğini ve damgalayıcı yaklaşımların azalmasına katkı sunduğunu göstermektedir (Corrigan, Powell, & Al-Khouja, 2015). Dolayısıyla, toplumun ruh sağlığı okuryazarlığını artırmaya yönelik müdahaleler,

hem bireysel düzeyde yardım arama davranışlarını teşvik etmekte hem de toplumsal düzeyde damgalama gibi olumsuz tutumların önüne geçilmesinde stratejik bir araç olarak değerlendirilmektedir.

## **2.6. Sağlık Profesyonelleri, Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Damgalama**

Sağlık profesyonellerinden bireysel ve toplumsal sorumluluklarını yerine getirmelerinin yanı sıra, mesleki görevlerinin bir parçası olarak yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olmaları da beklenmektedir. Sağlık okuryazarlığı, sağlık profesyonellerinde sağlıkla ilgili doğru bilgiye ulaşmasını, bu bilgiyi anlamasını, değerlendirmesini ve sağlıkla ilgili karar süreçlerine etkin bir şekilde katılım sağlamasını mümkün kılan bir yeterlilik alanıdır (Özel & Düzcü, 2018). Uluslararası Hemşirelik Konseyi (International Council of Nurses/ICN), sağlık profesyonellerinin özellikle ruhsal hastalıkların bakım ve tedavisindeki rollerine vurgu yapmakta ve bu alanda yalnızca bireysel değil, aynı zamanda toplumsal düzeyde politika geliştirme süreçlerine katkı sağlamalarını önermektedir. ICN, toplumun genel sağlık politikalarının, stratejilerinin ve mevzuatlarının iyileştirilmesine yönelik çabalara sağlık profesyonellerinin aktif katılımının önemine dikkat çekmektedir (Jorm, 2019; Özel & Düzcü, 2018).

Sağlık profesyonelleri, görev yaptıkları birime bakılmaksızın, çeşitli tanılarla sağlık kurumuna başvuran bireylerde ruhsal sorunlara da tanıklık edebilmektedirler. Bu durum, özellikle fiziksel şikâyetlerle sağlık kuruluşlarına başvuran bireylerde ruhsal belirtilerin göz ardı edilme riskini artırmaktadır. Bu nedenle, erken dönemde ruhsal sorunların fark edilmesi ve ilgili uzmanlık alanlarına yönlendirilmesi açısından ruh sağlığı okuryazarlığı, kaliteli ve bütüncül sağlık hizmetinin temel taşlarından biridir (Jung ve ark., 2016).

Sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin yüksek olması ve ruhsal hastalıklara yönelik daha az damgalayıcı tutum sergilemeleri beklenmektedir. Ancak uluslararası düzeyde yapılan araştırmalar, sağlık profesyonellerinin ruhsal hastalıklara ve bu hastalıklara sahip bireylere karşı genellikle olumsuz, dışlayıcı ve reddedici tutumlar sergilediğini ortaya koymaktadır (Arkan, Bademli, & Duman, 2011; Chao ve ark., 2020). Sağlık profesyonellerinin ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik sergilediği bu tutumlar, hastaların kendilerine

yönelik damgalayıcı inançları içselleştirmelerini güçlendirmektedir. Bu içselleştirilmiş damgalama, bireyin yalnızca ruhsal sağlığına yönelik algısını değil, aynı zamanda toplumdaki konumunu ve yaşamla kurduğu ilişkileri de olumsuz yönde etkilemektedir. Ruhsal hastalık tanısına sahip bireylerin eğitim, evlilik, ebeveynlik, istihdam, ikamet ve sağlık sistemlerine ulaşım gibi temel yaşam alanlarında dışlanma ve ayrımcılığa uğramaları, yaşam kalitelerinde belirgin bir düşüşe yol açmaktadır (Javed ve ark., 2021). Bu bağlamda sağlık profesyonellerinin çeşitli eğitimsel ve farkındalık artırıcı müdahalelerle ruhsal hastalıklara yönelik damgalayıcı tutumlarının azaltılması, bu bireylere karşı daha anlayışlı, destekleyici ve kapsayıcı bir yaklaşım benimsemeleri önerilebilmektedir.

Sağlık profesyonelleri arasında, hastalar ve aileleriyle doğrudan iletişim kurma, onları gözleme ve değerlendirme açısından en fazla fırsata sahip sağlık meslek grubu hemşirelerdir (Wang ve ark., 2023). Bu nedenle hemşirelerin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyi, hem hastalarda hem de hasta yakınlarında gelişebilecek ruhsal sorunları erken dönemde fark edebilmek ve gerekli önlemleri zamanında alabilmek açısından büyük önem taşımaktadır. Özellikle psikiyatri hemşirelerinin bu konudaki sorumluluklarının daha fazla olduğu görülmektedir. Psikiyatri hemşireleri, bireylerin ruhsal hastalıklar hakkındaki yanlış inançlarını düzelterek tedaviye erişimi kolaylaştırmak ve ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı azaltmak amacıyla eğitim ve farkındalık çalışmaları yürütmektedir (Hoeft, Fortney, Patel, & Ünützer, 2018). Ayrıca, hasta ile sürekli temas halinde olmaları sayesinde, empatik iletişim kurarak hem bireysel hem de toplumsal düzeyde ön yargıların azalmasına katkı sunmaktadırlar (Gunawan ve ark., 2022). Araştırmalar, ruh sağlığı hizmeti sunan hemşirelerin damgalama ile mücadelede etkili bir rol oynayabilmesi için mesleki eğitim süreçlerinin ruh sağlığı okuryazarlığını geliştirecek biçimde yapılandırılması gerektiğini ortaya koymaktadır (Moxham, Taylor, Patterson, & Perlman, 2016). Bu bağlamda, psikiyatri hemşirelerinin bilgi ve becerilerle donatılması sayesinde, bireysel bakım kalitesini yükselterek toplumsal farkındalık ve kapsayıcılığın gelişmesine de hizmet etmektedir

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma; sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyleri ile ruhsal hastalıklara yönelik damgalama tutumlarının belirlenmesi amacıyla kesitsel tanımlayıcı bir araştırma olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, 15 Nisan 2024 – 15 Ekim 2024 tarihleri arasında Bursa Muammer Ağım Gemlik Devlet Hastanesi'nde yapıldı. Hastane; A, B, C ve D olmak üzere dört ayrı bloktan oluşmakta olup, toplamda 260 yatak kapasitesiyle hizmet sunmaktadır. Bünyesinde 61 poliklinik, acil servis, ikinci ve üçüncü basamak yoğun bakım üniteleri, hemodiyaliz ünitesi, palyatif bakım servisi ile evde sağlık hizmeti birimi bulunmaktadır. Bu kapsamlı yapısıyla hastane, hem ayaktan hem yatarak tedavi gerektiren sağlık hizmetlerini bütüncül bir anlayışla sunmaktadır. Bursa Muammer Ağım Gemlik Devlet Hastanesi'nde 335 sağlık profesyoneli görev almaktadır.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Bursa Muammer Ağım Gemlik Devlet Hastanesi'nde çalışan toplamda 335 sağlık profesyoneli oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlık profesyonellerini; doğrudan sağlık hizmeti sunan, lisans veya daha üstü düzeyde formal eğitim almış bireyler olarak tanımlamaktadır (WHO, 2022). Araştırmanın örneklem sayısı ise evreni bilinen örneklem yöntemiyle ve  $n = \frac{(N \cdot t^2 \cdot p \cdot q)}{(d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q)}$  formülüyle (Taherdoost H, 2017) 255 kişi olarak belirlenmiştir.

Hesaplama yapılırken d değeri 0,05; t değeri 1,96 ; p değeri 0,50 ve q değeri 0,50 kabul edilmiştir.

$$n = \frac{(335 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,50 \cdot 0,50)}{((0,50)^2 \cdot 334) + (1,96)^2 \cdot 0,50 \cdot 0,50} = 255$$

Araştırmanın verileri yüz yüze görüşme yöntemiyle elde edildiği için herhangi bir veri kaybı yaşanmamış ve araştırma planlandığı şekilde 255 sağlık profesyoneli ile tamamlanmıştır. Sağlık profesyonelleri doktor hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri (psikolog, sosyal çalışmacı, eczacı, diyetisyen, fizyoterapist, laborant, diş hekimi, sağlık memuru) olarak gruplandırılmıştır.

Katılımcıların araştırma örnekleme dahil edilme kriterleri şu şekilde belirlendi;

- Bursa Muammer Ağım Devlet Hastanesi'nde çalışıyor olmak
- Lisans mezunu olmak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak

Araştırmadan dışlanma kriterleri;

- Lise ve ön lisans mezunu olmak
- Araştırmada kullanılan bilgi formunu eksik doldurmak

### **3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

Bağımsız Değişkenler: Sağlık profesyonellerinin yaş, cinsiyet, medeni durum vb. tanımlayıcı özellikleri bu araştırmanın bağımsız değişkenini oluşturdu.

Bağımlı değişkenler: Ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi ve ruhsal hastalıklara yönelik damgalayıcı tutum düzeyleri bu araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturdu.

### **3.5. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmanın yapılabilmesi için Bursa Uludağ Üniversitesi Araştırma ve Yayın Etiği Kurulları Başkanlığı (Sağlık Bilimleri Araştırma ve Yayın Etik Kurulu)'ndan (28 Şubat 2024 tarihli ve 2024-02 sayılı) etik kurul onayı alınmıştır (EK-4). Ayrıca Bursa İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu'nundan 02.04.2024 tarihli 2024-02 sayılı) alınan kararla çalışmanın Bursa Muammer Ağım Gemlik Devlet Hastanesi'nde yapılabilmesi için gerekli izin alınmıştır (Ek-5). Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik analizlerini yapan Saniye GÖKTAŞ ve arkadaşlarından kullanım izni (EK-6) ve Sağlık Çalışanları İçin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği 'nin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik analizlerini yapan Yağmur AZAZİ'den kullanım izni (EK-7) alınmıştır. Çalışma için sağlık profesyonellerinden bilgilendirilmiş gönüllü olur formu ile katılım izni alınmıştır.

### 3.6. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, literatür doğrultusunda oluşturulan “Bireysel Bilgi Formu” (Ek-1), “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOY Ölçeği)” (Ek-2), “Sağlık Çalışanları İçin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği (SÇ-RHYDÖ)” (Ek-3) kullanılmıştır. Veri toplama formları katılımcılara dağıtılmış ve doldurulan formlar araştırmacı tarafından toplanmıştır.

#### 3.6.1. Bireysel bilgi formu (EK-1)

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form, katılımcılar hakkında bilgi sahibi olmaya yönelik; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, bakım verdiği hasta grubu, çalıştığı birim, meslekte çalışma yılı, gelir durumu, daha önce psikiyatrik tedavi alıp almadığı, ailesi ya da yakın çevresinde ruhsal hastalığı olan birisinin olup olmadığı, ruhsal hastalığı olan hastaların tedavi ve bakımında görev alıp almadığı, meslek (doktor, hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri olarak gruplandırılan psikolog, sosyal çalışmacı, eczacı, diyetisyen, fizyoterapist, laborant, diş hekimi, sağlık memuru mesleklerini içermektedir.) konularıyla ilgili toplamda 12 sorudan oluşmaktadır.

#### 3.6.2. Ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeği (RSOY-Ölçeği) (EK-2)

Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği, 2016 yılında Hyejin Jung ve arkadaşları tarafından geliştirilen "Mental Health Literacy Scale (MHL Scale)" temel alınarak oluşturulmuştur. Ölçek, ruh sağlığı okuryazarlık düzeyini ölçmek amacıyla tasarlanmış ve ilk versiyonunda 24 maddeden oluşmuştur. Daha sonra yapılan açımlayıcı faktör analizi (AFA) sonucunda, iki maddenin faktör yükünün 0,30'un altında olduğu tespit edilmiş ve bu maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Böylece, ölçeğin son hali 22 madde ve üç alt boyuttan oluşmuştur.

RSOY'un alt boyutları; Bilgi Odaklı RSOY (10 madde), İnanç Odaklı RSOY (8 madde) ve Kaynak Odaklı RSOY (4 madde) olarak belirlenmiştir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 22 arasında değişmektedir. Ölçeğin genelinde ve her bir alt alanda puanlar yükseldikçe RSOY seviyesinin de yükseldiği kabul edilmektedir.

Ölçeğin Bilgi Odaklı ve İnanç Odaklı alt boyutlarındaki 18 madde, altılı Likert tipi yanıt seçeneğine sahiptir; yanıtları ise “kesinlikle katılıyorum, katılıyorum, kararsızım, katılmıyorum, kesinlikle katılmıyorum ve bilmiyorum” şeklinde sıralanmıştır. Kaynak Odaklı alt boyuttaki 4 madde ise “evet veya hayır” şeklinde cevaplanmaktadır. Değerlendirmede, “kesinlikle katılıyorum, katılıyorum ve evet” yanıtları 1 puan; diğer yanıtlar ise 0 puan olarak kabul edilmektedir. Ayrıca, ölçeğin 13’üncü ile 22’nci maddeleri arasındaki sorular ters kodlanmaktadır (Jung ve ark., 2016).

Ölçeğin Türkçe’ye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi Saniye GÖKTAŞ ve arkadaşları tarafından yapılmış olup ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,71 bulunmuştur. Bu araştırmada ise Cronbach alfa katsayısı 0,73 olarak bulunmuştur.

### 3.6.3. Sağlık çalışanları için ruhsal hastalıklara yönelik damgalama ölçeği (SÇ-RHYDÖ)(EK-3)

Kassam ve arkadaşları tarafından 2012 yılında Kanada’da geliştirilmiş olan “Opening Minds Stigma Scale-Health Care Providers (OMS-HC)” adlı ölçek, Türkçeye “Sağlık Çalışanları İçin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği (SÇ-RHYDÖ)” olarak uyarlanmıştır. Bu ölçek, sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik damgalayıcı tutumlarını ölçmek amacıyla hazırlanmış ve ölçek maddeleri, sağlık çalışanları ile ruhsal bozukluk tanısı almış bireylerin katıldığı odak grup çalışmalarıyla geliştirilmiştir (Kassam, Papish, Modgill & Patten, 2012; Wei ve ark., 2015).

Orijinal versiyonu 20 maddeden oluşan SÇ-RHYDÖ, 5’li Likert tipi bir ölçektir ve maddeleri “Kesinlikle katılmıyorum” 1 puan, “Katılmıyorum” 2 puan, “Kararsızım” 3 puan, “Katılıyorum” 4 puan, “Kesinlikle katılıyorum” 5 puan olacak şekilde sıralanmıştır. Ölçekteki 3, 8, 9, 10, 11, 15 ve 19 numaralı maddeler ters kodlanmaktadır. Ölçekten alınan puanlar 20 ile 100 arasında değişmekte olup, yüksek puanlar damgalayıcı tutumun yüksek olduğunu göstermektedir (Kassam ve ark., 2012).

Ölçek, damgalanmayla ilişkili üç faktörü değerlendirmek için daha kısa maddeler kullanılarak tasarlanmıştır. Bu faktörler:

- Faktör 1: Tutumlar olarak adlandırılır. 1, 12, 13, 14, 18 ve 20 numaralı maddeleri içerir. Bu faktör, Ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı bakış açısını ve sağlık çalışanlarının bu konudaki sorumluluk algısını ölçmektedir.
- Faktör 2: Kendini Açma/ Yardım Arayışı olarak adlandırılır. 4, 6, 7 ve 10 numaralı maddeleri içerir. Ruhsal sorun yaşayan bireylerin durumlarını paylaşma ve yardım alma eğilimlerini ölçmektedir.
- Faktör 3: Sosyal mesafe olarak adlandırılır. 3, 8, 9, 17 ve 19 numaralı maddeleri içerir. Ruhsal bozukluğu olan bireylerle iletişim kurma ve birlikte vakit geçirme isteğini ölçmektedir. (Modgill ve ark., 2014).

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi Yağmur Azazi tarafından yapılmış olup ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,79 bulunmuştur. Bu çalışmada ise Cronbach alfa katsayısı 0,70 olarak bulunmuştur.

### **3.7. Verilerin Toplanması**

Veriler gönüllülük esasına dayanarak Bursa'da İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı bir devlet hastanesinde görev yapan sağlık profesyonelleri tarafından 15 Nisan 2024 – 15 Ekim 2024 tarihleri arasında elde edilmiştir. Form ve ölçekler, araştırmacının çalışmaya dahil etmeyi uygun bulduğu bireylerle, araştırmanın hedefleri ve izlenen yöntemsel sürece ilişkin bilgilendirme ve gerekli yasal onamlar alındıktan sonra yüz yüze görüşerek yaklaşık 10 dakikalık bir süreçte tamamlanmıştır. Her sağlık profesyoneli, form ve ölçekleri sadece bir kez doldurabilecek şekilde sınırlandırılmıştır.

### **3.8. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi**

Araştırmada değerlendirilen katılımcıların demografik özellikleri betimleyici istatistiksel analizlerle incelendi. Cinsiyete ve ruhsal öyküye göre RSOY ve SÇ-RHYDÖ puanları Bağımsız Gruplar t testi ile karşılaştırıldı. Medeni duruma, çalışılan birime ve gelir durumuna göre RSOY ve SÇ-RHYDÖ puanlarının karşılaştırılması Kruskal-Wallis H testi ile yapıldı. Kruskal-Wallis H testinde ikili karşılaştırmalar, Pairwise Karşılaştırma Sonuçları ile incelendi. Meslek durumuna ve bakım verilen hasta grubuna göre RSOY ve SÇ-RHYDÖ puanlarının karşılaştırılmasında ise Tek Yönlü ANOVA Analizi kullanıldı. Tek Yönlü ANOVA

analizinde ikili karşılaştırmalar Bonferroni Düzeltmesi ile incelendi. Yaş, çalışma süresi, RSOY, SÇ-RHYDÖ puanları arasındaki ilişki ve meslek grupları arasında RSOY, SÇ-RHYDÖ puanları arasındaki ilişki, normal dağılan verilerde Pearson Korelasyon Analizi, normal dağılmayan verilerde ise Spearman Korelasyon Analizi kullanılarak incelendi. SÇ-RHYDÖ, sosyal mesafe, tutumlar ve yardım arama–kendini açma puanlarını açıklamada RSOY alt ölçek puanlarının etkinliği Basit Doğrusal Regresyon Analizi'ne göre değerlendirildi. Tüm analizler için anlamlılık seviyesi  $p < 0,05$  olarak belirlendi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu, basıklık ve çarpıklık değerleriyle ( $\pm 1,5$ ) kontrol edildi. Analizlerin uygulamasında IBM SPSS 26.0 programı kullanıldı.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın bulguları yalnızca araştırmanın yapıldığı yer, zaman ve kullanılan veri toplama araçları ile sınırlıdır. Elde edilen sonuçların evrensel olarak genellenmesi mümkün değildir.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamında yürütülen çalışmalara ilişkin ulaşılan veriler, tablolar ve yorumlarla birlikte ortaya konulmuştur.

### 4.1. Sağlık Profesyonellerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular

**Tablo 1.** Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri

		N	%
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	100	39,2
	Kadın	155	60,8
<b>Medeni durum</b>	Evli	121	47,5
	Bekar	107	42,0
	Boşanmış	27	10,6
<b>Eğitim durumu</b>	Lisans	238	93,3
	Lisans üstü	17	6,7
<b>Meslek</b>	Doktor	40	15,7
	Hemşire	116	45,5
	*Diğer Sağlık Profesyoneli	99	38,8
<b>Bakım verilen hasta grubu</b>	Yatarak	94	36,9
	Ayaktan	90	35,3
	Ayaktan-yatarak	71	27,8
<b>Çalışılan birim</b>	Klinik	50	19,6
	Acil	94	36,9
	Yoğun bakım	44	17,3
	Poliklinik	29	11,4
	Ameliyathane	10	3,9
	Diğer	28	11,0
<b>Gelir durumu</b>	Gelir giderden az	17	6,7
	Denk	189	74,1
	Gelir giderden fazla	49	19,2
<b>Psikiyatrik tedavi alma</b>	Evet	49	19,2
	Hayır	206	80,8
<b>Ailede ruhsal hastalık öyküsü</b>	Evet	76	29,8
	Hayır	179	70,2
<b>Ruhsal hastalığı olan bireyin bakımında görev alma</b>	Evet	222	87,1
	Hayır	33	12,9
		Ort.±SS	Min.-Maks.
<b>Yaş</b>		33,16±7,32	22,00-53,00
<b>Çalışma süresi</b>		8,63±6,98	1,00-28,00
<b>RSOY Ölçek Puanı</b>		12,78±3,03	
<b>ŞÇ-RHYDÖ Puanı</b>		56,95±6,01	

Ort; ortalama SS; standart sapma \*psikolog, sosyal çalışmacı, eczacı, diyetisyen, fizyoterapist, laborant, diş hekimi, sağlık memuru

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin %39,2'si (n=100) erkekti. Medeni durumlarına bakıldığında %47,5'inin (n=121) evli, %42'sinin (n=107) bekar ve %10,6'sının (n=27) boşanmış olduğu belirlendi. Eğitim durumlarına göre katılımcıların %93,3'ünün (n=238) lisans, %6,7'sinin (n=17) lisansüstü eğitim düzeyine sahip olduğu tespit edildi. Mesleki dağılım incelendiğinde %15,7'sinin (n=40) doktor, %45,5'inin (n=116) hemşire ve %38,8'inin (n=99) diğer sağlık profesyonelleri meslek gruplarına mensup olduğu görüldü. Sağlık profesyonellerinin bakım verdikleri hasta grubu incelendiğinde %36,9'unun (n=94) yatarak, %35,3'ünün (n=90) ayaktan ve %27,8'inin (n=71) hem ayaktan hem de yatarak

tedavi gören hastalara hizmet verdiği belirlendi. Çalıştıkları birimler açısından değerlendirildiğinde, %19,6'sının (n=50) klinikte, %36,9'unun (n=94) acil serviste, %17,3'ünün (n=44) yoğun bakımda, %11,4'ünün (n=29) poliklinikte, %3,9'unun (n=10) ameliyathanede ve %11'inin (n=28) diğer birimlerde görev yaptığı saptandı.

Sağlık profesyonellerinin, gelir düzeylerine ilişkin, %74,1'inin (n=189) gelirinin giderine denk ve %19,2'sinin (n=49) gelirinin giderinden fazla olduğu belirlendi. Psikiyatrik tedavi öyküsüne göre %19,2'sinin (n=49) daha önce psikiyatrik tedavi aldığı, %29,8'inin (n=76) ailesinde ruhsal hastalık bulunduğu ve %87,1'inin (n=222) ruhsal hastalığı olan bireylerin bakımında görev aldığı tespit edildi. Yaş ortalamaları 33,16±7,32 yıl (min.=22,00–maks.=53,00), meslekte çalışma süresi ortalaması 8,63±6,98 yıl (min.=1,00–maks.=28,00), Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalamaları 12,78±3,03, Sağlık Çalışanları İçin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği puan ortalamaları ise 56,95±6,01 olarak hesaplandı.

#### 4.2. Sağlık Profesyonellerinin Cinsiyetlerine Göre RSOY-Ölçek ve SÇ-RHYDÖ Puan Ortalamaları Bulguları

**Tablo 2.** Cinsiyete göre RSOY-Ölçek ve SÇ-RHYDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Erkek		Kadın		t	P
	Ort.	SS.	Ort.	SS.		
<b>RSOY</b>	12,39	3,17	13,03	2,92	-1,657	0,099
Bilgi Odaklı	8,50	1,76	8,72	1,67	-1,017	0,310
İnanç Odaklı	,97	1,60	1,34	1,95	-1,592	0,113
Kaynak Odaklı	2,92	1,08	2,97	1,00	-0,362	0,718
<b>SÇ-RHYDÖ</b>	56,74	5,63	57,08	6,26	-0,445	0,656
Sosyal Mesafe	19,37	2,94	18,75	3,12	1,572	0,117
Tutumlar	19,95	2,66	20,52	2,89	-1,591	0,113
Yardım Arama/ Kendini Açma	17,42	2,47	17,81	2,16	-1,318	0,189

Ort: ortalama SS; standart sapma t; bağımsız gruplar testi

Bağımsız Gruplar t testine göre kadın ve erkek sağlık profesyonelleri arasında RSOY oranı (t=-1,657 p=0,099) ve alt faktörleri olan bilgi odaklı (t=-1,017 p=0,310), inanç odaklı (t=-1,592 p=0,113), kaynak odaklı (t=-0,362 p=0,718), SÇ-RHYDÖ (t=-0,445 p=0,656), sosyal mesafe (t=1,572 p=0,117), tutumlar (t=-1,591 p=0,113), yardım arama kendini açma (t=-1,318 p=0,189) ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulundu.

### 4.3. Sağlık Profesyonellerinin Medeni Durumlarına Göre RSOY-Ölçek ve SÇ-RHYDÖ Puan Ortalamaları Bulguları

**Tablo 3.** Medeni duruma göre RSOY-Ölçek ve SÇ-RHYDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Evli			Bekar			Boşanmış			x <sup>2</sup>	P
	Med.	Q1	Q3	Med.	Q1	Q3	Med.	Q1	Q3		
<b>RSOY</b>	12,00	11,00	14,00	13,00	11,00	14,00	12,00	10,00	14,00	2,137	0,344
Bilgi Odaklı	9,00	7,00	10,00	9,00	8,00	10,00	9,00	7,00	10,00	0,060	0,970
İnanç Odaklı	,00	,00	2,00	,00	,00	2,00	,00	,00	1,00	1,115	0,573
Kaynak Odaklı	3,00	2,00	4,00	3,00	2,00	4,00	3,00	2,00	4,00	2,927	0,231
<b>SÇ-RHYDÖ</b>	56,00	53,00	60,00	56,00	53,00	60,00	56,00	53,00	59,00	1,143	0,565
Sosyal Mesafe	19,00	17,00	21,00	18,00	17,00	21,00	18,00	17,00	20,00	1,052	0,591
Tutumlar	20,00	19,00	22,00	19,00	18,00	22,00	20,00	19,00	21,00	2,451	0,294
Yardım Arama Kendini Açma	18,00	17,00	19,00	17,00	17,00	19,00	18,00	17,00	18,00	0,301	0,860

Med; medyan Q1; ilk çeyreklik Q3; üçüncü çeyreklik x<sup>2</sup>; Kruskal Wallis H testi

Kruskal Wallis H testine göre kadın, erkek ve boşanmış vakalar arasında RSOY ( $x^2 = 2,137$ ,  $p=0,344$ ), bilgi odaklı ( $x^2 = 0,060$   $p=0,970$ ), inanç odaklı ( $x^2 = 1,115$   $p=0,57$ ), kaynak odaklı ( $x^2 = 2,927$   $p=0,231$ ), SÇRHYDÖ ( $x^2 = 1,143$   $p=0,565$ ), sosyal mesafe ( $x^2 = 1,052$   $p=0,591$ ), tutumlar ( $X^2 = 2,451$   $p=0,294$ ), yardım arama kendini açma ( $x^2 = 0,301$   $p=0,860$ ) medyan değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulundu.

### 4.4. Sağlık Profesyonellerinin Mesleklerine Göre RSOY-Ölçek ve SÇ-RHYDÖ Puan Ortalamaları Bulguları

**Tablo 4.** Meslek durumuna göre RSOY-Ölçek ve SÇ-RHYDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Doktor		Hemşire		Diğer		F	P
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.		
<b>RSOY</b>	13,85	3,82	13,06	2,82	12,02	2,75	<b>6,350</b>	<b>0,002</b>
Bilgi Odaklı	9,05	1,99	8,62	1,55	8,48	1,75	1,579	0,208
İnanç Odaklı	1,50	1,96	1,29	1,99	,96	1,54	1,552	0,214
Kaynak Odaklı	3,30	1,11	3,15	,86	2,58	1,07	<b>11,951</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>SÇ-RHYDÖ</b>	56,27	6,88	57,74	6,63	56,29	4,68	1,862	0,158
Sosyal Mesafe	18,30	3,37	19,41	3,27	18,79	2,61	2,370	0,096
Tutumlar	20,10	3,02	20,59	3,12	20,03	2,30	1,194	0,305
Yardım Arama Kendini Açma	17,88	2,29	17,73	2,33	17,47	2,25	0,556	0,574

Ort; ortalama SS; standart sapma f; Tek Yönlü Anova Analizi

Tek Yönlü ANOVA Analizine göre meslek grupları arasında RSOY ( $F=6,350$   $p=0,002$ ) ve kaynak odaklı ( $F=11,951$   $p<0,001$ ) puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılık gösterdiği bulundu.

Bonferroni Düzeltmesi sonucunda doktor olan katılımcıların diğer meslek grubu katılımcılara göre RSOY puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ( $p=0,003$ ) bulundu. Buna ek olarak hemşire olan katılımcıların diğer mesleklere sahip olan katılımcılara göre RSOY puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ( $p=0,033$ ) bulundu.

Bonferroni Düzeltmesi sonucunda doktor olan katılımcıların diğer meslek grubu katılımcılara göre kaynak odaklı puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ( $p<0,001$ ) bulundu. Buna ek olarak hemşire olan katılımcıların diğer mesleklere sahip olan katılımcılara göre kaynak odaklı puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ( $p<0,001$ ) bulundu.

#### 4.5. Sağlık Profesyonellerinin Çalışılan Birime Göre RSOY-Ölçek ve SÇ-RHYDÖ Puan Ortalamaları Bulguları

**Tablo 5.** Çalışılan birime göre RSOY-Ölçek ve SÇ-RHYDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Klinik			Acil			Yoğun bakım			Poliklinik			Ameliyathane			Diğer			x <sup>2</sup>	p
	Med.	Q1	Q3	Med.	Q1	Q3	Med.	Q1	Q3	Med.	Q1	Q3	Med.	Q1	Q3	Med.	Q1	Q3		
RSOY	12,00	11,00	14,00	13,00	12,00	15,00	12,00	10,50	14,00	13,00	11,00	14,00	12,00	9,00	16,00	11,00	10,00	13,50	15,823	0,007
Bilgi Odaklı	9,00	7,00	10,00	10,00	8,00	10,00	9,00	6,50	10,00	10,00	9,00	10,00	8,50	7,00	9,00	7,00	6,50	9,50	18,078	0,003
İnanç Odaklı	,00	,00	1,00	,00	,00	2,00	,00	,00	2,00	,00	,00	3,00	,50	,00	4,00	,00	,00	2,00	6,083	0,298
Kaynak Odaklı	3,00	2,00	4,00	4,00	3,00	4,00	3,00	2,50	3,00	2,00	2,00	4,00	3,00	2,00	3,00	3,00	2,00	4,00	11,791	0,038
SÇRHYDÖ	56,00	53,00	59,00	55,00	53,00	61,00	56,00	52,50	60,00	55,00	53,00	59,00	54,00	53,00	56,00	58,00	54,00	61,00	3,223	0,666
Sosyal Mesafe	18,00	17,00	20,00	19,00	17,00	22,00	18,00	17,00	21,00	18,00	17,00	20,00	17,50	16,00	20,00	19,00	17,00	20,50	5,238	0,387
Tutumlar	20,00	19,00	21,00	19,00	18,00	22,00	20,00	18,00	22,00	20,00	18,00	22,00	20,00	19,00	20,00	20,00	19,00	21,00	0,589	0,989
Yardım Arama Kendini Açma	18,00	17,00	19,00	17,00	16,00	19,00	17,50	17,00	19,00	18,00	16,00	19,00	17,50	16,00	18,00	18,00	17,00	19,50	6,947	0,225

Med; medyan Q1; ilk çeyreklik Q3; üçüncü çeyreklik x<sup>2</sup>; Kruskal Wallis H testi

Kruskal Wallis H testine göre klinik, acil, yoğun bakım, poliklinik, ameliyathane ve diğer çalışma birimleri arasında RSOY ( $x^2 = 15,823$   $p=0,007$ ), bilgi odaklı ( $x^2 = 18,078$   $p=0,003$ ) ve kaynak odaklı ( $x^2 = 11,791$   $p=0,038$ ) medyan değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılık gösterdiği bulundu. Buna karşın Pairwise Karşılaştırması sonucunda acilde çalışan katılımcıların diğer birimde çalışan katılımcılara göre RSOY medyan değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ( $p=0,010$ ) bulundu. Buna ek olarak acilde çalışan katılımcıların diğer birimde çalışan katılımcılara göre bilgi odaklı medyan değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ( $p=0,005$ ) bulundu. Pairwise Karşılaştırması sonucunda çalışan birimlere göre katılımcıların kaynak odaklı medyan değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulundu.

#### 4.6. Sağlık Profesyonellerinin Gelir Durumlarına Göre RSOY-Ölçek ve SÇ-RHYDÖ Puan Ortalamaları Bulguları

**Tablo 6.** Gelir durumuna göre RSOY-Ölçek ve SÇ-RHYDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Gelir Giderden az			Gelir GidereDenk			Gelir Giderden Fazla			x <sup>2</sup>	P
	Med.	Q1	Q3	Med.	Q1	Q3	Med.	Q1	Q3		
<b>RSOY</b>	13,00	9,00	15,00	12,00	11,00	14,00	14,00	12,00	16,00	<b>13,861</b>	<b>0,001</b>
Bilgi Odaklı	9,00	8,00	10,00	9,00	7,00	10,00	10,00	9,00	10,00	<b>11,767</b>	<b>0,003</b>
İnanç Odaklı	,00	,00	2,00	,00	,00	2,00	1,00	,00	3,00	3,908	0,142
Kaynak Odaklı	3,00	2,00	4,00	3,00	2,00	4,00	4,00	3,00	4,00	<b>8,699</b>	<b>0,013</b>
<b>SÇ-RHYDÖ</b>	58,00	55,00	62,00	56,00	53,00	60,00	54,00	53,00	61,00	2,443	0,295
Sosyal Mesafe	20,00	18,00	22,00	18,00	17,00	20,00	18,00	17,00	21,00	3,735	0,155
Tutumlar	21,00	19,00	24,00	20,00	19,00	22,00	19,00	18,00	22,00	2,307	0,316
Yardım Arama	17,00	16,00	19,00	18,00	17,00	19,00	17,00	17,00	19,00	1,598	0,450
Kendini Açma											

Med; medyan Q1; ilk çeyreklik Q3; üçüncü çeyreklik x<sup>2</sup>; Kruskal Wallis H testi

Kruskal Wallis H testine göre geliri giderinden az, geliri giderine denk ve geliri giderinden fazla olma durumları arasında katılımcıların RSOY ( $x^2=13,861$   $p=0,001$ ), bilgi odaklı ( $x^2 =11,767$   $p=0,003$ ) ve kaynak odaklı ( $x^2 =8,699$   $p=0,013$ ) medyan değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılık gösterdiği bulundu.

Pairwise Karşılaştırması sonucunda geliri giderinden fazla olan katılımcıların geliri giderine denk olan katılımcılara göre RSOY ( $p=0,001$ ), bilgi odaklı ( $p=0,003$ ) ve kaynak odaklı ( $p=0,010$ ) medyan değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu.

#### 4.7. Sağlık Profesyonellerinin Bakım Verilen Hasta Gruplarına Göre RSOY-Ölçek ve SÇ-RHYDÖ Puan Ortalamaları Bulguları

**Tablo 7.** Bakım verilen hasta grubuna göre RSOY-Ölçek ve SÇ-RHYDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Yatarak		Ayaktan		Ayaktan-yatarak		F	P
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.		
<b>RSOY</b>	12,60	2,90	13,16	3,23	12,55	2,95	1,070	0,345
Bilgi Odaklı	8,63	1,68	8,91	1,83	8,30	1,53	2,617	0,075
İnanç Odaklı	1,05	1,85	1,30	1,90	1,25	1,72	0,466	0,628
Kaynak Odaklı	2,91	,90	2,94	1,13	3,00	1,07	0,139	0,870

**Tablo 7.** Bakım verilen hasta grubuna göre RSOY-Ölçek ve SÇRHYDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması (devamı)

	Yatarak		Ayaktan		Ayaktan/Yatarak		F	P
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort	SS.		
SÇRHYDÖ	57,03	6,51	56,20	5,64	57,79	5,73	1,405	0,247
Sosyal Mesafe	18,90	3,18	18,60	2,83	19,62	3,12	2,293	0,103
Tutumlar	20,41	2,81	19,91	2,60	20,63	3,05	1,442	0,238
Yardım Arama Kendini Açma	17,71	2,00	17,69	2,19	17,54	2,75	0,136	0,873

Ort; ortalama, SS; standart sapma, F; Tek Yönlü Anova Analizi

Tek Yönlü ANOVA Analizine göre bakım verilen hasta grupları arasında RSOY (F=1,070 p=0,345), bilgi odaklı (F=2,617 p=0,075), inanç odaklı (F=0,466 p=0,628), kaynak odaklı (F=0,139 p=0,970), SÇRHYDÖ (F=1,405 p=0,247), sosyal mesafe (F=2,293 p=0,103), tutumlar (F=1,442 p=0,238), yardım arama kendini açma (F=1,136 p=0,873) puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulundu.

#### 4.8. Sağlık Profesyonellerinin Ruhsal Öyküye Göre RSOY-Ölçek ve SÇ-RHYDÖ Puan Ortalamaları Bulguları

**Tablo 8.** Ruhsal öyküye göre RSOY-Ölçek ve SÇ-RHYDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Psikiyatrik tedavi alma						Ailede ruhsal hastalık varlığı						Ruhsal hastalık bakımında görev alma					
	Evet		Hayır		t	p	Evet		Hayır		t	P	Evet		Hayır		t	p
	Ort.	SS.	Ort.	SS.			Ort.	SS.	Ort.	SS.			Ort.	SS.	Ort.	SS.		
<b>RSOY</b>	12,80	2,93	12,78	3,06	,040	0,968	12,76	2,97	12,79	3,07	-,059	0,953	12,87	3,04	12,18	2,97	1,216	0,225
Bilgi Odaklı	8,55	1,56	8,66	1,74	-,384	0,701	8,62	1,58	8,64	1,76	-,103	0,918	8,64	1,72	8,58	1,64	,214	0,830
İnanç Odaklı	1,29	1,91	1,17	1,81	,381	0,703	1,13	1,81	1,22	1,84	-,367	0,714	1,24	1,87	,91	1,51	,967	0,335
Kaynak Odaklı	2,96	,89	2,95	1,06	,077	0,939	3,01	,86	2,92	1,09	,649	0,517	2,99	,97	2,70	1,33	1,514	0,131
<b>SÇ-RHYDÖ</b>	56,67	5,54	57,01	6,13	-,356	0,722	57,32	6,45	56,79	5,83	,634	0,527	56,78	6,09	58,09	5,42	-1,171	0,243
Sosyal Mesafe	18,78	3,06	19,05	3,06	-,561	0,576	18,87	3,16	19,05	3,02	-,433	0,665	<b>18,83</b>	<b>3,02</b>	<b>20,09</b>	<b>3,15</b>	<b>-2,219</b>	<b>0,027</b>
Tutumlar	20,24	2,59	20,31	2,87	-,147	0,883	20,50	2,59	20,21	2,90	,746	0,456	20,23	2,79	20,73	2,98	-,939	0,349
Yardım Arama Kendini Açma	17,65	2,61	17,66	2,21	-,006	0,995	17,95	2,18	17,53	2,33	1,331	0,184	17,71	2,27	17,27	2,44	1,028	0,305

Ort; ortalama, SS; standart sapma, t; bağımsız gruplar t testi

Bağımsız Gruplar t testine göre ruhsal hastalık bakımında görev alan katılımcıların görev almayan katılımcılara göre sosyal mesafe puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha düşük olduğu ( $t=-2,219$   $p=0,027$ ) bulundu.

#### 4.9. Sağlık Profesyonellerinin Yaş ve Çalışma Sürelerine Göre RSOY-Ölçek ve SÇ-RHYDÖ Puan Ortalama Bulguları

**Tablo 9.** Yaş ve çalışma sürelerine göre RSOY ve SÇ-RHYDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

		Yaş (a)	Çalışma süresi (b)
RSOY	r/rho	-0,121	<b>-0,139*</b>
	p	0,054	<b>0,026</b>
Bilgi Odaklı	r/rho	-0,043	-0,064
	p	0,497	0,310
İnanç Odaklı	r/rho	-0,080	-0,067
	p	0,203	0,287
Kaynak Odaklı	r/rho	<b>-0,143*</b>	<b>-0,180**</b>
	P	<b>0,022</b>	<b>0,004</b>
SÇ-RHYDÖ	r/rho	0,051	0,069
	p	0,417	0,271
Sosyal Mesafe	r/rho	0,023	0,056
	p	0,710	0,369
Tutumlar	r/rho	0,041	0,077
	p	0,510	0,220
Yardım Arama Kendini Açma	r/rho	0,052	0,040
	p	0,412	0,523

a; Pearson Korelasyon Analizi, b; Spearman Korelasyon Analizi

Pearson Korelasyon Analizine göre katılımcıların yaş değerleri ile kaynak odaklı puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu ( $r=-0,143$   $p=0,022$ ) bulundu.

Spearman Korelasyon Analizine göre katılımcıların çalışma süreleri ile RSOY ( $r=-0,139$   $p=0,026$ ) ve kaynak odaklı ( $r=-0,180$   $p=0,004$ ) puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu.

#### 4.10. Sağlık Profesyonellerinin RSOY-Ölçek ve SÇ-RHYDÖ Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

**Tablo 10.** RSOY-Ölçek ve SÇ-RHYDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki (Tüm katılımcılar)

	1	2	3	4	5	6	7
1-RSOY	r	-					
	p	-					
2-Bilgi Odaklı	r	0,693					
	p	<0,001					
3-İnanç Odaklı	r	0,696	0,080				
	p	<0,001	0,204				
4-Kaynak Odaklı	r	0,562	0,243	0,144			
	p	<0,001	<0,001	0,022			
5-SÇ-RHYDÖ	r	-0,059	<b>-0,179</b>	0,021	0,086		
	p	0,349	<b>0,004</b>	0,734	0,173		
6-Sosyal Mesafe	r	-0,064	-0,119	-0,044	0,085	0,748	
	p	0,308	0,058	0,489	0,176	<0,001	
7-Tutumlar	r	0,025	-0,098	0,089	0,077	0,313	
	p	0,694	0,119	0,157	0,218	<0,001	<0,001
8-Yardım Arama Kendini Açma	r	-0,099	<b>-0,192</b>	0,005	0,016	0,679	0,375
	p	0,113	<b>0,002</b>	0,937	0,800	<0,001	<0,001

r; Pearson Korelasyon Analizi

Pearson Korelasyon Analizine göre tüm katılımcıların bilgi odaklı puan ortalamaları ile SÇ-RHYDÖ ( $r=-0,179$   $p=0,004$ ) ve yardım arama/kendini açma ( $r=-$

0,192 p=0,002) puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan ters yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğunu gösterdi.

#### 4.11. Sağlık Profesyonellerinin Meslek Grupları Arasında RSOY-Ölçek ve SÇ-RHYDÖ Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

**Tablo 11.** Meslek grupları arasında RSOY-Ölçek ve SÇ-RHYDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki

			<b>RSOY</b>	<b>Bilgi Odaklı</b>	<b>İnanç Odaklı</b>	<b>Kaynak Odaklı</b>
<b>Doktor</b>	<b>SÇ-RHYDÖ</b>	r	-0,101	-0,144	-0,126	0,133
		p	0,536	0,377	0,437	0,414
	Sosyal Mesafe	r	-0,062	-0,102	-0,109	0,160
		p	0,703	0,531	0,504	0,324
	Tutumlar	r	-0,025	-0,103	-0,009	0,113
		p	0,877	0,525	0,958	0,488
	Yardım Arama Kendini Açma	r	-0,178	-0,145	-0,208	0,015
p		0,271	0,371	0,197	0,926	
<b>Hemşire</b>	<b>SÇ-RHYDÖ</b>	r	-0,020	<b>-0,206</b>	0,119	0,033
		p	0,834	<b>0,027</b>	0,204	0,727
	Sosyal Mesafe	r	-0,011	-0,103	0,076	-0,028
		p	0,905	0,273	0,416	0,765
	Tutumlar	r	0,028	-0,163	0,133	0,081
		p	0,761	0,080	0,155	0,388
	Yardım Arama Kendini Açma	r	-0,078	<b>-0,223</b>	0,053	0,024
p		0,404	<b>0,016</b>	0,574	0,797	
<b>Diğer</b>	<b>SÇ-RHYDÖ</b>	r	-0,138	-0,180	-0,099	0,082
		p	0,174	0,074	0,331	0,419
	Sosyal Mesafe	r	-0,153	-0,139	<b>-0,233</b>	0,169
		p	0,130	0,171	<b>0,020</b>	0,095
	Tutumlar	r	0,024	-0,011	0,046	0,014
		p	0,812	0,911	0,649	0,894
	Yardım Arama Kendini Açma	r	-0,134	<b>-0,202</b>	0,017	-0,038
p		0,188	<b>0,045</b>	0,865	0,706	

r; Pearson Korelasyon Analizi

Pearson Korelasyon Analizine göre hemşire olan katılımcıların bilgi odaklı puan ortalamaları ile SÇ-RHYDÖ ( $r=-0,206$   $p=0,027$ ) ve yardım arama/kendini açma ( $r=-0,223$   $p=0,016$ ) puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu. Bunun yanı sıra diğer meslek grubu katılımcıların bilgi odaklı puan ortalamaları ile yardım arama/kendini açma puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu ( $r=-0,202$   $p=0,045$ ) bulundu.

Pearson Korelasyon Analizine göre diğer meslek grubu katılımcıların inanç odaklı puanları ile sosyal mesafe puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan ( $r=-0,233$   $p=0,020$ ) anlamlı düzeyde negatif yönde bir ilişki bulundu.

#### 4.12. Sağlık Profesyonellerinin SÇ-RHYDÖ Puanlarını Açıklamada RSOY Alt Ölçek Puanlarının Etkinliğine Yönelik Bulgular

**Tablo 12.** SÇ-RHYDÖ puan ortalamalarını açıklamada RSOY alt ölçek puanlarının etkinliği

Model	Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar			95,0% GA		
	B	SH	Beta	t	p	AL	UL	
Doktor	(Sabit)	60,069	5,011		11,988	<,001	49,907	70,231
	Bilgi Odaklı	-1,218	0,679	-0,352	-1,793	0,081	-2,596	0,160
	İnanç Odaklı	-0,629	0,574	-0,179	-1,095	0,281	-1,794	0,536
	Kaynak Odaklı	2,477	1,247	0,401	1,986	0,055	-0,053	5,007
Hemşire	(Sabit)	63,939	3,870		16,522	<,001	56,272	71,607
	Bilgi Odaklı	<b>-0,956</b>	<b>0,395</b>	<b>-0,224</b>	<b>-2,422</b>	<b>0,017</b>	<b>-1,737</b>	<b>-0,174</b>
	İnanç Odaklı	0,453	0,306	0,136	1,480	0,142	-0,153	1,059
	Kaynak Odaklı	0,462	0,713	0,060	0,649	0,518	-0,950	1,874
Diğer	(Sabit)	59,724	2,456		24,318	<,001	54,849	64,600
	Bilgi Odaklı	<b>-0,534</b>	<b>0,269</b>	<b>-0,199</b>	<b>-1,982</b>	<b>0,050</b>	<b>-1,069</b>	<b>0,001</b>
	İnanç Odaklı	-0,366	0,305	-0,121	-1,201	0,233	-0,973	0,240
	Kaynak Odaklı	0,563	0,445	0,129	1,264	0,209	-0,321	1,446

SH; Standart Hata, GA; Güven Aralığı, AL; Alt Limit, UL; Üst Limit, Basit Doğrusal Regresyon Analizi; Doktor:  $r^2=0,13$ ,  $F=1,74$ ,  $p=0,177$ , Hemşire:  $r^2=0,06$ ,  $F=2,56$ ,  $p=0,059$ , Diğer:  $r^2=0,06$ ,  $F=1,97$ ,  $p=0,125$

Doktor grubu katılımcıların SÇ-RHYDÖ puan ortalamalarının %13'ünün RSOY alt ölçek puan ortalamaları tarafından açıklandığı, buna karşın modelin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ( $F=1,74$   $p=0,177$ ) bulundu.

Hemşire grubu katılımcıların SÇ-RHYDÖ puan ortalamalarının %6'sının RSOY alt ölçek puanları tarafından açıklandığı, buna karşın modelin istatistiksel olarak anlam ifade etmediği ( $F=2,56$   $p=0,059$ ) bulundu. Model alt değişkenleri incelendiğinde ise sadece bilgi odaklı alt ölçek puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede etkili bir değişken olduğu ( $p=0,017$ ) bulundu.

Diğer meslek grubu katılımcıların SÇ-RHYDÖ puan ortalamalarının %6'sının RSOY alt ölçek puan ortalamaları tarafından açıklandığı, buna karşın modelin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ( $F=1,97$   $p=0,125$ ) bulundu. Model alt değişkenleri incelendiğinde ise sadece bilgi odaklı alt ölçek puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede etkili bir değişken olduğu ( $p=0,050$ ) bulundu.

#### **4.13. Sağlık Profesyonellerinin Sosyal Mesafe Puanlarını Açıklamada RSOY Alt Ölçek Puanlarının Etkinliğine Yönelik Bulgular**

**Tablo 13.** Sosyal mesafe puan ortalamalarını açıklamada RSOY alt ölçek puan ortalamaları etkinliği

Model	Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar			95,0% GA		
	B	SH	Beta	t	P	AL	UL	
<b>Doktor</b>	(Sabit)	19,522	2,468		7,909	<,001	14,516	24,528
	Bilgi Odaklı	-0,529	0,335	-0,312	-1,580	0,123	-1,208	0,150
	İnanç Odaklı	-0,291	0,283	-0,169	-1,029	0,310	-0,865	0,283
	Kaynak Odaklı	1,212	0,614	0,401	1,973	0,056	-0,034	2,459
<b>Hemşire</b>	(Sabit)	21,361	1,953		10,938	<,001	17,492	25,231
	Bilgi Odaklı	-0,226	0,199	-0,107	-1,133	0,260	-0,620	0,169
	İnanç Odaklı	0,140	0,154	0,085	0,904	0,368	-0,166	0,445
	Kaynak Odaklı	-0,058	0,360	-0,015	-0,162	0,871	-0,771	0,654
<b>Diğer</b>	(Sabit)	19,960	1,319		15,132	<,001	17,341	22,579
	Bilgi Odaklı	-0,260	0,145	-0,174	-1,799	0,075	-0,548	0,027
	İnanç Odaklı	<b>-0,458</b>	<b>0,164</b>	<b>-0,271</b>	<b>-2,795</b>	<b>0,006</b>	<b>-0,784</b>	<b>-0,133</b>
	Kaynak Odaklı	<b>0,573</b>	<b>0,239</b>	<b>0,235</b>	<b>2,398</b>	<b>0,018</b>	<b>0,099</b>	<b>1,048</b>

SH=Standart Hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, Basit Doğrusal Regresyon Analizi, Doktor: r2=0,11, F=1,55, p=0,219, Hemşire: r2=0,13, F=0,68, p=0,566, Diğer: r2=0,36, F=4,60, p=0,005.

Doktor grubu katılımcıların sosyal mesafe puan ortalamalarının %11'inin RSOY alt ölçek puan ortalamaları tarafından açıklandığı, buna karşın modelin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı (F=1,55 p=0,219) bulundu.

Hemşire grubu katılımcıların sosyal mesafe puan ortalamalarının %13'ünün RSOY alt ölçek puan ortalamaları tarafından açıklandığı, buna karşın modelin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı (F=0,68 p=0,566) bulundu.

Diğer meslek grubu katılımcıların sosyal mesafe puan ortalamalarının %36'sının (F=4,60 p=0,005) RSOY alt ölçek puan ortalamaları tarafından açıklandığı bulundu. Model alt değişkenleri incelendiğinde ise sadece inanç odaklı (p=0,006) ve kaynak odaklı (p=0,018) puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu.

#### 4.14. Sağlık Profesyonellerinin Tutumlar Puanlarını Açıklamada RSOY Alt Ölçek Puanlarının Etkinliğine Yönelik Bulgular

**Tablo 14.** Tutumlar puan ortalamalarını açıklamada RSOY alt ölçek puanlarının etkinliği

Model	Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar			95,0% GA		
	B	SH	Beta	t	P	AL	UL	
<b>Doktor</b>	(Sabit)	21,333	2,278		9,364	<,001	16,712	25,953
	Bilgi Odaklı	-0,413	0,309	-0,271	-1,336	0,190	-1,039	0,214
	İnanç Odaklı	-0,068	0,261	-0,044	-0,259	0,797	-0,597	0,462
	Kaynak Odaklı	0,789	0,567	0,291	1,391	0,173	-0,361	1,939

**Tablo 14.** Tutumlar puan ortalamalarını açıklamada RSOY alt ölçek puanlarının etkinliği (devamı)

	Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar			95,0% GA	
	B	SH	Beta	t	p	AL	UL
(Sabit)	22,365	1,828		12,238	<,001	18,744	25,986
Hemşire	<b>-0,377</b>	<b>0,186</b>	<b>-0,188</b>	<b>-2,023</b>	<b>0,045</b>	<b>-0,746</b>	<b>-0,008</b>
Bilgi Odaklı	0,230	0,144	0,147	1,594	0,114	-0,056	0,516
İnanç Odaklı	0,376	0,337	0,103	1,117	0,267	-0,291	1,043
Kaynak Odaklı	20,054	1,242		16,150	<,001	17,589	22,519
(Sabit)	-0,016	0,136	-0,012	-0,115	0,908	-0,286	0,255
Diğer	0,067	0,154	0,045	0,433	0,666	-0,240	0,373
Bilgi Odaklı	0,018	0,225	0,008	0,078	0,938	-0,429	0,464
İnanç Odaklı							
Kaynak Odaklı							

SH=Standart Hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, Basit Doğrusal Regresyon Analizi, Doktor:  $r^2=0,25$ ,  $F=0,78$ ,  $p=0,511$ , Hemşire:  $r^2=0,24$ ,  $F=2,31$ ,  $p=0,080$ , Diğer:  $r^2=0,05$ ,  $F=0,07$ ,  $p=0,974$ .

Doktor grubu katılımcıların tutumlar puan ortalamalarının %25'inin RSOY alt ölçek puanları tarafından açıklandığı, buna karşın modelin istatistiksel olarak kayda değer görülmediği ( $F=0,78$   $p=0,511$ ) bulundu.

Hemşire grubu katılımcıların tutumlar puan ortalamalarının %24'ünün RSOY alt ölçek puan ortalamaları tarafından açıklandığı, buna karşın modelin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ( $F=2,31$   $p=0,080$ ) ancak bilgi odaklı alt ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı ( $p=0,045$ ) bulundu.

Diğer meslek grubu katılımcıların tutumlar puan ortalamalarının %5'inin RSOY alt ölçek puan ortalamaları tarafından açıklandığı, buna karşın modelin anlamlılık düzeyine ulaşmadığı ( $F=0,07$   $p=0,974$ ) bulundu.

#### 4.15. Sağlık Profesyonellerinin Yardım Arama/Kendini Açma Puanlarını Açıklamada RSOY Alt Ölçek Puanlarının Etkinliğine Göre Bulgular

**Tablo 15.** Yardım arama kendini açma puan ortalamalarını açıklamada RSOY alt ölçek puan ortalamalarının etkinliği

Model	Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar			95,0% GA	
	B	SH	Beta	t	P	AL	UL
(Sabit)	19,214	1,704		11,278	<,001	15,758	22,669
Doktor	-0,277	0,231	-0,240	-1,197	0,239	-0,745	0,192
Bilgi Odaklı	-0,270	0,195	-0,232	-1,385	0,175	-0,666	0,126
İnanç Odaklı	0,476	0,424	0,231	1,122	0,269	-0,384	1,336
Kaynak Odaklı	20,213	1,366		14,801	<,001	17,507	22,919
(Sabit)	-0,353	0,139	-0,235	-2,535	0,013	-0,629	-0,077
Hemşire	0,083	0,108	0,071	0,768	0,444	-0,131	0,297
Bilgi Odaklı	0,145	0,251	0,053	0,576	0,566	-0,353	0,643
İnanç Odaklı							
Kaynak Odaklı							

**Tablo 15.** Yardım arama kendini açma puan ortalamalarını açıklamada RSOY alt ölçek puan ortalamalarının etkinliği (devamı)

	Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar			95,0% GA	
	B	SH	Beta	t	P	AL	UL
(Sabit)	19,710	1,193		16,518	<,001	17,341	22,079
<b>Diğer</b>							
Bilgi Odaklı	-0,258	0,131	-0,200	-1,969	0,052	-0,518	0,002
İnanç Odaklı	0,025	0,148	0,017	0,168	0,867	-0,270	0,319
Kaynak Odaklı	-0,028	0,216	-0,013	-0,130	0,897	-0,457	0,401

SH=Standart Hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit, Basit Doğrusal Regresyon Analizi, Doktor:  $r^2=0,29$ ,  $F=1,14$ ,  $p=0,347$ , Hemşire:  $r^2=0,24$ ,  $F=2,27$ ,  $p=0,084$ , Diğer:  $r^2=0,20$ ,  $F=1,36$ ,  $p=0,260$ .

Doktor grubu katılımcıların yardım arama kendini açma puan ortalamalarının %29'unun RSOY alt ölçek puan ortalamaları tarafından açıklandığı, buna karşın modelin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ( $F=1,14$   $p=0,347$ ) bulundu.

Hemşire grubu katılımcıların yardım arama kendini açma puan ortalamalarının %24'ünün RSOY alt ölçek puan ortalamaları tarafından açıklandığı, buna karşın modelin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ( $F=2,27$   $p=0,084$ ) bulundu. Model alt değişkenleri incelendiğinde ise sadece bilgi odaklı alt ölçek puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede etkili bir değişken olduğu ( $p=0,013$ ) bulundu.

Diğer meslek grubu katılımcıların yardım arama kendini açma puan ortalamalarının %20'sinin RSOY alt ölçek puan ortalamaları tarafından açıklandığı, buna karşın modelin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ( $F=1,36$   $p=0,260$ ) bulundu.

## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırmada bulgular aşağıda verilen başlıklar altında tartışılmıştır:

### 5.1. Sağlık Profesyonellerinin Ruh Sağlığı Okuryazarlık Düzeyleri ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Tutumlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Sağlık profesyonellerinin **RSOY-Ölçek puan ortalaması** incelendiğinde; çalışmaya dahil olan sağlık profesyonellerinin RSOY-Ölçek puan ortalaması  $12,78\pm 3,03$  bulundu (Tablo 1). RSOY düzeyinin değerlendirmesi hakkında kesim noktaları yayınlanmamıştır. Ölçek puanı ne kadar yüksekse ruh sağlığı okuryazarlığı oranı da o kadar fazladır ve ölçekten alınabilecek 22 puan en yüksek 0 ise en düşük puandır. Bu bağlamda, sağlık profesyonellerinin araştırmada elde ettikleri ortalama puan, karşılaştırmalı olarak değerlendirildiğinde literatürdeki bazı çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Göktaş ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada katılımcıların RSOY-Ölçek puan ortalaması  $12,06\pm 3,80$  bulunmuşken (Göktaş, Işıklı & Metintaş, 2018) Öztaş ve Aydoğan'ın yapmış olduğu bir çalışmada RSOY-Ölçek puan ortalaması  $16,96\pm 3,30$  bulunmuştur (Öztaş & Aydoğan, 2021). Göktaş ve Tutumlu'nun (2024) Türkiye'nin Doğu Anadolu bölgesinde bulunan bir hastanesinde 258 hemşire ile gerçekleştirdiği bir çalışmada katılımcıların RSOY-Ölçek puan ortalaması  $16,29\pm 3,00$  bulunmuştur (Göktaş & Tutumlu, 2024). Literatürde sağlık profesyonellerinin RSOY düzeylerini araştıran çalışmalar incelendiğinde genel olarak ölçek aralığının ortalarına yakın değerlerde seyrettiği ve bu çalışmanın bulgularının da bu eğilimle örtüştüğü görülmektedir. Dolayısıyla, elde edilen sonuçlar sağlık profesyonelleri arasında ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinin ölçekteki maksimum değer in oldukça altında kaldığını ve bu alanda geliştirmeye açık bir potansiyelin bulunduğunu göstermektedir.

Sağlık profesyonellerinin **SÇ-RHYDÖ puan ortalaması** incelendiğinde; çalışmaya dahil olan sağlık profesyonellerinin puan ortalaması  $56,95\pm 6,01$  bulundu (Tablo 1). Literatürde, sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik damgalayıcı tutumlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen SÇ-RHYDÖ ile yapılmış sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Türkiye'de ölçeğin Türkçeye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin belirlenmesine yönelik yapılan tek kapsamlı çalışma Azazi (2021) tarafından gerçekleştirilmiştir. Çalışmada, sağlık çalışanları ve sağlık alanı

öğrencilerinden oluşan 149 kişilik bir örneklemede toplam ölçek puan ortalaması  $56,86 \pm 9,79$  bulunmuştur (Azazi,2021). Bu çalışma elde edilen puan ortalaması Azazi'nin bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Her iki çalışmada da benzer puan düzeylerinin elde edilmesi, sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarının belirli bir düzeyde yaygın olduğunu düşündürmektedir. Bu durumun sebebi toplumdaki yaygın damgalayıcı inançların sağlık profesyonellerine de yansması ve ruh sağlığı alanında eğitim eksikliği olabilir.

## **5.2. Sağlık Profesyonellerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre RSOY-Ölçeği Puan Ortalamasına İlişkin Bulguların İncelenmesi**

Sağlık profesyonellerinin **yaşları** ile RSOY Ölçek kaynak odaklı puanları arasında negatif korelasyon olduğu belirlendi. Sağlık profesyonellerinin yaşı arttıkça kaynak odaklı puanlarının anlamlı olarak azaldığı görülmüştür (Tablo 9). Araştırma bulgularına benzer şekilde Singapur'da ruh sağlığı okuryazarlığıyla ilgili yapılan araştırmaları inceleyen bir derleme sonucunda RSOY oranının toplum genelinde düşük olduğu, genç bireylerin ve daha yüksek eğitim seviyesine sahip bireylerin yaşlı bireylere kıyasla ruhsal bozukluklar hakkında daha bilgili oldukları ve bu bozuklukları daha iyi anladığı tespit edilmiştir (Tonşing, 2018). Karaman ve arkadaşlarının (2022) üçüncü basamak bir hastanenin Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 327 kişinin katılım sağladığı çalışmasında katılımcıların yaşı arttıkça RSOY oranlarının azaldığı gözlemlenmiştir (Karaman ve ark, 2022). Bunun sebebi ruh sağlığı bilgilerine günümüzde daha çok internet, sosyal medya, online danışmanlık gibi teknolojik ortamlardan ulaşıldığından yaş artışıyla birlikte teknolojiden uzak kalmak ve eğitim hayatları boyunca ruh sağlığı konularını içeren eğitimleri yeterli seviyede almamak olabilir.

Sağlık profesyonellerinin **cinsiyet** değişkenine göre RSOY ve alt ölçek puanlarına bakıldığında; puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılık göstermediği saptanmıştır (Tablo 2). Cinsiyet faktörünün RSOY oranına etkisini incelemek amacıyla literatür taraması yapıldığında bu çalışmayı destekler nitelikte araştırmalar mevcuttur; Göktaş ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan ve örnekleme 2018 eğitim-öğretim yılında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi'nde öğrenim görmekte olan 205 öğrenciden oluşan çalışmada katılımcıların RSOY

oranının cinsiyet faktörüne göre fark görülmemiştir (Göktaş ve ark., 2018). Yine Öztaş ve Aydoğan'ın (2021) bir eğitim ve araştırma hastanesinde ruh sağlığı birimleri dışında çalışan 239 sağlık profesyoneli ile yapmış oldukları bir çalışmada cinsiyete göre RSOY oranında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır(Öztaş & Aydoğan). Piper ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada ve Karaman ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada RSOY oranlarında cinsiyet faktörünün bir etkisinin olmadığı görülmüştür. (Karaman ve ark, 2022; Piper, Bailey, Lam & Kneebone,2018)

Sağlık profesyonellerinin **medeni durum** değişkenine göre RSOY ve alt ölçek puanlarına bakıldığında; medyan değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılık göstermediği saptanmıştır (Tablo 3). Araştırma bulgularına benzer şekilde Tunç ve arkadaşlarının (2022) yapmış oldukları çalışmada medeni durumun RSOY üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı saptanmıştır (Tunç Karaman, Altun & Basat, 2022). Güden ve arkadaşlarının (2024) Kayseri'deki aile sağlığı merkezlerinde (ASM) çalışan toplamda 385 birinci basamak sağlık hizmeti sunucularıyla gerçekleştirdiği çalışmalarında medeni durum ile RSOY oranı arasında fark bulunamamıştır (Güden ve ark, 2024).

Sağlık profesyonellerinin **meslek** değişkenine göre RSOY ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında; RSOY ve kaynak odaklı alt boyutu puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılık gösterdiği bulundu. Doktorların hemşirelere göre, hemşirelerin ise diğer sağlık profesyonellerine göre RSOY ve kaynak odaklı alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4). Bunun sebebi sağlık profesyonellerinin aldıkları eğitimlerin detayına ve kapsamına bağlı olabilir. Literatür incelendiğinde bu çalışmayı destekler nitelikte çalışmanın olduğu görülmüştür. Smit ve Marais'in (2025) üçüncü basamak bir hastanede çalışan toplam 129 sağlık profesyoneliyle gerçekleştirdiği bir çalışmada doktor olan katılımcıların RSOY oranının daha yüksek olduğu saptandı (Smit & Marais, 2025)

Sağlık profesyonellerinin **çalışılan birim** değişkenine göre RSOY ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında; acilde çalışan sağlık profesyonellerinin diğer birimde çalışan sağlık profesyonellerine göre RSOY ve bilgi odaklı alt ölçek medyan değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu

bulundu (Tablo 5). Literatürde, doğrudan acil serviste çalışan sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin diğer birimlere göre daha yüksek olduğunu kanıtlayan sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Ancak Hall ve arkadaşlarının (2016) travma-bilişsel bakım eğitimi üzerine yaptığı araştırmada, acil servis hemşirelerinin eğitim sonrası ruhsal belirtileri tanıma ve müdahale etme becerilerinde anlamlı bir artış gözlemlenmiştir (Hall, Goodwin, Clark & Brierley, 2016).

Sağlık profesyonellerinin **gelir durumu** değişkenine göre geliri giderinden fazla olan sağlık profesyonellerinin geliri giderine denk olan sağlık profesyonellerine göre RSOY ve alt ölçekleri bilgi odaklı ve kaynak odaklı medyan değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 6). Bu bulgu literatürü desteklemektedir. Kesgin ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan ve 282 kişiyle yürütülen çalışmada ekonomik durumu iyi olarak sınıflandırılan katılımcıların ruh sağlığı okuryazarlık düzeyinin daha yüksek olduğunu görülmüştür (Kesgin, Pehlivan & Uymaz, 2020). Benzer şekilde Jiang ve arkadaşlarının (2023) Çin'de bir üniversitede 793 öğrenciyle yürüttüğü çalışmasında, gelir durumunun ruh sağlığı okuryazarlığı üzerinde anlamlı ve pozitif yönde bir etkisinin olduğunu belirlemiş, sosyoekonomik düzeyi yüksek olan öğrencilerin ruh sağlığı okuryazarlık oranlarının daha yüksek olduğunu, ruhsal hastalıklara karşı önyargı düzeylerinin düşük olduğunu ve profesyonel destek almaya daha açık olduklarını tespit etmiştir (Jiang, Wang & Liu, 2023).

Sağlık profesyonellerinin **çalışma süresi** değişkenine göre RSOY ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında; sağlık profesyonellerinin çalışma süreleri ile RSOY ve alt ölçeği olan kaynak odaklı puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık bulundu. Sağlık profesyonellerinin çalışma süreleri arttıkça RSOY ve alt ölçeği olan kaynak odaklı puanlarının anlamlı olarak azaldığı görülmüştür (Tablo 9). Bu durum daha genç sağlık profesyonellerinin RSOY oranlarının daha yüksek olduğu bulgusuyla örtüşmektedir. Smit ve Marais'in (2025) yürüttüğü bir çalışmada çalışma süresi 5 yılın altında olan sağlık profesyonellerinin 5 yılın üzerinde olanlara göre RSOY düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Smit & Marais, 2025)

### 5.3. Sağlık Profesyonellerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Tutumunun İncelenmesi

Sağlık profesyonellerinin yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek durumu, çalışılan birim, gelir durumu, bakım verilen hasta grubu, çalışma süresi değişkenlerine göre SÇ-RHYDÖ ve alt ölçek puanları puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir (Tablo 2-3-4-5-6-7-9). Azazi'nin gerçekleştirdiği bir çalışmada SÇ-RHYDÖ'ü ve alt boyutlarının toplam puanlarının yaş, cinsiyet, medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür (Azazi, 2021). Aynı ölçeğin İtalyanca versiyonunda cinsiyete göre damgalanma puanlarının istatistiksel olarak anlam ifade etmediği görülmüştür (Destrebecq ve ark. 2018). Ulutaş ve arkadaşlarının (2019) doktorlarla gerçekleştirdiği bir çalışmada yaş ile ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik görüş ve tutumları arasında istatistiksel olarak ilişki olmadığı bildirilmiştir (Ulutaş ve ark, 2019). Konuya ilişkin yapılan bir başka çalışmada hemşirelerin yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslekte çalışma yılı gibi değişkenlerin ruhsal bozukluğa sahip bireylere yönelik tutumları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir (Corrigan ve ark, 2012). Sonuç olarak Türkiye ve dünyanın farklı ülkelerinde gerçekleştirilen araştırmaların ortaya koyduğu bulgular doğrultusunda bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve gelir seviyesi gibi sosyodemografik özelliklerinin damgalama tutumuna etkisinin olmadığı ile ilgili sonuçlar araştırma bulguları ile benzeşmektedir (Bekiroğlu & Demiröz, 2020; Dickerson, Sommerville, Origoni, Ringel & Parente, 2002; Gerlinger ve ark, 2013; Sibitz ve ark, 2011; Świtaj, Chrostek, Grygiel, Wciórka & Anczewska, 2016). Bu çalışmanın bulguları da literatürdeki benzer sonuçlarla örtüşmekte olup damgalama tutumunun sadece sosyodemografik değişkenlerle açıklanamayacak kadar çok boyutlu bir mesele olduğunu bir kez daha ortaya koymuştur.

Sağlık profesyonellerinin **ruhsal bozukluğu olan bireyin bakım ve tedavisinde görev alma** değişkenine göre SÇ-RHYDÖ ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında; SÇ-RHYDÖ alt ölçeği olan sosyal mesafe puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık olduğu bulundu. Buna göre ruhsal hastalık bakımında görev alan sağlık profesyonellerinin görev almayan sağlık profesyonellerine göre sosyal mesafe puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı

seviyede daha düşük olduğu bulundu (Tablo 8). Azazi'nin SÇ-RHYÖ ölçeğinin Türkçe uyarlaması çalışmasında ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakım ve tedavisinde görev alan sağlık profesyonellerinin Yardım Arama ve Kendini Açma damgalama puanlarının görev almayan sağlık profesyonellerine göre daha düşük bulunduğu görülmüştür (Azazi, 2021). Ağır ve Toptaş'ın (2024) Aksaray'da bir hastanede 153 sağlık çalışanı ile gerçekleştirdiği çalışmasında ruhsal hastalığa sahip bireylerle çalışma tecrübesi bulunan katılımcıların bulunmayan katılımcılara göre bu bireylere yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu tespit edilmiştir (Ağır & Toptaş, 2024). Arabacı ve Çam'ın (2013) Türkiye'deki sekiz ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan toplamda 620 hemşireyle yürüttüğü çalışmalarında adli psikiyatri hastalarıyla doğrudan temas kurarak bakım vermenin, hemşirelerin bu bireylere yönelik tutum ve davranışlarında olumlu etkiler yarattığı, olumsuz yargıların azalmasına katkı sağladığı görülmüştür (Arabacı & Çam, 2013). Literatürdeki birçok farklı çalışmalarda da görüldüğü üzere ruhsal bozukluğa sahip bireylerle doğrudan çalışan sağlık profesyonellerinin, bu bireylere yönelik daha düşük düzeyde damgalayıcı tutum sergiledikleri görülmüştür. Bu çalışmada da benzer şekilde ruhsal bozukluğa sahip bireylerin bakım ve tedavisinde görev almanın damgalama tutumunu azalttığı görülmüştür. Bu durum bakım ve tedavi sürecinde aktif rol alan katılımcıların hasta bireyleri daha yakından tanımaları, onların yaşadıkları zorluklara şahit olmaları ve tedavi süreciyle ilgili olumlu gelişmeleri gözlemlenmeleri sonucu bu bireylere yönelik sosyal mesafenin azalmasında etkili olmuş olabilir. Sonuç olarak sağlık hizmet sunumunda görev alan bireylerin ruhsal hastalıklarla daha sık ve doğrudan temas kurmalarının, toplumsal damgalamanın azaltılması açısından önemli bir fırsat sunduğu düşünülmektedir. Bu nedenle ruhsal hastalıklarla doğrudan temas imkânlarının artırılması da damgalayıcı tutumların azaltılmasında etkili bir strateji olabilir.

#### **5.4. Sağlık Profesyonellerinin Ruh Sağlığı Okuryazarlık Düzeyi ile Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin RSOY-Ölçek puanları ve SÇ-RHYDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak doğrudan anlamlı fark bulunamadı ancak bunların alt ölçeklerinde anlamlı seviyede farklılıklar bulundu. Bu

farklılıklar ise şu şekilde:

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin RSOY alt ölçeklerinden biri olan bilgi odaklı puan ortalamaları ile SÇ-RHYDÖ ve alt ölçeklerinden biri olan yardım arama/kendini açma puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık olduğu saptandı (Tablo 10). Buna göre sağlık profesyonellerinin RSOY bilgi odaklı alt ölçek puan ortalamaları ne kadar yüksek ise SÇ-RHYDÖ ve yardım arama kendini açma alt ölçek puan ortalamalarının o kadar düşük olduğu saptandı. Diğer bir deyişle bu çalışmada sağlık profesyonellerinin ruhsal bozukluklara yönelik bilgi düzeylerinin artmasıyla kendi ruhsal bozukluklarını fark ettiklerinde bunu kabullenme ve yardım arama konusunda daha istekli oldukları, yaşadıkları ruhsal sorunları gizleme eğilimlerinin ve kendini damgalama tutumlarında daha düşük olduğu görülmüştür. Bu sonuç, sağlık profesyonellerinin RSOY oranının yüksekliği sayesinde yalnızca başkalarının ruhsal bozukluklarını tanıma ve yorumlama yetisiyle sınırlı kalmadığını, aynı zamanda kendi ruhsal sağlığına yönelik farkındalıklarının ve yardım arama davranışının da olumlu yönde etkilendiğini ortaya koyduğu şeklinde yorumlanabilir. Toplumda hem bilgi sağlayıcı hem de rol model konumunda bulunan sağlık profesyonellerinin RSOY düzeyinin yüksek olması, ruhsal bozukluklarla ilgili damgalanmanın azaltılması ve profesyonel destek arayışının normalleştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Bu sebeple RSOY'nın sadece bir bilgi düzeyi değil, aynı zamanda tutum ve davranışları da şekillendiren önemli bir faktör olduğu ifade edilmektedir. Güden ve arkadaşlarının (2024) toplamda 636 birinci basamak sağlık personeli ile yürüttüğü çalışmada sağlık hizmet sunucularının ruh sağlığı okuryazarlık düzeyi yükseldikçe hem profesyonel yardım arama eğilimlerinin arttığı hem de ruh sağlığı sorunlarına ilişkin damgalayıcı inançların azaldığı saptanmıştır (Güden ve ark,2024). Gürsoy ve Gizir (2018) ve Hilliard ve arkadaşları (2022) tarafından yapılan önceki araştırmalarda, üniversite öğrencilerinin psikolojik yardım arama tutumları ile öz-damgalama ve sosyal damgalama düzeyleri arasında ters yönde bir ilişki olduğu, damgalama arttıkça psikolojik yardım aramaya yönelik olumlu tutumların azaldığını tespit etmişlerdir (Gürsoy & Gizir ,2018; Hilliard, Watson II & Zizzi 2022). Maike ve arkadaşlarının (2021) acil ve yoğunbakım kliniklerinde çalışan toplam 244 sağlık çalışanı ile gerçekleştirdiği çalışmada kendini damgalama eğilimlerinin yardım arama isteğini

azaltan bir faktör olduğunu tespit etmiştir (Maïke ve ark, 2021).

Hemşirelerde ve hasta bakımı ve tedavisinde direkt olarak görevi olmayan diğer sağlık profesyonellerinde ruh sağlığı okuryazarlığı arttıkça damgalama ile ilişkili yardım arama ve kendini açma azalmaktadır (Tablo 11). Bu bulgu RSOY düzeyi yüksek olan hemşirelerin kendi ruhsal durumlarında bir problem fark ettiklerinde bunu kabullenmeye yatkın oldukları profesyonel yardım aramaya daha istekli oldukları şeklinde yorumlanabilir. Özçel ve arkadaşlarının (2025) Türkiye'nin güneyindeki bir üniversite hastanesinde çalışan 302 hemşireyle yaptıkları çalışmalarında hemşirelerin psikolojik yardım alma konusundaki tutumlarının damgalanma düşüncesi sebebiyle olumsuz yönde etkilendiği görülmüştür. Özdemir ve ark (2021) Türkiye'deki bir kamu üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde öğrenim gören 791 hemşirelik öğrencisiyle gerçekleştirdiği bir çalışmada özellikle katılımcıların öz-damgalama algılarının psikolojik yardım aramaya yönelik tutumları üzerinde olumsuz bir etkisinin olduğunu göstermiştir (Özdemir ve ark, 2021). Sonuç olarak damgalanma korkusu, tedaviye dair özgüven eksikliği, ruhsal sorunları yeterince önemsememe ve ruh sağlığı profesyonellerine ulaşım zorlukları gibi etkenler bireylerin profesyonel yardım almasını geciktirebilir yada engelleyebilir (Asan, 2019). Hemşirelerin sağlık hizmet sunumunda hastalarla en yakın çalışan meslek grubu olmaları sebebiyle hem kendi ruh sağlığını korumaları hem de ihtiyaç duyduklarında destek aramaktan çekinmemeleri önemlidir.

Buna ek olarak hastanın bakım ve tedavisinde direk görev almayan diğer sağlık profesyonellerinin RSOY alt ölçeği bilgi odaklı puanları ile SÇ-RHYDÖ alt ölçeği yardım arama kendini açma puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık olduğu saptandı (Tablo 11). Çalışma sonucunda bu grup sağlık profesyonelinin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyleri yükseldikçe kendi ruhsal sorunlarının farkına varma, kabul etme ve bu sorunlarla başa çıkmak için destek arama konusunda daha bilinçli ve açık bir tutum sergilediklerini, ruhsal sıkıntılarını gizleme eğilimlerinin azaldığını ortaya koymuştur. Chao ve arkadaşlarının (2020) yapmış oldukları toplam 1294 sağlık profesyoneli ile sağlık bilimleri öğrencisiyle gerçekleştirdiği bir çalışmada katılımcıların kendi ruhsal bozuklukları nedeniyle damgalanma korkusu sebebiyle açıklamaktan kaçınabildiği ve profesyonel yardım arama konusunda isteksiz olabildiği sonucuna varmıştır. Tedavi edilmeyen ruhsal

bozukluklar ise sağlık hizmeti sunucularının bakım kalitesini olumsuz etkileyerek, hastalar, sağlık hizmet sunumu ve toplum için sorunlara yol açabilir (Chao ve ark., 2020).

Yine diğer meslek grubu sağlık profesyonellerinin RSOY alt ölçeği inanç odaklı puanları ile SÇ-RHYDÖ alt ölçeği sosyal mesafe puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede fark olduğu saptandı (Tablo 11). Diğer meslek grubu sağlık profesyonellerinin inanç odaklı alt ölçek puanları yükseldikçe sosyal mesafe alt ölçek puanlarının düştüğü, damgalama tutumlarının azaldığı saptandı. Bu çalışma doğrultusunda diğer sağlık profesyonellerinin ruhsal bozukluklara ilişkin düşünce ve tutumlarının, çevrelerindeki ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik davranış ve düşüncelerini önemli ölçüde etkilediği saptanmıştır. Ruhsal bozukluklara ilişkin bilgi düzeyi yüksek olan sağlık profesyonellerinin ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik daha kapsayıcı ve destekleyici tutumlar sergiledikleri, bu bireylerin topluma entegre edilmesi gerektiğini savundukları ve onların sosyal yaşama katılmalarını, diğer bireylerle sağlıklı iletişim kurmalarını teşvik ettikleri görölmüştür. Sağlık profesyonellerinin tutumlarının dönüştürölmesi, yalnızca hizmet sunumunun niteliğini artırmakla kalmayıp aynı zamanda toplumsal düzeyde damgalamanın azaltılmasına, ayrıca toplumun genelinde ruhsal bozukluklara ilişkin farkındalığın artırılmasının da ruhsal bozukluğu olan bireylerin sosyal uyumlarını güçlendirmeye katkı sağlayabilir. Literatürde, sağlık çalışanlarının ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik inanç ve tutumlarının farklılık gösterdiği görölmektedir. Bazı araştırmalar sağlık profesyonellerinin bu bireylere karşı daha anlayışlı ve destekleyici bir yaklaşım benimsediğini gösterirken bazı araştırmalarda ise ruhsal hastalıklar konusunda bilgi eksikliklerinin bulunduğu ve bu durumun olumsuz, damgalayıcı tutumlara yol açtığını ortaya koymaktadır (Asi Karakaş, Polat & Küçüköğlü, 2017; Çam O & Bilge A, 2013).

Bağ ve Ekinci'nin Atatürk Üniversitesi Tıp Fakóltesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde kliniklerde çalışan toplamda 344 doktor ve hemşireyle yürüttüğu çalışmasında katılımcıların %45,1'i " Ruhsal sorunu olan bir bireyle aynı iş yerinde çalışmak ister misiniz? " sorusuna olumsuz yanıt vererek bu durumu istemeyeceklerini belirtmiştir (Bağ & Ekinci, 2005). Arkan ve arkadaşları (2011) ise yürüttükleri çalışmasında bir genelleme yapmış, dünya çapında yapılan

arařtırmaların sađlık profesyonellerinin ruhsal hasta ve hastalıklara karřı tutumlarının çođunlukla olumsuz, reddedici ve dıřlayıcı nitelikte olduđunu ortaya koyduđunu ifade etmiřtir (Arkan ve ark, 2011). Arařtırmalar ruh sađlıđı okuryazarlık dűzeyi yűksek olan bireylerin, ruhsal hastalıklara yűnelik damgalama eđilimlerinin daha dűřűk olduđunu ortaya koymuřtur (Çinçinođlu & Okanlı, 2021; Hammer & Spiker, 2018; O’Keeffe ve diđerleri, 2015). RSOY’nın yűkselmesi, bireylerin ruhsal hastalıklara yűnelik bilgi, farkındalık ve anlayıř dűzeyini arttırarak damgalayıcı tutumların azalmasına katkı sađlayacađından sađlık profesyonellerinde RSOY oranlarının yűkseltilmesi oldukça ۆnemlidir.

### **5.5. Sađlık Profesyonellerinin Ruhsal Hastalıklara Yűnelik Damgalama Tutumlarını Açıklamada Ruh Sađlıđı Okuryazarlık Dűzeyinin Etkinliđinin İncelenmesi**

Bu arařtırmada sađlık profesyonellerinin ruhsal hastalıklara yűnelik damgalayıcı tutumlarını ve sosyal mesafe eđilimlerini açıklamada, ruh sađlıđı okuryazarlıđı (RSOY) alt ۆlçek puanlarının ne ۆlçűde etkili olduđu incelendiđinde farklı meslek gruplarında RSOY dűzeylerinin sosyal mesafe, tutumlar ve yardım arama/kendini açma gibi deđiřkenleri açıklama gűcűnűn farklılařtıđını ortaya koymuřtur.

Doktor grubu sađlık profesyonellerinde sosyal mesafe puanlarının yalnızca %11’i, tutum puanlarının %25’i ve yardım arama/kendini açma puanlarının %29’u RSOY alt ۆlçekleri tarafından açıklanabilmiřtir (Tablo 13-14-15). Ancak her űç modelde de istatistiksel anlamlılık sađlanamadıđı gűrűlműřtűr. Bu durum, doktor grubu sađlık profesyonellerinde ruh sađlıđı okuryazarlıđının damgalama eđilimleriyle iliřkisi olsa da, bu iliřkinin tek bařına açıklayıcı gűcűnűn yetersiz kaldıđını gűstermektedir. Literatűrde yer alan çalıřmalar incelendiđinde, bu arařtırmanın bulgularıyla ۆrtűřen sonuçlara rastlanmaktadır. ۆrneđin, Jorm ve Wright (2008) tarafından gerçekleřtirilen çalıřmada, ruh sađlıđı okuryazarlıđının damgalayıcı tutumların azaltılmasında ۆnemli bir rol oynadıđı ortaya konmuř; ancak bununla birlikte, bireysel inançlar, kűltűrel normlar ve kiřisel deneyimlerin de damgalama eđilimlerinin oluřumunda belirleyici faktűrler olduđu vurgulanmıřtır (Jorm & Wright). Ayrıca doktorların mesleki eđitimi ve klinik deneyimlerinden kaynaklanan ruhsal hastalıklara yűnelik bilgi ve tutumların, ruh

sağlığı okuryazarlık düzeyinden bağımsız olarak şekillenebileceği düşünülebilir.

Hemşire grubu sağlık profesyonelleri açısından değerlendirildiğinde, sosyal mesafe (%13), tutumlar (%24) ve yardım arama/kendini açma (%24) puanlarının RSOY alt ölçekleriyle açıklanabildiği, ancak bu modellerin de istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (Tablo 13-14-15). Bununla birlikte, hem tutumlar hem de yardım arama modellerinde bilgi odaklı RSOY alt ölçeğinin anlamlı düzeyde etkili olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, hemşirelerde ruh sağlığına dair bilgi düzeyinin damgalayıcı tutumların azalmasında ve yardım arama davranışlarında etkili olabileceğini düşündürmektedir. Araştırma bulguları literatürle ile benzerdir. Henderson ve arkadaşları (2013), sağlık çalışanlarında ruh sağlığı okuryazarlığını artırmaya yönelik eğitim programlarının damgalayıcı tutumların azalmasında etkili olduğunu ve bunun yardım arama eğilimlerini olumlu yönde etkileyebileceğini belirtmiştir (Henderson, Evans-Lacko & Thornicroft 2013). Wei arkadaşları (2015) tarafından yapılan bir başka çalışmada da hemşirelik öğrencilerinin ve sağlık personelinin ruh sağlığına dair bilgi düzeylerinin artırılmasının, hem bireysel yardım arama davranışlarını desteklediğini hem de ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik daha destekleyici tutumların gelişmesini sağladığını ortaya koymuştur (Wei ve ark, 2015). Dolayısıyla, hemşirelerin mesleki uygulamaları sırasında karşılaştıkları ruhsal hastalıklarla ilgili eğitimin, damgalama eğilimlerinin azaltılmasında anahtar bir rol oynayabileceği sonucuna varılabilir.

Diğer sağlık profesyonelleri meslek grubu katılımcılar açısından sonuçlar daha çarpıcıdır. Bu grupta, sosyal mesafe puanlarının %36'sının RSOY alt ölçekleriyle anlamlı düzeyde açıklandığı ( $F=4,60$   $p=0,005$ ) görülmüştür (Tablo 13). Alt ölçek bazında bakıldığında ise inanç odaklı ( $p=0,006$ ) ve kaynak odaklı ( $p=0,018$ ) puanların sosyal mesafe davranışları üzerinde anlamlı etkileri olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, özellikle sağlık hizmeti sunan ancak doğrudan klinik karar verme sorumluluğuna sahip olmayan profesyonellerin (örneğin, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, sağlık teknikerleri vb.) damgalama eğilimlerinin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinden daha doğrudan etkilendiğini göstermektedir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde araştırmanın sonuçlarının, literatürdeki benzer bulgularla uyumlu olduğu görülmüştür. Bir çalışmada, klinik olmayan sağlık profesyonellerinin ruhsal hastalıklara yönelik bilgi düzeylerinin damgalamayı azaltmada önemli bir rol

oynadığını vurgulamaktadır (Stuart, 2006). Benzer şekilde, Chen ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan bir çalışmada, sosyal hizmet uzmanlarının ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyleri ile damgalayıcı tutumları arasında anlamlı bir negatif ilişki bulunmuş ve bu kişilerin daha yüksek bilgi düzeyine sahip olmalarının daha düşük düzeyde damgalama ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Benzer şekilde, bu grubun tutum puanları ve yardım arama davranışlarının RSOY tarafından anlamlı düzeyde açıklanamaması ( $p>0.05$ ) ise, sosyal mesafe davranışlarının RSOY düzeyleri ile daha güçlü bir ilişkide olduğunu göstermektedir.

Genel olarak, sağlık profesyonellerinin ruhsal hastalıklara yönelik damgalama tutumlarını açıklamada RSOY düzeylerinin bazı gruplar ve alt değişkenler düzeyinde etkili olduğu, ancak bu etkinin tüm gruplarda genellenebilir olmadığı görülmektedir. Özellikle bilgi, inanç ve kaynak odaklı alt ölçeklerin bazı tutum ve davranışlarla anlamlı ilişkiler gösterdiği saptanmıştır. Ancak genel modellerin çoğunda istatistiksel anlamlılık sağlanamaması, damgalayıcı tutumları etkileyen faktörlerin yalnızca ruh sağlığı okuryazarlığı ile açıklanamayacak kadar çok etkenli ve karmaşık bir yapı olduğunu ortaya koymaktadır.

## 5.6. Sonuç ve Öneriler

Sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerini ve ruhsal hastalıklara yönelik damgalama tutumlarını belirlemek amacıyla kesitsel tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırma sonucunda;

- Sağlık profesyonellerinin RSOY-Ölçek puan ortalamasının  $12,78\pm 3,03$  olduğu,
- En yüksek RSOY oranının doktorlarda ( $13,85\pm 3,82$ ), ardından hemşirelerde ( $13,06\pm 2,82$ ) ve en düşük düzeyde ise diğer sağlık profesyonelleri ( $12,02\pm 2,75$ ) grubunda gözlemlendiği,
- Sağlık profesyonellerinin RSOY-Ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının cinsiyet, medeni durum, bakım verilen hasta grubu ve ruhsal öyküye göre göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği,
- Sağlık profesyonellerinden geliri giderinden fazla olanların RSOY ( $\chi^2 = 13,861$ ,  $p=0,001$ ), bilgi ( $\chi^2 = 11,767$ ,  $p=0,003$ ) ve kaynak odaklı ( $\chi^2 = 8,699$ ,  $p=0,013$ ) puan ortalamalarının daha yüksek olduğu,

- Sağlık profesyonellerinden acilde çalışanların RSOY-Ölçek ( $x^2=15,823$ ,  $p=0,007$ ) ve bilgi odaklı ( $x^2=18,078$ ,  $p=0,003$ ) puan ortalamalarının diğer birimlerde çalışanlara göre daha yüksek olduğu,
- Sağlık profesyonellerinin yaşları ( $r=-0,143$ ,  $p=0,022$ ) ve çalışma süreleri ( $r=-0,180$ ,  $p=0,004$ ) arttıkça RSOY kaynak odaklı alt ölçek puan ortalamalarının azaldığı,
- Sağlık profesyonellerinin SÇ-RHYDÖ puan ortalamasının  $56,95\pm 6,01$  olduğu,
- Sağlık profesyonellerinin SÇ-RHYDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek durumu, çalışılan birim, gelir durumu ve bakım verilen hasta grubu değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği,
- Sağlık profesyonellerinde ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakım ve tedavisinde görev alanların görev almayanlara göre SÇ-RHYDÖ sosyal mesafe puan ortalamalarının daha düşük olduğu ( $t=-2,219$   $p=0,027$ )
- Sağlık profesyonellerinin RSOY alt ölçek bilgi odaklı puan ortalamaları yüksek olanların SÇ-RHYDÖ ( $r=-0,179$ ,  $p=0,004$ ) ve alt ölçek yardım arama kendini açma ( $r=-0,192$ ,  $p=0,002$ ) puan ortalamalarının daha düşük olduğu,
- Sağlık profesyonellerinin SÇ-RHYDÖ alt ölçeği olan sosyal mesafe puan ortalamalarının doktor grubunda %11'i, hemşire grubunda %13'ü, diğer sağlık profesyonelleri grubunda %36'sının RSOY alt ölçek puanları tarafından açıklandığı,
- Sağlık profesyonellerinde SÇ-RHYDÖ alt ölçek tutumlar puan ortalamalarının doktor grubunda %25'inin, hemşire grubunda %24'ünün, diğer sağlık profesyonelleri grubunda yalnızca %5'inin RSOY alt ölçekleri tarafından açıklandığı,
- Sağlık profesyonellerinde SÇ-RHYDÖ alt ölçek yardım arama/kendini açma puan ortalamalarının doktor grubunda %29'unun, hemşire grubunda %24'ünün ve diğer sağlık profesyonelleri grubunda %20'sinin RSOY alt ölçekleri tarafından açıklandığı,
- Hemşire grubu sağlık profesyonellerinin RSOY bilgi odaklı alt ölçek puan ortalamaları arttıkça SÇ-RHYDÖ alt ölçek yardım arama/kendini açma puan

ortalamalarının azaldığı ( $p=0,013$ ) belirlenmiştir.

Araştırmanın bu sonuçları doğrultusunda;

- Sağlık profesyonellerine RSOY oranının artırılmasının ve ruhsal hastalıklara yönelik damgalama tutumlarının azaltılmasının önemini vurgulayan hizmet içi eğitimlerin planlanması,
- Sağlık profesyonellerinin ruh sağlığına yönelik farkındalık artırıcı kampanyalar ve müdahale programları geliştirilmesi
- Sağlık profesyonellerinin öz-damgalama davranışlarını önlemek adına sağlık kurumlarında damgalamayı azaltmaya yönelik eğitim programları ve destek hizmetleri sunulması,
- Hemşirelerin ruh sağlığı okuryazarlığı ve psikososyal bakım yeterliklerini artırmaya yönelik programların uygulanması,
- Hemşirelik fakültelerinin müfredatına kronik hastalıkların ruhsal boyutlarını içeren psikososyal hemşirelik derslerinin eklenmesi,
- Araştırmanın birçok farklı bölgede ve sağlık kurumlarında daha geniş örnekleme tekrarlanması,
- Çalışma sonuçlarının sağlık profesyonelleri ile paylaşılması önerilmektedir.

## 6. KAYNAKLAR

- Açıköz, F., & Akkuş, D. (2018). Ruhsal hastalıklarda damgalama ile mücadele: Anahtar rol üstlenen meslekler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(3), 142–146.
- Ağır, F., & Toptaş Kılıç, S. (2024). Sağlık çalışanlarının ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik tutumlarının belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 11(1), 25–35.
- Akbolat, M., Erigüç, G., & Sağlam, H. (2016). Sağlık okuryazarlığı hasta-hekim ilişkisini etkiler mi? Sakarya ilinde bir araştırma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15, 354–362.
- Akdoğan, E. (2018). Ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeğinin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması (Yüksek lisans tezi, Karabük Üniversitesi). *YÖK Tez Merkezi*.
- Akmeşe, E. (2020). Ötekileştirmenin diyalektiği bağlamında bireyin varoluşsal bunalımı üzerine bir analiz: Çoğunluk 2010. *Middle Black Sea Journal of Communication Studies*, 5(1), 57–64.
- Altındağ, A., Yanık, M., Uçok, A., Alptekin, K., & Ozkan, M. (2006). Effects of an antistigma program on medical students' attitudes towards people with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(3), 283–288. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2006.01503.x>
- Al-Kerem, V., Jarab, A., Eberhardt, J., Alasmari, F., Hammad, A., Alfarajat, A. M. I., Abu Hour, S., Al-Sa'di, L., El Hatib, R., & Ashran, W. (2025). *Mental health literacy among Jordanian nurses: A cross-sectional study and scale validation*. *BMC Nursing*, 24, Article 278. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03278-4>
- Arkan, B., Bademli, K., & Duman Çetinkaya, Z. (2011). Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar: Son 10 yılda Türkiye’de yapılan çalışmalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 214–231.
- Arslan, S. ve Karabey, S. (2023, Ağustos). İstanbul, Türkiye’de lise öğrencileri ve öğretmenlerin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyleri: Kapsamlı bir analiz. *Okul Sağlığı Dergisi*, 93(8), 698–706. <https://doi.org/10.1111/josh.13316>
- Asan, Ö. (2019). Ruhsal hastalıklar ve damgalama; toplumda, medyada, sağlık çalışanlarında, her yerde. *Sakarya Tıp Dergisi*, 199–205.
- Asi Karakaş, S., Polat, H., Ay, E., & Küçüköğlü, S. (2017). Türkiye’de bir psikiyatri hastanesinde çalışan hemşirelerin ruhsal sorunu olan bireylere karşı tutumları ile tükenmişlikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Bozok Tıp Dergisi*, 7(1), 40–48.
- Azazi, Y. (2021). Sağlık çalışanları için ruhsal hastalıklara yönelik damgalama ölçeği (SÇ-RHYDÖ)’nin Türkçeye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin belirlenmesi [Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü].
- Bağ, B., & Ekinci, M. (2005). Sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının araştırılması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(11), 107–127.
- Balçık, P. Y., Taşkaya, S., & Şahin, B. (2014). Sağlık okur-yazarlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4), 321–326.

- Barańska, A., & Kłak, A. (2022). Recent trends in health literacy research, health status of the population and disease prevention: An editorial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8436. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148436>
- Baysan Arabacı, L., & Çam, O. (2013). Türkiye'de psikiyatri hastanelerinde çalışan hemşirelerin adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumlarını etkileyen faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(4), 235–243.
- Bekiroğlu, S., & Demiröz, F. (2020). Toplum ruh sağlığı merkezlerinden hizmet alan ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin sosyal işlevselliğinin incelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(3), 1053–1079.
- Bhatia, S. K., & Bhatia, S. C. (2007). Childhood and adolescent depression. *American Family Physician*, 75(1), 73–80. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2007/0101/p73.html>
- Bjørnsen, H. N., Ringdal, R., Espnes, G. A., Eilertsen, M.-E. B., Moksnes, U. K., & Haugan, G. (2017). Positive mental health literacy: Development and validation of a measure among Norwegian adolescents. *BMC Public Health*, 17, 717. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4733-6>
- Broucke, S., Brand, H., & HLS-EU Consortium. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2018). The growing problem of loneliness. *The Lancet*, 391(10119), 426.
- Chao, H. J., Lien, Y. J., Kao, Y. C., Tasi, I. C., Lin, H. S., & Lien, Y. Y. (2020). Mental health literacy in healthcare students: An expansion of the mental health literacy scale. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 948. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030948>
- Chen SP, Krupa T, Lysaght R, McCay E & Piat M. The development of recovery competencies for in-patient mental health providers working with people with serious mental illness. *Adm Policy Ment Health*. 2013 Mar;40(2):96-116. doi: 10.1007/s10488-011-0380-x. PMID: 22009447.
- Cho, S. M., & Choi, S. (2017). Mental health literacy among people with mental disorder: Correlations with socio-demographic factors, self-esteem, family support. *Health and Social Science*, 44(4), 165–186.
- Ciftci, A., Jones, N., & Corrigan, P. W. (2013). Mental health stigma in the Muslim community. *Journal of Muslim Mental Health*, 7(1), 17–32. <https://doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0007.102>
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., et al. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11–27. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>
- Cockerham, W. C. (2017). *Sociology of mental disorder* (11th ed., p. 15). Routledge.
- Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ, Rafacz JD & Rüsçh N. Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatr Serv*. 2012 Oct;63(10):963-73. doi: 10.1176/appi.ps.201100529. PMID: 23032675.

- Corrigan, P. W., Powell, K. J., & Al-Khouja, M. A. (2015). Examining the impact of public service announcements on help seeking and stigma: Results of a randomized controlled trial. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(11), 836–842. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000376>
- COVID-19 Mental Disorders Collaborators. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700–1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Cristofori, E., Zeffiro, V., Alvaro, R., D'Agostino, F., Zega, M., & Cocchieri, A. (2022). Health literacy in patients' clinical records of hospital settings: A systematic review. *SAGE Open Nursing*, 8, 1–14. <https://doi.org/10.1177/23779608221078555>
- Çam, O., & Bilge, A. (2013). Türkiye'de ruhsal hastalığa/hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: Sistematik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(2), 91–101.
- Çinçinoğlu, G., & Okanlı, A. (2021). Ruh sağlığı okuryazarlığı ile damgalama arasındaki ilişki. 6. Uluslararası 11. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 20–23 Ekim 2021, İzmir.
- Dickerson, F. B., Sommerville, J., Origoni, A. E., Ringel, N. B., & Parente, F. (2002). Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28(1), 143–155.
- Erdağ, G. Ç. (2015). *Sağlık okuryazarlığı*. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yayın No: 1.
- Ertem, A. A., & Güzel, A. (2021). Sağlık okuryazarlığı ve sosyal medya bağımlılığı arasındaki ilişki. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(1), 245–260. <http://dergipark.gov.tr/usaysad>
- Evans-Lacko, S., Malcolm, E., West, K., Rose, D., London, J., Rüşch, N., Little, K., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2013). Influence of Time to Change's social marketing interventions on stigma in England 2009–2011. *The British Journal of Psychiatry Supplement*, 202(S55), s77–s88. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.126672>
- Frasquilho, D., Matos, M. G., Salonna, F., et al. (2016). Mental health outcomes in times of economic recession: a systematic literature review. *BMC Public Health*, 16, 115.
- Galmarini, E., Marciano, L., & Schulz, P. J. (2024). The effectiveness of visual-based interventions on health literacy in health care: A systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 24(1), 718. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11138-1>
- Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., & Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: A systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*, 12(2), 155–164. <https://doi.org/10.1002/wps.20057>
- Goffman, E. (2014). *Damga/Örselenmiş Kimliğin İdare Edilişi Üzerine Notlar*, (çev. Ş. Geniş, L. Ünsaldı, SN Ağırnaslı), Ankara: Heretik Yayınları.
- Goldney, R., Fisher, L., DalGrande, E., & Taylor, A. (2005). Changes in mental health literacy about depression: South Australia, 1998 to 2004. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(1–2), 54–58.

- Göktaş, A., & Tutumlu, B. (2025). Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi. *Etkili Hemşirelik Dergisi*, 18(2), 166–177.
- Göktaş, S., Işıklı, B., & Metintaş, S. (2018). *Ruh sağlığı okuryazarlığı*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Göktaş, S., Işıklı, B., Önsüz, M. F., & Yenilmez, Ç. (2019). Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin (RSOY Ölçeği) Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. *Konuralp Medical Journal*, 11(3), 424–431. <https://doi.org/10.18521/ktd.453411>
- Güden, E., Borlu, A., Olguner Eker, Ö., Özsoy, S., Baykan, Z., & Durmuş Sarıkahya, S. (2024). Birinci basamak sağlık hizmet sunucuları arasında ruh sağlığı okuryazarlığı, ruh sağlığına yönelik tutumlar ve ruh hastalıklarına ilişkin inançların değerlendirilmesi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 28(4), 121–132. <https://doi.org/10.54308/tahd.2024.42204>
- Gulliver, A., Farrer, L., Bennett, K., & Griffiths, K. M. (2017). Mental health literacy of university staff and their experiences with students with mental health problems. *Journal of Further and Higher Education*, 43(3), 434–442. <https://doi.org/10.1080/0309877X.2017.1367370>
- Gürsoy, O., & Gizir, C. A. (2018). Üniversite öğrencilerinin psikolojik yardım çalışmalarına yönelik tutumları: Sosyal damgalanma, kendini damgalama, kişisel sıkıntılarının açılması, benlik saygısı ve cinsiyetin rolü. *Türk Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Dergisi*, 8(49), 137–155.
- Hahn, E. A., Magasi, S. R., Carlozzi, N. E., Tulskey, D. S., Wong, A. W. K., Lai, J. S., ... & Cella, D. (2017). Health and functional literacy in physical rehabilitation patients. *Health Literacy Research and Practice*, 1(2), e71–e85. <https://doi.org/10.3928/24748307-20170421-01>
- Hall, A., Goodwin, V., Clark, L., & Brierley, S. (2016). Supporting staff in emergency departments to manage patients with mental health problems. *BMC Nursing*, 15(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0141-y>
- Hammer, J. H., & Spiker, D. A. (2018). Dimensionality, reliability, and predictive evidence of validity for three help-seeking intention instruments: ISCI, GHSQ, and MHSIS. *Journal of Counseling Psychology*, 65(3), 394–408. <https://doi.org/10.1037/cou0000256>
- Haugen, P. T., McCrillis, A. M., Smid, G. E., & Nijdam, M. J. (2017). Mental health stigma and barriers to mental health care for first responders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 94, 218–229. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.08.001>
- Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American Journal of Public Health*, 103(5), 777–780. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301056>
- Hilliard, R. C., Watson, J. C., & Zizzi, S. J. (2022). Stigma, attitudes, and intentions to seek mental health services in college student-athletes. *Journal of American College Health*, 70(5), 1476–1485. <https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1806851>

- Hoeft, T. J., Fortney, J. C., Patel, V., & Unützer, J. (2018). Task-sharing approaches to improve mental health care in rural and other low-resource settings: A systematic review. *The Journal of Rural Health, 34*(1), 48–62. <https://doi.org/10.1111/jrh.12229>
- Huang, X., Wang, X., Hu, J., Xue, Y., Wei, Y., Wan, Y., Song, X., Wang, R., Zhang, B., Fang, J., & Zhang, S. (2021). Inadequate mental health literacy and insufficient physical activity potentially increase the risks of anxiety and depressive symptoms in Chinese college students. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 753695. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.753695>
- Huang, X., Zhou, Y., Yang, R., & et al. (2023). Moderating role of mental health literacy on the relationship between bullying victimization during the life course and symptoms of anxiety and depression in Chinese college students. *BMC Public Health, 23*, 1459. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16326-y>
- Hunn, L., Teague, B., & Fisher, P. (2023). *Global literacy and mental health: A systematic review*. *Mental Health and Social Inclusion, 27*(4), 392–406. <https://doi.org/10.1108/MHSI-09-2022-0064>
- Jacobs EP, Mkhize SW. Multidisciplinary team members' perceptions regarding advanced psychiatric nurses' attitudes on mental healthcare. *Health SA. 2021 Nov 8;26:1646*. doi: 10.4102/hsag.v26i0.1646. PMID: 34858646; PMCID: PMC8603099.
- Javed A, Lee C, Zakaria H, Buenaventura RD, Cetkovich-Bakmas M, Duailibi K, Ng B, Ramy H, Saha G, Arifeen S, Elorza PM, Ratnasingham P, Azeem MW. Reducing the stigma of mental health disorders with a focus on low- and middleincome countries. *Asian Journal of Psychiatry, 2021 Apr;58:102601*. doi: 10.1016/j.ajp.2021.102601.
- Jiang, Y., Wang, L., & Liu, X. (2023). The relationship between mental health literacy and social well-being among Chinese college students. *Behavioral Sciences, 15*(1), 29. <https://doi.org/10.3390/bs15010029>
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry, 177*(5), 396–401. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.5.396>
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist, 67*(3), 231–243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>
- Jorm, A. F. (2019). The concept of mental health literacy. In O. Okan, U. Bauer, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro, & K. Sørensen (Eds.), *International Handbook of Health Literacy: Research, Practice and Policy across the Life-Span* (pp. 53–66). Policy Press. <https://doi.org/10.56687/9781447344520-007>
- Jorm, A. F., Barney, L. J., Christensen, H., Highet, N. J., Kelly, C. M., & Kitchener, B. A. (2006). Research on mental health literacy: What we know and what we still need to know. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 40*(1), 3–5. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01734.x>
- Jorm, A. F., & Wright, A. (2008). *Influences on young people's stigmatising attitudes towards peers with mental disorders: National survey of young Australians and their parents*. *The British Journal of Psychiatry, 192*(2), 144–149.

- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4), 182–186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>
- Jung, H., von Sternberg, K., & Davis, K. (2016). Expanding a measure of mental health literacy: Development and validation of a multicomponent mental health literacy measure. *Psychiatry Research*, 243, 278–286. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.034>
- Kassam, A., Papish, A., Modgill, G., & Patten, S. (2012). The development and psychometric properties of a new scale to measure mental illness related stigma by health care providers: The Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC). *BMC Psychiatry*, 12(1), 62. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-62>
- Kavas, A. B., Topkaya, N., & Gençoğlu, C. (2014). Psikolojik yardım alma nedeniyle sosyal damgalanma, denetim odağı, kendini damgalama ve yaşam doyumunu arasındaki ilişkiler. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 33(2), 367–377.
- Kaygısız, E. (2016). *Ruhsal Hastalıklar ve Damgalama Üzerine Bir Gözden Geçirme*. CAPPsyDergisi, 14(4), 345-352. Erişim: [https://www.cappsy.org/archives/vol14/no4/cap\\_14\\_04\\_11.pdf](https://www.cappsy.org/archives/vol14/no4/cap_14_04_11.pdf)
- Keles, B., McCrae, N., & Grealish, A. (2020). A systematic review: the influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, 25(1), 79–93.
- Kelly, C. M., Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Medical Journal of Australia*, 187(S7), S26–S30.
- Kesgin, M. T., Pehlivan, Ş., & Uymaz, P. (2020). Ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeğinin Türkçe uyarlaması: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21(Ek Sayı), 5–13.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., et al. (2009). The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 18(1), 23–33. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00001421>
- Kılınc, N. D. ve Kendirkıran, G. (2025, Şubat). Üniversite öğrencilerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi ve psikolojik yardım arama tutumlarının incelenmesi. *Uluslararası Ruh Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 34(1), e13506. <https://doi.org/10.1111/inm.13506>
- King, M., Dinos, S., Shaw, J., Watson, R., Stevens, S., Passetti, F., Weich, S., Serfaty, M., & Nazroo, J. (2007). The stigma scale: Development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 190(3), 248–254. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.024638>
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: Past, present, and future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 154–158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
- Lih, H. (2012). *Mental health literacy, stigma, and early intervention*. Elsevier Science BV.

- Lo, K., Gupta, T., & Keating, J. L. (2018). Interventions to promote mental health literacy in university students and their clinical educators: A systematic review of randomised control trials. *Health Professions Education*, 4(3), 161–175.
- Mehrotra, K., Nautiyal, S., & Raguram, A. (2018). Mental health literacy in family caregivers: A comparative analysis. *Asian Journal of Psychiatry*, 31, 58–62. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.01.021>
- Mezuk, B., Eaton, W. W., Albrecht, S., & Golden, S. H. (2008). Depression and type 2 diabetes over the lifespan: A meta-analysis. *Diabetes Care*, 31(12), 2383–2390. <https://doi.org/10.2337/dc08-0985>
- Mitchell, R. J., McMaugh, A., Lystad, R. P., Cameron, C. M., & Nielsens, O. (2022). Health service use for young males and females with a mental disorder is higher than their peers in a population-level matched cohort. *BMC Health Services Research*, 22, 1359. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08789-3>
- Mojtabai, R., Evans-Lacko, S., Schomerus, G., & Thornicroft, G. (2016). Attitudes toward mental health help seeking as predictors of future help-seeking behavior and use of mental health treatments. *Psychiatric Services*, 67(6), 650–657. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500164>
- Moxham, L., Taylor, E. K., Patterson, C., & Perlman, D. (2016). Can a clinical placement influence stigma? An analysis of measures of social distance. *Nurse Education Today*, 44, 170–174. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.06.004>
- Noroozi, A., Khademolhosseini, F., Lari, H., & Tahmasebi, R. (2018). The mediator role of mental health literacy in the relationship between demographic variables and health-promoting behaviours. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 12(1), e12603. <https://doi.org/10.5812/ijpbs.12603>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- O’Keeffe, L., O’Reilly, A., O’Brien, G., Buckley, R., & Illback, R. (2015). Description and outcome evaluation of Jigsaw: An emergent Irish mental health early intervention programme for young people. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 32(1), 71–77.
- Özdemir, A. (2020). Şizofreni hastalarında bilinçli farkındalık temelli stres azaltma eğiliminin umut, psikolojik iyi oluş ve işlevsel iyileşmeye etkisi [Doktora tezi, İnönü Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi.
- Özdemir, Ö., Kaya, Y., & Adagide, S. (2023). Hemşirelik öğrencilerinin psikolojik yardım aramaya yönelik tutumları öz-damgalama ve algılanan sosyal damgalama ile ilişkilidir. *Journal of Care Science*, 12(4), 221–227. <https://doi.org/10.34172/jcs.2023.33094>
- Özkan, S. (2018). Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörleri araştırması. Özyurt Matbaacılık.
- Özer, D., Dikeç, G., & Ata, E. E. (2020). Duygudurum bozukluğu tanısı alan hastalara uygulanan rehabilitasyon programları: Sistemik derleme. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 2, 27–36.
- Özel, Y., & Düzcü, T. (2018). Ruh sağlığı okuryazarlığı. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 6(77), 380–387. <http://dx.doi.org/10.16992/ASOS.14013>

- Öztaş, B., & Aydoğan, A. (2021). Sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 12(3), 198–204.
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M., Kleinman, A., Mora, M. E. M., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., ... Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553–1598.
- Perry, Y., Petrie, K., Buckley, H., Cavanagh, L., Clarke, D., Winslade, M., King, A., & Christensen, H. (2014). Effects of a classroom-based educational resource on adolescent mental health literacy: A cluster randomised controlled trial. *Journal of Adolescence*, 37(7), 1143–1151. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.08.001>
- Piper, S. E., Bailey, P. E., Lam, L. T., & Kneebone, I. I. (2018). Yaşlılarda ruh sağlığı okuryazarlığının öngörücüleri. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 79, 52–56.
- Ratnayake, P., & Hyde, C. (2019). Mental health literacy, help-seeking behaviour and wellbeing in young people: Implications for practice. *The Educational and Developmental Psychologist*, 36(1), 16–21. <https://doi.org/10.1017/edp.2019.1>
- Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2011). Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: Findings from an Australian national survey of mental health literacy and stigma. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(11), 947–956. <https://doi.org/10.3109/00048674.2011.621060>
- Riegel, M., Klemm, V., Bushuven, S., & Strametz, R. (2022). Self-stigma among healthcare workers in intensive care, acute, and emergency medicine. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), 14038. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114038>
- Rugulies, R. (2002). Depression as a predictor for coronary heart disease: A review and meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(1), 51–61. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(02\)00439-7](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00439-7)
- O’Keefe, L., O’Reilly, A., O’Brien, G., Buckley, R., & Illback, R. (2015). Description and outcome evaluation of Jigsaw: An emergent Irish mental health early intervention programme for young people. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 32(1), 71–77.
- Özdemir, A. (2020). Şizofreni hastalarında bilinçli farkındalık temelli stres azaltma eğiliminin umut, psikolojik iyi oluş ve işlevsel iyileşmeye etkisi [Doktora tezi, İnönü Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi.
- Özdemir, Ö., Kaya, Y., & Adagide, S. (2023). Hemşirelik öğrencilerinin psikolojik yardım aramaya yönelik tutumları öz-damgalama ve algılanan sosyal damgalama ile ilişkilidir. *Journal of Care Science*, 12(4), 221–227. <https://doi.org/10.34172/jcs.2023.33094>
- Özkan, S. (2018). Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörleri araştırması. Özyurt Matbaacılık.
- Özer, D., Dikeç, G., & Ata, E. E. (2020). Duygudurum bozukluğu tanısı alan hastalara uygulanan rehabilitasyon programları: Sistemik derleme. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 2, 27–36.

- Özel, Y. (2018). Ruh sağlığı okuryazarlığı. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 77, 380–387.
- Öztaş, B., & Aydoğan, A. (2021). Sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 12(3), 198–204.
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., ... Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553–1598.
- Perry, Y., Petrie, K., Buckley, H., Cavanagh, L., Clarke, D., Winslade, M., ... Christensen, H. (2014). Effects of a classroom-based educational resource on adolescent mental health literacy: A cluster randomised controlled trial. *Journal of Adolescence*, 37(7), 1143–1151. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.08.001>
- Piper, S. E., Bailey, P. E., Lam, L. T., & Kneebone, I. I. (2018). Yaşlılarda ruh sağlığı okuryazarlığının öngörücüleri. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 79, 52–56.
- Ratnayake, P., & Hyde, C. (2019a). Mental health literacy, help-seeking behaviour and wellbeing in young people: Implications for practice. *The Educational and Developmental Psychologist*, 36(1), 16–21. <https://doi.org/10.1017/edp.2019.1>
- Ratnayake, P., & Hyde, C. (2019b). Mental health literacy, help-seeking behaviour and wellbeing in young people: Implications for practice. *The Educational and Developmental Psychologist*, 36(1), 16–21. <https://doi.org/10.1017/edp.2019.1>
- Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2011a). Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: Findings from an Australian national survey of mental health literacy and stigma. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(11), 947–956. <https://doi.org/10.3109/00048674.2011.621060>
- Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2011b). Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: Findings from an Australian national survey of mental health literacy and stigma. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(11), 947–956. <https://doi.org/10.3109/00048674.2011.621060>
- Riegel, M., Klemm, V., Bushuven, S., & Strametz, R. (2022). Self-stigma among healthcare workers in intensive care, acute, and emergency medicine. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), 14038. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114038>
- Rugulies, R. (2002). Depression as a predictor for coronary heart disease: A review and meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(1), 51–57. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(02\)00439-7](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00439-7)
- Sadeghi, S., Brooks, D., Stagg-Peterson, S., & Goldstein, R. (2013). Growing awareness of the importance of health literacy in individuals with COPD. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 10(1), 72–78.
- Sağlık Bakanlığı. (2014). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Sağlık Bakanlığı. (2022). *Sağlık Okuryazarlığı Eylem Planı 2022-2026*.
- Saxena, S., Thornicroft, G., Knapp, M., & Whiteford, H. (2007). Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *The Lancet*, 370(9590), 878–889.

- Schomerus G, Riedel-Heller S. Focus on the stigma of mental disease. *Nervenarzt*, 2020 Sep;91(9):777-778. doi: 10.1007/s00115-020-00964-3.
- Sezer, A., & Kadioğlu, H. (2014). Yetişkin sağlık okuryazarlığı leği'nin geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17, 165–170.
- Sibitz, I., Amering, M., Unger, A., Seyringer, M., Bachmann, A., Schrank, B., ... Woppmann, A. (2011). The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, 26(1), 28–33.
- Smit, C. A., & Marais, B. S. (2025). Assessing the mental health literacy of healthcare workers at a Johannesburg tertiary hospital. *South African Journal of Psychiatry*, 31, a2352. <https://doi.org/10.4102/sajpsychoiatry.v31i0.2352>
- Smith, C. L., & Shochet, I. M. (2011). The impact of mental health literacy on help-seeking intentions: Results of a pilot study with first year psychology students. *International Journal of Mental Health Promotion*, 13(2), 14–20. <https://doi.org/10.1080/14623730.2011.9715652>
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Rothlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Stuart H. Mental illness and employment discrimination. *Curr Opin Psychiatry*. 2006 Sep;19(5):522-6. doi: 10.1097/01.yco.0000238482.27270.5d. PMID: 16874128.
- Svensson B, Hansson L. How mental health literacy and experience of mental illness relate to stigmatizing attitudes and social distance towards people with depression or psychosis: A cross-sectional study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 2016;70(4):309–313. <https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1109140>.
- şwitaj, P., Chrostek, A., Grygiel, P., Wcirka, J., & Anczewska, M. (2016). Exploring factors associated with the psychosocial impact of stigma among people with schizophrenia or affective disorders. *Community Mental Health Journal*, 52(3), 370–378.
- Taherdoost, H. (2017). Determining sample size; How to calculate survey sample size. *International Journal of Economics and Management Systems*, 2, 237–239.
- Telef, B. B., Uzman, E., & Ergn, E. (2013). ğretmen adaylarında psikolojik iyi oluş ve değerler arasındaki ilişkinin incelenmesi. *International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*, 8(12), 1297–1307.
- Tengilimoğlu, D. (2009). Sağlık işletmeleri ynetimi (s. 35–49). Nobel Yayınları.
- Tokur Kesgin, M., Pehlivan, ř., & Uymaz, P. (2020). Ruh sağlığı okuryazarlığı leğinin Türkçe uyarlaması: Geerlik ve güvenilirlik alışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21(Ek Sayı), 5–13.
- Tonşing, K. N. (2018). A review of mental health literacy in Singapore. *Social Work in Health Care*, 57(1), 27–47. <https://doi.org/10.1080/00981389.2017.1383335>

- Trutner, Z. D., Furlough, K., Martinez, A., Vetter, I., Uhler, L. M., Haynes, A., & Jayakumar, P. (2023). Is health literacy associated with surgical outcomes? A systematic review. *Journal of Surgical Research*, 291, 720–733. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2023.06.044>
- Tunç Karaman, S., Altun, Ç., & Basat, O. (2022). Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların ruh sağlığı okuryazarlığı durumunun değerlendirilmesi. *Namık Kemal Tıp Dergisi*, 10(3), 241–247. <https://doi.org/10.4274/nkmj.galenos.2022.43265>
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2019). 15 yaş ve üstü bireylerin son 12 ay içerisinde yaşadığı başlıca hastalık/sağlık sorunlarının cinsiyete göre dağılımı verileri [İnternet]. 07 Temmuz 2021 tarihinde erişildi. <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=saglik-ve-sosyal-koruma-101&dil=1>
- Uguz, O., Gülcan, E., & Keskin, G. (2024). A survey on the relationship between mental health literacy and beliefs toward mental illness among nurses in general hospitals in Turkey. *Archives of Psychiatric Nursing*, 53, 144–150. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2024.10.013>
- Ulutaş, S., Ergin, D. D., Hıdırlıoğlu, S., ve ark., (2019). Hekimlerin ruhsal bozukluğu olan hastalara karşı tutumlarının değerlendirilmesi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 10(4), 185–194.
- Van Beveren, L., Rutten, K., Hensing, G., Spyridoula, N., Schønning, V., Axelsson, M., et al. (2020). A critical perspective on mental health news in six European countries: How are “mental health/illness” and “mental health literacy” rhetorically constructed? *Qualitative Health Research*, 30(9), 1362–1378.
- Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *Personal View*, 3(2), 171–178. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00505-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2)
- Waddell, C., Offord, D. R., Shepherd, C. A., Hua, J. M., & McEwan, K. (2005). A public health strategy to improve the mental health of Canadian children. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(4), 226–233. <https://doi.org/10.1177/070674370505000406>
- Wang, A., Jia, S., Shi, Z., Sun, X., Zhu, Y., Shen, M., ... Chen, X. (2023). Mental health literacy of Chinese nurses from public general and psychiatric hospitals: a cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, 14. doi:10.3389/fpsyt.2023.1148380
- Wang, W., Xia, J., Chen, W., Ye, J., Xie, K., Zhang, Z., Binti Mohamad, S. M., & Shuid, A. N. (2025). Exploring the interplay of mental health knowledge, stigma, and social distance among clinical nurses: a study in Liaoning, China. *Frontiers in Psychiatry*, 16, Article 1478690. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1478690>
- Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015a). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: A scoping review. *BMC Psychiatry*, 15, 291. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0681-9>

- Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015b). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: A scoping review. *BMC Psychiatry*, *15*(1), 291. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0681-9>
- World Health Organization. (2011). *World report on disability*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182>
- World Health Organization. (2012). *Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75261>
- World Health Organization. (2013a). *Health literacy: The solid facts*. [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf)
- World Health Organization. (2013b). *Health literacy: The solid facts*. World Health Organization Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/128703>
- World Health Organization. (2017a). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>
- World Health Organization. (2017b). *Mental Health Atlas* [Internet]. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2021). *European Mental Health Action Plan 2013–2020*. <https://www.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/publications>
- World Health Organization. (2022a). *World mental health report: Transforming mental health for all*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (n.d.-a). *Mental health and substance use*. Erişim tarihi 1 Mart 2022. [https://www.who.int/mental\\_health/en/](https://www.who.int/mental_health/en/)
- World Health Organization. (n.d.-b). *Mental health and substance use*. Retrieved June 1, 2020, from [https://www.who.int/mental\\_health/en/](https://www.who.int/mental_health/en/)
- World Health Organization (WHO). (2022). *Mental health*. <https://www.who.int/health-topics/mental-health>
- World Health Organization. (2022). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030 (Monitoring report 2022)*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf>
- Yamaguchi, S., Wu, S. I., Biswas, M., Yate, M., Aoki, Y., Barley, E. A., & Thornicroft, G. (2013). Effects of short-term interventions to reduce mental health-related stigma in university or college students: A systematic review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *201*(6), 490–503. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31829480df>
- Zhou, H. (2025). Relationship between empathy and burnout as well as potential affecting and mediating factors from the perspective of clinical nurses: A systematic review. *BMC Nursing*, *24*, 38. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02701-0>

## 7. SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>%</b>	: Yüzde
<b>AFA</b>	: Açıklayıcı Faktör Analizi
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>IHME</b>	: Institute of Health Metrics and Evaluation
<b>MHFA</b>	: Mental Health First Aid
<b>NAAL</b>	: National Assesment of Adult Literacy
<b>RSOY</b>	: Ruh Sağlığı Okur Yazarlığı
<b>SÇ-RHY</b>	: Sağlık Çalışanları İçin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Ölçeği
<b>TRSM</b>	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
<b>TÜİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>WHO</b>	: World Health Organization



## 8. EKLER

EK-1

### BİREYSEL BİLGİ FORMU (EK-1)

1)Yaşınız:.....

2)Cinsiyetiniz: ( )Erkek ( ) Kadın

3)Medeni durumunuz: ( )Evli ( ) Bekar ( )Boşanmış

4)Eğitim durumunuz : ( )Lisans ( ) Lisansüstü

5)Mesleğiniz:

( )Doktor ( )Hemşire ( )Psikolog ( )Sosyal Çalışmacı ( )Eczacı

( )Diyetisyen ( )Fizyoterapist ( )Laborant ( ) Diğer (yazınız)...

6)Bakım Verdiğiniz Hasta Grubu:

( ) Yatarak tedavi gören ( ) Ayaktan tedavi gören ( ) Yatarak ve Ayaktan tedavi gören

7)Çalıştığınız birim :

( ) Dahili Klinik ( ) Cerrahi Klinik ( )Acil ( )Yoğun bakım

( )Poliklinik ( ) Ameliyathane ( ) Diğer (lütfen yazınız).....

8)Meslekte Çalışma Yılımz : .....

9)Gelir durumunuz: ( )Gelir giderden az ( ) Gelir gidere denk ( )Gelir giderden fazla

10)Daha önce psikiyatrik bir tedavi aldınız mı? ( )Evet ( )Hayır

11)Ailenizde ya da yakın çevrenizde ruhsal hastalığı olan birisi var mı? ( )Evet ( )Hayır

12)Ruhsal hastalığı olan hastaların tedavi ve bakımında görev aldınız mı? ( )Evet ( )Hayır

|

## RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ(RSOY-Ölçeği )

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum	Bilmiyorum
<b>1.Bilgi Odaklı RSOY</b>						
R.1.Psikolojik danışmanlık depresyon için faydalı bir tedavi yöntemidir.						
R.2.Şizofreni olan insanlar gerçekte ortada olmayan şeyleri görürler.						
R.3.Ruh sağlığı hastalıklarının erken tanısı iyileşme şansını arttırabilir.						
R.4.Akran destek gruplarına katılmak ruh sağlığı hastalıklarından kurtulmaya yardım eder.						
R.5.Açıklanamayan fiziksel ağrı veya yorgunluk depresyon belirtisi olabilir.						
R.6.Bilişsel davranışçı terapi kişinin düşünme şeklini ve strese tepkisini değiştirebilir.						
R.7.Çiğneme bozukluğu olan bir kişinin ruh halinde çok büyük değişimler görülebilir.						
R.8.Ruh sağlığı hastalıkları için doktorların yazdığı ilaçları kullanmak faydalıdır.						
R.9.Alkol kullanmak ruh sağlığı hastalıklarının belirtilerini kötüleştirir.						
R.10.Anksiyete bozukluğu olan kişi aşırı endişe ve korkuya sahiptir.						
<b>2.İnanç Odaklı RSOY</b>						
R.11.İnançlarına daha çok bağlı olan kişilerde ruh sağlığı bozukluğu gelişmez.						
R.12.Ruh sağlığı hastalıkları kısa süreli hastalıklardır.						
R.13.Ruh sağlığı hastalıklarından kurtulmak çoğunlukla şansa ya da kadere bağlıdır.						
R.14.Depresyonda olan birine intihar düşüncesinin olup olmadığı sorulmamalıdır.						
R.15.Ruh sağlığı hastalıkları tedavi edilmeden de zamanla düzelir.						
R.16.Ruh sağlığı hastalıklarından kurtulmak iyileşmekle aynı şeydir.						
R.17.Bir kişi istediği zaman biriktirme hastalığını (eşya vs) durdurabilir.						
R.18.Depresyonda olan kişi hiç tedavi edilmeden kendi başına iyileşir.						
<b>3.Kaynak Odaklı RSOY</b>						
R.19.Ruh sağlığı hizmeti almak için nereye gidebileceğimi biliyorum.		Evet			Hayır	
R.20.Bir intihar önlemek için nereyi arayacağımı biliyorum.		Evet			Hayır	
R.21.Ruh sağlığı hastalıkları hakkında faydalı bilgileri nereden edinebileceğimi biliyorum.		Evet			Hayır	
R.22.Yaşadığım yerdeki ruh sağlığı hastalıkları hizmet birimiyle nasıl iletişim kurabileceğimi biliyorum.		Evet			Hayır	

**SAĞLIK ÇALIŞANLARI İÇİN RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK DAMGALAMA  
ÖLÇEĞİ(SÇ-RHYDÖ)**

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Ruhsal hastalığa sahip birine kıyasla fiziksel hastalığa sahip birine yardım etmekte daha rahattım.					
2. Eğer ruhsal hastalığa sahip biri fiziksel belirtilerden şikâyetçiyse, (örneğin; bulantı, sırt ağrısı ya da baş ağrısı), bu durumu büyük ihtimalle ruhsal hastalıklarına bağlıdırım.					
3. Eğer birlikte çalıştığım bir iş arkadaşım yönetebildiği bir ruhsal hastalığı olduğunu söyleseydi, onunla çalışmaya aynı şekilde istekli olurum.					
4. Ruhsal hastalıktan dolayı tedavi görüyor olsaydım, bunu hiçbir meslektaşuma açıklamazdım.					
5. Tedavimi üstlenen sağlık çalışanım işyerimle bir bağlantısı yoksa ruhsal hastalığım için yardım aramayı daha kolay kabul ederim.					
6. Ruhsal bir hastalığım varsa ve bununla başa çıkamıyorsam bunu zayıflık olarak görürüm.					
7. Ruhsal bir hastalığım olsa yardım aramaya isteksiz olurum.					
8. Ruhsal hastalığımı yönetebilen bir kişi; iş için en uygun kişi ise işverenler onu işe almalıdır.					
9. Bir hekimin ruhsal bir hastalık nedeniyle tedavi görmüş olduğunu bilseydim, yine de o hekime giderdim.					
10. Ruhsal bir hastalığım olsaydı, arkadaşlarıma söylerdim.					
11. Ruhsal hastalığı olan bireylere umut aşılacak sağlık çalışanlarının sorumluluğundadır.					
12. Profesyonel inançlarım rağmen, ruhsal hastalığı olan insanlara karşı olumsuz tepkiler verebiliyorum.					
13. Ruhsal hastalığı olan bireylere yardım etmek için yapabileceğim çok az şey var.					
14. Ruhsal hastalığı olan bireylerin yarısından fazlası iyileşmek için yeteri kadar çabalamıyor.					
15. Ruhsal hastalığı olan bireyler, toplum için nadiren risk oluşturur.					
16. Ruhsal hastalıklar için en iyi tedavi ilaçtır.					
17. Ruhsal hastalığı olan bir kişi durumunu yönetebiliyor olsa bile çocuklarla çalışmasını istemezdim.					
18. Sağlık çalışanları, ruhsal hastalığı olan kişilerin savunucusu olmasına gerek yoktur.					
19. Ruhsal hastalığı olan bir kişinin komşum olmasında bir sakınca görmem.					
20. Ruhsal hastalığı olan birine merhamet göstermekte zorlanırım.					



T.C.  
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı: E-48171802-302.14-10539  
Konu: Etik Kurul Onayı (Ceren Değerli)

05.03.2024

SBF - HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 28.02.2024 tarihli ve 69838818-302.14-10491 sayılı yazınız.

Ana Bilim Dalınız yüksek lisans öğrencisi Ceren Değerli' nin etik kurul onayı ile ilgili Rektörlük Hukuk Müşavirliği Sağlık Bilimleri Araştırma ve Yayın Etik Kurulu Başkanlığından alınan 04.03.2024 tarih ve 153167 sayılı yazı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve yazının adı geçen öğrenci ile danışmanına tebliğ edilmesi konusunda gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Gülşah ÇEÇENER  
Müdür

Ek:  
1-Üst Yazı  
2-Karar Örneği (1 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu:csOA\_0dxE0WPAL0mg9AybQ

Belge Doğrulama Adresi: <https://udos.uludag.edu.tr/Teyit/>

B.U.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Görükle Kampüsü 16059 Nilüfer/BURSA

Telefon No: 02242942400

Faks No: 02242942419

Bilgi için: Safi KAVALLI

Memur

e-Posta: [sagbilogis@uludag.edu.tr](mailto:sagbilogis@uludag.edu.tr)

İnternet Adresi: <http://saglikbilimleri.uludag.edu.tr>

Kep Adresi: [uludag.rektorluk@hs03.kep.tr](mailto:uludag.rektorluk@hs03.kep.tr)

Telefon No: 02242942407

Bu belge UDOS ile hazırlanmıştır.

1/1



**BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ**  
**ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİK KURULLARI**  
**(Sağlık Bilimleri Araştırma ve Yayın Etik Kurulu)**  
**TOPLANTI TUTANAĞI**

**OTURUM TARİHİ**  
28 ŞUBAT 2024

**OTURUM SAYISI**  
2024-02

**KARAR NO 7:** Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nden alınan SBF-Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Gülseren ÇITAK TUNÇ, danışmanlığında bulunan yüksek lisans programı öğrencisi Ceren DEĞERLİ'nin "Sağlık Profesyonellerinin Ruh Sağlığı Okuryazarlık Düzeyleri ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Tutumlarının Belirlenmesi " konulu tez çalışması kapsamında uygulanacak anket sorularının değerlendirilmesine geçildi.

Yapılan görüşmeler sonunda; Sağlık Bilimleri Enstitüsü, SBF-Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Gülseren ÇITAK TUNÇ, danışmanlığında bulunan yüksek lisans programı öğrencisi Ceren DEĞERLİ'nin "Sağlık Profesyonellerinin Ruh Sağlığı Okuryazarlık Düzeyleri ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Tutumlarının Belirlenmesi " konulu tez çalışması kapsamında uygulanacak anket sorularının fikri, hukuki ve telif hakları bakımından metot ve ölçeğine ilişkin sorumluluğu başvurucuya ait olmak üzere (çalışmaya başlamadan önce anketin uygulanacağı kurum, kuruluş, SUAM Başhekimliği ve klinik sorumlusu vb. gerekli yerlerden yazılı izinlerin alınarak) uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

Prof. Dr. Zekeriyya ARI  
Kurul Başkanı

Prof. Dr. Ramazan KAHVECİ  
Üye

Prof. Dr. Ayşe TOPAL  
Üye

Prof. Dr. Berrin TUNCA  
Üye

Prof. Dr. Levent ÖZDEMİR  
Üye

Prof. Dr. Ahmet Onur GİRİŞGİN  
Üye

Prof. Dr. Nurcan ÖZYAZICIOĞLU  
Üye



T.C.  
BURSA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-67508481-799-241048998  
Konu : Ceren DEĞERLİ Tez Çalışması İzin  
Talebi

04.04.2024

BURSA GEMLİK DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 22.03.2024 tarihli ve E-63575978-929-239887191 sayılı yazınız.

Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi olup, aynı zamanda hastanenizde Hemşire olarak görev yapan Ceren DEĞERLİ'nin kurumunuzda yapmak istediği "Sağlık Profesyonellerinin Ruh Sağlığı Okuryazarlık Düzeyleri ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Tutumlarının Belirlenmesi" başlıklı tez çalışmasına ilişkin ilgi sayılı yazınız ve diğer başvuru belgeleri incelenerek değerlendirilmiş olup, izin verildiğine dair alınan Komisyon Kararı ilişikte gönderilmiştir.

Gereğini rica ederim.

Doç. Dr. Salih METİN  
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı

Ek: Ceren DEĞERLİ Komisyon Kararı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 0B4C53B5-41AC-42ED-A8EE-2B9998597F56

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Alaaddin Mahallesi, Hasta Yurdu Cd. No:4 Osmangazi/Bursa 16000  
Telefon No: 02244161242  
e-Posta: [bursa@saglik.gov.tr](mailto:bursa@saglik.gov.tr) İnternet Adresi: <https://bursaism.saglik.gov.tr/>  
Kep Adresi: [bursa.ism@hs01.kep.tr](mailto:bursa.ism@hs01.kep.tr)

Bilgi için: Mehmet Ali ALTUN  
Tıbbi Sekreter  
Telefon No: 02244161242 - 3459





T.C.  
BURSA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



BURSA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
KAMU HASTANELERİ HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI  
BİLİMSEL ARAŞTIRMA TALEPLERİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU  
TOPLANTI TUTANAĞI

04.04.2024

Başkanlığımız Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu, sunulan dosyanın uygunluğunu değerlendirmek üzere 02.04.2024 tarihinde toplanmıştır.

Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi olup, Gemlik Devlet Hastanesinde Hemşire olarak görev yapan Ceren DEĞERLİ'nin "Sağlık Profesyonellerinin Ruh Sağlığı Okuryazarlık Düzeyleri ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Tutumlarının Belirlenmesi" başlıklı tez çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı Gemlik Devlet Hastanesinde uygulama isteğine ilişkin ekli belgeleri incelenmiştir.

Komisyon tarafından yapılan değerlendirme neticesinde, söz konusu çalışmanın adı geçen hastanede yapılan hizmetleri aksatmayacak şekilde, kişisel verilerin korunması hakkındaki kanun ve yönetmeliklere uyulmak kaydı ile yapılması uygun bulunmuş olup, çalışmanın tamamlanması akabinde hazırlanan sonuç raporunun bir nüshasının Başkanlığımıza gönderilmesine;

Oy birliği ile karar verilmiştir.

Uzm.Dr.Hasret YÜCEL ÖZBÖLÜK  
Tıbbi Farmakoloji Uzmanı (Üye)

Dr.Berkay BÜKRÜ  
Tabip (Üye)

Kadir ÇAKIR  
(Uzman Üye)

Hasan ARSLAN  
Uzman (Üye)

02 / 04 / 2024  
Uzm.Dr. Ahmet TİMUR  
Kamu Hast. Hiz. Başk. Yrd.  
(Komisyon Başkanı)

Ek: Ceren DEĞERLİ Başvuru Belgeleri

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 61089B64-CCCF-421F-919D-E095ADD4E2AD

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Alaaddin Mahallesi, Hasta Yurdu Cd. No:4 Osmangazi/Bursa 16000  
Telefon No: 02244161242  
e-Posta: [bursa@saglik.gov.tr](mailto:bursa@saglik.gov.tr) İnternet Adresi: <https://bursaism.saglik.gov.tr/>  
Kep Adresi: [bursa.ism@hs01.kep.tr](mailto:bursa.ism@hs01.kep.tr)

Bilgi için: Mehmet Ali ALTUN  
Tıbbi Sekreter  
Telefon No: 02244161242 - 3459





Saniye Balcı 20 Kas



alıcı: ben v

Sayın Ceren hocam,  
Ölçeği araştırmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyarım. Ölçekle ilgili bilgiler ektedir.  
Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.  
Saygılarımla.

Ceren Değerli < [Redacted] >, 11 Kas  
2023 Cmt, 15:00 tarihinde şunu yazdı:



Değerli Saniye Hocam iyi günler dilerim

[Redacted]  
hemşiresi olarak görev yapmaktayım aynı zamanda Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği bölümünde yüksek lisans öğrencisiyim.

"Sağlık Profesyonellerinde Ruh Sağlığı Okuryazarlık Düzeyinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Tutumuyla İlişkinin İncelenmesi" başlıklı bir çalışma planlamaktayım.İzniniz olursa çalışmada Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği tarafınızca yapılmış olan "Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği(Rsoy Ölçeği)"nden yararlanmak istiyorum.

İlginiz için çok teşekkür eder saygılarımı sunarım hocam.

Hemşire Ceren DEĞERLİ

Uludağ Üniversitesi - Sağlık Bilimleri Fakültesi

RSOY Ölçeği  
tanıtım güncel.d...

**W** Doküman

EK-7



Yağmur AZAZI 21 Kas

alıcı: ben v



Sevgili Ceren,

Umarım iyisindir. Ölçeği kullanabilirsin. Çalışmada başarılar ve bol şanslar diliyorum. Her türlü detaya tezin içeriginden ulaşabilirsin. Herhangi bir konuda yardıma ihtiyacın olursa lütfen bana yazmaktan çekinme.

Sevgilerimle,

Yagmur Azazi

*MSc. Mental Health & Psychiatric Nursing,*

*Responsable del turno,*

*Residencia Hídalgos Tres Cantos | Residencia para mayores*

Enviado desde [Outlook para Android](#)

---

**From:** Ceren Değerli <[redacted]>

**Sent:** Tuesday, November 21, 2023 8:37:42 AM

**To:** [redacted]

<[redacted]>

**Subject:** İzin isteme

## 9. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim sürecinde ve bu çalışmanın her aşamasında, kıymetli bilgileri ve engin tecrübeleriyle bana yol gösteren ve beni her zaman destekleyen danışman hocam Doç. Dr. Gülseren ÇITAK TUNÇ'a,

Araştırmamın istatistiksel analizinin yapılmasında yardımcı olan Uzman Klinik Psikolog Ersin Budak'a,

Beni yetiştirip bugünlere getiren, her konuda destekçim olan, benim için her türlü fedakarlıkta bulunan, desteklerini benden hiç esirgemeyen canım babam Erdoğan DEĞERLİ'ye ve canım annem Gülşen DEĞERLİ'ye,

Desteğini her zaman yanımda hissettiğim Gülşen Eser, Ümitcan Değerli ve Ahmet Salih Ulupınar'a,

Araştırmama katılmayı kabul eden tüm katılımcılara,

Bu süreci başarıyla nihayete erdirdiğim için kendime teşekkürlerimi sunarım.



## 10. ÖZGEÇMİŞ

2020 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nden mezun olmuştur. 2021 yılında iş hayatına [redacted] de başlamış ve halen bu kurumda görev almaya devam etmektedir.

Eserleri :

Çıtak Tunç, G., Ünal Hatunoğlu, Ö., & Değerli, C. (2023, Mayıs). *Toplumsal cinsiyet rolleri açısından ders kitabı inceleme: 9. sınıf sağlık bilgisi ve trafik kültürü* [Conference presentation]. World Women Conference-VI, Ankara, Türkiye.

Çıtak Tunç, G., Değerli, C., & Ünal Hatunoğlu, Ö. (2025, Mart). *Hemşirelerin çocuk cinsel istismarına ilişkin bilgileri ve önleme eğitimlerine yönelik görüşleri* [Sözlü bildiri]. International Gevher Nesibe Health Sciences Conference-XIV, Ankara, Türkiye.