

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DİN GÖREVLİLERİNE UYGULANAN RUHSAL HASTALIKLARA
YÖNELİK FARKINDALIK EĞİTİMİNİN RUHSAL HASTALIKLARA
YÖNELİK İNANÇ VE SOSYAL MESAFE ÜZERİNE ETKİSİ**

Sengül ERTANIK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

Danışman
Doç. Dr. Arzu KOÇAK UYAROĞLU

KONYA 2025

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitim sürecimin her aşamasında desteği ve rehberliğiyle yoluma ışık tutan değerli tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Arzu Koçak Uyaroğlu'na

Çalışmamın yapılması için gerekli izinleri sağlayan kurum yöneticilerine, Mehmet Fuat Binici Kız Kuran Kursu ve Yunus Emre Yatılı Kız Kuran Kursu yöneticilerine ve hocalarına, yüksek lisans ders sürecimde bana yardımları dokunan Selçuklu Müftülüğü personeli Cafer Tayyar Saman'a,

Hayatımın her aşamasında bana desteklerini hiç esirgemeyen, yolculuğumda bana anlayış ve sabır gösteren ve bugünlere gelebilmemi sağlayan annem, babam ve kardeşime, varlığıyla hayatımı güzelleştiren nişanlıma,

Bu yolculukta ne kadar zorlansa da hem çalışıp hem hayallerinden vazgeçmeyen kendime,

Sonsuz Teşekkürler

Sengül ERTANIK

KONYA 2025

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
ÖZET.....	vii
SUMMARY	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
Araştırma Hipotezleri	3
1.2. Ruh Sağlığı ve Ruhsal Hastalık Kavramı	4
1.2.2. Ruhsal Hastalıkların Epidemiyolojisi.....	5
1.3. Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç ve Tutum	6
1.3.1. Ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutuma müdahalede psikiyatri hemşiresinin rolü.....	7
1.4. Ruhsal Hastalıklarda Sosyal Mesafe	9
1.4.1 Ruhsal Hastalara Yönelik Sosyal Mesafeyi Azaltmada Psikiyatri Hemşiresinin Rolü.....	10
1.5. Din Görevlilerinin Toplumsal Rolü ve Ruh Sağlığı.....	11
2. GEREÇ ve YÖNTEM.....	14
2.1. Araştırmanın Tasarımı.....	14
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	14
2.3. Araştırmanın Çalışma Grubu.....	14
2.4. Randomizasyon	15
2.5. Araştırmanın Seçim Kriterleri	15
2.5.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	15
2.5.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri.....	15
2.5.3 Çalışmadan Çıkarılma Kriterleri	16
2.6. Veri Toplama Araçları ve Tekniği	18
2.6.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-A).....	18
2.6.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ) (EK-B).....	18
2.6.3. Sosyal Mesafe Ölçeği (SMÖ) (EK-C).....	19
2.7. Müdahalenin Planlanması ve Araştırmanın Uygulama Basamakları.....	19
2.7.1. Müdahale Grubu.....	19
2.7.2 Kontrol Grubu	19

2.7.3. Araştırmanın Uygulama Basamakları	20
2.8. Araştırmanın Değişkenleri	24
2.8.1. Bağımsız Değişkenler.....	24
2.8.2. Bağımlı Değişkenler.....	24
2.8.3. Kontrol Değişkenleri	24
2.9. Verilerin Analizi.....	24
2.10. Araştırmanın Etik Boyutu	24
2.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	25
3. BULGULAR.....	26
3.1. Müdahale ve kontrol grubunun bazı sosyodemografik özelliklerine ilişkin elde edilen bulgular.....	26
3.2. Müdahale ve kontrol grubunun ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği ve alt boyut puanlarına ilişkin elde edilen bulgular	27
3.3. Müdahale ve kontrol grubunun sosyal mesafe ölçeği puanlarına ilişkin elde edilen bulgular.....	29
4. TARTIŞMA.....	30
4.1. Müdahale ve kontrol grubunun ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği ve alt boyut puanlarının incelenmesi	30
4.2. Müdahale ve kontrol grubunun sosyal mesafe ölçeği puanlarının incelenmesi	33
5. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	35
5.1. Sonuçlar.....	35
5.2. Öneriler.....	35
6. KAYNAKLAR	37
7. EKLER.....	43
EK-A: Kişisel Bilgi Formu.....	43
EK- B: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ)	44
EK-C: Sosyal Mesafe Ölçeği (SMÖ)	47
EK-D: Ruhsal Hastalıklara Yönelik Farkındalık Eğitimi.....	50
1.Oturum Grupla Tanışma.....	50
2. Oturum Sağlık, Hastalık ve Ruh sağlığı	50
3. Oturum Ruhsal hastalık nedir.....	50
4. Oturum Ruhsal Hastalıklarda Olumsuz İnançlar.....	51
5. Oturum Ruhsal İyileşme.....	51
6. Oturum Sonlandırma	52
EK-E: Ölçek Kullanım İzni	53

EK-G: Kurum İzinleri	55
EK-H: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur.....	56
EK-I: Turnitin Raporu	58
8. ÖZGEÇMİŞ.....	59



SİMGELER VE KISALTMALAR

APA	:American Psychological Association
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
OECD	:Organisation for Economic Co-operation and Development (İktisadi İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı)
RHYİÖ	:Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği
SMÖ	:Sosyal Mesafe Ölçeği
SPSS	:Statistical Package for the Social Sciences
TDK	:Türk Dil Kurumu

ÖZET

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Din Görevlilerine Verilen Ruhsal Hastalıklara Yönelik Farkındalık Eğitiminin
Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç ve Sosyal Mesafe Üzerine Etkisi

Sengül ERTANIK

Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA 2025

Bu çalışma din görevlilerine uygulanan ruhsal hastalıklara yönelik farkındalık eğitiminin, ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve sosyal mesafe üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla ön test son test deseninde tasarlanmış randomize kontrollü türde bir çalışmadır. Araştırma Konya ili Selçuklu ilçesinde bulunan ve kura yöntemi ile belirlenen Yunus Emre Yatılı Kız Kuran Kursu ve Mehmet Fuat Binici Kız Kuran Kursunda yürütülmüştür. Araştırmaya din görevlilerinden 26 müdahale, 26 kontrol grubu olacak şekilde toplam 52 kişi katılmıştır. Din görevlilerine ruhsal hastalıklara yönelik farkındalık eğitimi verilmiştir. Eğitim öncesi ve sonrası her iki gruba da ön test ve son test şeklinde Kişisel Bilgi Formu, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği ve Sosyal Mesafe Ölçeği uygulanmıştır. Müdahale ve kontrol grubunda yer alan din görevlilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarına ait ön test puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmazken müdahale sonrası Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği toplam puan ve tehlikeli alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde müdahale ve kontrol grubunda din görevlilerinin Sosyal Mesafe Ölçeğine ait ön test puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmazken müdahale sonrası Sosyal Mesafe Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak din görevlilerine uygulanan ruhsal hastalıklara yönelik farkındalık eğitiminin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve sosyal mesafe üzerinde olumlu etkisi olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Din görevlisi, psikiyatri hemşireliği, ruhsal hastalıklara yönelik inanç, sosyal mesafe, farkındalık eğitimi

SUMMARY

T.C. SELCUK UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES INSTITUTE

The Effect of Awareness Training on Mental Illnesses Given to Religious
Officials on Beliefs in Mental Illnesses and Social Distance

Sengül ERTANIK

Department of Nursing
MASTER'S THESIS / KONYA 2025

This study is a randomized controlled study designed in a pre-test-post-test design to determine the effect of awareness training for religious officials regarding mental illnesses on belief and social distance towards mental illnesses. The research was conducted in Yunus Emre Girls' Quran Course and Mehmet Fuat Binici Girls' Quran Course in Selçuklu district of Konya province. A total of 52 people, 26 intervention and 26 control groups, participated in the study. Awareness training on mental illnesses was given to religious officials. Before and after the training, Personal Information Form, Belief Scale for Mental Illnesses, and Social Distance Scale were applied to both groups as pre-test and post-test. While there was no significant difference between the pre-test mean scores of the total score and sub-dimension mean scores of the Belief Scale for Mental Illnesses of the religious officials in the intervention and control groups, it was found that there was a significant difference between the total score and dangerous sub-dimension mean scores of the Belief Scale for Mental Illnesses after the intervention. Similarly, while there was no significant difference between the pre-test mean scores of the Social Distance Scale of the clergy in the intervention and control groups, there was a significant difference between the total mean scores of the Social Distance Scale after the intervention. As a result, it can be said that the awareness training on mental illnesses applied to religious officials has a positive effect on beliefs and social distance towards mental illnesses.

Keywords: Religious official, psychiatric nursing, beliefs about mental illness, social distance, awareness training

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)'nın (2018) duygu, düşünce, davranışlarda, işlevsellikte bozukluk, fazlalık, yetersizlik veya anormallik olarak tanımladığı ruhsal hastalıklar, yalnızca çevresel koşullardan kaynaklanmaz ve oluşumunda fizyolojik, genetik ve sosyal faktörler rol oynar (OECD 2022). Dünya Sağlık Örgütü, tüm dünyada bir milyara yakın insanın ruhsal bir problem yaşadığını ve gelecekte her 4 kişiden birinin yaşamlarının herhangi bir döneminde ruhsal ya da nörolojik rahatsızlıklardan etkilenebileceğini bildirmektedir (DSÖ 2020). Dünyada her iki kişiden biri yaşamı boyunca bir ruhsal hastalık yaşamaktadır (OECD 2022). Ruhsal hastalığı olan bireylerin eğitim durumu, istihdam edilmeleri ve fiziksel sağlıkları, ruh sağlığı iyi olan kişilere göre daha kötüdür. Ruh sağlığı için destek arayan kişilerin üçte ikisi bu desteği almakta zorluk yaşadıklarını bildirmişlerdir (OECD 2022). Ruhsal hastalıkların tedavisinde ilerlemeler kaydedilmiş olmasına rağmen toplumun ruhsal hastalığı olan bireye yönelik tutum ve davranışları bireylerin tedaviye uyumunu hatta tedavi olma isteğini etkileyebilmektedir. Ayrıca ruh sağlığı sorunu olan kişilere yönelik damgalayıcı tutumlar ve olumsuz inançlar, ruhsal hastalığı olan bireyin yanı sıra bireyin yakın çevresi, bakım vericileri ve toplumdaki diğer bireyleri de negatif yönde etkileyebilmektedir (Igbinomwanhia ve ark 2013).

Sosyal mesafe, bireylerin ruhsal hastalığı olanların sosyal ilişkilerde katılımını ne kadar kabul ettiklerinin boyutu denilebilir. Önyargı ve damgalama inanç ve tutumla bağlantılı kavramlardır. Önyargılar psikolojik sorunlara sahip kişilere yönelik olumsuz görüşler ya da olumsuz tutumlar olarak tanımlanır ve önyargının boyutuna göre sosyal mesafe ile görünür hale gelirler. Olumsuz ön yargılardan etkilenen hastalıkların başında psikiyatrik bozukluklar gelmektedir (Arslantaş ve ark 2021). Literatür incelendiğinde ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik olumsuz tutumlar ile hemen hemen toplumun her kesiminde karşılaşıldığı, hasta bireylerin tehlikeli ve saldırgan olarak algılandığı, iletişim ve sosyal becerilerinin sınırlı olarak değerlendirildiği ve hayatlarının sorumluluğunu alamayacaklarının düşünüldüğü görülmektedir (Batastini ve ark 2018, Yıldız ve ark 2019, Dias Neto ve Maugi 2022). Damgalamanın altında yatan en önemli neden ise kalıplaşmış düşünce ve davranış ile kendini gösteren ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz inanç ve tutumlardır (Çam ve Bilge 2013). Bu noktada

ruhsal hastalığı olan bireye yönelik olumsuz tutum ve davranışların, hastaların “tehlikeli”, “kendine bakamaz” ve “ne yapacağı belli olmaz” şeklindeki stereotipler ile başladığı, bu stereotiplerin zaman içinde güçlendiği ve buna bağlı olarak önyargı, hastadan uzaklaşma, korkma gibi olumsuzlukların yaşanabildiği görülmektedir (Batastini ve ark 2018, Yıldız ve ark 2019). Toplum tarafından damgalanan birey hem hastalık hem de damgalanmanın sonuçları ile baş etmek zorunda kalmaktadır. Seeman ve ark. (2016) yürüttükleri bir çalışmada gelişmiş ülkelerde ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik damgalamanın %7-8, gelişmekte olan ülkelerde ise %15-16 olduğunu belirtmiştir (Seeman ve ark 2016). Ruhsal hastalığı olan bireyleri ve yakın çevresini toplumun olumsuz tutum ve davranışlarından korumada en önemli noktalardan biri toplumun var olan tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi ve toplumun eğitilmesidir (Aznar Lou ve ark 2015).

Ruhsal hastalıklara yönelik bilgi sahibi olmanın tutumları şekillendirmede önemli bir rol oynayabileceği bilinmektedir (Aznar Lou ve ark 2015). Bir toplumda ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve davranışların belirlenmesi, değiştirilmesi, hastalıklar konusunda farkındalığın sağlanabilmesi açısından toplumdaki kanaat önderlerinden destek alınması hatta onların var olan tutum ve yargılarının belirlenmesi, değişimin toplum liderlerinden başlatılması gerekir (Açıkgöz ve Akkuş 2018). Toplum liderleri arasında değerlendirilen din görevlilerine bu noktada önemli meslek grupları arasında değerlendirilmektedir. Sağlık arama davranışlarını inceleyen çalışmalarda damgalama sonucunda ruhsal hastalığı olan bireylerin ve yakınlarının toplumdan izole olduğu veya tedavi amacıyla tıp dışı tedavi vericilere ve bunlardan daha çok din görevlilerine başvurduğu, hocalarla dini veya büyü gibi dinsel tedavi çare arayışında bulunduğu sonucuna rastlanmıştır. Bu çare arayışları göz önüne alındığında hastaların bilgilendirilmesi ve tıbbi başvuruya yönlendirilmelerinde dini liderlerin rolü önemlidir (Eker ve ark 2010). Eker ve ark (2010) din görevlileri ile yaptığı bir çalışmada %33,3'ünün şizofreni hastalarının toplum içinde serbestçe dolaşmamaları gerektiğini, %41,9'unun şizofren bir komşudan rahatsız olacağını, %34,8'i şizofren biriyle çalışamayacağını, %37,1'inin şizofrenlerin saldırgan olduğunu belirtmişlerdir (Açıkgöz ve Akkuş 2018). Ayrıca, ruhsal hastalığı olan birey ve yakınlarının tıbbi tedavi dışında büyük oranda din görevlileri aracılığıyla çare aradıkları ancak bu görevlilerin ruhsal hastalıklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmadıkları görülmektedir (Güngörmüş ve ark 2014). Din görevlileri manevi teşhis ve tedavide

bulduğunda ruhsal hastalığı olan bireylerin tıbbi tedavi ve yardım alması gecikebilmektedir (İbrahim ve ark 2019). Bu nedenle hastaların ve yakınlarının bilinçlendirilmesi ve tıbbi tedaviye yönlendirilmesi açısından da din görevlilerinin ruhsal hastalıklar konusunda bilgisinin ve farkındalığının olması gerekmektedir (Açıkgöz ve Akkuş 2018).

Bu çalışma, toplum liderleri konumunda bulunan din görevlilerine yönelik ruhsal hastalıklar farkındalık eğitiminin, onların ruhsal hastalıklara yönelik inançları ve sosyal mesafe tutumları üzerindeki etkisini değerlendiren bir araştırmadır. Literatürde din görevlileri özelinde yürütülen ruh sağlığı farkındalık çalışmaları sınırlı sayıda bulunmakta olup, bu grup üzerinden yapılan bilimsel bir değerlendirme sunması bakımından araştırma özgün nitelik taşımaktadır. Bu bağlamda çalışma, din görevlilerinin ruhsal hastalıkları anlama, bu hastalıklara sahip bireylere yönelik tutum geliştirme ve toplumsal farkındalık yaratma potansiyelini bilimsel verilerle değerlendirmesi açısından özgün bir nitelik taşımaktadır.

Ayrıca bu araştırma, ruh sağlığı alanında görev yapan psikiyatri hemşirelerinin toplum temelli yaklaşımlar çerçevesinde üstlenebileceği rollere de ışık tutmaktadır. Psikiyatri hemşireleri eğitici rolleri kapsamında, din görevlileri gibi toplumu etkileyen meslek gruplarına yönelik eğitim programları hazırlayabilir, ruhsal hastalıklara ilişkin önyargı ve damgalamayı azaltacak girişimlerde aktif rol alabilir, doğru bilgi akışını sağlayabilir ve toplumun ruh sağlığı okuryazarlığını artırabilir. Bu kapsamda tez, psikiyatri hemşireliğinde savunuculuk, eğitim ve topluma yönelik müdahale alanlarında yeni açılımlar sunmakta ve uygulamaya yönelik önemli katkılar sağlamaktadır.

Araştırma Hipotezleri

H1.1: Ruhsal hastalıklara yönelik farkındalık eğitimi uygulanan müdahale grubunun ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği puan ortalaması kontrol grubundan düşüktür.

H1.2: Ruhsal hastalıklara yönelik farkındalık eğitimi uygulanan müdahale grubunun tehlikelilik alt boyut puan ortalaması kontrol grubundan düşüktür.

H1.3: Ruhsal hastalıklara yönelik farkındalık eğitimi uygulanan müdahale grubunun utanma alt ölçeği puan ortalaması kontrol grubundan düşüktür.

H1.4: Ruhsal hastalıklara yönelik farkındalık eğitimi uygulanan müdahale grubunun çaresizlik ve kişiler arası ilişkide bozulma alt boyut puan ortalaması kontrol grubundan düşüktür.

H1.5: Ruhsal hastalıklara yönelik farkındalık eğitimi uygulanan müdahale grubunun sosyal mesafe ölçeği puan ortalaması kontrol grubundan düşüktür.

1.2. Ruh Sağlığı ve Ruhsal Hastalık Kavramı

DSÖ'ye göre ruh sağlığı *'temel bir insan hakkıdır'* ve *'Sadece ruhsal bozukluğun olmaması değil bireylerin ruhsal yönden iyilik hali'* olarak tanımlanmaktadır (DSÖ 2022). Başka bir ifade ile ruhsal anlamda sağlıklı birey kendisiyle, çevresiyle ve toplum ile barışıktır, hayatta denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gereken çabayı sürdürebilir (Ayakdaş Dağlı 2022). Ruh sağlığı bireyin yaşamı boyunca karşılaşılabileceği ruhsal gerilimler ile başa çıkabilmesine, kendisini ve becerilerini tanıyabilmesine, yapıcı ilişkiler kurabilmesine ve karar verebilmesine olanak sağlar (DSÖ 2022). Ruhsal olarak sağlıklı bir birey, yaşamı boyunca kişilerarası ilişkilerini dengeli ve uyumlu bir şekilde yürütür; toplumdaki sorumluluklarını memnuniyetle yerine getirir, bilgi, duygu, düşünce, inanç ve tutumlarını uygun yer ve zamanda iletir; kendine ve çevresine karşı esnektir ve saygı gösterir (Murat ve ark 2019). APA'nın psikoloji sözlüğünde ise ruh sağlığı *'duygusal esenlik, iyi davranışsal uyum, kaygı ve rahatsız edici semptomlardan görece uzaklık, yapıcı ilişkiler kurma ve hayatın olağan talepleri ve stresleri ile başa çıkma kapasitesi ile karakterize bir ruh hali'* şeklinde tanımlanmaktadır (APA 2018).

Ruhsal hastalık, ICD-11'in tanımına göre *'bireyin biliş, duygu ve davranışlarında klinik olarak anlamlı bir bozulmayla'* karakterize durumdur. Ayrıca ruhsal hastalık, işlevsellikte bozulma, psikososyal engellerin olması ve kendine zarar verme riski ile ilişkili ruhsal durumları kapsayan; yalnızca çevresel koşullarla değil fizyolojik, genetik, kimyasal, sosyal faktörlerin bir araya gelerek oluşturabildiği bir durumdur (APA 2018, DSÖ 2022). Kişide tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk ve yetersizliğin sürekli ya da yineleyici olarak devam ettiği, bireyin verimli çalışmasını ve kişiler arası ilişkilerini bozan ruhsal durum olarak da tanımlanabilir (Öztürk ve Uluşahin 2020).

1.2.2. Ruhsal Hastalıkların Epidemiyolojisi

DSÖ'nün 2022 Dünya Ruh Sağlığı Raporunda, 2019'da dünyada her 8 kişiden 1'inin veya 970 milyon insanın herhangi bir ruhsal bozukluk ile yaşamını sürdürdüğü belirtilmiştir. Bu sayı dünya popülasyonunun %13'üne denk gelmektedir ve kadınların %52,4'ünün, erkeklerin %47,6'sının ruhsal bozukluğa sahip olduğu görülmektedir. En fazla görülen ruhsal hastalıklar ise %31 ile anksiyete bozuklukları, %28,9 ile depresif bozukluklar, %11,1 ile gelişimsel (idiopatik) bozukluklardır. Bunları sırayla dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, bipolar bozukluk, kişilik bozuklukları, otizm, şizofreni ve yeme bozuklukları izlemektedir. DSÖ ruhsal hastalıkların, madde bağımlılıklarının ve nörolojik bozuklukların küresel hastalık yükünün %10'unu oluşturduğunu bildirmektedir (DSÖ 2022).

Ruhsal hastalıklar dünya genelinde ölümcül olmayan hastalıkların %23'ünü oluşturmakta ve engelliliğin önde gelen nedenlerinden biri olarak karşımıza çıkmakta ve dünya çapında her 2 kişiden birinin hayatının bir döneminde ruhsal hastalık deneyimi yaşama ihtimali olduğu bildirilmektedir (Schnyder ve ark 2017, McGrath ve ark 2023). Ayrıca, şizofreni ve bipolar bozukluk gibi ağır ruhsal hastalığı olan bireylerin genel nüfusa göre ortalama 10-20 yıl daha erken öldüğü de görülmektedir (Liu ve ark 2017). Bu ölümlerin çoğu özellikle kardiyovasküler hastalık, solunum yolu hastalıkları ve enfeksiyon gibi önlenabilir hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Bu durumda ruhsal hastalığa sahip olmak direkt ölüm sebebi olmamakla birlikte önemli bir katkıda bulunduğu görülmektedir (DSÖ 2022).

Bu bağlamda ruhsal hastalıkların küresel yükünün oldukça fazla olduğunu söylemek mümkündür ve hastalıklar sıklıkla bireyleri ve ailelerini yoksulluğa itmekte, onları evsizliğe sürüklemekte ve haksız muamelelere daha yatkın hale getirmektedir (Derajew ve ark 2017). Ruhsal hastalıklarda semptomların şiddetini azaltmayı, remisyonu artırmayı veya ölüm riskini azaltmayı hedefleyen tüm müdahaleler ise hastalık yükünü azaltma potansiyeline sahiptir (Patel ve ark 2016). Ancak küresel düzeyde, bu hizmetlere erişimde önemli eksiklikler, algılanan bakım ihtiyacı ve ruhsal hastalıklara yönelik damgalama gibi çeşitli bakım engelleri bulunmaktadır (Jorm ve ark 2017, Thornicroft 2007). Ruhsal bozuklukların yükünü azaltmak için, etkinliği kanıtlanmış etkili önleme ve tedavi programlarının sunumuna ve ihtiyacı olan nüfusun tamamının bu hizmetlere erişimine ihtiyaç vardır (Thornicroft 2007, DSÖ 2022).

Günümüzde etkili önleme ve tedavi yöntemleri mevcut olmasına rağmen ruhsal hastalığı olan birçok birey etkin bakıma erişememektedir (DSÖ 2022). Dünya genelinde ruhsal bozukluğu olan bireylerin tedavi ihtiyacı ile bunun sağlanması arasındaki fark oldukça büyüktür. Düşük ve orta gelirli ülkelerde ruhsal hastalığı olan kişilerin %76 ila %85'inin hiç tedavi almadığı ve yüksek geliri olan ülkelerde de %35 ila %50'sinin tedavi görmediği belirtilmiştir. Aynı zamanda tedavi alanların da bakım kalitesi düşüktür (Naslund ve Deng 2021).

1.3. Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç ve Tutum

Türk Dil Kurumu (TDK)'na göre inanç '*bir düşünceye gönülden bağlı bulunma, inanma duygusu, inanılan şey, görüş, öğreti*' anlamına gelmektedir (<https://sozluk.gov.tr/>). İnanç, birey tarafından doğru ve/veya gerçek olarak kabul edilen, bireyin kendisi ve dünyaya ilişkin öznel yargıları olarak değerlendirilebilir. İnançlar insanlar tarafından oluşturulan düşünceleri ifade eder, iyi veya doğru olarak kabul edilen değerlere dayanır. Aynı zamanda çıkarım ve bilgi kaynağı temelinde oluşan inançlar bir toplum, bir kültür veya insanlığın çoğu tarafından benimsenebilmektedir. Tutum ise bir nesne ya da varlığı beğenme veya beğenmeme şeklinde değerlendirilen psikolojik bir eğilimdir, duyguları ve hisleri yansıtır (Underwood 2008). Tutumlar genellikle inançlar kaynaklı olarak ortaya çıkmakta olup birbiriyle bağlantılıdır ve bireyler, inançlarını tutum ve davranışlarıyla belli ederler (Güngörmüş ve ark 2014, Murat ve ark 2019). Bu noktada stereotiplerin, bir grup insanın kişisel özellikleriyle ilgili bir inanç kümesi olduğu düşünüldüğünde önyargının veya bir gruba karşı olumsuz bir tutumun belirleyicisi olduğunu söylemek mümkündür (Underwood 2008). Ruhsal hastalığı olan bireylerin neden tedavi aradığı veya aramadığı ve hangi tedavileri etkili bulduğunu açıklama noktasında da inançlar yardımcı olmaktadır (Schnittker 2013).

Ruhsal hastalığa sahip olan insanların düşüncelerindeki ve davranışlarındaki farklılık genel olarak normal dışı kabul edilir ve toplum tarafından bu normal dışı kabuller ile damgalama ortaya çıkar (Bağ ve Ekinci 2005). Bu süreçte bireyin inançları ve tutumları damgalama sürecini etkiler (Murat ve ark 2019). İlk kez Erving Goffman tarafından ele alınan damgalama kavramı 'Damga' (1963) isimli kitabında '*toplumun bir kişiyi normal olmayan özelliğinden ötürü itibarsızlaştırması*' şeklinde tanımlanmış ve bireye kusurlu ve değersizmişçesine muamele etmek, dışlamak anlamlarına gelmektedir (Goffman 1963).

Ruhsal hastalığı olan bireyler fiziksel hastalığı olan bireylere kıyasla sağlıklarını ve sosyal yaşamlarını olumsuz etkileyecek şekilde damgalanma ve dışlanmaya maruz kalmaktadır (Aznar Lou ve ark 2016, Arslantaş ve ark 2019). Toplum tarafından yapılan damgalama ruhsal hastalığa sahip birey ve ailelerinin çözüm arama davranışlarını etkileyebilmektedir. Toplumun ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik olumlu tutumları, bireyin hastalık, tedavi ve rehabilitasyon süreciyle daha uyumlu olmasına katkı sağlarken damgalayıcı tutum ve davranışlar bireyin iyileşme sürecinin uzamasına neden olur ve tedavi olma isteğini olumsuz yönde etkiler (Dal ve ark 2018, Murat ve ark 2019). Bireyleri yaşamın sosyal ve ekonomik alanlarında kısıtlar (Igbinomwanhia ve ark 2013, Aznar Lou ve ark 2016, Dal ve ark 2018, Murat ve ark 2019).

Amerika'da yapılan bir sistematik derleme çalışmasında toplumun ruhsal hastalıkların nedenleri arasında kimyasal dengesizliklerin, genetik nedenlerin, işlenen günahların ve kötü bir karaktere sahip olmanın olduğunu düşündükleri görülmüştür. Aynı zamanda hayatın normal iniş çıkışlarının veya ailenin yetiştirme tarzının ruhsal hastalıklara neden olabileceğini düşündükleri görülmüştür. Yine bu çalışmada Amerikalıların neredeyse tümünün medikal tedaviyi olumlu karşıladığı ve gerektiğinde psikiyatrik ilaç kullanmayı kabul ettikleri görülmüştür (Pescosolido ve ark 2010). Ayrıca literatür incelendiğinde ruhsal hastalığı olan bireylerin tehlikeli ve saldırgan olarak algılandığı, iletişim ve sosyal becerilerinin sınırlı olarak değerlendirildiği ve hayatlarının sorumluluğunu alamayacaklarının düşünüldüğü görülmektedir (Batastini ve ark 2018, Yıldız ve ark 2019, Dias Neto ve Maugi, 2022). Hatta toplum ruhsal hastalığı olan bireylerden, onlara karşı duydukları korkular nedeniyle uzak durmaktadır (Murat ve ark 2019). Ruhsal hastalığı olan bireyleri ve yakın çevresini toplumun olumsuz tutum ve davranışlarından korumada ve hatta tedavi olmalarını sağlamada ve remisyonun artırılmasında önemli noktalardan biri toplumun var olan tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi ve toplumun farkındalığının sağlanması olduğu söylenebilir (Göktaş ve Buldukoğlu 2022).

1.3.1. Ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutuma müdahalede psikiyatri hemşiresinin rolü

Psikiyatri hemşireliği, ruh sağlığı sorunları yaşayan, bağımlılıklara karşı risk altında olan veya bağımlı bireylerin fiziksel ve psikososyal iyilik hallerini desteklemek için bütüncül bakım sağlayan bir uzmanlık alanıdır. Olumlu davranış değişikliğini

destekleyen güvenli ve rahat ortamlar yaratmak için hastalarla sosyalleşmeyi ve iletişimi kullanmanın yanı sıra fiziksel bakım sağlayan bir hemşirelik dalıdır (Stewart ve ark 2022). Dünya çapında ruh sağlığı çalışanları arasında işgücünün %44'ünü oluşturan psikiyatri hemşireleri, bakım verici rollerinin yanı sıra '*hasta savunuculuğu, liderlik, bakım koordinatörlüğü, eğitici, araştırmacı ve danışman*' gibi rollere de sahiptir. Bütüncül bakım sağlayarak hastaların fiziksel ve psikososyal ihtiyaçlarını, terapötik yöntemler kullanarak kişilerle ilişkilerini geliştirme becerilerini arttırmaya çalışır. Psikolojik ve fiziksel refahı ve duygusal sağlığı desteklemek için hastaları ile iş birliği içinde çalışır (Stewart ve ark 2024).

Psikiyatri hemşireleri danışmanlık rolleri içerisinde bireylerin baş etme becerilerini geliştirme, işlevselliğini artırma, ruh sağlıklarını geliştirmede önemli role sahiptirler. Ayrıca alanda sertifikalar alarak uzmanlaşabilmekte, bireylere, bakım vericilerine ve gruplara psikoterapi yapabilmektedirler. Psikiyatri hemşireleri aynı zamanda eğiticilik, danışmanlık ve savunuculuk rolleriyle damgalama ve sosyal mesafeyi azaltmayı ve önlemeyi amaçlarlar (Aydemir Gedük 2018, Altundal Duru ve Yılmaz 2023). Damgalama kendini günlük konuşma, medyada/sosyal medyada kullanılan tabirler ve toplumsal dışlama gibi yollarla kendini göstermektedir. Ruhsal hastalıkların bir sağlık sorunu değil başarısızlık, talihsizlik olarak ifade edilmesi, damgalamanın kalıcı etkilerinin oluşmasına sebep olabilmektedir (Stewart ve ark 2024).

Ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanç, damgalama ve ayrımcılıklar insanlığın ilk çağlarından beri görülmektedir (Avcil ve ark 2016). Psikiyatri hemşireleri toplum liderleri ve diğer meslek dallarıyla, sahada ve akademide çalışan hemşirelerle iş birliği yaparak ruhsal hastalıklarda risk faktörleri ve ruhsal hastalıklar gibi konularda halka eğitim planlayabilir, toplumsal yardım kuruluşlarında rol alabilir, hastaların hastaneye sevk ve tedavisi için adım atabilirler (Bilge ve Çam 2008, Yener Özcan 2019). Toplumda farkındalık yaratmak amacıyla her yıl '10 Ekim Dünya Ruh Sağlığı Günü'nde farkındalık çalışmaları yapılması da bu konuda atılabilecek önemli adımlardan biri olabilir (Bostancı 2005).

Ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanç ve damgalama farklı meslek gruplarında ve toplumda görülebildiği gibi sağlık çalışanlarında da görülebilmektedir (Bostancı ve Aştı 2004, Bağ ve Ekinci 2005, Çam ve Baysan Arabacı 2014, Şahin Tarım ve Yılmaz 2018). Hemşirelerin olumsuz tutumları hastaların hastalıkla

mücadele etmelerinde zorluk yaşatabilmekte ve tedaviye başvurularında engel oluşturabilmektedir (Stewart 2024). Bu nedenle hemşirelerin inanç ve tutumlarının olumlu olması hem hastaların tedavisinde hem de toplumun farkındalığı için önemlidir (Açıkgöz ve Akkuş 2018). Bu bağlamda hemşirelerin olumlu tutumlara sahip olması için ruh sağlığı ve psikiyatri ders içeriklerinin, öğrencilerin hasta ve hastalıklara yönelik inançlarını olumlu yönde değiştirecek şekilde zenginleştirilmesi, hemşirelere eğitimler düzenlenmesi, psikiyatri birimlerine uzman psikiyatri hemşiresi görevlendirilmesi önerilmektedir (Çam ve Baysan Arabacı 2014, Öztürk ve ark 2015, Şahin Tarım ve Yılmaz 2018).

1.4. Ruhsal Hastalıklarda Sosyal Mesafe

Ruhsal hastalığı olan bireyler, tarihsel süreç boyunca toplumda genellikle kabul görmemiş ve bu durum onların sosyal ilişkilerinde dışlanmalarına neden olmuştur. Bu bağlamda sosyal mesafe kavramı önem kazanmaktadır. Sosyal mesafe kavramı ilk olarak Bogardus (1933) tarafından ortaya konmuş ve bireylerin farklı sosyal gruplarla kurmak istedikleri yakınlık ya da mesafe düzeyini ifade eden bir kavram olarak tanımlanmıştır. Bu yaklaşım, bireylerin belirli gruplara karşı geliştirdikleri sempatik anlayışın derecesini göstermektedir (Bogardus 1933, Arkar 1991). Ruhsal hastalıklara yönelik sosyal mesafe ise, bireylerin ruhsal hastalığı olan kişilerle aynı ortamda bulunma, arkadaşlık kurma, birlikte çalışma ya da komşuluk ilişkisi geliştirme gibi durumlara ne ölçüde istekli olduklarını ortaya koymaktadır (Arkar 1991).

Ruhsal hastalıklara yönelik ayrımcı ve dışlayıcı tutumların en belirgin yansıması sosyal mesafe kavramında görülmektedir (Arslantaş ve ark 2021). Sosyal mesafe ölçümü için en yaygın kullanılan araç, Bogardus tarafından geliştirilen Sosyal Mesafe Ölçeğidir. Bu ölçek bireylerin farklı sosyal gruplarla veya grupların bireylerle hangi düzeyde yakınlık kurmak istediklerini ölçmeye yönelik sorular içermektedir (Şan ve Akyiğit 2021). Daha sonra Arkar (1991), bu ölçeği ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik sosyal mesafeyi değerlendirmek amacıyla uyarlamıştır (Çalık Koyak ve Arslantaş 2020). Yapılan araştırmalar, bireylerin ruhsal hastalığı olan kişilerle aynı mahallede yaşama, birlikte çalışma ya da arkadaşlık kurma gibi durumlarda genellikle mesafe koyma eğiliminde olduklarını göstermektedir (Arkar 1991, Demirören ve ark 2015, Durat ve ark 2017, Ünal ve Koçak Uyaroğlu 2022).

Bogardus'un geliştirdiği ölçek, başlangıçta farklı etnik kökenlere sahip kişilerin özel ve toplumsal yaşamda birbirleriyle ilişki kurma istekliliğini incelemek amacıyla oluşturulmuştur. Bu ölçek aracılığıyla önyargının hangi alanlarda ve ne düzeyde ortaya çıktığı saptanabilmektedir. Örneğin, komşluk, arkadaşlık ya da duygusal ilişki gibi sosyal etkileşim alanlarında önyargının artması sosyal mesafe düzeyini de yükseltmektedir (Eyice ve Yazıcı 2024). Benzer şekilde ruhsal hastalık bağlamında da bireylerin önyargı ve damgalama düzeyleri, sosyal mesafe ile somutlaşmaktadır (Taşkın ve ark 2006).

Sosyal mesafe düzeyini etkileyen faktörler de literatürde tartişılmıştır. Psikiyatrik hastalıklara yönelik olumsuz tutumların özellikle adolesan dönemde değiştirilebilmesi görece daha kolay bulunmuştur (Arslantaş ve ark., 2019). Bunun yanı sıra sosyoekonomik durumun sosyal mesafe eğilimini etkilediği bildirilmektedir. Bazı çalışmalarda ekonomik gelir düzeyi yükseldikçe sosyal mesafe koyma eğiliminin arttığı, bazı çalışmalarda ise düşük gelir düzeyinin olumsuz inançları pekiştirdiği belirtilmiştir (Sağduyu ve ark 2001, Özmen ve ark 2003, Özmen ve Taşkın 2004, Ersoy ve Varan 2007, Arslantaş ve ark 2019).

1.4.1 Ruhsal Hastalara Yönelik Sosyal Mesafeyi Azaltmada Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Damgalama, sadece sosyal mesafeye neden olmakla kalmaz, aynı zamanda bireylerin yardım arayışını, tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini de olumsuz etkilemektedir (Corrigan ve Watson 2002). Ruhsal hastalık damgası, yardım arama, iyileşme önündeki temel bir engel olarak tanımlanmıştır ve ayrıca bireylerin yaşam kalitelerini de etkiler. Ruhsal hastalığı olan bireyler, damgalanmaktan ve "akıl hastası kişi" olarak etiketlenmekten kaçınmak için sağlık hizmetlerine erişemeyebilir ve hatta sosyal temaslarını azaltabilirler (Arkar 1991). Damgalama, ruhsal hastalığı olan kişilerin durumlarından ve deneyimlerinden korkmalarına, onları reddetmelerine ve önemsemelerine neden olabilen bir dizi bireysel, toplumsal duygusal, bilişsel ve davranışsal sistemi ifade eder (Özkara San ve ark 2022).

Yapılan bir araştırmada, toplumda ve bazı sağlık çalışanlarında ruhsal hastalıklara karşı hâlâ yüksek düzeyde sosyal mesafe eğilimi olduğunu ortaya koymuştur (Aydoğan ve Çetin 2018). Literatür incelendiğinde hemşirelik öğrencilerinin eğitim sürecinde psikiyatri stajlarının ve psikiyatri dersinin sosyal

mesafeyi azaltmaya katkı sağladığı belirlenmiştir (Öztürk ve ark 2015, Arslantaş 2021). Ayrıca, öğrencilerin doğrudan hasta deneyimi, soyut korkuların yerini empatiye bırakmasına katkı sağlamaktadır (Ünal ve Koçak Uyaroğlu 2022).

Literatür incelendiğinde ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlara sahip olanların hasta bireylere sosyal mesafe koyma yönelimlerinin daha fazla olduğu görülmüştür. Bunu değiştirmek için toplum ruh sağlığı hemşireleri topluma, toplum liderleri arasında görülen öğretmenlere, din görevlileri gibi meslek gruplarına yönelik farkındalık eğitimleri düzenlemelidir (Oban ve Küçük 2012, Arslantaş ve ark 2019, Çalık Koyak ve Arslantaş 2020, Arslantaş ve ark 2021). Özellikle kırsal bölgelerde ruhsal hastalık terimini yumuşak ve bilgilendirici şekilde yansıtmalıdır (Taşkın ve ark 2006, Oban ve Küçük 2012).

1.5. Din Görevlilerinin Toplumsal Rolü ve Ruh Sağlığı

Ruhsal hastalığı olan bireyler toplum tarafından normalden farklı ve tehlikeli görülmekte ve dışlanmaya maruz kalmaktadır (Açıkgöz ve Akkuş 2018). Ruhsal hastalıklara ve hastalara yönelik bu olumsuz inanç ve tutumların değiştirilebilmesi için topluma bilgilendirilme yapılması ve eğitim verilmesi gerekmektedir (Yüksel ve ark 2015). Bu noktada toplum lideri olarak kabul edilen meslek gruplarına da toplumsal farkındalığın sağlanması, toplumun inanç ve tutumlarının olumlu yönde gelişiminde önemli rol ve sorumluluklar düşmektedir (Açıkgöz ve Akkuş 2018).

Din, insan sağlığı açısından olumlu etkilere sahip olabileceği gibi etkisiz de kalabilmekte hatta dinin yanlış yorumlanmasına bağlı olarak olumsuz etkilere de sebep olabilmektedir. Dinin ruhsal hastalığa, dogmatizme ve hatta duygusal dengesizliğe sebep olabileceğini belirten kaynaklar olduğu gibi dinin psikolojik direnç, yaşam memnuniyeti ve psikolojik uyum gibi olumlu yönde destekleyici olabileceği de görülmektedir (Ayten 2024).

Frankl (2018) din ve ruh sağlığı ilişkisini “*Din her ne kadar da ruhsal iyileşmeyi ve hastalıklardan korunmayı temel amacı olarak görmese de insanlara başka hiçbir yerde bulamayacakları güven, korunma ve bağlanma hissi vererek sonuçları bakımından psikohijyenik ve neredeyse psikoterapik etki yaratabilmektedir*” şeklinde ifade etmekte olup dinin olumlu etkilerine vurgu yaptığı görülmektedir (Frank 2018). Ancak dini inançlar veya aktivitelerin bazen ciddi anlamda kötü ruh sağlığı ya da nevrotik davranışlarla ilişkili olabileceği de görülmektedir ve dinin

sağlıksız bir biçimde kullanılabileceğini veya sonuçta ruh sağlığını bozan ve sağlıklı büyümeyi önleyen savunma işlevlerine hizmet etmek üzere manipüle edilebilir olduğunu söylemekte mümkündür (Cohen ve Koenig 2016). Ayrıca ruhsal hastalıklara/hastalara yönelik dini yönden artırılmış damgalama, hastaların tedavi, rehabilitasyon ve işlevselliğinin sağlanmasında engel teşkil etmektedir (Peteet 2019). Stanford (2007) ruhsal hastalığı olan Hristiyan katılımcılar ile yürüttüğü bir çalışmada kilise tarafından terk edilme, hastalığın şeytanın işi olduğuna inanılması ve kişisel günahların hastalığa neden olduğu gibi tutum ve davranışlar ile karşılaştıklarını bildirmişlerdir. Çalışmada bu bulgular doğrultusunda din görevlilerinin ruhsal hastalık ve hasta konularında sürekli eğitime ihtiyacı olduğunu vurgulamaktadır (Stanford 2007).

Toplumun inanç ve tutumlarını değiştirmede etkin meslek grupları arasında görülen din görevlilerinin öncelikle bilgilendirilmesi toplumdaki değişim açısından önemli etkiye sahiptir (Yüksel ve ark 2015, Açıköz ve Akkuş 2018). Özellikle kırsal kesimlerde din görevlileri daha fazla danışman ve rol model görevi üstlenmektedir. Bu nedenle tıp dışı tedavi yöntemlerinden '*hocaya götürmek, muska yazdırmak*' gibi yöntemlerin hala devam ettiği düşünülürse din görevlilerinin konuya ilişkin bilgi sahibi olması, ruhsal hasta/hastalıklara yönelik olumlu tutumlarının varlığı ve toplumu yönlendirmesi noktasında önem arz etmektedir (Açıköz ve Akkuş 2018).

Yapılan çalışmalar incelendiğinde ruhsal hastalığı olan birey ve yakınlarının tıbbi tedavi dışında en fazla başvurdukları yöntemin geleneksel-dini tedavi yöntemleri olduğu ve din görevlileri aracılığıyla çare aradıkları ancak bu görevlilerin ruhsal hastalıklar hakkında yeterince bilgi sahibi olmadıkları görülmektedir (Yaşan ve Gürgeç 2004, Oral 2005, Güleç ve ark 2006, Güner ve ark 2012, Güngörmüş ve ark 2014, Sarıkoç ve ark 2015, Yalvaç ve ark 2015, Peteet 2019, Göktaş ve Buldukoğlu 2022). Din görevlileri manevi teşhis ve tedavide bulunduğu ruhsal hastalığı olan bireylerin tıbbi tedavi ve yardım almasını geciktirebilmektedir (İbrahim ve ark 2019). Yapılan bir çalışmada din görevlilerinin sosyal alanda şizofreni hastalarına daha ılımlı bir tutum gösterirken, özel hayatlarında ise bu kişilerle aralarına mesafe koymak istedikleri saptanmıştır (Eker ve ark 2010). Din görevlilerinin toplumun olumsuz tutum ve davranışlarını azaltmada, hastaların ve yakınlarının tıbbi tedavinin önemini anlamasında, tıbbi tedaviye yönelmesinde ve damgalamanın azaltılmasında ciddi katkılarının olacağı, aynı zamanda gerekli eğitim ve bilgilendirme ile ruhsal hastalık

durumunda bireylerin sağlık kuruluşlarına başvurma sũreci kısaltılarak hastalığın gidişatının kũtũleřmesinin engellenebileceği literatũrde bahsedilmektedir (Gũktař ve Buldukoğlu 2022).



2. GEREÇ ve YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tasarımı

Bu çalışma din görevlilerine uygulanan ruhsal hastalıklara yönelik farkındalık eğitiminin, ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve sosyal mesafe üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla ön test son test deseninde tasarlanmış randomize kontrollü türde bir çalışmadır.

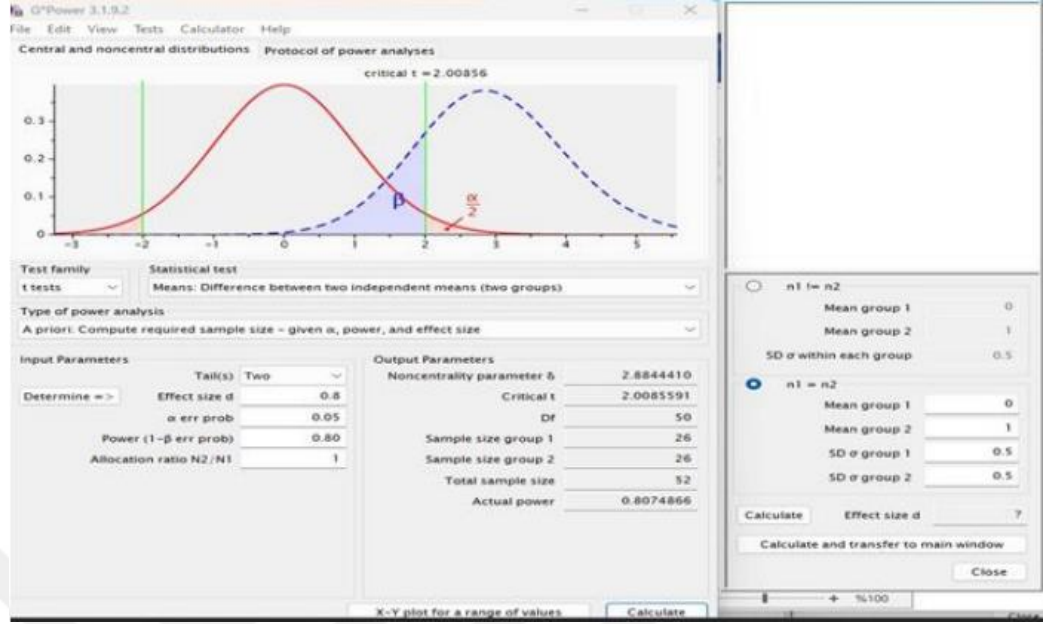
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Çalışma, Konya ilinin Selçuklu ilçesinde bulunan ve kura yöntemi ile belirlenen Yunus Emre Yatılı Kız Kuran Kursu ve Mehmet Fuat Binici Kız Kuran Kursunda yürütüldü. Kuran Kursunda 27 adet derslik bulunmakta, 550-600 öğrenci kapasitelidir. 34 adet yatakhane, 300 kişilik mescit, 400 m²lik hafızlık bölümü, 380 koltuklu konferans salonu, yüzme havuzu, fitness salonu, Türk hamamı, sauna, spor alanı ve 120 öğrenci kapasiteli çocuk evi mevcuttur. Yunus Emre Yatılı Kız Kuran Kursunda 35 din görevlisi (Kuran Kursu Hocası/Öğreticisi) görev yapmaktadır. Din görevlilerinin son bir yıl içerisinde benzer bir eğitim programına katılmadığı belirlenmiştir. Mehmet Fuat Binici Kız Kuran Kursunda 40 din görevlisi (Kuran Kursu Hocası/Öğreticisi) görev yapmaktadır. 16 derslik bulunmakta ve 400-450 öğrenci kapasitelidir. 150 kişilik konferans salonu mevcuttur. Mustafa Büyükkaplan Kız Hafız İmam Hatip Ortaokulu ile birleşik binalarda iş birliği içerisinde çalışmaktadırlar. Din görevlilerinin son bir yıl içerisinde benzer bir eğitim programına katılmadığı belirlenmiştir. Eğitimler kursların konferans salonlarında hocaların derslerine engel olmayacak şekilde ders bitiminde mesai saatleri dışında yapılmıştır.

2.3. Araştırmanın Çalışma Grubu

Araştırmanın çalışma grubunu Konya Yunus Emre Yatılı Kur'an Kursu ve Mehmet Fuat Binici Kız Kuran Kursunda görev yapmakta olan Din görevlileri oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında G*Power 3.1.9.2 programı kullanılmıştır. Örneklem hesabında Cohen'in büyük etki büyüklüğü (0,80) dikkate alınmıştır (Cohen 1988, Gignac ve Szodorai 2016, Keskin 2020). Çalışmanın örneklem hesabında 0,80 etki büyüklüğü, 0.80 güç ve 0.05 tip 1 hata payı alınmış ve örneklem büyüklüğü 26 müdahale, 26 kontrol grubu olmak üzere toplam 52 olarak hesaplanmıştır. Belirlenen örnek büyüklüğü doğrultusunda dahil etme ve

dışlama kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden din görevlileri çalışma grubunu oluşturmaktadır.



Şekil 1. Örneklem hesabı

2.4. Randomizasyon

Din görevlileri müdahale ve kontrol gruplarına rastgele atanmıştır. Müdahale ve kontrol gruplarına araştırmacı dışında bir istatistikçi tarafından basit randomizasyon yöntemi ile atama yapılmıştır. Çalışma kapsamına dahil edilme kriterlerini karşılayan din görevlileri arasından müdahale ve kontrol grubu setleri her bir grupta 26 birey olacak şekilde research randomizer bilgisayar programı (<https://www.randomizer.org/>) kullanılarak oluşturulmuştur.

2.5. Araştırmanın Seçim Kriterleri

2.5.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Konya Yunus Emre Yatılı Kuran Kursu ve Mehmet Fuat Binici Kız Kuran Kursunda din görevlisi olarak çalışıyor olma
- 18 yaşından büyük olmak
- En az bir yıldır din görevlisi olarak çalışıyor olmak

2.5.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- Eşlik eden benzer bir programa katılıyor olma

- Kronik ruhsal bir hastalığa sahip olma
- Birinci derece yakınlarında ruhsal hastalık varlığı

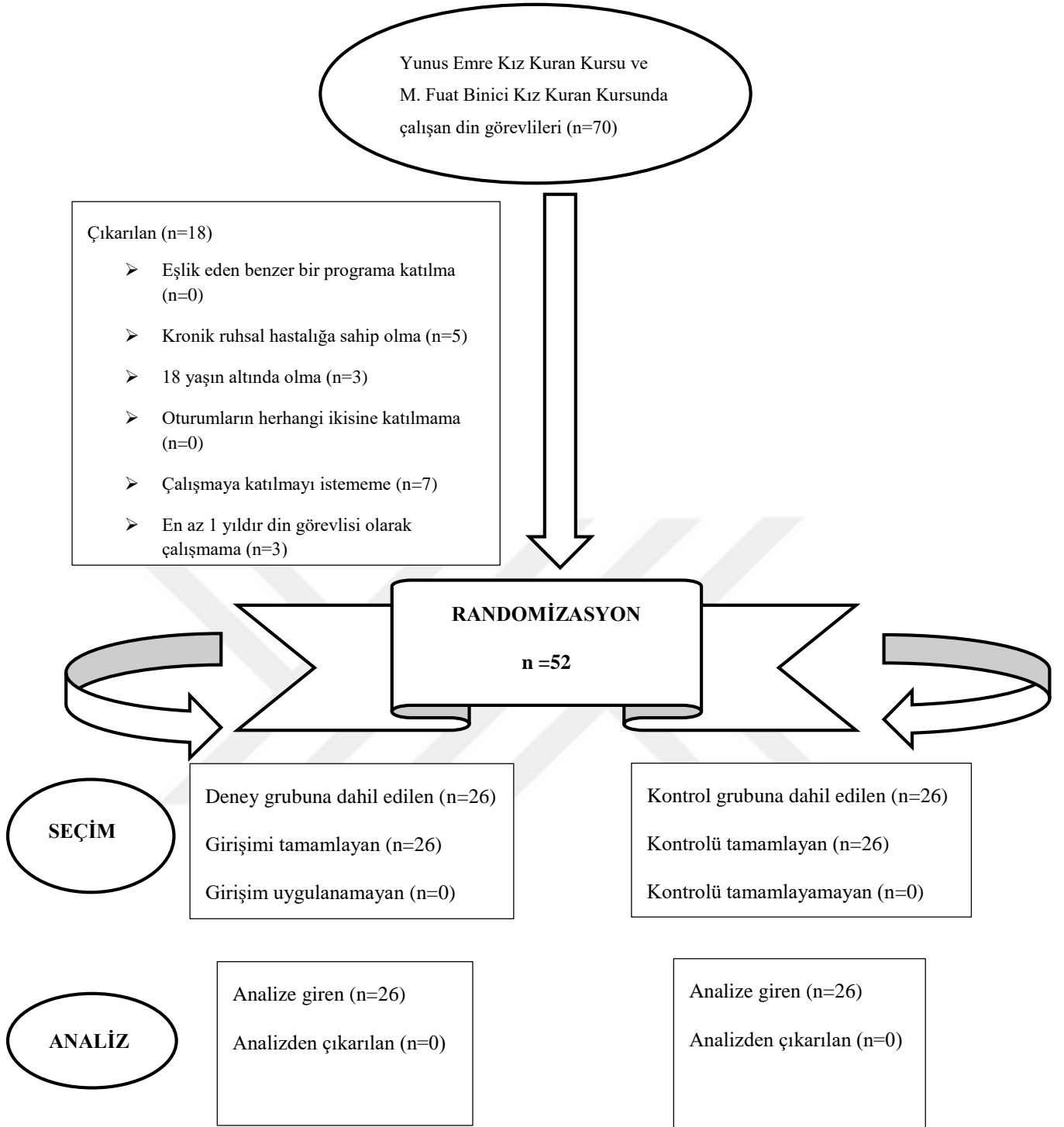
2.5.3 Çalışmadan Çıkarılma Kriterleri

- Oturumların herhangi ikisine katılmama
- Çalışmadan ayrılmayı isteme

Uygunluk kriterlerini karşılayan 52 din görevlisi, istatistikçi tarafından sistematik olarak listelenmiş ve her din görevlisine bir numara atanmıştır. Atama işlemi, www.randomizer.org adresinde bulunan çevrimiçi rastgele sayı üreticisi aracılığıyla gerçekleştirilmiş ve katılımcılar bilgisayar destekli basit randomizasyon yöntemiyle A ve B grubu olmak üzere iki gruba eşit olasılıkla dağıtılmıştır.

Bu seçilen din görevlileri, müdahale ve kontrol gruplarına yerleştirilmek üzere rastgele atama yöntemine tabi tutulmuştur. A ve B gruplarının müdahale ve kontrol grubu olarak belirlenmesi, kura yöntemiyle rastgele yapılmış olup, kura sonucunda A grubu müdahale grubu, B grubu ise kontrol grubu olarak atanmıştır.

Şekil 2. Randomizasyonun belirlenmesi



Şekil 3. Çalışmanın Consort Akış Şeması

2.6. Veri Toplama Araçları ve Tekniği

Din görevlilerinin sosyodemografik özelliklerini belirlemek ve uygun grupları oluşturabilmek için araştırmacı tarafından oluşturulan Kişisel Bilgi Formu (EK-A), din görevlilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını belirlemek için Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ) (EK-B), sosyal mesafe düzeylerini ölçmek için Sosyal Mesafe Ölçeği (SMÖ) (EK-C) kullanılmıştır.

Araştırmada veriler Mart-Mayıs 2025 tarihleri arasında iki aşamalı (ön test- son test) olarak yüz yüze anket formu ile araştırmacı tarafından toplanmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanması yaklaşık 20 dk sürmüştür.

2.6.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-A)

Literatür taraması sonucu hazırlanan kişisel bilgi formu; din görevlilerinin demografik özelliklerini (yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma yılı) değerlendirmek amacıyla hazırlanan 4 sorudan oluşmaktadır (Eker ve ark 2010, Igbinomwanhia ve ark 2013, Açıkgoz ve Akkuş 2018).

2.6.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ) (EK-B)

Hirai ve Clum (2000) tarafından geliştirilen, Bilge ve Çam (2008) tarafından Türkçeye uyarlaması yapılan ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki ifadeler ruhsal hastalığa ilişkin olumsuz inançları içermekte olup ölçekten elde edilen puan ruhsal hastalığa ilişkin olumsuz inanç düzeyini göstermektedir. Ölçek 6'lı likert tipi bir ölçek olup "tamamen katılmıyorum" (0), "çoğunlukla katılmıyorum" (1), "kısmen katılmıyorum" (2), "kısmen katılıyorum" (3), "çoğunlukla katılıyorum" (4) ve "tamamen katılıyorum" (5) şeklinde puanlanmaktadır. Ölçek hem toplam puan hem de alt ölçek puanlarına göre yorumlanmaktadır. RHYİÖ 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Tehlikelilik alt ölçeği (1.,2., 3.,4.,5., 6.,7., 13. maddeler) ruhsal hastalıkların ve hastaların tehlikeli olduğu ile ilgili 8 maddeden oluşur. Bu alt ölçekten alınabilecek puan 0-40 arasındadır. Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği (8, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21.maddeler) ruhsal hastalıkların kişilerarası ilişkiyi etkileme ve buna bağlı çaresizlik durumlarını içeren 11 maddeden oluşur. Bu alt ölçekten alınabilecek puan 0-55 arasındadır. Utanma alt ölçeği (12. ve 15. maddeler) ruhsal hastalığın utanılacak bir durum olduğunu ifade eden 2 maddeden oluşur. Bu alt ölçekten alınabilecek puan 0-10 arasında değişir. Ölçekten minimum "0", maksimum 105 puan alınabilmektedir. Ölçek toplam puanı için Cronbach alfa katsayısı 0,82;

Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt ölçeği için 0,80; Tehlikeli alt ölçeği için 0,71 ve Utanma alt ölçeği için 0,69 olarak bildirilmiştir.

2.6.3. Sosyal Mesafe Ölçeği (SMÖ) (EK-C)

Arkar (1991) tarafından geliştirilen ölçek, örnek iki vaka ve bu vakalarla ilgili sorulardan oluşmaktadır. Vakalarda psikiyatrik tanılar verilmemiştir. Psikiyatrik tanımlaması yapılmamış vakaları, kişi ile ruhsal hastalığı olan birey arasında tercih edilen sosyal mesafeyi ölçmek için geliştirilen sorular izlemiştir. Ölçek; 7 dereceli Likert tipinde bir ölçektir; “Kesinlikle rahatsız etmez: 1”, “Rahatsız etmez: 2”, “Pek Rahatsız Etmez: 3”, “Farketmez: 4”, “Biraz rahatsız eder: 5”, “Rahatsız eder: 6”, “Kesinlikle Rahatsız eder: 7” ifadeleri ile cevaplanan 14 sorudan oluşmaktadır. Ölçek; toplam puan üzerinden değerlendirmekte olup ölçekten alınan puanın yükselmesi sosyal mesafenin fazla olduğunu göstermektedir. Ölçekten 14-98 arasında puan alınabilmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,88 olarak bildirilmiştir.

2. 7. Müdahalenin Planlanması ve Araştırmanın Uygulama Basamakları

2.7.1. Müdahale Grubu

Ruhsal Hastalıklara Yönelik farkındalık eğitimi müdahale grubundaki din görevlilerine uygulanacaktır. Eğitim programının hazırlık sürecinde ilgili literatür taraması yapılmış ve bu alanda geliştirilmiş eğitim ve psikoeğitim programları incelenerek Ruhsal Hastalıklara Yönelik Farkındalık Eğitimi hazırlanmıştır (Arkar, 1991, Bilge ve Çam 2008, Oban ve ark 2012, Casale ve ark 2013, Çalık Koyak 2017, Çalık Koyak ve Arslantaş 2020). Eğitimin amacı damgalamayı önlemede toplum liderleri arasında kabul edilen din görevlilerinin ruhsal hastalıklara yönelik farkındalığını ve bilgi düzeyini artırmak, ruhsal hastalıkları olan bireylere yönelik muhtemel olumsuz inanç ve sosyal mesafeyi azaltmaya yönelik bilgilendirmektir. Eğitim her hafta bir oturum olmak üzere altı oturumdan oluşmakta olup her oturum yaklaşık 45 dakika olacak şekilde uygulanmıştır (EK-D). Farkındalık eğitimi öncesi-sonrası Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Sosyal Mesafe Ölçeği ile veriler toplanmıştır.

2.7.2 Kontrol Grubu

Kontrol grubuna herhangi bir müdahalede bulunulmadı. Veri toplama araçlarından olan Kişisel Bilgi Formu, Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve

Sosyal Mesafe Ölçeği ön test ve son test olacak şekilde uygulandı. Çalışma tamamlandıktan sonra kontrol grubunda yer alan din görevlilerine oturularda kullanılan sunumlara erişim imkânı sağlanmıştır.

2.7.3. Araştırmanın Uygulama Basamakları

Araştırmanın uygulama süreci Mart- Mayıs 2025 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Bu süreçte din görevlilerine Ruhsal Hastalıklara Yönelik farkındalık eğitimi uygulandı. Araştırmanın uygulanması üç aşamada gerçekleşti. Bu aşamalar;

1. Aşama: 17 Mart 2025 tarihinde müdahale programı uygulanmadan önce müdahale ve kontrol grubunda yer alan din görevlilerine Kişisel Bilgi Formu (EK-A), Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ) (EK-B) ve Sosyal Mesafe Ölçeği (SMÖ) (EK-C) uygulandı.

2. Aşama: Müdahale grubundaki din görevlilerine 6 oturumdan oluşan Ruhsal Hastalıklara Yönelik Farkındalık Eğitimi uygulandı (Tablo 1).

3. Aşama: Farkındalık eğitiminin tamamlanmasının ardından 5 Mayıs 2025'te müdahale ve kontrol grubunda yer alan din görevlilerine Kişisel Bilgi Formu (EK-A), Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ) (EK-B) ve Sosyal Mesafe Ölçeği (SMÖ) (EK-C) yeniden uygulandı.

Tablo 1.Ruhsal Hastalıklara Yönelik Farkındalık Eğitiminin Oturum Konu Başlıkları (EK-D)

Oturum	Eğitimin Amaç ve Hedefleri	Eğitimin İçeriği	Eğitim Yöntemi
1.Oturum Grupla Tanışma	<p>Amaç; eğitim ile ilgili bilgilendirme görüşmesi yapmak, katılımcıları tanımaktır. Hedef;</p> <ul style="list-style-type: none">• Eğitimci ve katılımcılar birbirini tanıyacaktır.• Eğitim içeriği açıklanacaktır.• Eğitimci ve katılımcı arasında güven ve iş birliği olan bir ortam oluşturulacaktır.• Grup kuralları belirlenecektir		Düz Anlatım
2.Oturum Sağlık, Hastalık ve Ruh sağlığı	<p>Amaç; sağlık, hastalık ve ruh sağlığı tanımını vermeye yönelik bilgilendirme yapmaktır.</p> <p>Hedef:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sağlıkın tanımı verilecek.• Hastalığın tanımı verilecek.• Ruhsal sağlığı tanımı verilecek.	<ul style="list-style-type: none">• Sağlık tanımı• Hastalık tanımı• Ruhsal hastalık tanımı	Sunum ve Anlatım
3.Oturum Ruhsal hastalık nedir	<p>Amaç: Ruhsal hastalığın tanımı, nedenleri, görülme sıklığı ve ruhsal hastalıklara ilişkin yanlış inanışlar üzerine bilgi vermek.</p> <p>Hedef:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ruhsal hastalık tanımı verilecek.• Ruhsal hastalıklara ve ruhsal hastalıklara yönelik mitler ve nedenleri hakkında katılımcılara eğitim verilecek.• Ruhsal hastalıkların görülme sıklığından bahsedilecek.• Başlıca ruhsal hastalıklardan bahsedilecek.	<ul style="list-style-type: none">• Ruhsal hastalık tanımı• Ruhsal hastalıkların nedenleri• Ruhsal hastalıkların görülme sıklığı• Ruhsal hastalıklar hakkında mitler (Doğru ve yanlış bilinen gerçekler)• Başlıca ruhsal hastalıklar	Sunum ve Anlatım

Tablo 1 (devamı).Ruhsal Hastalıklara Yönelik Farkındalık Eğitiminin Oturum Konu Başlıkları (EK-D)

4.Oturum Ruhsal Hastalıklarda Olumsuz İnançlar	<p>Amaç; ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlar, damgalanma ve sonuçlarına yönelik bilgilendirme yapmaktır.</p> <p>Hedef:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlar üzerine tartışılacak.• Damgalama tanımı verilecek.• Damgalanan hastalar ve damgalamanın hasta ve aileleri üzerinde etkisi hakkında bilgi verilecek.• Damgalamayla mücadele için neler yapılabilir konuşulacak.	<ul style="list-style-type: none">• Ruhsal hastalıklara yönelik inançlar• Damgalanma tanımı• Damgalanmanın hastalar ve aileleri üzerine etkisi• Damgalamayla mücadele için neler yapılabilir	Sunum ve Anlatım
5.Oturum Ruhsal İyileşme	<p>Amaç: Ruhsal iyileşme hakkında bilgilendirme yapmaktır.</p> <p>Hedef:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ruhsal iyileşme anlatılacak.• Biz, Siz, Onlar belgeseli izletilecek.,• Eğitim hakkında geri bildirimler alınacak.	<ul style="list-style-type: none">• Ruhsal iyileşmenin tanımı• Biz, Siz, Onlar Belgeseli	Sunum ve Anlatım
6. Oturum Sonlandırma	<p>Amaç; din görevlilerine uygulanan ruhsal hastalıklara yönelik farkındalık eğitim sürecini değerlendirme ve sonlandırma yapmaktır.</p> <p>Hedef:</p> <ul style="list-style-type: none">• Oturum sonlandırılacak.• Eğitim ile ilgili öneri, eleştiriler alınıp geri bildirimler sağlanacak.		Düz anlatım

2.8. Araştırmanın Değişkenleri

2.8.1. Bağımsız Değişkenler

- Ruhsal Hastalıklara Yönelik Farkındalık Eğitimi

2.8.2. Bağımlı Değişkenler

- Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği toplam puan ortalaması
- Tehlikeli alt ölçek puan ortalaması
- Çaresizlik ve Kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçek puan ortalaması
- Utanma alt ölçek puan ortalaması
- Sosyal Mesafe ölçeği toplam puan ortalaması

2.8.3. Kontrol Değişkenleri

- Sosyodemografik değişkenler (cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslekte çalışma yılı)

2.9. Verilerin Analizi

Veriler SPSS 22.0 paket programında değerlendirilmiştir. Veriler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma şeklinde özetlenmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiş ve veriler normal dağılıma uygun bulunmuştur. Müdahale ve kontrol gruplarının benzerlik analizlerinde ki kare testi ve bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Müdahale ve kontrol grubunun bağımlı değişkenlere göre ön test ve son test ölçümlerinin gruplar arası karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi; müdahale ve kontrol grubunun kendi içinde bağımlı değişkenlere göre ön test ve son test ölçümlerinin karşılaştırılmasında bağımlı gruplarda t testi kullanılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında ve $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

2.10. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmada kullanılan veri toplama araçlarının geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarını yapan yazarlardan ölçek kullanım izinleri alınmıştır (EK-E). Çalışmanın yapılabilmesi için Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay (Karar Sayısı 2024/23, Toplantı Tarihi 02.04.2024, EK-F) alınmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü kurum için Etik onayın ardından Selçuklu Müftülüğünden kurum izni alınmıştır (EK-G). Çalışmaya

başlamadan önce hem müdahale hem de kontrol grubundaki din görevlilerinden “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu” ile yazılı olurları (EK-H) alınmıştır. Araştırmanın yapılma amacı ve süresi kısaca açıklanarak “Aydınlatılmış Onam” ilkesi, bireylerin istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek “Özerklik” ilkesi, bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek “Gizlilik ve Gizliliğin korunması” ilkesi yerine getirilmiştir. Ayrıca kontrol grubundaki din görevlilerine “Eşitlik” ilkesi doğrultusunda çalışma tamamlandıktan sonra oturumlarda kullanılan sunumlara erişim imkânı sağlanmıştır.

2.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma, Konya ili Selçuklu ilçesinde bulunan Yunus Emre Yatılı Kız Kuran Kursu ve Mehmet Fuat Binici Kız Kuran Kursunda görev yapan din görevlilerini kapsadığı ve yalnızca kadın din görevlileri dahil edildiği için örneklem sınırlılığı içermektedir. Ayrıca çalışma, iki Kuran kursunda görev yapan din görevlileriyle sınırlı tutulması nedeniyle elde edilen bulgular farklı bölge veya kurumlardaki din görevlilerine genellenememektedir ancak genellemelere katkı sunabileceği düşünülmektedir. Deney ve kontrol grubunda yer alan din görevlilerinin aynı kurum bünyesinde çalışmaları, gruplar arası etkileşim yoluyla bilgi veya tutum aktarımı riskini doğurduğundan, müdahale etkisinin kontrol grubuna da bulaşma riskini artırmakta ve bu durum araştırmanın sınırlılıkları arasında değerlendirilmektedir. Eğitimin kısa süreli olması ve eğitim sonu sadece bir kez değerlendirme yapılmış olması izlemin olmaması bir diğer sınırlılıktır.

3. BULGULAR

Din görevlilerine uygulanan ruhsal hastalıklara yönelik farkındalık eğitiminin, ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve sosyal mesafe üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular üç başlık altında incelenmiştir.

3.1. Müdahale ve kontrol grubunun bazı sosyodemografik özelliklerine ilişkin elde edilen bulgular

3.2. Müdahale ve kontrol grubunun ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği ve alt boyut puanlarına ilişkin elde edilen bulgular

3.3. Müdahale ve kontrol grubunun sosyal mesafe ölçeği puanlarına ilişkin elde edilen bulgular

3.1. Müdahale ve kontrol grubunun bazı sosyodemografik özelliklerine ilişkin elde edilen bulgular

Tablo 1. Müdahale ve kontrol grubundaki din görevlilerinin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı.

	Müdahale (n=26)		Kontrol (n=26)		t	p
	Ort	SS	Ort	SS		
Yaş	37,57	6,38	36,80	9,10	-0,353	0,726
Çalışma yılı	9,53	5,33	8,11	6,28	-0,881	0,383
	n	%	n	%	X ²	p
Medeni Durum						
Evli	17	65,4	15	57,7	0,325	0,569
Bekar	9	34,6	11	42,3		
Eğitim Durumu						
Lise	3	11,5	3	11,5	0,000	1,000
Ön lisans	9	34,6	9	34,6		
Lisans ve üzeri	14	53,8	14	53,8		

Tablo 1’de din görevlilerinin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Müdahale grubundaki din görevlilerinin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, yaş ortalaması $37,57 \pm 6,38$ ve meslekte çalışma yıl ortalaması $9,53 \pm 5,33$ olarak belirlendi. Müdahale grubunda yer alan din görevlilerinin %65,4’ünün evli olduğu ve %53,8’inin lisans ve üzeri mezunu olduğu görülmüştür. Kontrol grubundaki din görevlilerinin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde ise yaş ortalaması $36,80 \pm 9,10$ ve meslekte çalışma yıl ortalaması ise $8,11 \pm 6,28$ olarak belirlendi. Kontrol grubunda yer alan din görevlilerinin %57,7’sinin evli olduğu ve %53,8’inin lisans ve üzeri mezunu olduğu belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol grubundaki öğrencilerin yaş, meslekte çalışma yılı, medeni durum ve eğitim durumuna

göre dağılımları ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 1).

3.2. Müdahale ve kontrol grubunun ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği ve alt boyut puanlarına ilişkin elde edilen bulgular

Tablo 2. Müdahale ve kontrol grubundaki din görevlilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği ve alt boyut puanlarının ön test ve son test ölçümlerine göre dağılımı.

	Ön Test	Son Test	Grup İçi Fark	
	X ± SS	X ± SS	t ^b	p
Tehlikeli Alt Boyut				
Müdahale	22,80±6,44	19,57±6,67	2,325	0,028*
Kontrol	25,57±6,72	26,15±6,59	-0,453	0,654
<i>Gruplar Arası Fark</i>	t ^a = 1,515 p= 0,136	t ^a = 3,575 p= 0,001**		
Utandırma Alt Boyut				
Müdahale	2,03±2,06	1,73±1,97	0,869	0,393
Kontrol	1,15±1,54	2,23±2,87	-1,811	0,082
<i>Gruplar Arası Fark</i>	t ^a = -1,749 p=0,086	t ^a = 0,731 p= 0,468		
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Boyutu				
Müdahale	25,61±7,65	23,76±14,32	0,749	0,461
Kontrol	26,38±10,81	27,69±8,78	-0,0805	0,428
<i>Gruplar Arası Fark</i>	t ^a = 0,296 p= 0,768	t ^a = 1,191 p= 0,239		
Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği Ölçeği				
Müdahale	50,46±14,10	45,07±20,89	1,488	0,149
Kontrol	53,11±16,92	56,07±15,19	-1,170	0,253
<i>Gruplar Arası Fark</i>	t ^a = 0,614 p= 0,542	t ^a = 2,171 p= 0,035*		

X: Ortalama; SS: Standart Sapma; t^a: Gruplar arası farklılıklar (Bağımsız gruplarda t testi);
t^b: Grup içi arası farklılıklar (Bağımlı gruplarda t testi), *p<0,05; **p<0,01

Tablo 2’de müdahale ve kontrol grubundaki din görevlilerinin Ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği ve alt boyut (tehlikeli, çaresizlik, utandırma) puan ortalamalarının ön test ve son test ölçümlerine göre dağılımı gösterilmektedir.

Müdahale grubunun Ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği tehlikeli alt boyutu puan ortalamasının son testte (19,57±6,67) ön teste (22,80±6,44) göre azaldığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Gruplar arası karşılaştırmada girişim sonrası müdahale ve kontrol grubunun tehlikeli alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,01$). Bu bulgu Ruhsal hastalıklara yönelik farkındalık eğitimi uygulanan din görevlilerinin tehlikelilik alt boyut puan ortalaması kontrol grubundan düşüktür hipotezini destekler niteliktedir. Bu bilgiler doğrultusunda **H1.2 hipotezi kabul edilmiştir.**

Müdahale grubunun Ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği utanma alt boyutu puan ortalamasının son testte ($1,73\pm 1,97$) ön teste ($2,03\pm 2,06$) göre azaldığı ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Gruplar arası karşılaştırmada girişim sonrası müdahale ve kontrol grubunun utanma alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Bu bulgu Ruhsal hastalıklara yönelik farkındalık eğitimi uygulanan din görevlilerinin utanma alt boyut puan ortalaması kontrol grubundan düşüktür hipotezini desteklememektedir. Bu bilgiler doğrultusunda **H1.3 hipotezi reddedilmiştir.**

Müdahale grubunun Ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyutu puan ortalamasının son testte ($23,76\pm 14,32$) ön teste ($25,61\pm 7,65$) göre azaldığı ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Gruplar arası karşılaştırmada girişim sonrası müdahale ve kontrol grubunun çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Bu bulgu Ruhsal hastalıklara yönelik farkındalık eğitimi uygulanan din görevlilerinin çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyut puan ortalaması kontrol grubundan düşüktür hipotezini desteklememektedir. Bu bilgiler doğrultusunda **H1.4 hipotezi reddedilmiştir.**

Müdahale grubunun Ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği puan ortalamasının son testte ($45,07\pm 20,89$) ön teste ($50,46\pm 14,10$) göre azaldığı ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Gruplar arası karşılaştırmada girişim sonrası müdahale ve kontrol grubunun Ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu bulgu Ruhsal hastalıklara yönelik farkındalık eğitimi uygulanan din görevlilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği puan ortalaması kontrol grubundan düşüktür hipotezini desteklemektedir. Bu bilgiler doğrultusunda **H1.1 hipotezi kabul edilmiştir.**

3.3. Müdahale ve kontrol grubunun sosyal mesafe ölçeği puanlarına ilişkin elde edilen bulgular

Tablo 3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Din Görevlilerinin Sosyal Mesafe Ölçeği Puanlarının Ön Test ve Son Test Ölçümlerine Göre Dağılımı.

	Ön Test	Son Test	Grup İçi Fark	
	X ± SS	X ± SS	t ^b	p
Sosyal Mesafe Ölçeği				
Müdahale	81,92±15,86	64,42±20,51	3,915	0,001**
Kontrol	74,07±19,68	78,07±17,04	-1,202	0,240
<i>Gruplar Arası Fark</i>	t ^a =-1,582 p= 0,120	t ^a =2,610 p= 0,012*		

X: Ortalama; SS: Standart Sapma; t^a: Gruplar arası farklılıklar (Bağımsız gruplarda t testi); t^b: Grup içi arası farklılıklar (Bağımlı gruplarda t testi), *p<0,05;**p<0,01

Tablo 3'te müdahale ve kontrol grubundaki din görevlilerinin Sosyal mesafe ölçeği puan ortalamasının ön test ve son test ölçümlerine göre dağılımı gösterilmektedir.

Müdahale grubunun Sosyal mesafe ölçeği puan ortalamasının son testte (64,42±20,51) ön teste (81,92±15,86) göre azaldığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,01). Gruplar arası karşılaştırmada girişim sonrası müdahale ve kontrol grubunun Sosyal mesafe ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (p<0,05). Bu bulgu Ruhsal hastalıklara yönelik farkındalık eğitimi uygulanan din görevlilerinin sosyal mesafe ölçeği puan ortalaması kontrol grubundan düşüktür hipotezini desteklemektedir. Bu bilgiler doğrultusunda **H1.5 hipotezi kabul edilmiştir.**

4. TARTIŞMA

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik olumsuz inanç ve tutumlar, toplumdaki diğerleri tarafından dışlanmalarına ve hatta sosyal yalıtıma neden olabilmektedir. Bu durum beraberinde hastalığın saklanması, toplumdan izole olma, tedavide gecikme ve işlevselliğin artırılmasında bir engel olarak karşımıza çıkmaktadır. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin toplum tarafından kabulünü sağlamada toplumun farkındalığını sağlamak önem arz etmektedir. Bu bağlamda öncelikli olarak toplumda saygın kabul edilen, toplumu etkileme gücü olan liderlerin farkındalığını sağlama toplumun olumsuz tutum ve inançlarını hızlı ve etkin bir şekilde değiştirmede etkili olacaktır. Toplum liderlerinden biri olan din görevlilerinin ruhsal hastalıklara yönelik farkındalığının sağlanması da bu nokta da önemlidir. Ruhsal hastalığı olan bireyler tıp dışı yardım arama noktasında din görevlilerine başvurması ve bu durumun tedavi sürecini geciktirebileceği düşünüldüğünde din görevlilerine yönelik eğitim programlarının elzem olacağı düşünülmektedir. Özellikle din görevlilerinde çare arayan hastalar ya da hasta yakınlarının doğru bilgilendirilmesi ve tedavi kuruluşlarına yönlendirilmesi için din görevlilerinin bu konu hakkında bilgilendirilmesi ve farkındalığının sağlanması gerekmektedir.

Bu bağlamda din görevlilerine uygulanan ruhsal hastalıklara yönelik farkındalık eğitiminin, ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve sosyal mesafe üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular iki başlık altında tartışılmıştır.

4.1. Müdahale ve kontrol grubunun ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği ve alt boyut puanlarının incelenmesi

Bu çalışmada, ruhsal hastalıklara yönelik farkındalık eğitimi sonrası din görevlilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği *tehlikelilik* alt boyutu puan ortalamalarındaki anlamlı azalış, H1.2 hipotezini “Ruhsal hastalıklara yönelik farkındalık eğitimi uygulanan müdahale grubunun tehlikelilik alt boyut puan ortalaması kontrol grubundan düşüktür” destekler niteliktedir. Bu bulgu, eğitim verilen din görevlilerinde ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik olumsuz inançlardan biri olan “tehlikelilik” inancının azaldığını ortaya koymaktadır.

Benzer şekilde, Kamboçya’da öğretmenler ve öğrenciler ile yürütülen deneysel tasarımlı bir çalışmada okul temelli verilen eğitimin ardından en önemli değişimin öğretmenlerin tehlikelilik algılarında ve ruhsal hastalığı olan bireylerle etkileşime girme istekliliğinde olduğu belirlenmiştir (Bunna ve ark., 2019). Çalık Koyak ve Arslantaş’ın (2020) ergenlerle yürüttükleri araştırmada da benzer şekilde eğitim sonrasında tehlikelilik alt boyut puan ortalamalarının olumlu yönde gelişim gösterdiği saptanmıştır.

Bununla birlikte, literatürde farklı sonuçlara da rastlanmaktadır. Demir Gökmen ve Okanlı’nın (2019) özel bakım merkezlerinde çalışan bakım elemanlarına yönelik yürüttükleri çalışmada, uygulanan psikoeğitimin tehlikelilik alt boyut puan ortalamalarında anlamlı bir değişime yol açmadığı bildirilmiştir. Çam ve ark. (2014) ise muhtarlara uygulanan eğitimin etkinliğini değerlendirdikleri araştırmalarında, eğitim sonrasında tehlikelilik puanlarında beklenenin aksine bir artış olduğunu vurgulamaktadır. Bu bulgu, farkındalığın artmasıyla birlikte ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışlarının daha görünür hale gelmesi ve yanlış yorumlanmasıyla açıklanabilir.

Dolayısıyla, bireylerin ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik tehlikelilik algılarının değişiminde yalnızca eğitimin değil; bireysel duygu durumu, yaşam deneyimleri, toplum normları ve kültürel faktörlerin de rol oynadığı görülmektedir. Damgalama, uzun süreli müdahale ve tekrar eden çalışmalar gerektiren dirençli bir yapı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bununla birlikte bilgi düzeyindeki artış, damgalamanın azalmasında önemli bir değişken olarak öne çıkmaktadır. Toplumların kültürü, dini inançları ve yaşam deneyimlerinin inançların şekillenmesinde rol oynaması, bu alanda verilecek eğitimlerin toplumun ihtiyaçlarına ve kültürel özelliklerine uygun olarak planlanmasının önemini göstermektedir.

Sonuç olarak, bu çalışmada elde edilen bulgular din görevlilerinde ruhsal hastalığa yönelik tehlikelilik algısının eğitim yoluyla azaltılabileceğini göstermektedir. Ruhsal hastalığı olan bireylerin öngörülemez, tehlikeli ve korkulması gereken kişiler olarak görülmesi damgalamayı besleyen bir inançtır (Rüsch ve ark 2005). Dolayısıyla, bu tür eğitimlerin sürdürülmesi ve farklı toplumsal gruplara yaygınlaştırılması,

damgalamanın azaltılmasında ve toplumsal kabulün artırılmasında önemli katkılar sağlayacaktır.

Bu çalışmanın özgün yönlerinden biri, din görevlileri üzerinde yürütülmüş olmasıdır. Literatürde ruhsal hastalıklara yönelik eğitimlerin sağlık çalışanları, öğretmenler, öğrenciler veya bakım elemanları ile yürütüldüğü birçok çalışma bulunmakla birlikte (Bunna ve ark., 2019; Çalık Koyak ve Arslantaş, 2020; Demir Gökmen ve Okanlı, 2019; Çam ve ark., 2014), din görevlileriyle yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır. Din görevlileri toplumun farklı kesimleriyle sürekli etkileşim içinde olan, danışmanlık, rehberlik ve manevi destek sağlayan kişiler olarak ruhsal hastalıklara yönelik toplumsal algının şekillenmesinde kritik bir role sahiptir. Dolayısıyla bu grubun olumsuz inançlarının azalması, sadece kendi farkındalık düzeylerini değil, aynı zamanda etkileşimde buldukları bireylerin ruhsal hastalıklara bakış açılarını da olumlu yönde etkileyebilecektir.

Bu çalışmada, ruhsal hastalıklara yönelik farkındalık eğitimi sonrası din görevlilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği utanma, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyutu puan ortalamalarındaki azalışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Benzer şekilde Çam ve ark. (2014) muhtarlara uygulanan eğitimin etkinliğini değerlendirdikleri çalışmalarında eğitimin utanma alt boyut ve çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyutu puan ortalaması üzerinde etkili bir değişime neden olmadığını hatta farkındalık oluşması paralelinde çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyut puan ortalamasında bir artışın olduğunu belirlemiştir. Çam ve Bilge (2007) toplumun ruhsal hastalık/hasta konusunda bilgi düzeyini artırma ve farkındalığın sağlanmasının, hastalarla sosyal temasın desteklenmesinin ruhsal hastalıklara ve hastalara yönelik olumsuz inançları değiştirmede etkili olacağını vurgulamaktadır.

Bu çalışmada, ruhsal hastalıklara yönelik farkındalık eğitimi sonrası din görevlilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği toplam puan ortalamalarındaki anlamlı azalış, H1.1 hipotezini “Ruhsal hastalıklara yönelik farkındalık eğitimi uygulanan müdahale grubunun ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği puan ortalaması kontrol grubundan düşüktür” destekler niteliktedir. Bu çalışmada eğitim verilen din görevlilerinde ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik olumsuz inançlarının azaldığı belirlenmiştir.

Literatürde ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançların toplumsal damgalamayı beslediği ve bireylerin tedaviye başvurma, tedaviye devam etme ve toplumsal yaşama katılım süreçlerini olumsuz etkilediği vurgulanmaktadır (Rüsch ve ark., 2005). Bu bağlamda din görevlilerinin damgalayıcı inançlarının azalması, toplumda ruhsal hastalığı olan bireylerin daha kabul edilebilir ve desteklenebilir bir konuma gelmesine katkı sağlayabilir.

Psikiyatri hemşireliği açısından değerlendirildiğinde ise, bu tür eğitim programlarının geliştirilmesi ve uygulanmasında psikiyatri hemşirelerinin rolü oldukça önemlidir. Psikiyatri hemşireleri, ruhsal hastalıkların anlaşılması, damgalamanın azaltılması, toplumsal duyarlılığın artırılması ve ruh sağlığı hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması konusunda eğitim ve danışmanlık işlevi görebilir. Ayrıca psikiyatri hemşirelerinin din görevlileri gibi toplum liderleriyle iş birliği yapması, ruh sağlığı okuryazarlığının geniş kitlelere ulaşmasına aracılık edebilir. Bu durum hem bireysel hem de toplumsal düzeyde damgalamanın azaltılmasında önemli bir strateji olarak değerlendirilebilir.

Sonuç olarak, bu çalışmanın bulguları, ruhsal hastalıklara yönelik farkındalık eğitiminin din görevlilerinde tehlikelilik inancını azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Din görevlilerinin ruhsal hastalığa yönelik olumsuz inançlarının azalması, onların rehberlik ettikleri bireylere aktaracakları tutumları da olumlu yönde etkileyecektir. Literatürle de desteklenen bu bulgular, ruh sağlığı alanında eğitimlerin farklı hedef gruplara uyarlanarak verilmesinin önemini vurgulamakta; psikiyatri hemşireliğinin bu süreçteki etkin rolünü ortaya koymaktadır.

4.2. Müdahale ve kontrol grubunun sosyal mesafe ölçeği puanlarının incelenmesi

Bu çalışmada, ruhsal hastalıklara yönelik farkındalık eğitimi sonrası din görevlilerinin sosyal mesafe ölçeği puan ortalamalarındaki anlamlı azalış, H1.5 hipotezini “Ruhsal hastalıklara yönelik farkındalık eğitimi uygulanan din görevlilerinin sosyal mesafe ölçeği puan ortalaması kontrol grubundan düşüktür” destekler niteliktedir. Bu çalışmada eğitim verilen din görevlilerinde ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik sosyal mesafenin azaldığı belirlenmiştir. Çalık Koyak ve Arslantaş (2020) lise öğrencilerinde ruhsal hastalıklar konusunda farkındalığı artırmayı amaçladıkları deneysel çalışmada müdahale grubunda yer alan öğrencilerde sosyal mesafenin azaldığını tespit etmişlerdir. Benzer şekilde Nehir ve Özmen (2022)

Hemşirelik öğrencileri ile yürüttükleri çalışmada ruh sağlığı ve hastalıkları eğitiminin öğrencilerde sosyal mesafeyi azaltmada etkili olduğunu belirlemişlerdir. Gürbüz ve ark. (2020) Obsesif Kompulsif Bozukluğu olan bireylere yönelik sosyal damgalanmayı azaltmayı amaçlayan video tabanlı bir anti-stigma müdahale programının etkinliğini değerlendirdikleri çalışmalarında yetişkin bireylere uygulanan anti-stigma müdahale programının sosyal mesafe üzerinde etkili olduğunu tespit etmişlerdir. Bu çalışmalar toplumsal farkındalığı artırmayı amaçlayan etkinliklerin ve eğitimlerin ruhsal hastalıklar ilgili olumsuz inançları ve sosyal mesafeyi azaltabileceğini göstermektedir. Başka bir ifade ile ruhsal hastalıklara yönelik bilinmezliğin azaltılması ve farkındalığın sağlanması amacıyla yürütülen eğitim programlarının sosyal mesafeyi azaltmada etkili olacağı söylenebilir.



5. SONUÇ ve ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Bu çalışmada, Selçuklu ilçesinde bulunan Yunus Emre Yatılı Kız Kuran Kursu ve Mehmet Fuat Binici Kız Kuran Kursunda görev yapan din görevlilerine uygulanan farkındalık eğitiminin ruhsal hastalıklara yönelik inançları ile sosyal mesafelerine etkisini belirlemek amaçlanmıştır. Çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

- Ruhsal hastalıklara yönelik farkındalık eğitimi alan din görevlilerinde ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği “tehlikelilik” alt boyut puan ortalamalarında anlamlı bir azalış gözlenirken, kontrol grubunda herhangi bir değişiklik gözlenmemiştir.
- Ruhsal hastalıklara yönelik farkındalık eğitimi alan din görevlilerinde ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği “utanma” alt boyut puan ortalamalarında müdahale öncesine göre herhangi bir değişiklik gözlenmemiştir.
- Ruhsal hastalıklara yönelik farkındalık eğitimi alan din görevlilerinde ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği “çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma” alt boyut puan ortalamalarında müdahale öncesine göre herhangi bir değişiklik gözlenmemiştir.
- Ruhsal hastalıklara yönelik farkındalık eğitimi alan din görevlilerinde ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği puan ortalamalarında anlamlı bir azalış gözlenirken, kontrol grubunda herhangi bir değişiklik gözlenmemiştir.
- Ruhsal hastalıklara yönelik farkındalık eğitimi alan din görevlilerinde sosyal mesafe ölçeği puan ortalamalarında anlamlı bir azalış gözlenirken, kontrol grubunda herhangi bir değişiklik gözlenmemiştir.

5.2. Öneriler

Bu araştırmanın sonuçları doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur.

- Toplumun ruhsal hastalığı olan bireylere ve ruhsal hastalıklara yönelik tutum, inanç ve sosyal mesafelerini hızlı, etkili ve olumlu yönde değiştirmede toplum liderlerinin önemli olduğu düşünüldüğünde, toplum liderleri arasında sayılan

din görevlilerine yönelik farkındalık eğitimlerinin yaygınlaştırılması ve eğitimlerin düzenli aralıklar ile sürdürülmesi,

- Psikiyatri hemşiresinin eğitici ve danışmanlık rolleri kapsamında toplum liderleri ile iş birliği içinde konuya ilişkin eğitimleri planlaması ve uygulaması,
- Toplumlara liderlik edebilecek olan meslek gruplarının lisans eğitimlerinde müfredata ruh sağlığı ve hastalıklarına özgü ders eklenmesi,
- Ruhsal hastalık ve ruhsal hastalığı olan bireyleri anlama, var olan tutum ve inançları derinlemesine inceleme amacıyla nitel çalışmaların yürütülmesi ve çalışma sonuçları bağlamında eğitim programlarının oluşturulması,
- Ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlar arasında yer alan ruhsal hastalıkların kişilerarası ilişkiyi etkileme ve buna bağlı çaresizlik hissetme ve ruhsal hastalığın utanılacak bir durum olduğunu düşünme gibi parametreleri olumlu yönde değiştirebilmek adına psikoeğitim programlarının gözden geçirilmesi ve detaylı, uzun süreli programların hazırlanması, uygulanması ve etkinliğinin değerlendirilmesi,
- Din görevlilerine yönelik uygulanan eğitim programlarının etkinliğinin ne kadar süre korunabildiğine ilişkin izlem çalışmalarının yürütülmesi,
- Konuya ilişkin ulusal düzeyde farklı sosyodemografik özelliklere sahip bölgelerde randomize kontrollü ve karma desen çalışmalarının yürütülmesi önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

- Açıköz, F., & Akkuş, D. (2018, Haziran 29). Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ile Mücadele: Anahtar Rol Üstlenen Meslekler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, s. 142-146.
- APA. (2018, Nisan 19). *American Psychological Association*. APA Psikoloji Sözlüğü: <https://dictionary.apa.org/mental-health> adresinden alındı
- Arkar, H. (1991). Akıl Hastasının Sosyal Reddedilimi. *Düşünen Adam*, s. 6-9.
- Arslantaş, H., Abacıgil, F., Yüksel, R., Adana, F., Sarı, E., Yeşilfidan, D., & Turan, S. G. (2021, Nisan 17). Ortaöğretim öğretmenlerinde ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve sosyal mesafeyi etkileyen faktörler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, s. 523-536.
- Arslantaş, H., Koyak, H. Ç., & Sarı, E. (2019). Lise öğrencisi ergenlerin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve sosyal mesafelerini etkileyen faktörler. *Cukurova Medical Journal*, 44(4), 1272-1283.
- Avcil, C., Bulut, H., & Sayar, G. H. (2016). Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (2), 175-202.
- Ayakdaş Dağlı, D. (2022). Ruhsal Hastalıklara Neden Olan Etmenler. *Ruh Sağlığı ve Hastalıklarında Temel Hemşirelik Bakımı* (s. 18). Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.
- Aydoğan, C., & Çetin, H. (2018). Hemşirelik Öğrencilerinin Zihinsel Engelli Bireylere Yönelik Sosyal Mesafelerinin İncelenmesi. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11(1), 683-708. <https://doi.org/10.17218/hititsosbil.408463>
- Ayten, A. (2024). *Din ve Sağlık; Kavram, Kuram ve Araştırma (3. Baskı)*. Marmara Akademi Yayınları
- Aznar-Lou, I., Serrano-Blanco, A., Fernández, A., Luciano, J. V., & Rubio-Valera, M. (2016). Attitudes and intended behaviour to mental disorders and associated factors in catalan population, Spain: cross-sectional population-based survey. *BMC Public Health*, s. 127-139.
- Bağ, B., & Ekinci, M. (2005). Sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının araştırılması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(11), 107-127.
- Barford, A., Coutts, A., & Sahai, G. (2021). Youth employment in times of COVID: A global review of COVID-19 policy responses to tackle (un) employment and disadvantage among young people. ILO: Geneva.
- Batastini, A. B., Lester, M. E., & Thompson, R. A. (2018). Mental illness in the eyes of the law: Examining perceptions of stigma among judges and attorneys. *Psychology, Crime & Law*, 24(7), 673-686.
- Bilge, A., & Çam, O. (2008). Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin geçerliliği ve güvenilirliği/validity and reliability of beliefs towards mental illness scale. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(2), 91.
- Bogardus, E. S. (1933). Sosyal mesafe ölçeği. *Sosyoloji ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*.
- Bostancı, N., & Aştı, N. (2004) Hemşirelerin Ruh Sağlığı Bozuk Olan Bireylere Karşı Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi.

- Bostancı, N. (2005). Ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik stigma ve bunun azaltılmasına yönelik uygulamalar. *Düşünen Adam*, 18(1), 32-38.
- Bunna, P., Amanda, J. N., Minh, H. D., Nam, T. T., & Bahr, W. (2019). Assessing the effectiveness of teachers' mental health literacy training in Cambodia: A randomized controlled trial. *VNU Journal of Science: Education Research*, 35(3), 100-114.
- Cohen, A. B., & Koenig, H. G. (2016). Din ve Ruh Sağlığı. *Balikesir İlahiyat Dergisi*, (Mustafa Koç, çev),2. Cilt sayı 1, 153-160.
- Cohen J, 1988. *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.), Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Corrigan, PW ve Watson, AC (2002). Damgalanmanın ruhsal hastalığı olan kişiler üzerindeki etkisini anlamak. *Dünya psikiyatrisi*, 1 (1), 16.
- Çam, O., & Bilge, A. (2007). Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar/Attitudes, beliefs toward mental illness. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(3), 215.
- Çam, O., & Arabacı, L. B. (2014). Bölge psikiyatri hastanelerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 6(1), 13-25
- Çam, O., & Bilge, A. (2013, Kasım 25). Türkiye'de Ruhsal Hastalığa / Hastaya Yönelik İnanç, Tutum ve Damgalama Süreci: Sistematik Derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, s. 91-101.
- Çam, M. O., Bilge, A., Engin, E., AKMEŞE, Z. B., TURGUT, E. Ö., & ÇAKIR, N. (2014). Muhtarlara Verilen Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama İle Mücadele Eğitiminin Etkililiğinin Araştırılması. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 5(3).
- Demir Gökmen, B., & Okanlı, A. (2019). Özel bakım merkezlerinde çalışan bakım elemanlarına verilen psikoeğitimin şizofreniye yönelik inançlara etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 10(1), 20-27.
- Demirören, M., Şenol, Y., Aytuğ Koşan, A. M., & Saka, M. C. (2015). Tıp eğitiminde ruhsal bozukluklara karşı damgalama eğitimi gereksiniminin değerlendirilmesi: Nitel ve nicel yaklaşım. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(1).
- Derajew, H., Tolessa, D., Feyissa, G. T., Addisu, F., & Soboka, M. (2017, Mart 9). Prevalence of depression and its associated factors among primary caregivers of patients with severe mental illness in southwest, Ethiopia. *BMC Psychiatry*.
- Duckworth, K. (2013). *the National Alliance on Mental Illness*. NAMI: <https://www.woodcountyiwi.gov/departments/norwood/Doc/MentalIllnessBrochure.pdf> adresinden alındı
- Durat, G., Atmaca, G. D., Ünsal, A., & Kama, N. (2017). Özel gereksinimi olan çocukların ailelerinde umutsuzluk ve depresyon. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 39(3), 49-57.
- Duru, H. A., & Yılmaz, M. (2023). Depresyon tanısı alan hastalara uygulanan bilişsel davranışçı terapide psikiyatri hemşiresinin rolü: Literatür incelemesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(1), 131-146
- DSÖ. (2020, Ağustos 27). *Dünya Ruh Sağlığı Günü*. WHO Basın Bülteni: <https://www.who.int/news/item/27-08-2020-world-mental-health-day-an-opportunity-to-kick-start-a-massive-scale-up-in-investment-in-mental-health> adresinden alındı

- DSÖ. (2022, Haziran 8). *World Health Organization*. World Health Organization web sitesi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> adresinden alındı
- Eker, F., Öner, Ö., & Şahin, S. (2010). Din Görevlilerinin Şizofreniye İlişkin Bilgi ve Tutumları(Düzce Örneği). *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, s. 63-70.
- Ersoy, M. A., & Varan, A. (2007). Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 163-171.
- Eyice, H. İ. (2024). Faculty of Education Students' Perceptions of Social Distance towards Different National Identities. *International Journal of Turkish Education Sciences*, 12(3), 1447-1477.
- Frank, E. V. (2018). Psikoterapi ve din bilinçdışındaki tanrı (2.baskı), İstanbul: Say Yayınları. 71-72.
- Fox, A. B., Earnshaw, V. A., Taverna, E. C., & Vogt, D. (2018). Conceptualizing and measuring mental illness stigma: The mental illness stigma framework and critical review of measures. *Stigma and health*, 3(4), 348.
- Gignac, G. E., & Szodorai, E. T. (2016). Effect size guidelines for individual differences researchers. *Personality and individual differences*, 102, 74-78.
- Goffman, E. (1963). *Damga*. New Jersey: 1963.
- Göktaş, A., & Buldukoğlu, K. (2022, Kasım 3). Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Yardım Arama Davranışları. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, s. 159-164.
- Güngörmüş, K., Ekinci, M., & Daş, M. (2014, Temmuz 24). İlahiyat Fakültesi Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarının Belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, s. 45-51.
- Gedük, E. A. (2018). Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(2), 253-258.
- Gürbüz, A. A., Yorulmaz, O., & Durna, G. (2020). Reducing the social stigma associated with obsessive compulsive disorder: a controlled trial of an intervention program in a Turkish community sample. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 20(2), 101-120.
- Güleç, H., Yavuz, A., Topbaş, M., Ak, İ., & Kaygusuz, E. (2006). Psikiyatri hastalarında tıp dışı çare arama davranışı: Türkiye'de ve Almanya'da yaşayan Türkler arasında karşılaştırmalı bir ön çalışma. *Klinik Psikiyatri*, 9(9), 36-44.
- Ibrahim, N., Amit, N., Shahar, S., Wee, L. H., Ismail, R., Khairuddin, R., & Safien, A. M. (2019). Do depression literacy, mental illness beliefs and stigma influence mental health help-seeking attitude? A cross-sectional study of secondary school and university students from B40 households in Malaysia. *BMC public health*, 19(Suppl 4), 544.
- Igbinomwanhia, N., James, B., & Omoaregba, J. (2013, Mayıs). The attitudes of clergy in Benin City, Nigeria towards persons with mental illness. *Afr J Psychiatry*, s. 196-200.
- Jorm, A. F., Patten, S. B., Brugha, T. S., & Mojtabai, R. (2017). Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? Review of the evidence from four countries. *World Psychiatry*, 16(1), 90-99.
- Keskin B, 2020. İstatistiksel güç bir araştırmanın sonuçlarına etki eder mi? Örneklem büyüklüğüne nasıl karar verilmeli? Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 18(Sp. Issue), 157- 174.

- Koyak, H. Ç., & Arslantaş, H. (2020, Nisan 2). Lise Öğrencilerine Verilen Ruhsal Hastalıklara Yönelik Eğitimin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanca ve Sosyal Mesafeye Etkisi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, s. 7-18.
- Liu, N. H., Daumit, G. L., Dua, T., Aquila, R., Charlson, F., Cuijpers, P., Ranganaswam, T. (2017). Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *The Need For A Comprehensive Approach To Excess Mortality In Personswith Severe Mental Disorders (in collaboration with the World Health Organization)*, s. 30-40.
- McGrath, J. J., Al-Hamzavi, A., Alanso, J., Altwairji, Y., & Andarade, L. (2023, Eylül 10). Age of onset and cumulative risk of mental disorders: a cross-national analysis of population surveys from 29 countries. *Lancet Psychiatry*, s. 668-681.
- Murat, M., Öz, A., Güner, E., & Köse, S. (2019, Ekim 3). The Relationship between University Students' Beliefs toward Mental Illness and Stigmatization. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, s. 194-204.
- Naslund, J. A., & Deng, D. (2021). Addressing mental health stigma in low-income and middle-income countries: a new frontier for digital mental health. *Ethics, Medicine and Public Health*, 19,100719.
- Nehir, S., & Özmen, E. (2022, Temmuz 25). The Effects Of Mental Health And Disorders Education On Social Distancing And Attitudes Of Nursing Students. *Life Sciences*, 1-9.
- Neto, DD ve Maugi, PL (2022). Depresyon ve intiharla ilgili ruh sağlığı okuryazarlığı. *Avrupa Ruh Sağlığı Dergisi*, 17 (3), 96-103.
- Oban, G. & Küçük, L. (2012). Lise öğrencilerinde şizofreniye yönelik bilgilendirme eğitiminin sosyal mesafe ve tutuma etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(2), 35-41.
- OECD. (2022). *Mental Health*. OECD: <https://www.oecd.org/en/topics/mental-health.html> adresinden alındı
- Ozcan, F. Y., & Ceylan, B. (2021). Lawyers' beliefs about mental illnesses and their tendency to stigmatize people with mental illnesses. *Perspectives in psychiatric care*.
- Özer, D., & Altun, Ö. Ş. (2022). Ruh Sağlığı Okuryazarlığı: Farkındalık ile Toplum Ruh Sağlığını Güçlendirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, s. 284-289.
- Özkara San, E., Dikeç, G., & Ata, E. E. (2022, Aralık 24). An International Multicenter Mental Health Standardized Patient Simulation on Nursing Students' Beliefs Toward Mental Health Conditions. *Clinical Simulation in Nursing*, s. 1-10.
- Özmen, E., Özmen, D., Taşkın, E. O., & Demet, M. M. (2003). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin depresyona yönelik tutumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(87), 87-97.
- Özmen, E. ve Taşkın, E.O. (2004). Ruhsal hastalara yönelik tutumların ruh sağlığı hizmetlerine etkisi. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*.
- Öztürk, A., Kaçan Softa, H., & Karaahmetoğlu Ulaş, G. (2015). Kastamonu Üniversitesi'nde öğrenim gören hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalıklara karşı inançları ve psikiyatri hemşireliği dersinin etkisi, *Uluslararası Hakemli Psikiyatri ve Psikoloji Araştırmaları Dergisi*, 146-166.

- Öztürk, M., & Uluşahin, N. (2020). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Patel, V., Chisholm, D., Parikh, R., Charlson, F. J., Degenhardt, L., Dua, T., ... & Whiteford, H. (2016). Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities. *The Lancet*, 387(10028), 1672-1685.
- Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Long, J. S., Medina, T. R., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2010). "A disease like any other"? A decade of change in public reactions to Schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *The American Journal of Psychiatry*, 167, 1321-1330.
- Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry* 2005;20:529-39.
- Sağduyu, A., Aker, T., Özmen, E., Ögel, K., & Tamar, D. (2001). Halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik araştırma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(2), 99-110.
- Schnittker, J. (2013). Public Beliefs About Mental Illness. C. S. Aneshensel, J. C. Phelan, & A. Bierman içinde, *Handbook of the Sociology of Mental Health* (s. 75-93). New York London: Springer.
- Schnyder, N., Panczak, R., Groth, N., & Schultze-Lutter, F. (2017, Şubat 2). Association between mental health-related stigma and active help-seeking: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, s. 1-8.
- Seeman, N., Tang, S., Brown, AD ve Ing, A. (2016). Ruhsal hastalık damgasının dünya çapında incelenmesi. *Duygusal bozukluklar dergisi*, 190, 115-121.
- Stanford, M. S. (2007). Demon or disorder: A survey of attitudes toward mental illness in the Christian church. *Mental Health, Religion and Culture*, 10(5), 445-449.
- Stewart, D., Naegle, M. A., Rolland, E. G., Hughes, F., & Ryan, K. (2022). *he global mental health nursing workforce: Time to prioritize and invest in mental health and wellbeing*. Geneva (Switzerland): ICN - International Council of Nurses.
- Şan, M. K., & Akyiğit, H. (2021). Göç Kimlik ve Aidiyet: Amerika'da Yaşayan Türkler Örneği. *Bilig*(97), 137-175. <https://doi.org/10.12995/bilig.9706>
- Tarım, H. Ş., & Yılmaz, M. (2018). Sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin ruhsal bozukluklara yönelik inançlarının sosyo-demografik değişkenler açısından incelenmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 134-146.
- Taşkın, E. O., Şen, F. S., Özmen, E., & Aydemir, Ö. (2006). Kırsal kesimde depresyonlu hastalara yönelik tutumlar: sosyal mesafe ve etkileyen etmenler. *Türkiye'de Psikiyatri*, 8(1), 11-17.
- TDK. (2022). *Türk Dil Kurumu Sözlükleri*. Güncel Türkçe Sözlük: <https://sozluk.gov.tr/> adresinden alındı
- Thornicroft, G. (2007). Most people with mental illness are not treated. *The Lancet*, 370(9590), 807-808.
- Underwood, C. (2008). Belief and attitude change in the context of human development. *Sustainable human development in the twenty-first century*, 2, 103-124.

Ünal, E., & Koçak Uyaroğlu, A. (2022, Nisan 8). The relationship between beliefs toward mental illnesses, empathic tendency and social distancing in university students. *Archives of Psychiatric Nursing*, s. 348-353.



7. EKLER

EK-A: Kişisel Bilgi Formu

Form No:

Değerli katılımcı;

“Din Görevlilerine Verilen Ruhsal Hastalıklara Yönelik Farkındalık Eğitiminin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç ve Sosyal Mesafe Üzerine Etkisi” adlı araştırmamız deneysel tasarımda bir bilimsel çalışmadır. Araştırmamızın amacı din görevlilerine uygulanan ruhsal hastalıklarla ilgili farkındalık eğitiminin ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ve sosyal mesafeye etkisini belirlemektir. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır ve gizlilik esasına uygun olarak isim, T.C kimlik numarası gibi bilgiler istenmemektedir. Lütfen her soruyu dikkatle okuyup samimi yanıtlar vererek işaretleyiniz. Yanıtsız soru bırakmamanız verilerin değerlendirilebilmesi adına çalışmamız için ciddi önem taşımaktadır. Araştırmaya katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz.

1. Yaşınız:

2. Medeni Durumunuz:

1- Evli () 2- Bekar ()

3. Eğitim Durumunuz:

1- Lise () 2- Ön lisans ()

3-Lisans ve üzeri ()

4. Meslekte Çalışma Yılı:

EK- B: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ)

Aşağıdaki ifadeler, sizin ruhsal hastalığa yönelik inançlarınızı ölçmek için geliştirilmiştir. Bu ifadeleri dikkatlice inceleyerek en doğru şekilde yanıtlamanız oldukça önemlidir. Aşağıdaki her bir maddenin yanına, ilgili madde için size göre en uygun gelen sayıyı işaretleyiniz. Lütfen size uygun gelen tek bir kutucuğa işaret koyarak yanıtınızı belirtiniz.

Ölçek Değerlendirmesi

0.	1.	2.	3.	4.	5.
Tamamen katılmıyorm	Çoğunlukla katılmıyorm	Kısmen katılmıyorm	Kısmen katılıyor m	Çoğunlukla katılıyor m	Tamamen katılıyor m

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç	0	1	2	3	4	5
1.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.						
2.Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir.						
3.Davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir.						
4.“Ruhsal hastalık” ifadesi beni rahatsız eder.						

5.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir.						
6.Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır.						
7.Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır.						
8.Ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımın ve başkalarının, hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir.						
9.Ruhsal hastalık teşhisi konmuş bireyler, hastalıklarının olumsuzluklarını ömür boyu yaşayacaklardır.						
10.Bir kez ruhsal hastalık tedavisi alan bireyler, gelecekte tekrar tedaviye gereksinim duyma eğilimindedirler.						
11.Ruhsal hastalığı olan bireylerin dakik olma veya sözünde durma gibi toplumsal kurallara uyması zordur.						
12.İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım.						

13.Bana zarar verebileceği nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireyden korkarım.						
14.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne- baba olma olasılığı daha düşüktür.						
15.Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım.						
16.Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum.						
17.Sorumluluk alamadıkları için ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi başlarına yaşayabilmeleri çok uygun değildir.						
18.Çoğu birey ruhsal hastalığı olan bir bireyle, bile bile arkadaşlık kurmaz.						
19.Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez.						
20.Ne kadar tedavi edilirse edilsin, ruhsal hastalığın iyileşmesi mümkün değildir.						
21.Çalışma ekibimdeki ruhsal hastalığı olan bir bireyin yaptığı işe güvenemem.						

EK-C: Sosyal Mesafe Ölçeği (SMÖ)

ÖRNEK VAKA 1: Kısaca anlatacağımız bu delikanlı çok şüphelidir, kimseye güvenmez ve herkesin ona karşı olduğundan emindir. Arada bir yolda gördüğü insanların onun hakkında konuştuklarını ya da onu takip ettiklerini düşünmektedir. Hatta birkaç defa kendisine tuzak kurduklarını düşünerek onu hiç tanımayan insanları dövmüştür. Bir önceki gece herkes gibi erkek kardeşinin de ona karşı olduğunu söyleyerek kardeşine küfretmeye başlamış, sonra da ona vurmuş ve ölümle tehdit etmiştir.

Bu insan tipi ile ilgili düşüncelerinizi aşağıdaki sorulara vereceğiniz cevaplarınız ile belirtiniz. Düşüncenizin kesinliği her sorudaki yedi kutudan yalnız bir tanesini işaretleyerek gösteriniz.

1) Bu kişi ile belediye otobüsünde yan yana oturmak sizi rahatsız eder mi?

Kesinlikle rahatsız etmez 1 2 3 4 5 6 7
Kesinlikle rahatsız eder

2. Bu kişi ile şehirlerarası otobüste, yedi saatlik bir yolculukta bir arada olmak sizi rahatsız eder mi?

Kesinlikle rahatsız etmez 1 2 3 4 5 6 7
Kesinlikle rahatsız eder

3. Bu kişinin sokağınızda işlettiği bakkal dükkanından alışveriş yapmak sizi rahatsız eder mi?

Kesinlikle rahatsız etmez 1 2 3 4 5 6 7
Kesinlikle rahatsız eder

4. Bir apartman dairesinde oturduğunuzu düşünelim. Bu kişinin apartmanınızda kapıcı olarak çalışması sizi rahatsız eder mi?

Kesinlikle rahatsız etmez 1 2 3 4 5 6 7
Kesinlikle rahatsız eder

5. Kiraya vermeyi istediğiniz bir eviniz olduğunu farz edelim. Evinizi bu kişiye kiralar mısınız?

Kesinlikle rahatsız etmez 1 2 3 4 5 6 7
Kesinlikle rahatsız eder

6. Bu kişinin de geleceğini öğrendiğiniz bir aile toplantısına katılmak sizi rahatsız eder mi?

Kesinlikle rahatsız etmez 1 2 3 4 5 6 7

Kesinlikle rahatsız eder

7. Bir aile toplantısında karşılaştığınız bu kişi ile iskambil kâğıdı, okey, tombala ve benzeri bir oyunu oynar mısınız?

Kesinlikle rahatsız etmez 1 2 3 4 5 6 7

Kesinlikle rahatsız eder

8. Bir aile toplantısında karşılaştığınız bu kişi ile memleket meseleleri hakkında sohbet eder misiniz?

Kesinlikle rahatsız etmez 1 2 3 4 5 6 7

Kesinlikle rahatsız eder

9. Eğer bu kişiyi tanı saydınız, ona günlük sıkıntılarınızı anlatıp, onunla dertleşir miydiniz?

Kesinlikle rahatsız etmez 1 2 3 4 5 6 7

Kesinlikle rahatsız eder

10. Bu kişinin yanınızdaki daireye ya da eve taşınarak kapı komşunuz olması sizi rahatsız eder miydi?

Kesinlikle rahatsız etmez 1 2 3 4 5 6 7

Kesinlikle rahatsız eder

11. Bu kişi bir kuaför/berber olsa, ona saçınızı kestirir miydiniz ya da yaptırır mıydınız?

Kesinlikle rahatsız etmez 1 2 3 4 5 6 7

Kesinlikle rahatsız eder

12. Bu kişi ile aynı işyerinde çalıştığınızı farz edelim. Aynı odayı onunla paylaşmak sizi rahatsız eder miydi?

Kesinlikle rahatsız etmez 1 2 3 4 5 6 7

Kesinlikle rahatsız eder

13. Bu kişi ile aynı iş yerinde ama farklı odalarda çalıştığınızı farz edelim.

Bu kişi ile aynı çatı altında bulunmak sizi rahatsız eder miydi?

Kesinlikle rahatsız etmez 1 2 3 4 5 6 7

Kesinlikle rahatsız eder

14. Bir kız kardeşiniz olduğunu farz edelim. Kız kardeşinizin bu kişiyle evlenmek istemesi sizi rahatsız eder miydi?

Kesinlikle rahatsız etmez 1 2 3 4 5 6 7

Kesinlikle rahatsız eder



EK-D: Ruhsal Hastalıklara Yönelik Farkındalık Eğitimi

OTURUMLAR

1.Oturum Grupla Tanışma

Amaç; eğitim ile ilgili bilgilendirme görüşmesi yapmak, katılımcıları tanımak, ruh sağlığı hakkında bilgilendirme yapmaktır.

Hedef:

- Eğitimci ve katılımcılar birbirini tanıyacak.
- Eğitim içeriği anlatılacak.
- Katılımcıların ruhsal hastalıklara yönelik bilgileri ve düşünceleri, tecrübeleri ve beklentileri paylaşılacak.
- Eğitimci ve katılımcı arasında güven ve iş birliği olan bir ortam oluşturulacak.
- Grup kuralları belirlenecek

2. Oturum Sağlık, Hastalık ve Ruh sağlığı

Amaç; sağlık, hastalık ve ruh sağlığı tanımını vermeye yönelik bilgilendirme yapmaktır.

Hedef:

- Sağlık tanımını verilecek.
- Hastalığın tanımını verilecek.
- Ruhsal sağlığı tanımını verilecek.

Eğitim İçeriği:

- Sağlık tanımı
- Hastalık tanımı
- Ruhsal hastalık tanımı

3. Oturum Ruhsal hastalık nedir

Amaç: Ruhsal hastalığın tanımı, nedenleri, görülme sıklığı ve ruhsal hastalıklara ilişkin yanlış inanışlar üzerine bilgi vermek.

Hedef:

- Ruhsal hastalık tanımı verilecek.

- Ruhsal hastalıklara ve ruhsal hastalıklara yönelik mitler ve nedenleri hakkında katılımcılara eğitim verilecek.
- Ruhsal hastalıkların görülme sıklığından bahsedilecek.
- Başlıca ruhsal hastalıklardan bahsedilecek.

Eğitim İçeriği:

- Ruhsal hastalık tanımı
- Ruhsal hastalıkların nedenleri
- Ruhsal hastalıkların görülme sıklığı
- Ruhsal hastalıklar hakkında mitler (Doğru ve yanlış bilinen gerçekler)
- Başlıca ruhsal hastalıklar

4. Oturum Ruhsal Hastalıklarda Olumsuz İnançlar

Amaç; ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlar, damgalanma ve sonuçlarına yönelik bilgilendirme yapmaktır.

Hedef:

- Ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlar üzerine tartışılacak.
- Damgalama tanımı verilecek.
- Damgalanan hastalar ve damgalamanın hasta ve aileleri üzerinde etkisi hakkında bilgi verilecek.
- Damgalamayla mücadele için neler yapılabilir konuşulacak.

Eğitim İçeriği:

- Ruhsal hastalıklara yönelik inançlar
- Damgalanma tanımı
- Damgalanmanın hastalar ve aileleri üzerine etkisi
- Damgalamayla mücadele için neler yapılabilir

5. Oturum Ruhsal İyileşme

Amaç: Ruhsal iyileşme hakkında bilgilendirme yapmaktır.

Hedef:

- Ruhsal iyileşme anlatılacak.
- Biz, Siz, Onlar belgeseli izletilecek.
- Eğitim hakkında geri bildirimler alınacak.

Eğitim İçeriği:

- Ruhsal iyileşmenin tanımı
- Biz, Siz, Onlar Belgeseli

6. Oturum Sonlandırma

Amaç; din görevlilerine uygulanan ruhsal hastalıklara yönelik farkındalık eğitim sürecini değerlendirme ve sonlandırma yapmaktır.

Hedef:

- Oturum sonlandırılacak.
- Eğitim ile ilgili öneri, eleştiriler alınıp geri bildirimler sağlanacak.

