



T.C.

BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AKADEMİSYENLERİN RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ İLE
RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK İNANÇLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Cemre Sinem GÜMÜŞ

Yüksek Lisans Tezi

Hemşirelik Anabilim Dalı

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Dilek AVCI

Bandırma, 2022

T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AKADEMİSYENLERİN RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ İLE
RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK İNANÇLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Cemre Sinem GÜMÜŞ
Yüksek Lisans Tezi

Hemşirelik Anabilim Dalı
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Dilek AVCI

Bandırma, 2022



BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TEZ ONAYI

Bu çalışma 29.07.2022 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından [Hemşirelik Anabilim Dalı], [Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı] Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmemiş bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

(29/07/2022)

Cemre Sinem GÜMÜŞ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans sürecimin her aşamasında sonsuz sabır, ilgi ve desteğiyle tüm tecrübelerini koşulsuz bir şekilde benimle paylaşan kıymetli danışmanım Sayın Doç. Dr. Dilek AVCI'ya,

Yüksek lisans sürecim boyunca değerli katkı ve desteklerini esirgemeyen yüksek lisans ders hocalarıma,

Yüksek lisans ders dönemim boyunca sürecime devam etmem için hiçbir desteğini esirgemeyen Bandırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Basamak Genel Yoğun Bakım Ünitesi ekip arkadaşlarıma,

Yüksek lisans sürecim boyunca motive edici katkılarından dolayı sevgili meslektaşlarım Yıldız AKTAŞ, Arzu TÜRKMEN ve Gülşen YENİGÜN'e,

Sürecimin her aşamasında, sürecimi kendi süreçleri gibi sahiplenen ve destekleyen yüksek lisans dönem arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca sevgi ve destekleriyle her daim arkamda olan anneme, babama ve kardeşime çok teşekkür ederim.

Cemre Sinem GÜMÜŞ

Bandırma

29.07.2022

ÖZET

AKADEMİSYENLERİN RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ İLE RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK İNANÇLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bu araştırma akademisyenlerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi ve ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının belirlenerek aralarındaki ilişkinin incelenmesi ve ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını etkileyen değişkenlerin saptanması amacıyla gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tasarımdaki araştırma, Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi'nde görev yapan 357 akademisyen ile Temmuz 2021-Şubat 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği aracılığıyla toplanmıştır. Araştırmada sürekli değişkenler ortalama±standart sapma ($X \pm SS$), kategorik değişkenler ise frekans (n) ve yüzde (%) ile gösterilmiştir. Değişkenlere göre ruhsal hastalıklara yönelik inançlar arasında fark olup olmadığı bağımsız örneklem t testi veya tek yönlü varyans analiziyle, ruh sağlığı okuryazarlığı ve ruhsal hastalıklara yönelik inançlar arasındaki ilişki Pearson korelasyon analiziyle, değişkenlerin ruhsal bozukluklara yönelik inançları yordama durumu ise çoklu doğrusal regresyon analiziyle değerlendirilmiştir. Akademisyenlerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği puan ortalamaları sırasıyla $17,05 \pm 3,75$ ve $69,40 \pm 16,64$ olarak belirlenmiştir. Ruh sağlığı okuryazarlığı ile ruhsal hastalıklara yönelik inançlar arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca ruhsal hastalıklara yönelik inançları etkileyen değişkenlerin çalışılan birim, ruh sağlığı okuryazarlığı eğitimi alma, daha önce psikiyatrik yardım alma, ailesinde ruhsal bozukluğa sahip bireyin bulunması, ruhsal bozukluğu olan biriyle çalışmayı isteme, mesleki yaşamında ruhsal sorunu olan öğrenciyle karşılaşma durumu ve ruhsal bozukluğu olan öğrencilerin eğitime devam etmesine yönelik düşünceler olduğu belirlenmiştir. Modeldeki tüm değişkenler ruhsal hastalıklara yönelik inançları %52,6 oranında açıklamaktadır. Araştırma sonucunda akademisyenlerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinin ortalamanın üzerinde olduğu belirlenmiştir. Bunun yanı sıra akademisyenlerin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlara sahip oldukları ve bu inançların birçok faktörden etkilendiği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Akademisyen, Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN ACADEMICIANS' MENTAL HEALTH LITERACY LEVEL AND BELIEFS TOWARDS MENTAL ILLNESS

This research was carried out in order to determine the mental health literacy level of academicians and their beliefs towards mental illness, to examine the relationship between them and to determine the variables that affect their beliefs towards mental illness. The research in descriptive and correlational design was carried out with 357 academicians working at Bandırma Onyedi Eylül University between July 2021 and February 2022. The data of the study were collected through the Personal Information Form, the Mental Health Literacy Scale and the Beliefs towards Mental Illness Scale. In the study, continuous variables were shown as mean $\pm$ standard deviation ($X\pm SD$), and categorical variables were shown as frequency (n) and percentage (%). Independent samples t test or one-way analysis of variance was used to determine whether there was a difference between beliefs towards mental illness according to variables, the relationship between mental health literacy and beliefs towards mental illness was evaluated with Pearson correlation analysis, and the predictive status of beliefs towards mental illness was evaluated with multiple linear regression analysis. Academicians' Mental Health Literacy Scale and Beliefs towards Mental Illness Scale mean scores were determined as 17.05 ± 3.75 and 69.40 ± 16.64 , respectively. It was found that there is a negative significant relationship between mental health literacy and beliefs towards mental illness. Also, it was determined that the variables affecting the beliefs towards mental illness were the studied department, receiving mental health literacy education, receiving psychiatric help before, having a family member with a mental disorder, wanting to work with someone with a mental disorder, encountering a student with a mental disorder in his professional life, and thoughts on the continuation of education of students with mental disorders. All variables in the model explain beliefs towards mental illness by 52.6%. As a result of the research, it was determined that the mental health literacy level of the academicians was above the average. In addition, it has been determined that academicians have negative beliefs towards mental illness and these beliefs are affected by many factors.

Keywords: Academician, Mental Health Literacy, Beliefs towards Mental Illness

İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEZ ONAYI.....	
BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Ruh Sağlığı ve Ruhsal Bozukluk	4
2.1.1. Ruh Sağlığı	4
2.1.2. Ruhsal Bozukluk.....	4
2.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı	5
2.2.1. Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Tanımı ve Önemi.....	5
2.2.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Bileşenleri.....	7
2.2.2.1. Ruhsal bozuklukların tanınması	8
2.2.2.2. Kanıta dayalı tedaviler ve profesyonel yardım	9
2.2.2.3. Kendi kendine yardım stratejileri	10
2.2.2.4. Ruhsal ilk yardım ve başkalarına destek sağlam.....	11
2.2.2.5. Ruhsal bozuklukların önlenmesi	12

2.2.3. Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Belirleyicileri.....	14
2.2.4. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Müdahaleleri	14
2.3. Ruhsal Bozukluklara Yönelik İnançlar ve Damgalama	16
2.3.1. Ruhsal Bozukluklara Yönelik İnanç ve Tutum	16
2.3.2. Ruhsal Bozukluklara Yönelik Damgalama	17
2.3.3. Ruhsal Bozukluklara Yönelik Damgalamanın Tarihsel Süreci	19
2.3.4. Ruhsal Bozukluklara Yönelik Olumsuz İnançlar ve Damgalama ile Mücadele	20
2.4. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ile Ruhsal Bozukluklara Yönelik İnançlar Arasındaki İlişki.....	22
2.5. Ruh Sağlığı Okuryazarlığını Geliştirmede ve Ruhsal Bozukluklara Yönelik Olumsuz İnançları Önlemede Psikiyatri Hemşirelerinin Rolü.....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Türü	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	26
3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri.....	26
3.5. Veri Toplama Araçları	26
3.6. Veri Toplama Yöntemi	28
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	28
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	29
4. BULGULAR.....	30
5. TARTIŞMA	40
5.1. Akademisyenlerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Düzeyi ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	40

5.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması.....	42
5.3. Akademisyenlerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlarını Etkileyen Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	49
6.1. Sonuçlar	49
6.2. Öneriler	49
7. KAYNAKLAR	51
8. EKLER.....	67
9. ÖZGEÇMİŞ.....	75

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 4.1. Akademisyenlerin bireysel ve mesleki özelliklerinin dağılımı	30
Tablo 4.2. Akademisyenlerin ruhsal bozukluklarla ilgili görüşlerinin dağılımı	31
Tablo 4.3. Akademisyenlerin ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları	32
Tablo 4.4. Akademisyenlerin bireysel ve mesleki özelliklerine göre RHYİÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	34
Tablo 4.5. Akademisyenlerin ruhsal bozukluklarla ilgili görüşlerine göre RHYİÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	35
Tablo 4.6. Akademisyenlerde ruh sağlığı okuryazarlığı ve ruhsal hastalıklara yönelik inançlar arasındaki ilişki	37
Tablo 4.7. Akademisyenlerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları üzerinde etkili olan faktörlerin incelenmesi	38

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

APB: Amerikan Psikiyatri Birliği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

RHYİÖ: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği

RSOY: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı

RSOYÖ: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği

WHO: World Health Organization

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Ruhsal bozukluklar tüm dünyada yaygın olarak görülen, kronikleşme eğilimi gösteren ve yeti yitimine neden olan hastalıklardır (Boyd, 2018; World Health Organization [WHO], 2018). Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ], sağlık kurumlarına başvuran her dört kişiden birinde tanı konulabilir ruhsal bozukluk olduğunu ve çoğu insanın ruhsal bozukluklardan doğrudan ya da dolaylı olarak etkilendiğini bildirmektedir (WHO, 2018). Türkiye’de ruhsal bozuklukların yaygınlığını araştıran sınırlı sayıda çalışma bulunmakla birlikte, mevcut çalışmalar önemli sayıda hasta popülasyonunun varlığına işaret etmektedir (Keskin, Ünlüoğlu, Bilge ve Yenilmez, 2013). Bu yüksek oranlara rağmen tüm dünyada nüfusun büyük bölümü ihtiyacı olan ruh sağlığı hizmetini alamamaktadır (Keskin ve ark., 2013; Stolzenburg ve ark., 2019). Ruhsal bozukluklar ile ilgili yardım arama davranışını engelleyen en önemli etkenlerden birisi damgalanma korkusudur (Deng ve ark., 2021). Damgalama belirli özellikleri ya da belirli bir hastalığı olan bireyin veya grubun yaşamına müdahale edecek şekilde etiketleme, dışlama ve ayrımcılık yapma ile karakterize sosyal bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Link ve Hatzenbuehler, 2016).

Ruhsal bozukluklara yönelik damgalamanın temelinde olumsuz inançlar ve bunun sonucu oluşan önyargılar yer almaktadır (Deng ve ark., 2021; Tyerman, Patovirta ve Celestini, 2021). Ruhsal bozukluğu olan bireyler toplum içinde tehlikeli, dengesiz, iletişim sorunu olan kişiler olarak algılanmaktadır (Arivazhagan, Sharma, Dubey, Sreeraj ve Uvais, 2020; Pepa, Hsia ve Lee, 2021). Bu olumsuz inançların birçok nedeni olmakla birlikte, hastaların özellikleri, ruhsal sorunu olan bireyle karşılaşmamış olma ve ruhsal bozukluklarla ilgili bilgi eksikliği en önemli sebepleri arasında yer almaktadır (Fujii ve ark., 2018; Henderson ve ark., 2016). Ruhsal bozukluklara yönelik olumsuz inançlar ise bireylerin yardım arama davranışını ve tedaviye uyumunu olumsuz etkilemektedir (Clement ve ark., 2015; Yuan ve ark., 2016). Bunun yanı sıra hastaların eğitim ve çalışma haklarıyla ilgili sorunlar yaşamalarına, toplumla uyumlarının bozulmasına ve yaşam kalitelerinin azalmasına yol açmaktadır (Morgan, Reavley, Ross, San ve Jorm, 2018; Oexle ve Corrigan, 2018). Ancak toplumun ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinin artırılması ile ruhsal bozukluğu olan bireylerin yaşadığı sorunların durdurulabileceği, hatta tersine

çevrilebileceği belirtilmektedir (Tay, Tay ve Klainin-Yobas, 2018). Yapılan çalışmalarda da ruhsal bozukluklara yönelik olumsuz inançların oldukça yaygın olduğu ve damgalama ile mücadelede toplumun ruh sağlığı okuryazarlığının önemli bir belirleyici olduğu bildirilmektedir (Reavley ve Jorm, 2011; Wu, Liu, Chang ve Sun, 2014).

Ruh sağlığı okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığının bir bileşeni olup, ruhsal bozuklukları tanımaya, yönetmeye ya da önlemeye yönelik bilgi ve inanç olarak tanımlanmaktadır (Jorm, 2000). Ruh sağlığı okuryazarlığı kavramı kişinin kendisinin ve başkalarının ruh sağlığını yönetmede yardımcı olabilecek belirli ruhsal bozuklukları tanıma becerisini, risk faktörleri ve nedenleri hakkında bilgi ve inançları, kendi kendine yardım müdahaleleri hakkında bilgi ve inançları, mevcut profesyonel yardım hakkında bilgi ve inançları, uygun yardım aramayı teşvik eden tutumları, ruh sağlığı bilgisini nereden edineceğine dair bilgiyi içermektedir (Jorm, 2012). Ruh sağlığı okuryazarlığı, ruh sağlığı hizmetlerine erişimi artıran ve ruhsal sorunların gelişimine karşı koruyucu bir faktör olmasına karşın, küresel düzeyde ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olduğu bildirilmektedir (Jung, von Sternberg ve Davis, 2017; Tay ve ark., 2018). Bununla birlikte ruh sağlığı okuryazarlığının tanıma bileşeni, yardım arama ve damgalama ile yakından ilişkilidir. Bireylerin ruhsal bozukluğun nedenleri, tedavi yöntemleri, iyileşme süreci hakkında bilgi sahibi olması ve bunlara inanması damgalamayı azaltmakta ve yardım arama davranışını artırmaktadır (Rafal, Gatto ve DeBate, 2018). Bu nedenle ruh sağlığı okuryazarlığı kavramının tıpkı sağlık okuryazarlığı gibi okullara ve diğer toplum kuruluşlarına etkili bir şekilde entegre edilmesinin önemli olduğu vurgulanmaktadır (Kutcher, Wei ve Coniglio, 2016).

Psikiyatri hemşireleri toplumun ruh sağlığını koruma ve ruhsal bozukluklara yönelik damgalamayla mücadelede öğretmenler ve akademisyenler gibi toplum liderleri ile işbirliği yapabilirler (Açıkgöz ve Akkuş, 2018; Yüksel, Yılmaz ve Temel, 2015). Özellikle ruhsal bozuklukların birçok öğrencinin yüksek öğretime başladığı dönem olan 16–24 yaşındaki gençlerde yaygın görülmesi nedeniyle akademisyenler öğrencilerini uygun profesyonel yardım kaynaklarına yönlendirmek için önemli bir konuma sahiptir (Gulliver, Farrer, Bennett ve Griffiths, 2019). Yapılan çalışmalarda öğretmenlerin sınıflarındaki ruh sağlığı ihtiyaçlarının farkında olduğu, ancak birçoğunun kendi iş yükleri ve streslerinin yanı sıra yeterli zamana, ruh sağlığı konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmamalarından dolayı bu ek rolü

üstlenmede istekli olmadıkları bildirilmektedir (Armstrong ve Hallett, 2012; Dods, 2016). Buna karşın üniversite öğretim kadrosunun ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi, ruhsal bozukluklara yönelik inançları veya bu faktörlerin ruh sağlığı sorunları olan öğrencilere yardım etme kapasitelerini ya da isteklerini etkileyip etkilemediği hakkında çok az şey bilinmektedir (Gulliver ve ark., 2019). Literatürde akademisyenlerde ruh sağlığı okuryazarlığı ve/veya ruhsal bozukluklara yönelik inançları değerlendiren çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görülmektedir (Gulliver ve ark., 2019; Wynaden ve ark., 2014). Ülkemizde ise öğretim elemanlarının ruhsal hastalıklara ilişkin görüşlerini inceleyen sadece bir çalışma bulunmaktadır (Yüksel ve ark., 2015). Bu gerekçelerden yola çıkarak araştırmada akademisyenlerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi ile ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının belirlenerek aralarındaki ilişkinin incelenmesi ve ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını etkileyen değişkenlerin tespit edilmesi amaçlanmıştır. Araştırmadan elden edilecek bulguların ruh sağlığının korunması, ruhsal bozuklukların erken tanı ve tedavisi, ruhsal bozukluklarla ilişkili damgalamanın azaltılması için bir ön koşul olan ruh sağlığı okuryazarlığı hakkında farkındalık oluşturmaya katkıda bulunacağı ve ruh sağlığı okuryazarlığını artırmaya yönelik çalışmalarda psikiyatri hemşirelerine yol gösterici olacağı öngörülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Literatür gözden geçirildiğinde, ülkemizde akademisyenlerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi ile ruhsal bozukluklara yönelik inançları arasındaki ilişkiyi değerlendiren herhangi bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu nedenle araştırma;

- (1) akademisyenlerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi ve ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının belirlenmesi,
- (2) akademisyenlerde ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi ile ruhsal hastalıklara yönelik inançlar aralarındaki ilişkinin incelenmesi,
- (3) akademisyenlerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını etkileyen değişkenlerin saptanması amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ruh Sağlığı ve Ruhsal Bozukluk

2.1.1. Ruh Sağlığı

Hastalık ya da bozukluğun tanımını yapmak her zaman sağlığı tanımlamaya göre daha kolay olmuştur. DSÖ'ne göre sağlık “yalnızca sakatlığın olmaması değil, bedensel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmaktadır. Burada bahsedilen iyilik hali kavramının içine yaşam kalitesi, üretkenlik, toplumsal değer yargıları ve yaşamın niteliği de girmektedir (Boyd, 2018; Gürhan, 2016). İstatistiksel olarak normal kavramı çan eğrisinin iki ucunda olmayan kişileri tanımlamaktadır. Bununla birlikte ruh sağlığının istatistiksel tanımı çoğu kez görecelidir. Klinik olarak incelendiğinde ise belirli bir bozukluğun olmaması kişinin ruh sağlığının yerinde olduğunu göstermek için yeterli değildir (Çam ve Engin, 2021; Öztürk ve Uluşahin, 2020). Dolayısıyla klinik olarak normal kavramını tanımlayabilmek için çeşitli görüşler ortaya koyulmuştur. Bu görüşler kişinin çevreye uyum yapabilme yeteneğine, bireylerde yüksek düzeyde kaygı ya da ruhsal belirtilerin olmamasına, altbenlik, benlik ve üstbenlik arasındaki dengeye, çalışma ve sevmeye yeteneğine, kaygıyı taşıyabilme kapasitesine, uzun süreli ve istikrarlı ilişkiler kurabilme becerisine ve gerçeği değerlendirme yetisine atıfta bulunmuştur (Gürhan, 2016; Öztürk ve Uluşahin, 2020). Ruh sağlığı gelişimsel açıdan ele alındığında ise çeşitli gelişim dönemlerine özgü kazanılması gereken benlik güçlerinin tanımlanması, sağlıklı bir kişide olması gereken özellikleri ve ruh sağlığını açıklamaya yetebilmektedir. Tüm bu tanımlamalara rağmen öne sürülen modeller arasında herhangi biri öne çıkmamakta, dolayısıyla ruh sağlığı kavramının ideal formunun kimsede olmadığı kabul edilmesi gerekmektedir (Gürhan, 2016). Amerikan Psikiyatri Birliği [APB] (2013) tarafından ise ruh sağlığı duygusal esenlik, davranışsal uyum, kaygı ve engelleyici semptomların olmaması, yapıcı ilişkiler kurma ve yaşamın olağan talep ve stresleriyle başa çıkma kapasitesi ile karakterize olan zihinsel durum olarak tanımlanmaktadır (APB, 2013).

2.1.2. Ruhsal Bozukluk

Ruhsal denge bozulduğunda bireyler bozulan dengesini geri kazanabilmek için savunma mekanizmalarını patolojik düzeyde kullanabilmekte, buna bağlı olarak

bireylerde ruhsal bozukluklular kendini göstermektedir (Gürhan, 2016; Öztürk ve Uluşahin, 2020). Ruh sağlığına kıyasla ruhsal bozukluğun tanımının yapılabilmesi daha kolay gibi görünmektedir. Ruhsal bozukluklarda bireyler genellikle tutarsız, uygunsuz, aşırı ya da yetersiz kavramlarıyla tanımlanan duygu, düşünce ve davranışlardaki bir takım değişikliklerle ele alınmaktadır (Boyd, 2018; Öztürk ve Uluşahin, 2020). Bununla birlikte bu kavramlarda kendi içerisinde değer yargıları barındırdığı için bu normlardan bazıları evrensel ve sürekli olup, bazıları ise içinde bulunulan zamanın koşullarına göre değişiklik gösterebilmektedir. Zamana ve yere göre değişebilirliği göz önüne alındığında yukarıdaki kavramlar ruhsal bozukluğun tanımlanmasında kullanılabilmektedir. Ayrıca tüm bireylerde tutarsız, uygunsuz, aşırı ya da yetersiz duygu, düşünce ve davranışlar görülebilmektedir (Batmaz ve Gezgin Yazıcı, 2021; Öztürk ve Uluşahin, 2020). Bahsedilen durumların ruhsal bozukluk kavramı altında yer alması için bu durumların sürekli ya da yineleyici olması, belirli bir süre devam etmesi, kişiye sıkıntı vermesi, kişinin işlevselliğinde azalmaya ve kişilerarası ilişkilerinde bozulmalara neden olması gerekir (APB, 2013). APB (2013) tarafından ruhsal bozukluk bilişsel ve duygusal rahatsızlıklar, anormal davranışlar, işlev bozukluğu veya bunların herhangi bir kombinasyonu ile karakterize herhangi bir durum olarak tanımlanmaktadır. Bu tür bozukluklar yalnızca çevresel koşullarla açıklanamayıp, fizyolojik, genetik, kimyasal ve sosyal faktörleri de içermektedir (APB, 2013).

2.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı

2.2.1. Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Tanımı ve Önemi

Ruh sağlığı okuryazarlığı (RSOY) terimi, “ilk defa kişinin bir ruh sağlığı sorununu tanımasını, yönetmesini veya ruhsal sorunların gelişimini önlemesini sağlayan ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi ve inançlar” olarak tanımlanmıştır (Jorm ve ark., 1997). Daha sonra RSOY tanımı, bir kişinin ya da başkalarının ruh sağlığının yararına olan bilgilerle birlikte ruhsal hastalıkların nasıl önleneceği, bozuklukların tanınması ve bu süreçte yaşanabilecek sorunlar için etkili bireysel başa çıkma yöntemleri, kişinin kendisine olduğu kadar başkalarına yardım etmede kullanılması gereken psikolojik ilk yardım becerilerini de kapsayacak şekilde genişletilmiştir (Jorm, 2012; Tay ve ark., 2018). RSOY, bu genişletilmiş çerçevede düşünüldüğünde ruhsal bozukluklarda önleyici tedbirleri, belirtileri, tedavi şekilleri ve tedavi yerleri

hakkında bilgi sahibi olmayı kapsamasının yanı sıra ruhsal bozukluklarda kişilerin kendini veya başkalarını destekleme stratejileri hakkında bilgi sahibi olmayı da içermektedir. RSOY aynı zamanda ruhsal bozukluğu olan biri için hastalığın nasıl yönetileceğine dair bilgiyi de içerirken, bir bakım veren için hastalığı olan kişiye nasıl etkili destek sağlanacağı bilgisini de kapsamaktadır. Bu bağlamda RSOY kişinin ruh sağlığına yönelik bilgi sahibi olmasının ötesinde kendisinin veya başkalarının ruh sağlığına fayda sağlamak üzere harekete geçme potansiyeli olarak ta ele alınabilmektedir (Jorm, 2012).

DSÖ'nün "ruh sağlığı olmadan sağlık olmaz" vizyonu doğrultusunda sağlığın korunması ve geliştirilmesinde ruh sağlığı okuryazarlığının önemli bir belirleyici olduğu açıkça görülmektedir (WHO, 2018). Toplumda RSOY'nın düşük olmasına bağlı mortalite de dahil olmak üzere çeşitli sorunlar ortaya çıkmaktadır (Tay ve ark., 2018). Tedavi edilmeyen ruhsal sorunlar morbidite, intihar, bakım yükü ve işsizlik gibi olumsuz sonuçlara yol açmaktadır (Fortuna, Williams, Mois, Jason ve Bianco, 2022; Hoseinzadeh, Miri, Foroughameri, Farokhzadian ve Shahrbabaki, 2022). Toplumun üyelerinin ruh sağlığı hakkında daha iyi düzeyde bilgiye sahip olması ve bu tür durumları zamanında fark ederek uygun tedaviyi araması, çok daha fazla hayat kurtarılabilen veya ruhsal bozukluğun olumsuz sonuçlarını engellenebilmektedir. RSOY'nın düşük düzeyde olması ise ruhsal bozuklukların yeterince tanınmamasına ve yardım arama davranışını etkileyerek tedavilerin ertelenmesine yol açmaktadır. Bu nedenle ruhsal bozukluk yaşayan bireylerin yaşam kalitesinde yıllarca süren bir düşüş meydana gelmektedir (O'Keeffe, Kinsella ve Waddington ve Clarke, 2022; Rafal ve ark., 2018). Ancak bu olumsuz durumlar toplumun RSOY düzeyinin artırılmasıyla durdurulabilmekte, hatta tersine çevrilebilmektedir. RSOY'nın artması dünya çapında mutluluğu ve ruhsal iyilik halini artırabilmektedir (Tay ve ark., 2018). Ruhsal sorunları tanımlayabilmenin yanı sıra bu sorunların nedenlerini ve tedavisini bilmekte son derece önemlidir. Ailesi ruh sağlığı konusunda bilgisiz olan birçok hasta tedaviden mahrum bırakılmakta ve bunun yerine ruh sağlığı sorunlarının sebebini manevi varlıklara bağlayan aileler tarafından dini liderlerden yardım almaya teşvik edilmektedir (Kayrouz ve ark., 2015; Tay, Chan, Ho ve Lal, 2017). Tedavide yaşanan her gecikme hastada yeti yitimine neden olmakta, hastaneye yatış sayısını artırmakta ve iyileşme sürecini uzatmaktadır (Gulliver, Griffiths ve Christensen, 2010; Stolzenburg ve ark., 2019).

2.2.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Bileşenleri

RSOY tanıma, yardım arama ve damgalama gibi çeşitli bileşenlere sahip kapsamlı bir kavramdır. RSOY'nın tanıma bileşeni, bireylerin ruhsal bozukluklarını erkenden doğru bir şekilde tanıma yeteneklerini geliştirmeye odaklanmaktadır. Ayrıca bu bileşen ruhsal ilk yardımı, ruh sağlığını iyileştirici ve ruhsal bozuklukların oluşumunu önleyici bilgileri merkezine almaktadır (Jorm, 2012). Diğer taraftan RSOY'nın yardım arama bileşeni, yardım arama niyetinin desteklenmesine, yardım kaynaklarının seçimine, yardım aramanın önündeki engellerin belirlenmesine ve ortadan kaldırılmasına odaklanmaktadır (Jorm, 2000; Kutcher ve ark., 2016a; Wei, Hayden, Kutcher, Zygmunt ve McGrath, 2013). RSOY'nın damgalama bileşeni ise ruhsal bozuklukların damgalanmasını ortadan kaldırmak amacıyla damgalayıcı tutumlar, algılanan damgalanma, içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal mesafe gibi faktörleri içeren geniş bir damgalama yelpazesini kapsamaktadır (Kutcher ve ark., 2016a; Wei ve ark., 2013). RSOY'nın bileşenleri genellikle birbiriyle ilişkili olup, RSOY düzeyini iyileştirebilmek için bu bileşenlerin birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir (Kutcher ve ark., 2016a; Newcomb-Anjo, 2019; Wei ve ark., 2013).

RSOY kavramının kapsamlı doğası dünya çapında birçok araştırmacının dikkatini çekmiştir. Bu doğrultuda bireylerin RSOY düzeylerinin değerlendirilmesi, ruhsal bozukluklar ile RSOY arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla birçok çalışma gerçekleştirilmiştir (Kutcher ve ark., 2016; Newcomb-Anjo, 2019; Wang ve Lai, 2008; Wei ve ark., 2013). Literatürde RSOY düzeyinin bölgeye göre değişiklik gösterme eğiliminde olduğu görülmektedir. Örneğin; batı toplumlarında ve gelişmiş ülkelerde RSOY düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Kutcher ve ark., 2016; Newcomb-Anjo, 2019; Wang ve Lai, 2008; Wei ve ark., 2013). Bununla birlikte düşük/yetersiz RSOY düzeyine sahip bireylerde ruhsal bozukluk gelişme riskinin arttığı ifade edilmektedir (Wang ve Lai, 2008). Bu sonuçlar, düşük RSOY düzeyine sahip bireylerin bozuklukları zamanında tanıyamamasına bağlanmaktadır. Bu durum yardım arama davranışını geciktirebilmekte ve ruhsal bozuklukların ortaya çıkma riskini artırmaktadır (Gulliver ve ark, 2010; Kutcher, Bagnell ve Wei, 2015). Ayrıca, düşük RSOY ruhsal bozuklukların daha fazla damgalanmasına yol açtığı için yardım arama davranışının önünde önemli bir engel olabilmektedir (Jorm, Reavley ve Ross, 2012).

2.2.2.1. Ruhsal bozuklukların tanınması

Farklı ülkelerde yürütülen araştırmalar, ruhsal bozuklukların yaygınlık oranlarının yüksek olduğunu, ancak etkilenen birçok kişinin profesyonel yardım aramadığını veya yardım aramayı uzun yıllar ertelediğini göstermektedir (Gulliver ve ark., 2010; Kutcher ve ark., 2015). Örneğin; DSÖ'nün 28 gelişmiş ve gelişmekte olan ülkede yürüttüğü Dünya Sağlık Girişimi araştırmasında, gelişmiş ülkelerde dahi duygudurum, kaygı veya madde kullanım bozukluklarına sahip bireylerin yalnızca küçük bir kısmının hastalığın başladığı yıl tedavi için yardım aradığı ortaya konulmuştur (Wang ve ark., 2007). Ayrıca, tedavi gören bireyler için yaşanan gecikmelerin duygudurum bozuklukları için 1 ile 14 yıl, anksiyete bozuklukları için 3 ile 30 yıl, madde kullanım bozuklukları için 6 ile 18 yıl arasında değiştiği gösterilmiştir (Marshall ve ark., 2005). Daha şiddetli psikotik bozukluklar için bile aylarca gecikmelerin yaygın olarak yaşandığı bildirilmektedir (O'Keeffe ve ark., 2022). Ruhsal yardım arama davranışını etkileyen en önemli faktörlerden biri ruhsal sorunların tanınmasıdır. Kişinin yaşadığı durumun herhangi bir ruhsal bozukluğun belirtileri olduğunu bilmesi yardım alma olasılığını artırmaktadır (Tsai, Kao ve Lien, 2022). Tedavi aramada başarısızlık veya gecikme, ruhsal bozukluğu olan kişiler için ciddi sonuçlara neden olabilmektedir. Tedavi edilmeyen hastalığın süresi ne kadar uzun olursa, tedavi sonuçlarının o kadar olumsuz olduğu belirtilmektedir (Jung ve ark., 2017). Profesyonel yardım aramayı geciktirme ya da reddetmenin önünde bazı engeller bulunmaktadır. Bunlardan biri kişinin ruhsal bir bozukluğu olduğunu kabul etmemesidir (Pirutinsky ve Rosmarin, 2022). Gelişmiş ve gelişmekte olan pek çok ülkede ruh sağlığı okuryazarlığına ilişkin toplum temelli araştırmalar, birçok insanın ruhsal bozuklukları doğru bir şekilde tanıyamadığını göstermektedir. Bu çalışmaların sonuçları ülkeden ülkeye veya kullanılan yönteme göre büyük farklılıklar göstermekle birlikte, ruhsal bozuklukların tanınma oranlarının yetersiz olduğu vurgulanmaktadır (Atilola, 2015; Munawar, Mukhtar, Choudhry ve Ng, 2022; Rimal ve ark., 2022). Bazı insanlar yaşanan sorunlarda ruhsal bozukluğun ismi gibi etiketleyici ifadeler yerine genellikle stres veya günlük yaşam sorunu gibi daha normalleştirici ifadeleri kullanma eğiliminde olabilmektedir. Ancak, bu tür alternatif tanımlamalar profesyonel yardım aramayı daha da geciktirebilmektedir. Örneğin: yaşadığı durumu depresyon yerine bir yaşam krizi olarak gören kişilerin, sorunla kendi başına başa çıkmanın yararlı olacağına inanma olasılıkları daha yüksektir

(Jorm ve ark., 2006; Kermode, Bowen, Arole, Joag ve Jorm, 2009; Tsai ve ark., 2022). Ruhsal bozuklukların gecikmeli tanınmasına katkıda bulunan bir diğer faktör, hastalık başlangıçlarının genellikle ergenlik veya erken yetişkinlik dönemine denk gelmesidir. Genel olarak, ruhsal bozukluk belirtilerinin başlangıç yaşı bireylerin %34.6'sında 14 yaşından, %48.4'ünde 18 yaşından, %62.5'inde 25 yaşından öncedir (Solmi ve ark., 2022). Bu durum, insanların genellikle bilgi ve deneyimlerinin az olduğu bir dönemde ruhsal bozuklukları deneyimledikleri anlamına gelmektedir.

2.2.2.2. Kanıta dayalı tedaviler ve profesyonel yardım

İnsanların ruhsal sorunlarını kabul etmesi yardım arama açısından teşvik edicidir (Kutcher ve ark., 2016a). Bununla birlikte kişinin doğru yardımı alabilmesi için mevcut profesyonel yardım kaynaklar ve kanıta dayalı tedaviler hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir (Kutcher ve ark., 2016a; Wei ve ark., 2013). Ruh sağlığı hizmeti sunan mesleklerin, ruhsal bozukluklardan etkilenen kişilerin kaliteli bakım almasını sağlamak için geliştirdikleri uygulama standartları ve klinik uygulama kılavuzları bulunmaktadır (Jorm, 2012). Bununla birlikte, mesleki standartlar ruhsal bozukluklardan etkilenen kişilerin gerekli faydayı almasını sağlamak için her zaman yeterli olmamaktadır. Aynı zamanda bireylerin profesyonellerin sunduğu hizmetlerin kendilerine yardımcı olacağına inanması gerekmektedir. Aksi takdirde bireyler ruh sağlığı hizmetlerine başvurmamakta ya da profesyonellerin tedavi önerilerine uymamaktadır (Jorm, 2000; Jorm, 2012). Bazı ülkelerde ruh sağlığı profesyonelleri ve ruhsal tedaviler hakkındaki kamu inançlarını belirlemeye yönelik araştırmalar yapılmış olup, bu araştırmaların sonuçları ruhsal tedavilere ve ruh sağlığı profesyonellerine ilişkin görüşler arasında büyük farklılıklar olduğunu ortaya koymaktadır. Bazı insanlar psikiyatrik ilaçları zararlı olarak değerlendirirken, bazıları bu ilaçların kanıta dayalı olmayan tedavilerle aynı etkiye sahip olduğu görüşündedir (Jorm, Christensen ve Griffiths, 2005; Loureiro ve ark., 2015; Velligan, Sajatovic, Hatch, Kramata ve Docherty 2017). Öte yandan, psikolojik müdahalelerle ilgili inançlar genellikle daha olumludur (Böge ve ark., 2022). Her ne kadar toplum tıbbi tedaviler yerine psikososyal tedavileri tercih etse de, bu durum tüm bireyler için söz konusu değildir. Örneğin; farmakolojik ajanların zararlı olduğuna inanan kişilerin psikososyal müdahaleler dahil olmak üzere diğer kanıta dayalı tedaviler hakkında da daha olumsuz düşündükleri bildirilmektedir (Bogaers ve ark., 2022;

Kayrouz ve ark., 2015). Bu da bazı insanların genellikle tedaviyi reddetme eğiliminde olduğunu göstermektedir. Çalışmalardan çıkan ortak sonuç, bireylerin aile veya arkadaşlar gibi resmi olmayan yardım kaynaklarını ruh sağlığı uzmanlarına kıyasla çok daha olumlu gördüğüdür. Aileden ve arkadaşlardan sosyal destek arama yararlı bir strateji olsa da, bunun profesyonel yardım aramanın yerine geçmesi endişe verici olarak değerlendirilmektedir (Bogaers ve ark., 2022; Velligan ve ark., 2017).

Ruh sağlığı profesyonelleri ve ruhsal tedaviler hakkındaki inançlar arasındaki bu farklılıklar, insanların ruhsal bir bozukluk ortaya çıktığında yapacakları eylemi etkileyebilmektedir. Ruhsal bozukluklardan etkilenen insanların kanıta dayalı sağlık hizmetlerinden tam olarak yararlanması için işe yaradığı bilinen yöntemler hakkında bilgiye ve ruh sağlığı profesyonellerine yönelik olumlu inanca sahip olmaları gerekmektedir (Kutcher ve ark., 2016a). Bu da toplumun ruh sağlığı okuryazarlığını arttırarak ruh sağlığı profesyonelleri ve ruhsal tedaviler hakkındaki inançlarını değiştirmek ile mümkündür (Rafal ve ark., 2018).

2.2.2.3. Kendi kendine yardım stratejileri

Kendi kendine yardım stratejileri bireyin ruhsal bir bozuklukla baş edebilmek için kendi başına yapabileceği eylemler olarak tanımlanmaktadır. Kendi kendine yardım stratejileri bazen psikoterapinin bir parçası olarak ruh sağlığı profesyonelinin rehberliğinde uygulanabilse de, sıklıkla herhangi bir profesyonelin danışmanlığı olmaksızın birey tarafından bu stratejiler kullanılmaktadır (Jorm, 2012). Bazı çalışmalarda profesyonel olmayan kaynaklardan elde edilen kendi kendine yardım konusunda toplumun inançları değerlendirilmiş ve kendi kendine yardımın hastalar tarafından çoğu zaman ruhsal tedavilerden daha olumlu değerlendirildiği tespit edilmiştir (Ng ve Jain, 2022). Çeşitli ülkelerde yürütülen araştırmalarda halkın çoğunluğunun ruhsal bozukluklara vitaminlerin, fiziksel aktivitenin, sorun hakkında okumanın, dışarı daha fazla çıkmanın, özel bir diyet uygulamanın, gevşeme, stres yönetimi veya yoga üzerine kurslara katılmanın yardımcı olabileceğine inandığı saptanmıştır (Ng ve Jain, 2022; Rovira-García ve Da Cuña-Carrera, 2022). Ciddi ruhsal bozukluklar için dahi bu tür yöntemlerin kullanıldığı bildirilmektedir. Kendi kendine yardım stratejilerinin bazıları ruhsal bozukluklarla baş etmeye yardımcı olabilmektedir. Örneğin; fiziksel aktivitenin depresyonu azalttığı bilinmektedir (To ve ark., 2022). Ancak alkol kullanımı gibi bazı olumsuz stratejiler ise uzun vadede

semptomları kötüleştirebilmektedir (Lasserre ve ark., 2022). Bu durumda klinik bozukluğu olan kişilerin profesyonel yardıma alternatif olarak kendi kendine yardımı kullanmaları önemli bir endişe kaynağı olabilmektedir. Fakat subklinik semptomları azaltmak için toplumun ruh sağlığı okuryazarlığını artırmaya katkı sağlayan, ruh sağlığını geliştirmede ve ruhsal bozuklukları önlemede etkili olabilen kendi kendine yardım stratejileri hakkında eğitimlerin yapılması ve kampanyaların yürütülmesi oldukça önemli görünmektedir (Jorm ve Griffiths, 2006).

2.2.2.4. Ruhsal ilk yardım ve başkalarına destek sağlama

Bireylerin ruhsal sorunlarıyla kendi kendine başa çıkabilmelerinin yanı sıra, başkalarına nasıl yardımcı olabileceklerini de bilmeleri gerekmektedir (Jorm, 2012). Ruhsal bozukluk yaşayan birçok kişi, kendisine ne olduğunu doğru bir şekilde anlayamadığında profesyonel yardım aramayı başaramamakta ya da uzun süre ertelemektedir. Bu gibi durumlarda kişinin sosyal destek ağı, ruhsal bozuklukların belirtilerini tanımayı ve yardım aramayı kolaylaştırabilmektedir (Jorm, Blewitt, Griffiths, Kitchener ve Parslow, 2005; Jung ve ark., 2017). Dolayısıyla genel toplumun ruhsal sorunu olan birine nasıl ilk yardımda bulunacağını bilmesi oldukça önemlidir. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin sorunları başkaları tarafından fark edildiğinde ve yardım almaları teşvik edildiğinde profesyonel yardıma başvurma olasılıklarının daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (Costa Sampaio, Sequeira, Lluch Canut ve Moreno Poyato, 2022; Yap, Wright ve Jorm, 2011). Ruhsal bozukluk belirtilerinin sıklıkla ortaya çıkmaya başladığı ergenlik döneminde arkadaşlardan gelen sosyal desteğin hastalık belirtilerini tanımayı ve yardım aramayı kolaylaştırdığı belirtilmektedir (Solmi ve ark., 2022). Bunun yanı sıra, aile üyelerinden alınan sosyal desteğin depresyonun tedavisine katkı sağladığı bildirilmektedir (Yan, Liao, Ma ve Wang, 2022). Sosyal destek kaynaklarının kullanımı ruhsal bozukluğu olan bireylerin tedavisinde önemli bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır (Yang ve D'Arcy, 2022). Aile, eş, arkadaşlar, öğretmenler, akrabalar, komşular gibi sosyal destek kaynaklarından alınan yardımlar ruhsal ilk yardım olarak tanımlanmaktadır (Kitchener ve Jorm, 2008). Ruhsal ilk yardım kişiye yaklaşma, durumun değerlendirilmesi, krize müdahale, yargılamadan dinleme, destek ve bilgi sunma, kişiyi uzman desteği almaya cesaretlendirme, sosyal destek kaynaklarını ve kendi

kendine yardım stratejilerini teşvik etme bileşenlerinden oluşmaktadır (Tonsing, 2018).

Özellikle gençler arasında önemli sorunlardan biri akranlarıyla ilgili sorunları yetişkinlerle paylaşmaya isteksiz olmalarıdır. Yap ve ark. (2011) tarafından 13-28 yaş aralığındaki ergenlerle gerçekleştirilen çalışmada, gençlerin ruhsal sorunu olan bir arkadaşına veya aile üyesine yardım etmek amacıyla uyguladıkları en yaygın girişimin kişiyi dinlemek (%91) olduğu saptanmıştır. Gençler tarafından uygulanan diğer girişimler ise sırasıyla fiziksel aktiviteye yönlendirme (%69), kişiyi neşelendirmek için arkadaşlarını bir araya getirme (%67) ve zihnini problemlerden uzak tutmak için kişiyi meşgul etme (%66) olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %58'inin ruhsal sorunu olan kişiye profesyonel yardım almayı önerdiği belirlenirken, yalnızca %38'inin ruhsal sorunu olan kişinin intihara ilişkin duygularını sorduğu bulunmuştur. Bazı katılımcılar ise sorunu olan kişilere sıkıntılarını unutmaları için alkol kullanmayı önerme (%6) veya bu kişiyi durumu atlatana kadar görmezden gelme (%4) gibi yararsız girişimlerde bulunduğunu bildirmiştir (Yap ve ark., 2011). Bu sonuçlar ise toplumun ruhsal ilk yardıma yönelik bilgiye ihtiyaç duyduğunu göstermektedir.

2.2.2.5. Ruhsal bozuklukların önlenmesi

RSOY'nın en az gelişmiş bileşeni ruhsal bozuklukların önlenmesidir. Bunun nedeni, ruhsal bozukluklar için değiştirilebilir risk faktörlerinin neler olduğunun fiziksel hastalıklara kıyasla daha az bilinmesidir (Jorm, 2012). Bilinen en önemli risk faktörlerinden biri travmatik yaşam olaylarıdır. Ancak travmatik yaşam olaylarını azaltmak başlı başına sosyal bir hedef olup, bu yaşantıların azaltılması çoğu zaman zor olmaktadır (Dominguez ve Brown, 2022). Bununla birlikte, ruhsal bozukluklar için halkın bilmesi gereken bazı değiştirilebilir risk faktörleri de vardır. Bu duruma örnek olarak, esrar kullanımı ile psikoz riski arasındaki ilişki gösterilebilir (Robinson ve ark., 2022). Ayrıca, ruhsal bozukluklarda ebeveynliğin rolü de değiştirilebilir bir risk faktörü olarak ele alınmaktadır. Ailelerin, olumsuz ebeveyn tutumlarının çocukların alkol ve diğer maddeleri kötüye kullanma riskini artırdığını bilmesi gerekmektedir (Wilson ve Rhee, 2022). Benzer şekilde, olumsuz ebeveynlik tarzlarının çocuklarda depresyon ve anksiyete gelişimi üzerinde önemli etkileri de bulunmaktadır (Choi, 2022). Ebeveyn ile çocuk/ergen arasında meydana gelen yüksek şiddetli çatışmalar çocuk/ergenlerde distres riskini artırmaktadır (Wilson ve

Rhee, 2022). Değiştirilebilir bir risk faktörü olarak ebeveyn tutumlarının ruhsal sorunlar üzerindeki etkisi nispeten az olsa da, tüm toplumda ebeveynlik davranışında olumlu değişikliklerin meydana getirilmesi toplum ruh sağlığı açısından önemli bir kazanımdır (Cohrdes ve Göbel, 2022). Literatürde toplumun önleme konusundaki inançları hakkında sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Almanya'da Schomerus ve ark. (2008) tarafından yapılan çalışmada yetişkinlerin %75'inin depresyonun önlenmesinin mümkün olduğuna inandığı ve önlemeye inanan katılımcıların %58'inin bir önleme programına katılmak için ödeme yapmaya istekli olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada katılımcılara depresyonu önlemeye yönelik stratejilerin bir listesi sunulduğunda ise bireylerin %80'inden fazlasının istikrarlı arkadaşlıklar kurmak, aile desteğine sahip olmak, eğlenceli boş zaman aktivitelerine sahip olmak, özgüveni artırıcı faaliyetlerde bulunmak, olumlu düşünmek, bir sırdaşa sahip olmak, yeterince uyumak, egzersiz yapmak, müzik dinlemek ve uyuşturucudan uzak durmak gibi bazı stratejilerin önleme konusunda yardımcı olabileceğini düşündüğü tespit edilmiştir (Schomerus, Angermeyer, Matschinger ve Riedel-Heller, 2008). Sözü geçen araştırmada sunulan liste ise uzmanların subklinik depresif belirtiler için önerdiği stratejilerle pek çok benzerliğe sahiptir (Choi, 2022; Robinson ve ark., 2022; Wilson ve Rhee, 2022). Avustralya'da gençler ile ruh sağlığı profesyonellerinin çeşitli ruhsal bozuklukların önlenmesine yönelik inançlarının karşılaştırıldığı başka bir çalışmada, gençler ve profesyoneller arasında depresyonun önlenmesine yönelik stratejiler açısından benzerlikler olduğu belirlenmiştir (Jorm, Morgan ve Wright, 2010). Bahsedilen araştırmada benzerlik bulunan stratejilerin aile ve arkadaşlarla teması sürdürmek, fiziksel aktivite yapmak, madde kullanımından kaçınmak ve rahatlatıcı aktivitelere zaman ayırmak olduğu belirtilmiştir. Aynı araştırmada ruh sağlığı profesyonelleri ile gençler arasında en büyük fark, stresli durumlardan kaçınmaya yönelik verilen yanıtlarda gözlenmiştir. Gençlerin çoğu stresli durumlardan kaçınmanın sorunu önlemede faydalı olduğuna inanırken, sağlık profesyonelleri kaçınma davranışının sorunu önlemede etkili bir yaklaşım olmadığını bildirmiştir (Jorm ve ark., 2010). Bu bulgular, toplumun önleyici tedbirler almak için kayda değer bir alt yapısı olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, katılımcılar fiziksel hastalıklardaki durumun aksine, toplumda ruhsal bozuklukların önlenmesi için pratikte ne yapıldığına ilişkin bilgisinin olmadığını ifade etmiştir (Jorm ve ark., 2010).

2.2.3. Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Belirleyicileri

RSOY'nı artırmanın ruh sağlığını koruma ve geliştirmenin anahtarı olduğu açıktır (Kutcher ve ark., 2016a; Newcomb-Anjo, 2019). Bu doğrultuda toplumun RSOY'nı etkileyen faktörleri belirlemek, uygun müdahalelerin planlanmasına ve politikaların geliştirilmesine önemli katkı sağlamaktadır (Singh, Zaki, Farid ve Kaur, 2022). Nor ve ark. (2020) tarafından Malezya'da düşük maliyetli konutlarda yaşayan kadınların RSOY'nı etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, etnik köken, din, eğitim düzeyi ve gelir durumunun RSOY'nın belirleyicileri olduğu bulunmuştur (Nor, Husna, Afnan, Suriani ve Nashriq, 2020). Bunun yanı sıra literatürde kadın cinsiyeti, ileri yaş, eğitim ve gelir düzeyindeki artış ile yüksek düzeyde RSOY arasında ilişkili olduğu bildirilmektedir (Bruno, McCarthy ve Kramer, 2015; Hernan, Philpot, Edmond ve Reddy, 2010; Mason, Hart, Rossetto ve Jorm, 2015; McCarth, Bruno ve Fernandes, 2011). Ancak bu çalışmaların çoğu gelişmiş ülkelerdeki yetişkin nüfusla yürütüldüğü için mevcut bulguları geliştirmekte olan ülkelerde yaşayan bireylere ve genç nüfusa genellemek mümkün olmayıp, RSOY'nı etkileyen faktörlerin anlaşılabilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu söylenebilir (Jorm ve ark., 2012).

2.2.4. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Müdahaleleri

RSOY'nı artırmaya yönelik müdahalelerin ağırlıklı olarak çocuklara ve gençlere odaklandığı görülmektedir (Abdinasır, 2019). Çocuk ve ergenlerde ruhsal bozuklukların prevalansı giderek artmaktadır. Ruhsal bozuklukların sağlık, sosyal ve ekonomik yükü de dikkate alındığında çocuk ve ergenlerdeki ruhsal bozukluklar önemli bir halk sağlığı sorunu haline dönüşmektedir. Bu doğrultuda çocuk ve gençlerin zamanlarının büyük bir kısmını okulda geçirmeleri nedeniyle ruhsal bozuklukları önlemek ve ruh sağlığını geliştirmek için RSOY'nı artırmayı amaçlayan okul temelli müdahaleler önemli bir potansiyeline sahiptir (Ma, Anderson ve Burn, 2022). Okul personeli genellikle ruhsal sorunlar hakkında yardıma ihtiyacı olan çocuk ve ergenler için ilk başvuru noktası olduğundan, okullar RSOY'nı artırmaya yönelik müdahaleler açısından önemli bir ortam haline gelmektedir (Abdinasır, 2019). Ayrıca çocuklar ruhsal bozukluklar hakkında bilgi sahibi olmadığı için okullarda erken dönemde ruhsal bozukluklara ilişkin olumsuz inanç ve tutumlara

müdahale edilerek damgalama ve ayrımcılığın da önüne geçilmektedir (Lovett, Tamkin ve Fletcher, 2011).

Ma ve ark. (2022) tarafından 4-18 yaş arası çocuklar ve gençlerde RSOY'nı geliştirmek için yürütülen okul temelli randomize kontrollü müdahalelerin etkinliğini değerlendirmek amacıyla bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın sonuçları okul temelli yirmi ruh sağlığı müdahalesinin RSOY'nı geliştirmede etkili olabileceğini düşündüren orta düzeyde kanıt olduğunu ortaya koymuştur. Bununla birlikte, çoğu çalışma izlem içermediğinden müdahalelerin uzun vadeli etkilerinin belirsiz olduğu bildirilmiştir. Diğer taraftan RSOY'nı artırmaya yönelik müdahalelerin bazılarında geleneksel medyanın (topluluk görüşmeleri, yazılı basın, vb.) bazılarında ise yeni platformların (internet, vb.) kullanıldığı görülmektedir. Geleneksel medyayı kullanan müdahalelerin ruhsal bozuklukların toplum tarafından tanınmasının yanı sıra ruhsal hastalığı olan bireylere ilişkin bilgi, tutum ve davranışların olumlu yönde değişmesine olanak sağladığı tespit edilmiştir (Brijnath ve ark., 2016). RSOY'nı iyileştirmek için web tabanlı müdahalelerin etkinliğini değerlendiren sistematik incelemede yapılandırılmış bir program gibi aktif bileşenleri içeren, popülasyona özgü geliştirilen, kanıta dayalı içerikleri barındıran, etkileşimsel ve deneyimsel öğrenmeyi teşvik eden müdahalelerin RSOY'nı geliştirmede daha etkili olduğu belirlenmiştir (Brijnath ve ark., 2016).

Avustralya'da herhangi bir ruhsal bozukluğu olan kişiye profesyonel yardım sağlanıncaya kadar nasıl yardım edileceği konusunda halkı eğitmek amacıyla ruh sağlığı ilk yardım eğitimi kursu başlatılmıştır. Bu eğitim kapsamında yürütülen randomize kontrollü bir çalışmada, katılımcıların ruhsal bozukluklara ilişkin bilgi düzeylerinde, ruhsal yardım sağlamaya ilişkin özgüven seviyelerinde, gerçek hayata yansıyan yardım etme davranışlarında artma, damgalayıcı tutum ve davranışlarında azalma olduğu ortaya konulmuş ve eğitimin etkinliğinin 6 ay boyunca devam ettiği belirtilmiştir (Jorm ve ark., 2010a). Yetişkin nüfusun %1'inin tamamladığı ruh sağlığı ilk yardım eğitimi kursu Avustralya'da geniş çapta yayılmaya devam etmektedir (Jorm ve Kitchener, 2011). Ayrıca bu kurs Amerika Birleşik Devletleri de (Rosenberg, 2011) dâhil olmak üzere 15 ülkenin (Jorm ve Kitchener, 2011) kültürüne ve sağlık sistemine uyarlanmıştır.

2.3. Ruhsal Bozukluklara Yönelik İnançlar ve Damgalama

2.3.1. Ruhsal Bozukluklara Yönelik İnanç ve Tutum

Tüm toplumlarda ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik olumsuz inançların yaygın olduğu belirtilmektedir (DeLuca, Hwang, Stepinski ve Yanos, 2022). İnanç, bir bireyin veya toplumun belirli bir konuyu ya da varsayımı sezgileri aracılığıyla doğru veya yanlış olarak kabul etmesidir. İnanç ve tutum ilişkisi bir neden-sonuç bağlantısı kapsamında ele alınmaktadır. Buna göre inanç kavramına duygusal öğeler eklendiğinde tutumlar meydana gelmektedir (Bilge ve Çam, 2008; Sakallıoğlu Uğurlu, 2017). Bir nesne, özne ya da olaya karşı herhangi bir tutum ortaya çıktığında her zaman inançların varlığından söz etmek mümkündür. Tutumlar herhangi bir nesne, birey ya da olay hakkında olumlu veya olumsuz değerlendirmelerdir. Bu değerlendirmeler ise herhangi bir durum hakkında kişinin nasıl hissettiğini veya ne düşündüğünü göstermektedir (Sakallıoğlu Uğurlu, 2017). Ruhsal bozukluklara yönelik inançlardan bazıları ruhsal sorunu olan bireylerin tehlikeli, saldırgan ve öngörülemez olduğu, suç işleme eğilimlerinin toplum örneğine kıyasla daha yüksek olduğu, toplumsal kurallara uymadıkları veya ruhsal bozuklukların tedavisinin olmadığı gibi olumsuz inançlardır (Aci, Ciydem, Bilgin, Ozaslan ve Tek, 2020). Herhangi bir fiziksel hastalığa sahip olan bireyler hastalık durumunu daha kolay açıklarken söz konusu ruhsal bozukluklar olduğunda bu durum daha zor olmaktadır (Rahman, Rahman ve Yasmin, 2022). Bireyler ruhsal bozukluk tanısına sahip olmanın yaşamlarını zorlaştıracak olumsuz sonuçlara yol açmasından ve ayrımcılığa maruz kalmaktan korkmaktadır (Pattison, Wastler, Moe, Alford ve Breitborde, 2022). Çünkü tutumlar bir araya gelerek davranışları oluşturmaktadır. Bir bireye ya da nesneye yönelik geliştirilen olumsuz tutumlar kayıtsızlık, eleştirme, mesafe koyma ve zarar verme gibi bazı olumsuz davranışlara neden olabilmektedir (Pattison ve ark., 2022; Sakallıoğlu Uğurlu, 2017). Ruhsal bozukluğu olan bireyler açısından bu durum incelendiğinde, insanların bu bireylerin tehlikeli ve saldırgan olduğuna inanması korkuya neden olmakta ve bu korkuya bağlı olarak ruhsal sorunu olan bireyler iş yaşamında tercih edilmeyen kişiler haline dönüşebilmektedir (Brohan ve ark., 2022).

İnanç ve tutumlar doğuştan gelmemekte, sonradan edinilmektedir. Tutumun bilişsel bileşeni olan inançlar, gelişim sürecinde yaşanan deneyimlerle oluşmaktadır

(Sakallıoğlu Uğurlu, 2017). Literatürde ruhsal bozukluğu olan bireylerle doğrudan kurulan temasın, bu bireylere yönelik olumlu tutumların gelişmesine katkı sağladığı belirtilmektedir (Lim ve ark., 2020; Stuhlmiller ve Tolchard, 2019). Ancak birçok çalışmada ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik toplumun ve sağlık çalışanlarının olumsuz tutumlarının hem hastaları hem de ailelerini olumsuz etkilediği, bu nedenle ruhsal sorunu olan bireylere karşı olumlu inançların geliştirilmesine, ayrımcılık ve damgalanmanın önlenmesine/azaltılmasına yönelik müdahalelere ihtiyaç duyulduğu vurgulanmaktadır (Brohan ve ark., 2022; Monnapula-Mazabane, Babatunde ve Petersen, 2022).

2.3.2. Ruhsal Bozukluklara Yönelik Damgalama

Damgalama kavramı, ilk kez Goffman (1963) tarafından “toplumda normal sınırların dışında kalmak, diğer bireyler tarafından daha az talep görmek, bireyin saygınlığını azaltmak, bireye kusurlu ve değersiz muamelesi yapmak” olarak tanımlanmıştır. Damgalanmanın “bir kişi veya grubun herhangi bir özelliği nedeniyle kusurlu ve gözden düşmüş olarak görülmesi” (King ve ark., 2007) ya da “damgalamaya maruz kalan bireylere diğerlerinden daha az değer verilmesi, bu etikete sahip bireylerin daha az istenir gibi algılanması veya insan gibi görülmemesi” (Oran ve Şenuzun, 2008) şeklinde tanımları da bulunmaktadır. Damgalama konusunda çalışan öncü araştırmacılardan Link ve Phelan (2001), damgalama sürecini dört aşamada kavramsallaştırmıştır. Bu aşamalar sırasıyla etiketleme, kalıp yargıların (stereotipiler), önyargıların (bilişsel ayırma) oluşumu, statü kaybı ve ayrımcılıktır (Link ve Phelan, 2001).

Damgalama sürecinin ilk aşaması olan etiketleme, bir bireyin ruhsal bozukluk tanısı alması olarak tanımlanmaktadır. Tanı almak kişiye beraberinde bazı etiketleri getirmektedir. Herhangi bir özelliği nedeniyle toplumun genelinden farklılık gösteren bireylere toplum tarafından farklılıklarının kolaylıkla anlaşılabilmesi amacıyla çeşitli negatif değerlendirmeler atfedilmekte ve bu yolla birey etiketlenmektedir (Özmen ve Erdem, 2018). Bu etiketlemeden sonra toplum, etiketlenen kişiye yönelik tutumlarını bireyin gerçek kimliğine göre değil, etiketin beraberinde getirdiği kimliğe göre belirlemektedir (Oran ve Şenuzun, 2008; Özmen ve Erdem, 2018).

Kalıp yargılar (stereotipi) uyuşturucu bağımlıları, suça sürüklenen çocuklar, ruhsal bozukluğu olan bireyler gibi herhangi bir grup hakkındaki olumsuz inanışları

tanımlamaktadır. Kalıp yargılar ruhsal bozukluğu olan bireylerin nasıl bireyler olduklarına ilişkin toplum tarafından üzerinde anlaşılan tanımlamalardır (Corrigan, Bink, Fokuo ve Schmidt, 2015). Bu aşamada bireyler tehlikelilik, öngörülemezlik, yetersizlik gibi kategorilere ayrılmaktadır. Kategorileştirmenin ardından ise etkilenen bireylerin farklılıkları göz önüne alınmaksızın grubun tüm üyelerine aynı özellikler yüklenmekte ve genellenmektedir (Corrigan ve ark., 2015). Bu nedenle kalıp yargılar değiştirilmesi oldukça zor olan inanışlardır. Ruhsal bozukluğu olan bireylere atfedilen yaygın stereotipiler tehlikelilik, davranışlarının kestirilememesi, tam iyileşmenin sağlanamayacağı ve kendi başına yaşayamayacakları gibi inançlardır (Brohan ve ark., 2022).

Önyargı (bilişsel ayırma) diğer bireylere ya da toplum içindeki farklı gruplara karşı sevgi veya düşmanlık duygusunun ortaya çıkmasına neden olan, bireylerin bir durum karşısında önceden sahip olduğu stereotipiler sayesinde durumun gerçek koşulları üzerine bilişsel bir değerlendirme yapmadan vardıkları bilişsel ve duygusal tepkilerdir (Corrigan ve Watson, 2002). Önyargı aynı zamanda tutumun duygusal bileşeni olarak ifade edilmektedir. Önyargıda birey yeni bir değerlendirmede bulunmamaktadır ve nesnenin, öznenin ya da durumun gerçek özelliklerinin bir önemi yoktur. Birey önceden sahip olduğu stereotipiler üzerinden nesneye, özneye ya da duruma duygusal reaksiyonlar göstermektedir (Corrigan ve Watson, 2002). Örneğin; ruhsal bozukluğu olan bireylerin tehlikeli olduğuna ilişkin önceden var olan stereotipilerin etkinleşmesi sonucunda hastanın gerçek özellikleri değerlendirilmeden otomatik olarak öfke ve korku duyguları ortaya çıkmaktadır (Shah, Nieweglowski ve Corrigan, 2020).

Sosyal statü kaybı ve ayrımcılık ise etiketleme, kalıp yargı ve önyargıların ortaya çıkışından sonra damgalamaya maruz kalan bireylere yönelik haksız ötekileştirmeleri ifade etmektedir (Stackpool-Moore, Nkosi, Kasune Zulu, Presley ve Ferguson, 2022). Sosyal statü kaybı ve ayrımcılık bireylerin eğitim, istihdam ve sağlık hizmetlerine erişiminde eşitsizliklere ve hak kaybına neden olmaktadır. Bu tür eşitsizliklerin ruhsal bozukluğu olan bireyler açısından kümülatif olarak uzun vadeli olumsuz sonuçları bulunmaktadır (Patisson ve ark., 2022). Örneğin; tedavi edilmemiş ruhsal bozukluğu olan ve liseden mezun olamayan genç bir yetişkinin sağlık hizmetlerine erişim de dahil olmak üzere temel ihtiyaçlarını karşılamasına olanak sağlayacak iyi ücretli bir iş bulma olasılığı daha düşüktür (Patisson ve ark., 2022). Bu dezavantajlar kişinin daha olumsuz sonuçlar yaşamasına neden olabilmektedir. İşsiz

olmak, yoksulluk sınırında veya altında yaşamak, sosyal olarak izole olmak gibi dezavantajlarla yaşamak bireyin benlik saygısını azaltmakta, ruhsal semptomları ve damgalanmayı artırmaktadır (Dawson, Carvalho ve Cuevas, 2022; Silván-Ferrero, Holgado, Jiménez ve Pérez-Garín, 2022).

2.3.3. Ruhsal Bozukluklara Yönelik Damgalamanın Tarihsel Süreci

Ruhsal bozukluklara yönelik tutum ve davranışların kökeni insanlık tarihiyle paraleldir. Ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı geliştirilen tutum ve davranışlar çağa ve kültüre göre farklılık göstermektedir. Bazı toplumlarda bu bireyler yüceltilirken, bazı toplumlar ise bu kişilere olumsuz yaklaşım kötü muamelelerde bulunmuştur (Birsöz, 2018; Öztürk ve Uluşahin, 2020).

Eski Yunan ve Roma dönemini kapsayan ilk çağlarda ruhsal bozukluklar doğaüstü güçlerle açıklanmaya çalışılmıştır. Bu nedenle zararlı olarak kabul edilen ruhların kovulması amacıyla hekimler ya da şamanlar büyüler yapmış ve törenler düzenlemiştir. Doğa olayları karşısında yetersiz kalan topluluklar açıklanamayan olayları Tanrısal güçlere bağlamıştır. Günümüzde de büyüye yönelik inanç ve uygulamalar halen varlığını sürdürmektedir (Birsöz, 2018; Çam ve Engin, 2021; Öztürk ve Uluşahin, 2020). Eski çağlarda Hipokrat ruhsal bozuklukları doğaüstü güçler yerine vücut sıvılarıyla açıklamıştır. Kan, sarı safra, kara safra ve lenf sıvıları olmak üzere dört farklı vücut sıvısı belirlemiş ve vücuttaki bu sıvıların dağılımındaki dengesizliklerin ruhsal bozukluklara yol açtığını ileri sürmüştür. Devamında Platon, Aristo gibi filozoflar da ruhsal bozuklukların doğaüstü güçlerden kaynaklanmadığına ilişkin açıklamalarda bulunmuşlardır. Bu dönemde Galenos ilk kez ruhsal bozukluğu olan bireylere psikoterapi uygulamıştır (Birsöz, 2018; Öztürk ve Uluşahin, 2020). Orta çağlarda ruhsal bozukluklara yönelik yaklaşımlarda bir gerileme yaşanmıştır. Bu dönemde bireyler içine şeytan girdiği düşüncesiyle canlı olarak yakılmış ve ıssız adalara terk edilmiştir. Rönesans döneminde ise tıp alanında meydana gelen ilerlemelerle birlikte yapılan kötü muameleler sonlanmıştır. Bu dönemde bilimsel çalışmaların yapılması ile birlikte ruhsal bozukluğu olan bireylere ilişkin kararlar din adamları yerine hekimler tarafından verilmeye başlanmıştır (Çam ve Engin, 2021; Gürhan, 2016; Öztürk ve Uluşahin, 2020). Avrupa’da 18. yüzyılda bu bireyler suçlulardan ayrılarak depo hastanelere yerleştirilmiş, ancak bu uygulama olumsuz tutumlarda herhangi bir değişim meydana getirmemiştir. 1795 yılında Fransız hekim

Philippe Pinel ruhsal bozukluğa sahip bireyleri zincirlerinden kurtarmıştır. Bu akım dünyada yayılmaya başlamış ve 20.yy'ın başlarından itibaren dinamik psikiyatrinin gelişimiyle birlikte ruhsal bozukluklar daha iyi anlaşılmaya başlanmıştır (Birsöz, 2018; Boyd, 2018; Öztürk ve Uluşahin, 2020). Somatik ve elektrokonvülsif tedavilerin yanı sıra 1952 yılında klorpromazinin keşfinden sonra birçok yeni antipsikotik ilaç keşfedilmiş ve depo hastaneler boşaltılmıştır. Günümüzde ise tanılama sistemlerinin ortaya çıkışı, etik ilkelerin önem kazanması ve uygulanması gibi bilimsel ilerlemeler bu bireylere yönelik olumsuz tutumların azaltılmasına önemli katkılar sağlamıştır (Birsöz, 2018; Çam ve Engin, 2021; Gürhan, 2016).

2.3.4. Ruhsal Bozukluklara Yönelik Olumsuz İnançlar ve Damgalama ile Mücadele

Ruhsal bozukluklara yönelik olumsuz inançlar ve damgalamayla mücadele kapsamında birçok çalışma gerçekleştirilmiştir. Damgalamayı azaltmak için yapılan müdahaleler protesto, eğitim ve temas olmak üzere üç başlık altında toplanmaktadır (Jaquays, Polsinelli, Singer ve Abraham, 2022). Protesto stratejisi, boykot, abluka, oturma eylemi veya damgalayıcı tutum ve davranışları eleştiren, meydan okuyan mesajları yayma gibi geleneksel olmayan eylemleri içermektedir. Ancak bazı yazarlar protestonun damgalayıcı tutumları ve ayrımcılığı önlemede etkili bir strateji olmadığını öne sürmektedir (Šumskienė ve Nemanyte, 2020). Protesto kampanyaları hemen hemen herkesin dikkatini çekmekle birlikte, zor ve tartışmalı bir görünürlükle ilişkilendirilmektedir. Protesto yoluyla görünürlüğün sağlanması ruhsal bozukluğu olan bireyleri sıradan insanlar olarak tasvir etme girişimleriyle çelişmektedir. Bunun yanı sıra bu tür provokatif önlemler, ruh sağlığı hizmeti alan bireylerin öngörülemez ve değişken doğası hakkındaki damgalayıcı kamu algısını doğrulamaktadır (Jaquays ve ark., 2022; Šumskienė ve Nemanyte, 2020). Bu nedenle damgalama ile mücadelenin kapsamı daha çok eğitim ve teması içeren stratejilere odaklanmaktadır.

Eğitim stratejisi, damgalamayla mücadelede uygulanan en popüler stratejidir. Medya ile birlikte çalışarak halkı eğitime, sağlık profesyonellerine ya da öğrencilere eğitimlerin verilmesi, toplumun bilgilendirilmesi, haber bültenlerinin kullanımı ya da Dünya Ruh Sağlığı Günü kapsamında halka açık etkinliklerin düzenlenmesi gibi faaliyetler eğitim stratejisi kapsamında ele alınabilecek yöntemlerdir (Šumskienė ve Nemanyte, 2020). Psikiyatristlerde damgalama karşıtı eğitsel bir müdahalenin

etkinliğini inceleyen bir çalışmada, müdahalenin ruhsal bozukluğa yönelik olumsuz inançlarını azaltmada orta derecede etkili olduğu gösterilmiştir (Lagunes-Cordoba ve ark. 2022). Müdahale sonrası gerçekleştirilen bireysel görüşmelerde değişime sebep olan durumlar psikiyatristlerin kendisinde ve meslektaşlarında var olan olumsuz tutumları tanıması, eğitimin damgalamanın etkisi hakkında düşünmeye sevk etmesi ve kişinin kendi olumsuz tutumları üzerinde değişiklik yapma yeteneğini fark etmesi olarak tanımlanmıştır (Lagunes-Cordoba ve ark., 2022). Benzer şekilde, Ma ve ark. (2022) tarafından okul temelli eğitsel müdahalelerin damgalama üzerindeki etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirilen sistematik derlemede, ruhsal bozukluklara ilişkin olumsuz inançları azaltmada okul temelli ruh sağlığı müdahalelerinin orta düzeyde etkili olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada, çoğu araştırmanın uzun dönemli izlemleri içermediği, eğitim programlarının uzun vadeli etkinlikleri için kanıtların yetersiz olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak, okul temelli müdahalelerin kısa vadede damgalamayı azaltabileceği, ancak uzun vadede olumlu sonuçları sürdürmek için eğitimlerin tekrarlanması gerektiği bildirilmiştir (Ma ve ark., 2022).

Türkiye’de Kara (2015) ruhsal bozukluklara ilişkin verilen teorik eğitimin sosyal hizmet öğrencilerinin olumsuz inanç ve tutumlarını azalttığını belirlemiştir. Benzer şekilde, Yıldırım ve ark. (2013) şizofreni tanıli hastaların bakım vericilerine uygulanan aileden aileye destek programının, bakım vericilerin ruhsal bozukluklara yönelik olumsuz inançlarını azaltmada etkili olduğunu göstermişlerdir. Hem ulusal hem de uluslararası düzeyde farklı gruplarda eğitimin damgalama üzerindeki olumlu etkisini bildiren pek çok çalışma mevcuttur (Gervás ve ark., 2022; İnan, Günüşen, Duman ve Ertem, 2019; İnan, Günüşen, İnce ve Duman, 2021).

Eğitim programlarının uzun vadeli etkisinin sınırlı olması nedeniyle teması da içeren programların damgalamayı azaltmada daha etkili olduğu belirtilmektedir (Ma ve ark., 2022). Toplumun üyeleri damgalamaya maruz kalan bireylerle bir araya getirildiğinde olumsuz tutum ve inançlarda önemli ölçüde değişiklikler olmaktadır (İnan ve ark., 2021; Ran ve ark., 2022). Ruhsal bozukluğu olan bireylerle kurulan temasın ardından mevcut olumsuz kalıp yargılar yerini olumlu inançlara bırakmaktadır (Ran ve ark., 2022). Temas müdahalelerinin kapsamında ruhsal bozukluğu olan bireyin toplumun diğer üyeleriyle yüz yüze getirilmesi, bu bireylere ilişkin belgesel veya filmlerin izletilmesi ya da bu bireylerin ailesiyle temasa geçilmesi gibi yaklaşımlar yer almaktadır (Jaquays ve ark., 2022; Ran ve ark., 2022). Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği dersini alan öğrencilerle gerçekleştirilen bir

çalışmada ise dersin ruhsal bozukluklara yönelik olumsuz inançları azaltmada ve psikiyatri hemşireliğine ilişkin olumlu algıyı artırmada etkili olduğu gösterilmiştir (Çiydem ve Avcı, 2022). Benzer şekilde psikiyatri hemşireliği dersi kapsamında alınan teorik eğitimin ve hastalarla teması sağlayan klinik uygulamaların öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanç ve tutumlarını azalttığını gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (İnan ve ark., 2021; Çingöl, Karakaş, Zengin ve Çelebi, 2020; İnan ve ark., 2019). Bunun yanı sıra, Çin’de düşük ve orta gelir düzeyindeki şehirlerde gerçekleştirilen küme randomize kontrollü çalışmanın sonuçları şizofreni tanılı bireylerin bakım verenlerine yönelik eğitim ve teması birleştiren müdahale programının bakım vericilerin ruhsal bozukluğa ilişkin olumsuz tutum ve inançlarını azalttığını ortaya koymuştur (Ran ve ark., 2022).

Ruhsal bozukluğu olan bireylerle temas kurmak her zaman olumlu tutum veya davranış değişikliğiyle sonuçlanmamaktadır (Duman ve ark., 2019). Bu bilgiyi destekler nitelikte hastalarla sıklıkla birlikte olan ruh sağlığı profesyonellerinin ve diğer sağlık çalışanlarının ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik damgalayıcı tutumlarının yaygın olduğunu gösteren bazı çalışmalar mevcuttur (Duman ve ark., 2019; Stuber, Rocha, Christian ve Link, 2014). Örneğin; yakın zamanda Türkiye’de tıp eğitiminin olumsuz tutumlar üzerindeki etkisinin incelendiği çalışmada, birinci ve altıncı sınıf tıp öğrencileri arasında olumsuz inanç ve tutumlar bakımından farklılık olmadığı belirlenmiştir (Duman ve ark., 2019). Stuber ve ark. (2014) tarafından Amerika’da toplum örnekleme ile ruh sağlığı profesyonellerinin ruhsal bozukluğa ilişkin tutumlarının karşılaştırıldığı çalışmada, ruh sağlığı alanında çalışanların genel topluma göre daha olumlu tutuma sahip olduğu, ancak özellikle şizofreni hastalarına yönelik tehlikelilik algısı taşıdıkları ve sosyal mesafeyi koruma eğiliminde oldukları belirlenmiştir.

2.4. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ile Ruhsal Bozukluklara Yönelik İnançlar Arasındaki İlişki

Ruhsal bozuklukların prevalansı oldukça yüksek olmasına rağmen, bireylerin küçük bir kısmının zamanında ruh sağlığı yardımı aradığı bildirilmektedir (Cheng, Wang, McDermott, Kridel ve Rislin, 2018). Ruh sağlığı hizmetlerinden yeterince yararlanılmaması veya yardım arama davranışının gecikmesi bireyler, aileler ve toplumlar için ağır ekonomik ve sosyal maliyetleri de beraberinde getirmektedir

(Clement ve ark., 2015). Ruhsal sorun yaşayan bireylerin tamamı aynı düzeyde bakım veya tedavi görememektedir. Bu durum kısmen toplumun RSOY'nın düşük olmasıyla da ilişkilidir (Jung ve ark., 2017). Yüksek RSOY, ruhsal bozuklukların tanınmasını ve tedaviye erişimi kolaylaştırmaktadır (Rafal ve ark., 2018). Nitekim RSOY kişinin ruhsal bozuklukları tanınmasını, risk faktörleri, müdahale stratejileri ve profesyonel yardım kaynakları hakkında nasıl ve nereden bilgi edineceğini içermektedir (Jorm, 2012; Rüsch ve ark., 2014). Ayrıca RSOY'nın yüksek olması ruhsal sorunların gelişimine karşı koruyucu bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Dolayısıyla RSOY düşük bireylerin ruh sağlığı hizmetlerine erişimi azalmakta ve ruhsal sorunların ortaya çıkma olasılığı artmaktadır (Jung ve ark., 2017). RSOY'nın tanıma bileşeni, yardım arama ve damgalamayla yakından ilişkili olup, bireylerin ruhsal bozukluğun nedenleri, tedavi yöntemleri ve iyileşme süreci hakkında bilgi sahibi olması ve bunlara inanması yardım arama davranışını artırmakta, olumsuz inanç ve tutumların azalmasına katkı sağlamaktadır (Rafal ve ark., 2018). Milin ve ark. (2016) RSOY düzeyindeki artışın ruhsal bozukluğa ilişkin damgalamadaki azalmayla ilişkili olduğunu bildirmiştir. Damgalama, insanların ruh sağlığı hizmetlerine başvurmasını engelleyen önemli bir faktördür. Yardım arama davranışını öngörmede RSOY düzeyi ile ruhsal bozukluklara yönelik inançların birbirleriyle etkileşime girmesi mümkün görünmektedir. Örneğin; ruhsal bozukluğun semptomlarının tanınması, tedavi olanakları ve iyileşme sürecine ilişkin kişinin bilgi düzeyinin yüksek olması yardım arama davranışını artırabilirken, düşük RSOY ruhsal bozukluğa yönelik olumsuz inanç ve tutumları destekleyerek yardım arama davranışını azaltmaktadır (Rafal ve ark., 2018). Yapılan bir çalışmada da RSOY düzeyi ve içselleştirilmiş damgalama ile yardım aramaya yönelik tutumlar arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (Jung ve ark., 2017).

2.5. Ruh Sağlığı Okuryazarlığını Geliştirmede ve Ruhsal Bozukluklara Yönelik Olumsuz İnançları Önlemede Psikiyatri Hemşirelerinin Rolü

Tüm dünyada RSOY düzeyinin genel olarak yetersiz olduğu belirtilmektedir (Tay ve ark., 2018). Oysaki RSOY özellikli müdahalelerle artırılabilir. Bu tür müdahaleler birinci basamak sağlık hizmetlerinin yanı sıra toplum ruh sağlığı merkezleri, sosyal medya ya da öğretmenler ve akademisyenler gibi toplum liderleri

aracılığıyla gerçekleştirilebilmektedir (Açıkgöz ve Akkuş, 2018; Ma ve ark., 2022; Yüksel ve ark., 2015). Psikiyatri hemşirelerinin bu tür müdahalelere öncülük etmede ve ruh sağlığını geliştirmede önemli rolleri bulunmaktadır. Bu roller, Amerikan Hemşireler Birliği'nin psikiyatri hemşireliği tanımında belirtilmiştir. Bu tanıma göre psikiyatri hemşiresi sanat olarak kendiliği terapötik amaçlı kullanan, bilim olarak ise psikososyal ve nörobiyolojik kuramları, araştırma bulgularını ve hemşireliğin çeşitli rollerini kullanarak hizmet veren ruh sağlığı profesyonelidir (American Nurses Association, 2007). Bunun yanı sıra Türkiye'de hemşirelik kanununda toplum ruh sağlığı hemşiresinin görev, yetki ve sorumlulukları kapsamında damgalamayla mücadelede psikiyatri hemşirelerinin rolü "Toplumun ruh sağlığı inançları, tutumları ve damgalama ile mücadele programları yürütür ve görev alır" ibaresiyle açıkça belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011). Mesleki tanımın içerisinde yer alan rol ve sorumluluklar doğrultusunda psikiyatri hemşirelerinin toplumun RSOY'nı artırmaya yönelik eğitim ve danışmanlık uygulamaları, damgalamayı önlemeye yönelik eğitim ve teması içeren müdahale programlarını uygulaması ve sonuçlarını değerlendirmesi birincil önleme faaliyetleri arasında yer almaktadır (Tay ve ark., 2018). Hemşireler tarafından uygulanan RSOY'nı artırma müdahaleleri damgalamayı azaltarak yardım arama davranışlarını artırmakta ve ruhsal bozukluklara bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltmaktadır (Rafal ve ark., 2018; Tay ve ark., 2018). Psikiyatri hemşireleri ruhsal bozukluğu olan bireylerin topluma yeniden katılımını destekleyerek, kişilerarası ilişkilerinin artmasını sağlayacak müdahaleleri planlayarak, kurumlararası işbirliği ile üretkenliklerini artıracak işlerde çalışmalarına yardım ederek damgalamanın ve olumsuz sonuçlarının azalmasına katkı sağlayabilirler (Thoits ve Link, 2016; Yılmaz ve Özcan 2016).

Damgalamayla mücadele kapsamında psikiyatri hemşireleri ibadethaneler, okullar ve işyerleri gibi ortamlarda eğitim yaparak toplumun farkındalığını artırabilir (Boyd, 2018; Jaquays ve ark., 2022; Pinto-Foltz ve Logsdon, 2009). Diğer taraftan ruhsal bozukluğu olan ve açıklama konusunda kendini rahat hisseden hemşireler, çeşitli ortamlarda temas ve eğitim yaklaşımlarını aynı anda uygulayabilirler. Nitekim ruhsal bozukluk öyküsü olan hemşire tarafından uygulanan eğitim ve temas müdahalesinin damgalamayı azaltacağı varsayılmaktadır (Pinto-Foltz ve Logsdon, 2009; Ran ve ark., 2022). Hemşireler genellikle farklı disiplinler, hastalar ve sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki iletişimi kolaylaştırmakta ve sağlık ekibinin diğer üyeleriyle işbirliği yaparken ortaya benzersiz bir bakış açısı çıkarmaktadır. Bu

doğrultuda, hemşireler damgalamanın azaltılmasında birleşmiş bir çaba için gruplar ve disiplinler arasındaki iletişimi sağlayarak ulusal damgalanma girişimlerinde liderlik yapabilirler (Boyd, 2018; Çam ve Engin, 2021; Pinto-Foltz ve Logsdon, 2009). Psikiyatri hemşireleri damgalamayı azaltmak için kitlesel yaklaşımlarda da becerilerini kullanmalıdır. Bireysel düzeyde ise hemşireler damgalayıcı tutumlar için sağlık sistemini denetleyerek hastalarını savunabilir. Nitekim savunuculuk rolü, ayrımcı davranışların azaltılmasına ve yardım arama davranışında bulunmayan hastaların tedaviye teşvik edilmesine odaklanmaktadır. Bunun yanı sıra psikiyatri hemşireleri sektörlerarası ve disiplinlerarası işbirliği yaparak damgalanmayı azaltan müdahalelerin geliştirilmesi, uygulanması, değerlendirilmesi ve izlenmesinde aktif rol alabilirler (Çingöl ve ark., 2020; Gürhan, 2016; Pinto-Foltz ve Logsdon, 2009).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, akademisyenlerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi ile ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının belirlenerek aralarındaki ilişkinin incelenmesi ve ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını etkileyen değişkenlerin saptanması amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tasarımda planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma, Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesinde görev yapmakta olan akademisyenlerle Temmuz 2021-Şubat 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi'nde görev yapan 450 akademisyen oluşturmaktadır. Araştırmada evreni temsil edebilecek minimum örneklem büyüklüğü G*Power-3.1.9.2 programı ile hesaplanmıştır (Faul, Erdfelder, Buchner ve Lang, 2009). Araştırmanın minimum örneklem sayısı regresyon analizi baz alınarak %80 güç, 0.05 anlamlılık düzeyi ve orta etki büyüklüğünde (0.15) 343 akademisyen olarak belirlenmiştir. Bu doğrultuda araştırma dahil edilme kriterlerini karşılayan 357 akademisyen ile tamamlanmıştır.

3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

Araştırmaya Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi'nde araştırma görevlisi, öğretim görevlisi, doktor öğretim üyesi, doçent, profesör unvanı ile görev yapan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan akademisyenler dâhil edilmiştir. Araştırma verilerinin toplandığı tarihlerde izinli veya raporlu olan akademisyenler araştırmaya dâhil edilmemiştir. Anketi tamamlamadığı için eksik verisi bulunanlar ise analiz aşamasında araştırmadan dışlanmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu (EK-1), Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (EK-2) ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği (EK-3) aracılığıyla toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu (EK-1): Form, araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda oluşturulmuştur (Arslantaş ve ark., 2021; Gulliver ve ark., 2019; Kırıcı Ercan ve Delibaş, 2020; Yüksel ve ark., 2015). Formda akademisyenlerin kişisel ve mesleki özellikleri ile ruhsal bozukluklara ilişkin görüşlerini sorgulayan 18 soru yer almaktadır.

Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOYÖ) (EK-2): Ruh sağlığı okuryazarlığını belirlemek amacıyla Jung ve ark. (2016) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun psikometrik özellikleri Göktaş ve ark. (2019) tarafından değerlendirilmiş ve Cronbach alfa katsayısı 0.71 olarak belirlenmiştir. RSOYÖ, 22 maddeden oluşmakta olup, 13-22'inci maddeler ters kodlanmaktadır. Ölçeğin bilgi odaklı (1-8,10,12. maddeler), inanç odaklı (13, 15-17,19-22. maddeler) ve kaynak odaklı (23-26. maddeler) olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Bilgi odaklı ve inanç odaklı ruh sağlığı okuryazarlığı alt boyutlarında bulunan 18 madde 6'lı likert tipinde olup, yanıtları “kesinlikle katılıyorum, katılıyorum, kararsızım, katılmıyorum, kesinlikle katılmıyorum, bilmiyorum” şeklindedir. Kaynak odaklı ruh sağlığı okuryazarlığı alt boyutunda yer alan 4 madde ise “evet” ya da “hayır” olarak cevaplandırılmaktadır. Maddeler “kesinlikle katılıyorum”, “katılıyorum” ve “evet” olarak yanıtlandığında “1 puan”, diğer cevaplar verildiğinde “0 puan” olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0–22 arasında değişmekte olup, puan arttıkça ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinin arttığı kabul edilmektedir (Göktaş, Işıklı, Önsüz, Yenilmez ve Metintaş, 2019). RSOYÖ'nin bu araştırmada Cronbach alfa değeri 0.67 olarak bulunmuştur.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ) (EK-3): Bireylerin ruhsal hastalığa yönelik olumlu ve olumsuz inançlarını belirlemek amacıyla Hirai ve Clum (2000) tarafından geliştirilmiştir. Türkçeye uyarlama çalışması 2008'de Bilge ve Çam tarafından gerçekleştirilmiş ve Cronbach alfa katsayısı 0.82 olarak belirlenmiştir. Ölçek 6'lı likert tipi 21 maddeden oluşmakta ve her madde “tamamen katılmıyorum, çoğunlukla katılmıyorum, kısmen katılmıyorum, kısmen katılıyorum, çoğunlukla katılıyorum veya tamamen katılıyorum” şeklinde yanıtlanmaktadır. RHYİÖ'nin çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma (8–11,14, 16–21. maddeler), tehlikelilik (1–7, 13. maddeler) ve utanma (12, 15. maddeler) olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 105 arasında değişmektedir. Alınan puanın yüksekliği kişinin ruhsal hastalıklara yönelik inancının

olumsuz olduğunu göstermektedir (Bilge ve am, 2008). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.90 olarak saptanmıştır.

3.6. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmanın verileri etik kurul onayı ve kurum izninin alınmasından sonra Temmuz 2021-şubat 2022 tarihleri arasında araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Pandemi koşulları nedeniyle veri toplama aşamasında maske, mesafe ve hijyen kurallarına dikkat edilmiştir. Anket formunun doldurulması yaklaşık 20-30 dakika sürmüştür.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma bir kamu üniversitesinde görev yapmakta olan akademisyenlerle yürütölmüştür. Sonuçların Türkiye’de çalışan tüm akademisyenlere genellenememesi araştırmanın en önemli sınırlılığıdır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri bilgisayar ortamında SPSS 23.0 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmada kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) ile gösterilmiştir. Sürekli değişkenler ise ortalama±standart sapma ($X \pm SS$), minimum (min) ve maksimum (maks) olarak sunulmuştur. Ölçeklerin maddelerinin güvenilirliği Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ile test edilmiştir. Kategorik değişkenlere göre ortalamaların karşılaştırılmasında grup sayısı iki ise iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (bağımsız örneklem t testi), grup sayısı ikiden fazla ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Analiz sonucunda ilk önce varyans homojenliği için Levene testine bakılmış, daha sonra farklılığın hangi grup/gruplardan kaynaklandığı çoklu karşılaştırma testi ile kontrol edilmiştir. Varyans homojenliğini sağlayan değişkenlerde gruplar arasındaki fark incelemesi için Bonferroni testine, varyans homojenliğini sağlamayan değişkenlerde ise Tamhane’s T2 testine bakılmıştır. Ruh sağlığı okuryazarlığı ile ruhsal hastalıklara yönelik inançlar arasındaki ilişkinin varlığı Pearson korelasyon analizi ile test edilmiştir. Tüm değişkenlerin ruhsal hastalığa yönelik inançlar üzerine etkisi çoklu doğrusal regresyon analizi ile incelenmiştir. Değişkenlerin modele alınmasına çoklu bağıntı testi (multicollinearity testi) ile karar verilmiştir. Varyans Inflation Factor

değeri 10'un altında, tolerans değeri 0.2'nin üzerinde ve Condition Index değeri 15'in altında olan değişkenler modele dâhil edilmiştir. Regresyon modelinin açıklayıcılığı Adjusted R square (Adj. R²) ile değerlendirilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir (Field, 2017).

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın veri toplama araçları olan Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Türkçe formlarının geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan araştırmacılardan e-posta yolu ile kullanım izni alınmıştır (EK-4, EK-5). Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 25.04.2021 tarihli ve 2021-22 karar numaralı etik kurul onayı alınmıştır (Ek-6). Etik kurul onayını takiben Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Rektörlüğü'nden araştırmanın akademisyenlerle yürütülebilmesi için 06.07.2021 tarihli ve E-71646715-302.08.01-16452 sayılı kurum izni alınmıştır (EK-7). Ayrıca araştırmanın amacı hakkında akademisyenlere bilgi verilerek Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu aracılığı ile yazılı onayları alınmıştır (EK-8).

4. BULGULAR

Bu bölümde, akademisyenlerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi ile ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının belirlenerek aralarındaki ilişkinin incelenmesi ve ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını etkileyen değişkenlerin tespit edilmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular ele alınmıştır.

Tablo 4.1. Akademisyenlerin bireysel ve mesleki özelliklerinin dağılımı

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş (ort±ss: 39,19±8,54; min-maks: 23–65)		
23–34 yaş	108	30,3
35–44 yaş	176	49,3
45 yaş ve üzeri	73	20,4
Cinsiyet		
Kadın	111	31,1
Erkek	246	68,9
Medeni durum		
Bekâr	142	39,8
Evli	215	60,2
Gelir durumu		
Gelir giderden az	26	7,3
Gelir gidere eşit	177	49,6
Gelir giderden fazla	154	43,1
Eğitim düzeyi		
Lisans/ Yüksek lisans	101	28,3
Doktora	256	71,7
Çalıştığı birim		
Fen bilimleri	100	28,0
Sosyal bilimler	143	40,1
Sağlık bilimleri	114	31,9
Unvan		
Araştırma görevlisi	62	17,4
Öğretim görevlisi	78	21,8
Doktor öğretim üyesi	150	42,0
Doçent doktor	47	13,2
Profesör doktor	20	5,6
Çalışma süresi (ort±ss: 11,89±8,63; min-maks: 1–40)		
10 yıl ve altı	181	50,7
11–20 yıl	112	31,4
21 yıl ve üzeri	64	17,9

Tablo 4.2. Akademisyenlerin ruhsal bozukluklarla ilgili görüşlerinin dağılımı

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ruh sağlığı okuryazarlığına yönelik eğitim alma		
Evet	31	8,7
Hayır	326	91,3
Ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik hisleri*		
Üzüntü	212	59,4
Şefkat	208	58,3
Tedirginlik	164	45,9
Merak	120	33,6
Acıma	95	26,6
Korku	59	16,5
Öfke	8	2,2
Utanma	7	2,0
Ruhsal bozuklukların nedenlerine yönelik düşünceleri*		
Çocukluk çağı ruhsal travmaları	311	87,1
Erişkin dönem travmatik yaşam olayları	279	78,2
Genetik yatkınlık	228	63,9
Madde kullanımı	194	54,3
Doğum öncesinde/sırasında yaşanan olumsuzluklar	147	41,2
Kişilik özellikleri	139	38,9
Fiziksel hastalıklar	116	32,5
Büyü gibi doğaüstü güçler	20	5,6
Daha önce psikiyatrik yardım alma durumu		
Evet	69	19,3
Hayır	288	80,7
Ruhsal bir sorun yaşadığında psikiyatrik yardım almayı düşünme		
Evet	322	90,2
Hayır	35	9,8
Ailesinde ruhsal bozukluğu olan birey varlığı		
Evet	49	13,7
Hayır	308	86,3
Çevresinde ruhsal bozukluğu olan birey varlığı		
Evet	174	48,7
Hayır	183	51,3
Ruhsal bozukluğu olan biriyle birlikte çalışmayı isteme durumu		
Evet	118	33,1
Hayır	239	66,9
Mesleki yaşamında ruhsal bozukluğu olan öğrenci varlığı		
Evet	197	55,2
Hayır	160	44,8
Ruhsal bozukluğu olan bir öğrenci eğitime devam etmeli midir?		
Evet	315	88,2
Hayır	42	11,8

Not: * Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırmaya katılan akademisyenlerin bireysel ve mesleki özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.'de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, araştırmada yer alan akademisyenlerin %49,3'ünün 35-44 yaş aralığında, %68,9'unun erkek, %60,2'sinin

bekar, %49,6'sının gelirinin giderine eşit, %71,7'sinin doktora mezunu olduğu, %40,1'inin sosyal bilimlerde çalıştığı, %42,0'ının doktor öğretim üyesi olarak görev yaptığı ve ortalama 11,89±8,63 yıldır çalıştıkları saptanmıştır (Tablo 4.1.).

Araştırma kapsamına alınan akademisyenlerin ruhsal bozukluklarla ilgili görüşlerinin dağılımı ise Tablo 4.2.'de verilmiştir. Tabloda görüldüğü üzere, akademisyenlerin %91,3'ü ruh sağlığı okuryazarlığına yönelik eğitim almadığını, %80,7'si daha önce psikiyatrik yardım almadığını, %90,2'si ruhsal bir sorun yaşadığında psikiyatrik yardım almayı düşündüğünü, %86,3'ü ailesinde ruhsal bozukluğu olan bir bireyin bulunmadığını, %51,3'ü çevresinde ruhsal bozukluğu olan bir bireyin bulunmadığını, %66,9'u ruhsal bozukluğu olan biriyle beraber çalışmayı istemediğini, %55,2'si mesleki yaşamında ruhsal bozukluğu olan öğrenci ile karşılaştığını ve %88,2'si ruhsal bozukluğu olan bir öğrencinin eğitimine devam etmesi gerektiğini düşündüğünü belirtmiştir. Bunun yanı sıra akademisyenlerin ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik sırasıyla en fazla üzüntü (%59,4), şefkat (%58,3) ve tedirginlik (%45,9) hissettikleri saptanmıştır. Ruhsal bozuklukların nedenlerine ilişkin görüşleri incelendiğinde ise çocukluk çağı ruhsal travmaları (%87,1), erişkin dönem travmatik yaşam olayları (78,2) ve genetik yatkınlığın (63,9) en fazla bildirilen nedenler olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.).

Tablo 4.3. Akademisyenlerin ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları

Ölçekler	X	SS	Min	Maks
RSOYÖ Toplam	17,05	3,75	5	22
Bilgi odaklı RSOY	7,65	2,49	0	10
İnanç odaklı RSOY	6,66	1,54	0	8
Kaynak odaklı RSOY	2,74	1,27	0	4
RHYİÖ Toplam	69,40	16,64	28	105
Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma	36,48	9,67	11	55
Tehlikelilik	28,87	7,13	8	40
Utanma	4,05	2,27	2	10
RSOYÖ:Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği; RHYİÖ: Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği				

Akademisyenlerin RSOYÖ ve RHYİÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.3.'te gösterilmiştir. Buna göre akademisyenlerin RSOYÖ toplam puan ortalaması 17,05±3,75 olarak belirlenmiştir. RSOYÖ'nin bilgi, inanç ve kaynak odaklı alt boyut puan ortalamaları ise sırasıyla 7,65±2,49, 6,66±1,54 ve 2,74±1,27'dir. Bunun yanı sıra akademisyenlerin RHYİÖ toplam puan ortalamasının 69,40±16,64 olduğu saptanmıştır. RHYİÖ çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde

bozulma, tehlikelilik, utanma alt boyut puan ortalamaları ise sırasıyla $36,48 \pm 9,67$, $28,87 \pm 7,13$ ve $4,05 \pm 2,27$ olarak belirlenmiştir (Tablo 4.3.).

Araştırmaya dahil olan akademisyenlerin bireysel ve mesleki özelliklerine göre RHYİÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.4.'te verilmiştir. Tablo incelendiğinde, yaş, cinsiyet, gelir durumu, eğitim düzeyi ve mesleki çalışma süreleri ile RHYİÖ toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Araştırmada akademisyenlerin medeni durumu ile RHYİÖ çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Buna göre, bekâr akademisyenlerin RHYİÖ çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyut puan ortalaması evli akademisyenlere kıyasla daha yüksektir.

Çalışılan birim ile RHYİÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Buna göre, fen bilimlerinde çalışan akademisyenlerin RHYİÖ toplam, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, tehlike alt boyut puan ortalamaları sosyal ve sağlık bilimlerinde çalışanlara göre; sosyal bilimlerde çalışanların RHYİÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ise sağlık bilimlerinde çalışanlara göre daha yüksektir.

Akademisyenlerin ünvanları ile RHYİÖ tehlikelilik ve utanma alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Buna göre, doktor öğretim üyesi kadrosunda görev yapan akademisyenlerin RHYİÖ tehlikelilik alt boyut puan ortalaması öğretim görevlisi kadrosunda görev yapan akademisyenlere göre; öğretim görevlisi kadrosunda görev yapan akademisyenlerin RHYİÖ utanma alt boyut puan ortalaması ise doçent kadrosunda görev yapan akademisyenlere göre daha yüksektir (Tablo 4.4.).

Tablo 4.4. Akademisyenlerin bireysel ve mesleki özelliklerine göre RHYİÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Değişkenler	Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma	Tehlikelilik	Utanma	RHYİÖ toplam
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Yaş				
23-34	36,31±8,19	28,20±6,04	4,26±2,23	68,78±14,24
35-44	35,99±9,20	29,16±7,18	3,77±2,30	68,93±16,12
45 ve üzeri	37,89±12,41	29,16±8,41	4,41±2,20	71,47±20,75
F/p	1,014/0,364	0,683/0,506	2,771/0,064	0,708/0,493
Cinsiyet				
Kadın	35,89±10,05	28,92±6,99	3,82±1,99	68,63±17,22
Erkek	36,74±9,50	28,85±7,21	4,15±2,38	69,75±16,40
t/p	-0,770/0,442	0,080/0,936	-1,273/0,204	-0,587/0,558
Medeni durum				
Bekar	37,92±9,09	29,19±6,68	4,29±2,57	71,40±16,49
Evli	35,53±9,94	28,67±7,42	3,89±2,05	68,08±16,64
t/p	2,306/0,022*	0,680/0,497	1,560/0,120	1,853/0,065
Gelir durumu				
Gelir giderden az	35,54±6,35	29,04±6,30	3,73±2,13	68,31±12,95
Gelir gidere eşit	36,45±10,18	28,84±7,45	4,16±2,18	69,45±17,31
Gelir giderden fazla	36,68±9,56	28,88±6,92	3,97±2,40	69,53±16,49
F/p	0,155/0,856	0,009/0,991	0,542/0,582	0,061/0,941
Eğitim düzeyi				
Lisans/Yüksek lisans	36,84±8,25	27,89±7,14	4,31±2,34	69,04±15,27
Doktora	36,34±10,19	29,26±7,10	3,95±2,24	69,54±17,17
t/p	0,445/0,657	-1,640/0,102	1,356/0,176	-0,257/0,797
Çalıştığı birim				
Fen bilimleri	40,34±9,25 ^a	31,80±6,06 ^a	4,77±2,44 ^a	76,91±15,45 ^a
Sosyal bilimler	37,06±8,51 ^b	29,68±5,82 ^b	4,20±2,27 ^a	70,94±13,90 ^b
Sağlık bilimleri	32,37±9,89 ^c	25,30±8,01 ^c	3,22±1,84 ^b	60,89±17,15 ^c
F/p	20,564/0,000*	27,140/0,000*	13,900/0,000*	29,896/0,000*
Ünvan				
Araş. Gör.	36,32±10,10	27,60±6,61	3,60±2,18	67,52±17,50
Öğr. Gör.	34,01±8,34	27,08±6,99 ^b	4,62±2,45 ^a	65,71±14,41
Dr. Öğr. Üyesi	37,72±9,55	29,99±7,17 ^a	4,18±2,32	71,89±16,85
Doç. Dr.	36,83±8,57	29,85±6,48	3,28±1,80 ^b	69,96±13,72
Prof. Dr.	36,45±14,53	29,20±8,90	4,05±1,85	69,70±23,72
F/p	1,926/0,106	2,943/0,020*	3,397/0,010*	2,036/0,089
Meslekte çalışma süresi				
0-10 yıl	36,77±8,52	28,91±6,21	4,20±2,42	69,88±14,92
11-20 yıl	36,72±9,99	29,30±7,79	3,76±2,08	69,79±17,32
21 yıl ve üzeri	35,22±11,96	28,03±8,31	4,13±2,15	67,38±19,87
F/p	0,662/0,516	0,651/0,522	1,345/0,262	0,578/0,562

Not: a,b,c: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama)

F: One-way ANOVA testi, t: Bağımsız örneklem t testi, *: p<0,05

Tablo 4.5. Akademisyenlerin ruhsal bozukluklarla ilgili görüşlerine göre RHYİÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Değişkenler	Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma	Tehlikelilik	Utanma	RHYİÖ toplam
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Ruh sağlığı okuryazarlığına yönelik eğitim alma durumu				
Evet	25,19±7,86	20,74±7,47	2,81±1,96	48,74±13,06
Hayır	37,55±9,13	29,65±6,60	4,17±2,27	71,37±15,59
t/p	-7,280/0,000*	-7,090/0,000*	-3,642/0,001*	-7,822/0,000*
Daha önce psikiyatrik yardım alma durumu				
Evet	29,45±8,91	24,65±8,77	3,35±1,80	57,45±16,79
Hayır	38,16±9,08	29,89±6,29	4,22±2,34	72,26±15,30
t/p	7,186/0,000*	-4,678/0,000*	-2,877/0,004*	-7,087/0,000*
Ruhsal bir sorun yaşadığında psikiyatrik yardım almayı düşünme				
Evet	36,14±9,11	28,52±7,10	3,90±2,13	68,56±15,83
Hayır	39,57±13,59	32,14±6,61	5,40±3,05	77,11±21,54
t/p	-1,457/0,153	-2,885/0,004*	-2,834/0,007*	-2,283/0,028*
Ailesinde ruhsal bozukluğu olan birey varlığı				
Evet	32,16±12,36	25,47±7,15	3,47±2,25	61,10±18,87
Hayır	37,17±9,00	29,42±6,99	4,14±2,27	70,72±15,89
t/p	-2,721/0,009*	-3,661/0,000*	-1,925/0,055	-3,830/0,000*
Çevrede ruhsal bozukluğu olan birey varlığı				
Evet	35,55±8,96	27,88±7,26	3,83±2,11	67,25±15,49
Hayır	37,37±10,25	29,82±6,89	4,26±2,41	71,44±17,46
t/p	-1,783/0,075	-2,591/0,010*	-1,795/0,073	-2,394/0,017*
Ruhsal bozukluğu olan biriyle birlikte çalışmayı isteme				
Evet	30,72±8,08	24,38±6,83	3,12±1,75	58,22±14,13
Hayır	39,32±9,12	31,09±6,18	4,51±2,36	74,92±14,95
t/p	8,696/0,000*	-9,319/0,000*	-6,243/0,000*	-10,110/0,000*
Mesleki yaşamında ruhsal bozukluğu olan öğrenci varlığı				
Evet	34,77±8,13	27,58±6,51	3,91±2,26	66,25±14,28
Hayır	38,59±10,94	30,47±7,54	4,22±2,28	73,28±18,47
t/p	-3,670/0,000*	-3,825/0,000*	-1,284/0,200	-3,945/0,000*
Ruhsal bozukluğu olan bir öğrenci eğitime devam etmeli midir?				
Evet	34,88±8,50	27,99±6,74	3,70±1,93	66,57±14,48
Hayır	48,45±9,62	35,48±6,52	6,69±2,86	90,62±16,61
t/p	-9,568/0,000*	-6,780/0,000*	-6,593/0,000*	-9,932/0,000*

Not: t: Bağımsız örneklem t testi, *: p<0,05

Tablo 4.5.'te akademisyenlerin ruhsal bozukluklarla ilgili görüşlerine göre RHYİÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Tablo incelendiğinde, ruh sağlığı okuryazarlığına yönelik eğitim alma durumu ile RHYİÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptanmıştır (p<0,05). Buna göre, ruh sağlığı okuryazarlığı konusunda eğitim almayan akademisyenlerin RHYİÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları eğitim alanlara göre daha yüksektir.

Akademisyenlerin daha önce herhangi bir psikiyatrik yardım alma durumu ile RHYİÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Buna göre, daha önce herhangi psikiyatrik yardım almadığını bildiren akademisyenlerin RHYİÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları psikiyatrik yardım alanlara göre daha yüksektir.

Ruhsal bir sorun yaşadığında psikiyatrik yardım almayı düşünme durumu ile RHYİÖ toplam, tehlikelilik ve utanma alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre, ruhsal bir sorun yaşadığında psikiyatrik yardım almayı düşünmeyen akademisyenlerin RHYİÖ toplam, tehlikelilik ve utanma alt boyut puan ortalamaları yardım almayı düşünenlere göre daha yüksektir.

Ailesinde ruhsal bozukluğu olan birey varlığı ile RHYİÖ toplam, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, tehlikelilik alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre, ailesinde ruhsal bozukluğu olan biri olmadığını bildiren akademisyenlerin RHYİÖ toplam, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, tehlikelilik alt boyut puan ortalamaları olanlara göre daha yüksektir.

Yakın çevresinde ruhsal bozukluğu olan birey varlığı ile RHYİÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre, yakın çevresinde ruhsal bozukluğu olan bir birey olmadığını bildiren akademisyenlerin RHYİÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları olduğunu bildirenlere göre daha yüksektir.

Ruhsal bozukluğu olan biriyle birlikte çalışmayı isteme durumu ile RHYİÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre, ruhsal bozukluğu olan biriyle birlikte çalışmak istemeyen akademisyenlerin RHYİÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları isteyenlere göre daha yüksektir.

Mesleki yaşamında ruhsal bozukluğu olan bir öğrenciyle karşılaşma durumu ile RHYİÖ toplam, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, tehlikelilik alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Buna göre, mesleki yaşamında ruhsal bozukluğu olan bir öğrenciyle karşılaşmayan akademisyenlerin RHYİÖ toplam, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, tehlikelilik alt boyut puan ortalamaları karşılaşanlara göre daha yüksektir.

Akademisyenlerin ruhsal bozukluğu olan bir öğrencinin eğitime devam etmesine ilişkin görüşleri ile RHYİÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre, ruhsal bozukluğu olan bir öğrencinin eğitime devam etmemesi gerektiğini düşünen akademisyenlerin RHYİÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları öğrencinin eğitime devam etmesi gerektiğini düşünenlere göre daha yüksektir (Tablo 4.5.).

Tablo 4.6. Akademisyenlerde ruh sağlığı okuryazarlığı ve ruhsal hastalıklara yönelik inançlar arasındaki ilişki

RSOYÖ		Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma	Tehlikelilik	Utanma	RHYİÖ toplam
Bilgi odaklı RSOY	r	-0,333	-0,294	-0,355	-0,368
	p	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
İnanç odaklı RSOY	r	-0,262	-0,285	-0,173	-0,298
	p	0,000*	0,000*	0,001*	0,000*
Kaynak odaklı RSOY	r	-0,129	-0,182	-0,042	-0,159
	p	0,015*	0,001*	0,425	0,003*
RSOYÖ toplam	r	-0,373	-0,375	-0,322	-0,422
	p	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*

Not: r: Pearson korelasyon katsayısı, *: $p<0,05$

Akademisyenlerde ruh sağlığı okuryazarlığı ve ruhsal hastalıklara yönelik inançlar arasındaki ilişki Tablo 4.6.'da gösterilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi, akademisyenlerin bilgi odaklı RSOY alt boyut puan ortalaması ile RHYİÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bunun yanı sıra akademisyenlerin inanç odaklı RSOY alt boyut puan ortalaması ile RHYİÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Kaynak odaklı RSOY alt boyut puan ortalaması ile RHYİÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ayrıca akademisyenlerin RSOYÖ toplam puan ortalaması ile RHYİÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 4.7. Akademisyenlerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları üzerinde etkili olan faktörlerin incelenmesi

Değişkenler	Standardize olmayan katsayı		Standardize katsayı	t	p	95% CI	
	B	SH	Beta			Alt sınır	Üst sınır
(Sabit)	1,481	7,977		0,186	0,853	-14,208	17,170
Sosyal bilimler/ fen bilimleri	0,852	1,622	0,025	0,525	0,600	-2,338	4,042
Sağlık bilimleri/ fen bilimleri	-3,799	1,848	-0,107	-2,056	0,041	-7,433	-0,165
Ruh sağlığı okuryazarlığına yönelik eğitim alma durumu	13,162	2,461	0,223	5,348	0,000	8,322	18,002
Daha önce psikiyatrik yardım alma durumu	3,808	1,738	0,091	2,191	0,029	0,389	7,227
Ailede ruhsal bozukluğu olan birey varlığı	4,109	1,843	0,085	2,229	0,026	0,484	7,734
Ruhsal bozukluğu olan biriyle çalışmayı isteme durumu	9,597	1,468	0,272	6,537	0,000	6,709	12,484
Mesleki yaşamında ruhsal bozukluğu olan öğrenci varlığı	3,310	1,274	0,099	2,599	0,010	0,805	5,816
Ruhsal bozukluğu olan öğrencinin eğitime devam etmesine ilişkin düşüncesi	16,343	2,091	0,317	7,815	0,000	12,230	20,457
RSOYÖ toplam	-0,587	0,191	-0,132	-3,066	0,002	-0,963	-0,210
Not: F=42,851 p<0,001* Adj. R ² =0,526							

Akademisyenlerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları üzerinde etkili olan faktörlerin saptanması amacıyla yapılan regresyon analizi sonuçları Tablo 4.7.'de verilmiştir. Tablo incelendiğinde, akademisyenlerin çalıştığı birim, ruh sağlığı okuryazarlığına yönelik eğitim alma durumu, daha önce herhangi bir psikiyatrik yardım alma durumu, ailesinde ruhsal bozukluğu olan birey varlığı, ruhsal bozukluğu olan biriyle birlikte çalışmayı isteme durumu, mesleki yaşamında ruhsal bozukluğu olan bir öğrenciyle karşılaşma durumu, ruhsal bozukluğu olan bir öğrencinin eğitime devam etmesine ilişkin düşüncesi ve RSOYÖ puan ortalamasının RHYİÖ toplam puan ortalaması üzerinde istatistiksel olarak anlamlı derecede etkisinin olduğu bulunmuştur. Bunun yanı sıra modele alınan değişkenlerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları %52,6 oranında açıkladığı belirlenmiştir (p<0,05).

Tablo 4.7.'de görüldüğü gibi fen bilimleri alanında çalışan akademisyenlerin sağlık bilimleri alanında çalışanlara göre ruhsal bozukluklara yönelik olumsuz inançlarının 3,799 birim daha fazla olduğu bulunmuştur. Ruh sağlığı okuryazarlığı eğitimi almayan akademisyenlerin ruhsal bozukluklara yönelik olumsuz inançlarının

eğitim alanlara kıyasla 13,612 birim daha fazla olduğu saptanmıştır. Daha önce herhangi bir psikiyatrik yardım almayan akademisyenlerin ruhsal bozukluklara yönelik olumsuz inançlarının psikiyatrik yardım alanlara göre 3,808 birim daha fazla olduğu bulunmuştur. Ailesinde herhangi bir ruhsal bozukluğa sahip biri olan akademisyenlerin ruhsal bozukluklara yönelik olumsuz inançlarının olmayanlara kıyasla 4,109 birim daha az olduğu belirlenmiştir. Ruhsal bozukluğu olan biriyle birlikte çalışmak istemeyen akademisyenlerin ruhsal bozukluklara yönelik olumsuz inançlarının çalışmak isteyenlere göre 9,597 birim daha fazla olduğu belirlenmiştir. Mesleki yaşamı boyunca ruhsal bozukluğu olan bir öğrenciyle karşılaşmayan akademisyenlerin ruhsal bozukluklara yönelik olumsuz inançlarının karşılaşanlara kıyasla 3,310 birim daha fazla olduğu saptanmıştır. Ruhsal bozukluğu olan bir öğrencinin eğitime devam etmemesi gerektiğini düşünen akademisyenlerin ruhsal bozukluklara yönelik olumsuz inançlarının devam etmesi gerektiğini düşünenlere göre 16,343 birim daha fazla olduğu belirlenmiştir. Ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinde meydana gelen 1 birimlik artışın ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançları 0,587 birim azalttığı belirlenmiştir (Tablo 4.7.).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular, literatür bilgileri dahilinde ve araştırmanın amacı doğrultusunda tartışılmış olup, (1) akademisyenlerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi ve ruhsal hastalıklara yönelik inançlarına ilişkin bulguların tartışılması, (2) ruh sağlığı okuryazarlığı ve ruhsal hastalıklara yönelik inançlar arasındaki ilişkiye yönelik bulguların tartışılması ve (3) akademisyenlerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını etkileyen değişkenlere ilişkin bulguların tartışılması olmak üzere üç başlık altında sunulmuştur.

5.1. Akademisyenlerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Düzeyi ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada akademisyenlerin bilgi, inanç ve kaynak odaklı RSOY ile toplam RSOY düzeylerinin ölçekten alınabilecek minimum ve maksimum değerler dikkate alındığında ortalamanın üzerinde olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Gulliver ve ark. (2019) tarafından Avusturalya’da bir üniversitede gerçekleştirilen çalışmada akademisyenlerin depresyon okuryazarlığı düzeyinin ortalamanın üzerinde olduğu gösterilmiştir. Bunun yanı sıra ülkemizde Arslan (2020) lise öğretmenlerinin RSOY düzeyinin orta düzeyde olduğunu bildirmiştir. Çalışmanın örnekleminde farklı olarak Yeni Zellanda’da (2022) eczacıların RSOY’nı inceleyen bir çalışmada katılımcıların %82.7’sinin hafif ve orta düzeydeki depresyon için kanıta dayalı müdahaleler hakkında bilgi sahibi olduğu belirlenmiştir (Rimal ve ark., 2022). Türkiye’de Tokur Kesgin ve ark. (2020) tarafından yapılan çalışmada ise toplumun RSOY düzeyinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Diğer taraftan 18-65 yaş grubu bireylerle yürütülen başka bir çalışmada katılımcıların bilgi, inanç ve kaynak odaklı RSOY düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Seki Öz, 2021). Tüm bu sonuçlar değerlendirildiğinde örneklem grubu ve ölçüm araçlarındaki farklılıklara bağlı olarak RSOY düzeyinin değişkenlik gösterdiği söylenebilir. Ayrıca RSOY yüksek olan akademik personelin ruhsal sorunları olan öğrencilere yardım etme olasılığının daha fazla olduğu göz önüne alındığında, ülkemizdeki akademisyenlerin RSOY düzeyini değerlendiren daha fazla çalışmaya gereksinim olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada akademisyenlerin ruhsal bozukluğu olan bireylerin tehlikeli olduğuna, ruhsal bozukluğun tedavisinin/bakımının zor olduğuna, ruhsal bozukluğun kişilerarası ilişkileri olumsuz etkilediğine yönelik inanç düzeylerinin ortalamanın

üstünde olduğu belirlenmiştir. Bunun yanı sıra, akademisyenlerin genel olarak ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik olumsuz inanç düzeylerinin de ortalamanın üstünde olduğu saptanmıştır. Aksine, ruhsal bozukluğa sahip bir arkadaş veya aile bireyine sahip olmaktan utanmaya ilişkin inanç düzeyinin ise ortalamanın altında olduğu görülmüştür. Türkiye’de okul psikolojik danışmanlarıyla yapılan bir çalışmada, öğretmenlerin genel olarak olumsuz inançlarının orta düzeyde olduğu bulunmuştur (Kırcı Ercan ve Delibaş, 2020). Benzer şekilde, Arslantaş ve ark. (2021) tarafından yapılan çalışmada ortaokul öğretmenlerinin olumsuz inançlarının orta düzeyde olduğu belirtilmiştir. Rehber öğretmenleriyle gerçekleştirilen farklı bir çalışmada da öğretmenlerin ruhsal bozukluklara yönelik olumsuz inançların utanma, tehlikelilik, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma bileşenlerinden ve ölçeğin genelinden yüksek düzeyde puan aldıkları belirlenmiştir (Kutuk ve ark., 2016). Latifeh ve ark. (2021) tarafından Suriye’de öğretmenlerle yapılan çalışmada öğretmenlerin ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik olumsuz inançlarının düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Literatürde sağlık çalışanları ve öğrencilerden oluşan örneklemelerde de ruhsal bozukluklara yönelik olumsuz inançların düşük ve orta düzeyde olduğunu bildiren bazı çalışmalar mevcuttur (Ghowinam ve ark., 2021; Rimal ve ark., 2022; Yu, Cheng, Fung, Wong ve Jia, 2022).

Bu çalışmanın bulguları, akademisyenlerin ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik olumsuz inançlarının varlığını açıkça ortaya koymuştur. Özellikle ruh sağlığı alanında eğitim almayan akademisyenlerin içinde yaşadıkları toplumun bir parçası olarak ruhsal bozukluklara ilişkin olumsuz inançlara sahip olmaları şaşırtıcı değildir. Nitekim bu sonuç, literatürdeki toplumun çoğunluğu tarafından ruhsal bozukluk tanısı alan bireylerin tehlikeli, kişilerarası ilişkileri bozulmuş, tedavisi ve bakımı zor kişiler olarak görüldüğünü öne süren genel görüşle ilişkilendirilebilir (Arivazhagan ve ark., 2020; Pepa ve ark., 2021). Bununla birlikte mevcut çalışmada katılımcıların %48,7’sinin çevresinde ve %13,7’sinin ailesinde herhangi bir ruhsal bozukluğa sahip birey bulunmaktadır. Ailesinde ruhsal bozukluğa sahip birey olan akademisyenlerin olumsuz inançları daha düşüktür. Dolayısıyla ruhsal bozukluğa sahip bir arkadaş veya aile bireyine sahip olmaktan utanmaya ilişkin inanç düzeyinin bu grupta ortalamanın altında olması katılımcıların bu bireylerle temas halinde olmasına bağlı olabilir.

5.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmada ruh sağlığı okuryazarlığı ile ruhsal hastalıklara yönelik inançlar arasında negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur. Ayrıca, ruh sağlığı okuryazarlığında meydana gelen 1 birimlik artışın ruhsal bozukluklara yönelik olumsuz inançları 0,587 birim azalttığı belirlenmiştir. Araştırmanın sonuçlarıyla benzer şekilde, yüksek düzeyde depresyon okuryazarlığına sahip akademisyenlerin düşük düzeyde depresyon okuryazarlığına sahip akademisyenlere göre depresyon tanılı bireylere karşı daha az düzeyde damgalayıcı tutum gösterdikleri belirlenmiştir (Gulliver ve ark., 2019). Bunun yanı sıra akademisyenlerde ruhsal bozukluklara yönelik damgalama ile ruhsal bozukluklara ilişkin bilgi düzeyi arasında negatif yönlü ilişkinin olduğu gösterilmiştir (Buizza, Ghilardi ve Ferrari, 2015). Ran ve ark. (2022) tarafından Çin’de ruh sağlığı profesyonelleri, toplum örnekleme ve ruhsal bozukluk tanılı yakını olan aile üyelerinden oluşan üç örnekleme ruhsal bozukluklara ilişkin bilgi, temas ve olumsuz inançlar arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmanın sonuçları, üç örnekleme de ruhsal bozukluklara ilişkin bilgi ve temas düzeyindeki artışın ruhsal bozukluklara ilişkin damgalama düzeyindeki azalmayla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Ran ve ark., 2022). Bunların yanı sıra farklı örneklem gruplarında RSOY düzeyindeki artışın ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançları azalttığını gösteren bazı çalışmalar da mevcuttur (Cheng ve ark., 2017; Millin ve ark., 2016). Mevcut araştırmanın sonucu, olumsuz inançları değiştirmeyi hedefleyen RSOY bileşenleri ile açıklanabilir. Özellikle bilgi ve inanç odaklı RSOY’nın artmasının akademisyenlerin ruhsal sorunu olan bireylere ilişkin daha olumlu inanç geliştirmelerine katkı sağladığı söylenebilir.

5.3. Akademisyenlerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlarını Etkileyen Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada yaş gruplarına göre ruhsal hastalıklara yönelik inançların anlamlı olarak farklılaşmadığı bulunmuştur. Benzer şekilde, akademisyen ve öğretmenlerden oluşan örneklemelerde yaş ile ruhsal bozukluklara yönelik inançlar arasında ilişki olmadığını gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (Arslantaş ve ark., 2021; Janoušková ve ark., 2017; Kutuk ve ark., 2016; Latifeh ve ark., 2021; Yüksel ve ark., 2015). Bunun aksine Kim ve Kim (2013) Kore’de 40-49 yaş aralığındaki

öğretmenlerin ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik ayrımcılık düzeyinin 40 yaş ve altındaki öğretmenlere kıyasla daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Ayrıca sosyal hizmet bölümünde çalışan akademisyenlerle yürütülen başka bir çalışmada 40 yaş ve altındaki katılımcıların ruhsal bozukluğu olan sosyal hizmet öğrencilerine ilişkin olumsuz tutumlarının daha düşük olduğu bulunmuştur (Watson ve ark., 2017). Diğer taraftan toplum örnekleminden oluşan bir grupla gerçekleştirilen çalışmada yaştaki artışın sosyal kısıtlayıcılık düzeyindeki azalmayla ilişkili olduğu bulunmuştur. Sosyal kısıtlayıcılık, ruhsal bozukluğu olan bireylerin toplum için bir tehdit olduğu ve bu bireylerden uzak durulması gerektiği inancını ifade etmektedir. Bu durum yaşlandıkça bireylerin kendilerinden farklı olanlar hakkında daha fazla bilgi sahibi olmaları ve onları kabullenmeleri ile açıklanmaya çalışılmıştır (Barke, Nyarko ve Klecha, 2011). Sonuçlar değerlendirildiğinde, literatürde yaşla ilgili bulguların farklılık gösterdiği söylenebilir. Bu sonuç yaş değişkeninden ziyade ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi, içinde yaşanılan toplumun ruhsal bozukluklara yönelik tutumu, ruhsal sorunu olan biri ile temas etme durumu gibi farklı faktörlerin etkileşimi ile açıklanabilir.

Araştırmada cinsiyet değişkenine göre ruhsal hastalıklara yönelik inanç düzeyinin anlamlı olarak farklılaşmadığı bulunmuştur. Bu sonuca benzer olarak akademisyenlerle veya öğretmenlerle yapılan bazı çalışmalarda cinsiyet ile ruhsal bozukluklara yönelik inançlar arasında ilişki olmadığı bildirilmektedir (Arslantaş ve ark., 2021; Kutuk ve ark., 2016; Watson ve ark., 2017; Yüksel ve ark., 2015). Bunun aksine tıp öğrencileri ve psikiyatrist akademisyenlerle yürütülen bir çalışmada, erkeklerin kadınlara oranla ruhsal hastalığı olan bireylere karşı daha çok damgalayıcı tutuma sahip olduğu belirtilmiştir (Janoušková ve ark., 2017). Benzer şekilde, Suriye’de öğretmenlerle gerçekleştirilen başka bir çalışmada erkek öğretmenlerin kadın öğretmenlere oranla ruhsal bozukluğu olan bireyleri daha fazla damgalama eğilimine sahip oldukları tespit edilmiştir (Latifeh ve ark., 2021). Diğer taraftan kadınların ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik otoriter tutumlarının daha yüksek olduğunu bildiren çalışma da bulunmaktadır. Otoriterlik, ruhsal bozukluğu olan kişilerin olmayanlara göre daha aşağı görülmesini, bu kişilerin denetim ve baskı altında tutulması gerektiğini bildiren görüş olarak tanımlanmaktadır (Barke ve ark., 2011). Literatürdeki birçok çalışmada kadınların erkeklere göre ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı daha olumlu tutum sergilemeleri ve damgalamaya daha az meyilli olmaları kadınların erkeklere kıyasla empati düzeyinin daha yüksek olmasına

bağlı olabilir (Baez ve ark., 2017). Bunun yanı sıra kadınların ruhsal hastalıklar konusunda erkeklere göre daha kabullenici olduğu ve yardım arama davranışlarının da daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Juvrud ve Rennels, 2017). Ancak cinsiyetin ruhsal bozukluklara yönelik inançlar üzerindeki etkisinin daha net açıklanabilmesi için her iki cinsiyete özgü farklılıkları değerlendiren daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada fen bilimleri alanında görev yapan akademisyenlerin sağlık bilimleri alanında çalışanlara göre ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlarının 3,799 birim daha fazla olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonucuyla uyumlu olarak, sağlık alanında eğitim gören öğrencilerin diğer alanlarda eğitim gören öğrencilere göre ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik olumsuz inanç ve tutumlarının daha düşük olduğu bildirilmektedir (Al-Natour, Abuhammad ve Al-Modallal, 2021). Bunun aksine, Ürdün’de (2016) üniversite öğrencileriyle gerçekleştirilen bir çalışmada tıp öğrencilerinin ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı değersizleştirici ve ayrımcı tutumlarının tıp alanı dışında eğitim gören öğrencilerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Rayan ve Jaradat, 2016). Mısır’da (2020) üniversite öğrencileriyle gerçekleştirilen farklı bir çalışmada da fen bilimlerinde eğitim gören öğrencilerin tıp ve eczacılık öğrencilerine göre olumsuz inanç ve tutumlarının daha düşük olduğu bulunmuştur (Shehata ve Abdeldaim, 2020). Akademik kariyer olarak sağlık bilimleri alanının seçimi empati gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Literatürde empati düzeyi yüksek bireylerin kariyer seçimlerinde teknoloji odaklı bilimler yerine sağlık bilimleri gibi insan odaklı bilimleri tercih etme eğilimlerinin daha fazla olduğu belirtilmektedir (Pantovic- Stefanovic ve ark., 2015). Bu doğrultuda sağlık bilimleri alanında görev yapan akademisyenlerin ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı daha az olumsuz inanca sahip olmaları, bu akademisyenlerin empati düzeylerinin daha yüksek olduğunun varsayılması, ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin daha yüksek olması, klinik uygulamada ruhsal bozukluğu olan bireylerle karşılaşma olasılıklarının daha yüksek olması ile açıklanabilir. Diğer yandan, sağlık alanında eğitim alan öğrencilerin diğer disiplinlerde eğitim görenlere kıyasla daha olumsuz inançlara sahip olmaları ise toplumlar arasındaki ruhsal bozukluklara yönelik tutum ve kültür farklılığına bağlanmaktadır (Shehata ve Abdeldaim, 2020).

Araştırmada RSOY ile ilgili herhangi bir eğitim almayan akademisyenlerin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlarının eğitim alanlara oranla 13,612 birim daha fazla olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonucuna benzer olarak, ruh sağlığı alanına

ilgi duyup, bu alanla ilgili kitap okuyan ğretim elemanlarının ruhsal bozuklukların diğerk hastalıklardan farklı olmadığına ilişkin olumlu inanç düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Yüksel ve ark., 2015). Başka bir çalışmada sosyal hizmet bölümünde görev yapan ve ruh sağlığına ilişkin ders verme deneyimi bulunan akademisyenlerin uygulama alanında ruhsal bozukluğu olan bireylerle çalışmaktan daha fazla memnuniyet duyduğu ve uygulama alanına ilişkin tutumlarının daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte aynı grupta ruh sağlığına ilişkin ders verme durumu ile ruhsal bozukluklara ilişkin olumsuz inançlar arasında anlamlı derecede bir farklılığın olmadığı saptanmıştır (Watson ve ark., 2017). Janoušková ve ark. (2017) tıp öğrencilerinde dördüncü sınıftan sonra psikiyatri dersi almanın ve mezun olduktan sonra psikiyatri alanında uzmanlık eğitimi almanın katılımcıların olumsuz inanç ve tutumlarında önemli bir azalma meydana getirdiğini bildirmiştir. Ayrıca doğrudan ruh sağlığı okuryazarlığı eğitimi olmasa da psikiyatri hemşireliği, psikiyatri hekimliği veya klinik psikoloji alanlarında eğitim gören öğrencilerin ya da ruh sağlığı alanında çalışan meslek üyelerinin ruhsal bozukluklara yönelik olumsuz inançlarının daha düşük olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Çiydem ve Avcı, 2022; Janoušková ve ark., 2017; Mullor, Sayans-Jiménez, Cangas ve Navarro, 2019). RSOY'nın tanıma bileşeni, olumsuz inançlar ve damgalamayla yakından ilişkili bir kavramdır. Bu doğrultuda RSOY eğitimi alan akademisyenlerin ruhsal bozuklukların nedenleri, belirtileri, tedavi yöntemleri ve iyileşme süreci hakkında bilgi sahibi olmaları nedeniyle daha olumlu tutuma sahip olmaları beklenen bir sonuç olarak değerlendirilebilir (Rafal ve ark., 2018). Ayrıca bu sonuç damgalama ile mücadelede RSOY'nın önemini ortaya koymaktadır. Bu nedenle ruhsal bozukluklara ilişkin olumsuz inançları azaltabilmek için toplumun tüm kesimlerine yönelik RSOY eğitimlerinin planlanmasına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada daha önce herhangi bir psikiyatrik yardım almayan akademisyenlerin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlarının alanlara göre 3,808 birim daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmadan farklı olarak Arslantaş ve ark. (2021) daha önce psikolojik yardım alma durumu ile öğretmenlerin ruhsal bozukluklara yönelik olumsuz inançları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını ifade etmişlerdir. Diğer taraftan, araştırma bulgusuyla uyumlu olarak, sosyal hizmet bölümünde çalışan akademisyenlerle yürütölen bir çalışmada, kendisinde ruhsal bozukluk olduğunu ve tedavi gördüğünü belirten akademisyenlerin psikiyatrik tanısı olmayan ve tedavi almayan katılımcılara göre ruhsal bozukluklara ilişkin daha düşük

düzeyde olumsuz tutuma sahip olduğu belirlenmiştir (Watson ve ark., 2017). Bunun yanı sıra psikiyatrik tedavi öyküsü olan hemşirelik öğrencilerinin ruhsal bozukluklara yönelik olumsuz inanç ve tutumlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir (Fernandes, Família, Castro ve Simões, 2022). Geçmişte herhangi bir psikiyatrik yardım almak akademisyenlerin deneyimleri aracılığıyla ruhsal sorunu olan bireylerin yaşadıkları zorlukların farkına varmalarına ve empatik yaparak onları daha kolay anlamalarına olanak sağlayarak olumsuz inançlarını azaltmış olabilir.

Araştırmada ailesinde herhangi bir ruhsal bozukluğa sahip birey bulunan akademisyenlerin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlarının olmayanlara akademisyenlere oranla 4,109 birim daha az olduğu belirlenmiştir. Türkiye’de Kırıcı Ercan ve Delibaş (2020) tarafından 54 psikolojik danışmanla yürütülen bir çalışmada herhangi bir ruhsal bozukluğa sahip yakını olan öğretmenlerin olmayanlara göre ruhsal bozukluklara ilişkin olumsuz inançlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyutuna ilişkin olumsuz inançlarında daha düşük olduğu, ancak utanma ve tehlikelilik alt boyutları açısından gruplar arasında farkın olmadığı bildirilmiştir (Kırıcı Ercan ve Delibaş, 2020). Başka bir araştırmada ruhsal bozukluğu olan bir bireyle yaşam deneyimi olan akademisyenlerin bu kişilere karşı daha kabullenici tutum gösterdikleri belirtilmiştir (Buizza ve ark., 2015). Benzer şekilde tanıdığı kişiler arasında ruhsal hastalık öyküsü olduğunu bildiren öğretim elemanlarının ruhsal sorunu olan bireylere daha koruyucu ve insancıl yaklaşım sergiledikleri, ruhsal bozuklukları diğer hastalıklardan farklı algılamadıkları saptanmıştır (Yüksel ve ark., 2015). Bu sonuçların aksine psikiyatri anabilim dalında çalışan akademisyenlerde ruhsal bozukluğu olan bireylere aşına olmanın ruhsal bozukluklara ilişkin olumsuz inanç ve tutumlar üzerinde etkisinin olmadığı da bildirilmiştir (Janoušková ve ark., 2017). Benzer şekilde öğretmenlerle gerçekleştirilen bir çalışmada da ailede ruhsal sorunu olan birey varlığı ile olumsuz inançlar arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir (Latifeh ve ark., 2021). Literatürdeki birçok çalışma ile uyumlu olarak araştırmada ailesinde ruhsal bozukluğu olan birey bulunan akademisyenlerin daha olumlu inançlara sahip olması, ruhsal bozukluklarla ilgili daha fazla bilgi ve deneyime sahip olmaları ve dolayısıyla empati yapabilmeleri ile açıklanabilir.

Bu araştırmada herhangi bir ruhsal bozukluğu olan kişi ile aynı işyerinde çalışmak istemediğini ifade eden akademisyenlerin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlarının birlikte çalışabileceğini belirtenlere göre 9,597 birim daha fazla

olduğu belirlenmiştir. Üniversitede akademisyen veya idari personel olarak görev yapan bireylerle yürütülen bir çalışmada, öğrenim düzeyi yüksek olan ve öğretim üyesi/elemanı olarak çalışanların ruhsal bozukluğu olan kişileri rekabetçi bir ortamda çalışabilecek bireyler olarak değerlendirdikleri belirlenmiştir. Aynı çalışmada ruhsal bozukluğu olan biriyle işbirliği yapma ve birlikte çalışma konusunda erkeklerin daha olumlu tutuma sahip oldukları, ancak kadınların bu konudaki tutumlarının olumsuz olduğu tespit edilmiş. Ayrıca, kişisel veya dolaylı olarak ruhsal bozukluklarla ilgili deneyimi olan akademisyenlerin ruhsal bozukluğu olan bireylerin iş entegrasyonunu daha çok desteklediği saptanmıştır (Buizza ve ark., 2017). Fernandes ve ark. (2022) de ruh sağlığı alanında çalışmayı düşünen hemşirelik öğrencilerinin ruhsal bozukluğa sahip bireylerden kaçınma eğilimlerinin daha az olduğunu, hastalara karşı daha az öfke duyduklarını ve hastaları daha az tehlikeli görme eğiliminde olduklarını tespit etmişlerdir. Buna karşın, Güney Gana’da sağlıklı bireylerle yapılan çalışmada, katılımcıların %34,7’si ruhsal sorunları olan herkesin kamu görevinden dışlanması gerektiğine inandığını ifade etmiştir. Aynı çalışmada katılımcıların %41,60’ı ruhsal bozukluğu olan bireylere sorumluluk verilmemesi gerektiğine ve %42,14’ü ruhsal sorunları olan bireylerin toplumun geri kalanından izole edilmesi gerektiğine kesinlikle katıldığını bildirmiştir (Barke ve ark., 2011). Bu çalışmada da ruhsal bozukluğu olan biriyle aynı işyerinde çalışmak istemediğini ifade eden akademisyenlerin olumsuz inançlarının daha fazla olması, bu bireylere yönelik toplumda var olan ve kültürel olarak aktarılan ayrımcı tutumlara bağlı olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada mesleki yaşamı boyunca ruhsal sorunu olan bir öğrenciyle hiç karşılaşmayan akademisyenlerin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlarının karşılaşanlara göre 3,310 birim daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmadan farklı olarak, Gulliver ve ark. (2019) akademisyenlerle yürüttükleri çalışmada, ruhsal bozukluğu olan öğrenciyle karşılaşma durumunun ruhsal bozukluklara yönelik olumsuz inançları etkilemediğini belirtmiştir. Ancak akademisyenlerle yapılan başka bir çalışmada ruhsal sorunları nedeniyle tedavi görmüş bir akrabası/arkadaşı olan veya kendisi psikiyatrik tedavi görenlerin, ruhsal bozukluğu olan bireylerle herhangi bir teması bulunmayan kişilere kıyasla olumsuz inanç ve tutumlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (Buizza ve ark., 2017). Ayrıca örneklemini öğrencilerin, sağlık çalışanlarının veya toplumun oluşturduğu farklı çalışmalarda, ruhsal bozukluğu olan bireylerle kurulan temasın olumsuz inanç ve tutumları önemli ölçüde azalttığı

bildirilmektedir (Ahuja, Dhillon, Juneja ve Sharma, 2017; Morgan ve ark., 2018; Zhang ve ark., 2022). Çin’de yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarına uygulanan temas temelli müdahalenin ruhsal bozukluklara yönelik olumsuz tutumları üç aylık süre boyunca azalttığı bulunmuştur (Zhang ve ark., 2022). Benzer şekilde, şizofreni, psikoz veya bipolar bozukluk tanılı bireylere yönelik toplumsal damgalamayı azaltmak için uygulanan müdahalelerin etkinliğini değerlendiren bir sistematik derlemede, temasa dayalı müdahalelerin damgalamayı azaltmada orta düzeyde etkili olduğu bildirilmiştir (Morgan ve ark., 2018). Hindistan’da üniversite öğrencileriyle yürütülen çalışmada da temas temelli müdahalenin öğrencilerin ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik olumsuz inanç ve tutumlarını azalttığı saptanmıştır (Ahuja ve ark., 2017). Bu sonuç ruhsal bozukluğu olan kişilerle geçirilen zamanın ve etkileşimin, bu bireylere yönelik olumsuz inançları ve tutumları azaltacağını öne süren temas hipotezini destekler niteliktedir (Hawthorne ve ark., 2020).

Araştırmada ruhsal bozukluğu olan bir öğrencinin eğitime devam etmemesi gerektiğini ifade eden akademisyenlerin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlarının eğitim yaşantısına devam etmesi gerektiğini düşünenlere göre 16,343 birim daha fazla olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde, Amerika’da sosyal hizmet bölümünde görev yapan akademisyenlerin ruhsal bozukluğu olan öğrencileri sağlıklı öğrencilerden daha farklı olarak gördüğü tespit edilmiştir. Aynı çalışmada ruhsal bozukluğu olan öğrencilerin akademisyenler tarafından diğer öğrencilere kıyasla daha kirli, tehlikeli ve şiddete eğilimli algılandığı belirlenmiştir. Bununla birlikte çalışmada bazı akademisyenlerin ruhsal bozukluğu olan öğrencileri daha zeki, yetkin ve çalışkan olarak değerlendirdiği belirtilmiştir. Bu durum, ruhsal bozukluğu olan öğrencilerin lisans ve lisansüstü eğitim için diğer öğrencilere göre daha fazla engelle karşılaştıklarına, eğitim yaşantılarına devam edebilmeleri için akademisyenlerin daha fazla güç ve motivasyona sahip olması gerektiği düşüncesine bağlanmıştır (Watson ve ark., 2017). Ruhsal bozukluğu olan bireylerin toplumdan izole edilmesi gerektiği, eğitim ve istihdam alanlarında yer alamayacağına ilişkin toplumsal inançlar oldukça yaygındır (Hawthorne ve ark., 2020). Bu çalışmada da ruhsal bozukluğu olan bir öğrencinin eğitime devam etmemesi gerektiğini düşünen akademisyenlerin olumsuz inançlarının daha fazla olması toplumun eğitim alanında bu bireylere yönelik ayrımcı tutumlarının bir göstergesi niteliğindedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Akademisyenlerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi ile ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının belirlenerek aralarındaki ilişkinin incelenmesi ve ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını etkileyen değişkenlerin tespit edilmesi amacıyla yürütülen bu araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Bu araştırmada akademisyenlerin bilgi, inanç ve kaynak odaklı RSOY ile toplam RSOY düzeyinin ortalamanın üzerinde olduğu belirlenmiştir.

- Akademisyenlerin RHYİÖ'den aldıkları toplam puan ile RHYİÖ çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, tehlikelilik alt boyutlarından aldıkları puanların ortalamanın üzerinde, utanma alt boyutundan aldıkları puanın ise ortalamanın altında olduğu saptanmıştır.

- Ruh sağlığı okuryazarlığı ile ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlar arasında negatif yönde anlamlı bir ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca ruh sağlığı okuryazarlığında meydana gelen 1 birimlik artışın ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançları 0,587 birim azalttığı belirlenmiştir.

- Fen bilimleri alanında çalışan akademisyenlerin sağlık bilimleri alanında çalışanlara göre; RSOY'na yönelik eğitim almayan akademisyenlerin RSOY eğitimi alanlara göre; daha önce herhangi bir psikiyatrik yardım almayan akademisyenlerin psikiyatrik yardım alanlara göre; ailesinde ruhsal bozukluğa sahip birey olmayan akademisyenlerin olanlara göre; ruhsal bozukluğu olan biriyle aynı işyerinde çalışmak istemeyen akademisyenlerin çalışmak isteyenlere göre; mesleki yaşamında ruhsal bozukluğu olan bir öğrenciyle karşılaşmayan akademisyenlerin karşılaşanlara göre; ruhsal bozukluğu olan bir öğrencinin eğitime devam etmemesi gerektiğini düşünen akademisyenlerin devam etmesi gerektiğini düşünenlere göre ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Bunun yanı sıra modele alınan tüm değişkenlerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları %52,6 oranında açıkladığı belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Bu araştırmanın sonuçları doğrultusunda ruh sağlığı profesyonellerine, üniversite yönetimine ve araştırmacılara yönelik öneriler aşağıda sıralanmıştır.

- Öğrencilerin ruhsal sorunlara ilişkin gereksinimlerini belirlemede ve onları yardım almaya yönlendirmede önemli bir pozisyonda olan akademisyenlerde RSOY'na yönelik farkındalık oluşturulması,

- Akademisyenlerin RSOY düzeyini artırmak amacıyla hizmetiçi eğitim programlarının düzenlenmesi ve bu programların etkisinin incelenmesi,

- Üniversitelerin eğitim müfredatına RSOY seçmeli dersinin eklenmesi,

- Akademisyenlerin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlarının azaltılması için eğitim ve temasa dayalı damgalamayla mücadele programlarının uygulanması ve bu programların etkinliğinin değerlendirilmesi,

- Damgalamayla mücadele kapsamında akademisyenlere uygulanacak programların çalışılan birim, geçmişte RSOY eğitimi alma durumu, daha önce psikiyatrik yardım alma durumu, ailesinde ruhsal bozukluğa sahip birey bulunma durumu, ruhsal bozukluğu olan biriyle birlikte çalışmayı isteme durumu, mesleki yaşamında ruhsal sorunu olan öğrencilerle karşılaşma durumu, ruhsal bozukluğu olan bir öğrencinin eğitime devam etmesine yönelik düşünceleri gibi değişkenler göz önünde bulundurarak hazırlanması,

- Bu araştırma bir devlet üniversitesinde görev yapan akademisyenleri kapsamaktadır, gelecekte daha geniş örneklemli, karşılaştırmalı, nitel ve nicel yöntemlerin birlikte kullanıldığı kapsamlı araştırmaların yapılması,

- Gelecekte akademisyenlerin yanı sıra idari birimlerde çalışan personeli de içeren benzer araştırmaların yapılması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

- Abdinasir, K. (2019). *Making the grade: How education shapes young people's mental health*. London: Centre for Mental Health.
- Aci, O. S., Ciydem, E., Bilgin, H., Ozaslan, Z., & Tek, S. (2020). Turkish newspaper articles mentioning people with mental illness: A retrospective study. *The International Journal of Social Psychiatry*, 66(3), 215–224. <https://doi.org/10.1177/0020764019894609>
- Açıkgöz, F., & Akkuş, D. (2018). Ruhsal hastalıklarda damgalama ile mücadele: Anahtar rol üstlenen meslekler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(3), 142–146.
- Ahuja, K. K., Dhillon, M., Juneja, A., & Sharma, B. (2017). Breaking barriers: An education and contact intervention to reduce mental illness stigma among Indian college students. *Psychosocial Intervention*, 26(2), 103–109. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2016.11.003>
- Al-Natour, A., Abuhammad, S., & Al-Modallal, H. (2021). Religiosity and stigma toward patients with mental illness among undergraduate university students. *Heliyon*, 7(3), e06565. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e06565>
- American Nurses Association. (2007). *Psychiatric-mental health: Scope and standards of practice*. Silver Spring, MD: Nursing Books.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal bozuklukların tanınması ve sayımsal el kitabı (DSM-5) tanı ölçütleri başvuru el kitabı* (5. baskı). (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Arivazhagan, K., Sharma, S., Dubey, I., Sreeraj, V. S., & Uvais, N. A. (2020). Perceived stigma towards psychiatric illnesses in mental health trainees: A cross-sectional study. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 7, 169–174. <https://doi.org/10.1007/s40737-020-00171-y>
- Armstrong, D. J., & Hallett, F. (2012). Public face, hidden knowledge: Teachers conceptions of children with SEBD. *Educational and Child Psychology*, 29(4), 77–87.
- Arslan, Ş. (2020). İstanbul Fatih İlçesindeki Lise Öğrencilerinin ve Öğretmenlerinin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Düzeylerinin Araştırılması. (Yayımlanmamış uzmanlık tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Arslandaş, H., Abacıgil, F., Yüksel, R., Adana, F., Sarı, E., Yeşilfidan, D., & Turan, S. G. (2021). Ortaöğretim öğretmenlerinde ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve sosyal mesafeyi etkileyen faktörler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 24, 523–536. <https://doi.org/10.5505/kpd.2021.43760>

- Atilola, O. (2015). Level of community mental health literacy in sub-Saharan Africa: current studies are limited in number, scope, spread and cognizance of cultural nuances. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(2), 93–101. <https://doi.org/10.3109/08039488.2014.947319>
- Baez, S., Flichtentrei, D., Prats, M., Mastandueno, R., García, A. M., Cetkovich, M., & Ibáñez, A. (2017). Men, women, who cares? A population-based study on sex differences and gender roles in empathy and moral cognition. *PloS one*, 12(6), e0179336. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179336>
- Barke, A., Nyarko, S., & Klecha, D. (2011). The stigma of mental illness in Southern Ghana: attitudes of the urban population and patients' views. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(11), 1191–1202. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0290-3>
- Batmaz, M., & Gezgin Yazıcı, H. (Ed.). (2021). *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği* (1. baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Bilge, A., & Çam, O. (2008). Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğinin geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(2), 91–96.
- Birsöz, S. (2018). Dünya’da ve ülkemizde psikiyatri tarihi. Karamustafaloğlu (Ed.), *Temel ve klinik psikiyatri* (ss. 313–338). İstanbul: Güneş Tıp Kitap Evleri.
- Bogaers, R., Geuze, E., Greenberg, N., Leijten, F., Varis, P., van Weeghel, J., van de Mheen, D., Rozema, A., & Brouwers, E. (2022). Seeking treatment for mental illness and substance abuse: A cross-sectional study on attitudes, beliefs, and needs of military personnel with and without mental illness. *Journal of Psychiatric Research*, 147, 221–231. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.01.028>
- Boyd, M. A. (2018). *Psychiatric nursing*. Philadelphia: Wolters Cluwer.
- Böge, K., Hahn, E., Strasser, J., Schweininger, S., Bajbouj, M., & Karnouk, C. (2022). Psychotherapy in the Kurdistan region of Iraq (KRI): Preferences and expectations of the Kurdish host community, internally displaced- and Syrian refugee community. *The International Journal of Social Psychiatry*, 68(2), 346–353. <https://doi.org/10.1177/0020764021995219>
- Brijnath, B., Protheroe, J., Mahtani, K. R., & Antoniadis, J. (2016). Do web-based mental health literacy interventions improve the mental health literacy of adult consumers? results from a systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 18(6), e165. <https://doi.org/10.2196/jmir.5463>
- Brohan, E., Thornicroft, G., Rüsch, N., Lasalvia, A., Campbell, M. M., Yalçınkaya-Alkar, Ö., Lanfredi, M., Ochoa, S., Üçok, A., Tomás, C., Fadipe, B., Sebes, J., Fiorillo, A., Sampogna, G., Paula, C. S., Valverde, L., Schomerus, G., Klemm, P., Ouali, U., Castelein, S., ... & Evans-Lacko, S. (2022). Measuring discrimination experienced by people with a mental illness: Replication of the short-form

- DISCUS in six world regions. *Psychological Medicine*, 1–11. <https://doi.org/10.1017/S0033291722000630>
- Bruno, M., McCarthy, J., & Kramer, C. (2015). Mental health literacy and depression among older adolescent males. *Journal of Asia Pacific Counseling*, 5(2), 53–64. <https://doi.org/10.18401/2015.5.2.1>
- Buizza, C., Ghilardi, A., & Ferrari, C. (2017). Beliefs and prejudices versus knowledge and awareness: How to cope stigma against mental illness: A college staff e-survey. *Community Mental Health Journal*, 53(5), 589–597. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0116-9>
- Cheng, H. L., Wang, C., McDermott, R. C., Kridel, M., & Rislin, J. L. (2018). Self-stigma, mental health literacy, and attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling & Development*, 96(1), 64–74. <https://doi.org/10.1002/jcad.12178>
- Choi, J. (2022). Maternal and paternal parenting stress and children's aggression and anxiety/depression: Children's self-regulation as a moderator. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 50(1), 1–9. <https://doi.org/10.2224/sbp.10875>
- Ciydem, E., & Avci, D. (2022). Effects of the psychiatric nursing course on students' beliefs toward mental illness and psychiatric nursing perceptions in Turkey. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(1), 348–354. <https://doi.org/10.1111/ppc.12796>
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11–27. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>
- Cohrdes, C., & Göbel, K. (2022). A lot of warmth and a bit of control? How parenting mediates the relationship between parental personality and their children's mental health problems. *Journal of Child and Family Studies*, 1–15. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-02210-z>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16–20.
- Corrigan, P. W., Bink, A. B., Fokuo, J. K., & Schmidt, A. (2015). The public stigma of mental illness means a difference between you and me. *Psychiatry Research*, 226(1), 186–191. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.047>
- Costa, T., Sampaio, F., Sequeira, C., Lluch Canut, M. T., & Moreno Poyato, A. R. (2022). A qualitative study exploring adolescents' perspective about Mental Health First Aid Training Programmes promoted by nurses in upper secondary schools. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(2), 326–338. <https://doi.org/10.1111/inm.12959>

- Çam, O., & Engin, E. (Ed.). (2021). *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği* (3. baskı). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Çingöl, N., Karakaş, M., Zengin, S., & Çelebi, E. (2020). The effect of psychiatric nursing students' internships on their beliefs about and attitudes toward mental health problems: A single-group experimental study. *Nurse Education Today*, 84, 104243. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104243>
- Dawson, B. A., Carvalho, K., & Cuevas, A. (2022). The relationship between subjective social status, mental health disparities, and the mediating role of discrimination among Latinx populations. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, <https://doi.org/10.1007/s40615-021-01226-x>
- DeLuca, J. S., Hwang, J., Stepinski, L., & Yanos, P. T. (2022). Understanding explanatory mechanisms for racial and ethnic differences in mental health stigma: the role of vertical individualism and right-wing authoritarianism. *Journal of Mental Health*, 31(1), 39–49. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1836556>
- Deng, Y., Wang, A. L., Frasso, R., Ran, M. S., Zhang, T. M., Kong, D., & Wong, Y. I. (2022). Mental health-related stigma and attitudes toward patient care among providers of mental health services in a rural Chinese county. *International Journal of Social Psychiatry*, 68(3), 610–618. <https://doi.org/10.1177/0020764021992807>
- Dods, J. (2016). Teacher candidate mental health and mental health literacy. *Exceptionality Education International*, 26(2), 42–61. <https://doi.org/10.5206/eei.v26i2.7740>
- Dominguez, M. G., & Brown, L. D. (2022). Association between adverse childhood experiences, resilience and mental health in a Hispanic community. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 1–10. <https://doi.org/10.1007/s40653-022-00437-6>
- Duman, B., Çolak, B., Özdemir, S. N., Özkasap, N. S., Sabahi, İ. S., Şahinoğlu, M. B., Taşçı, D., Tatar, M.M., Ünalp, C., Kar, İ., & Kumbasar, H. (2019). Tıp eğitiminin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlara etkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 23(4), 141–149. <https://doi.org/10.15511/tahd.19.00441>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149–1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Fernandes, J. B., Família, C., Castro, C., & Simões, A. (2022). Stigma towards People with Mental Illness among Portuguese Nursing Students. *Journal of Personalized Medicine*, 12(3), 326. <https://doi.org/10.3390/jpm12030326>
- Field, A. (2017). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). London: Sage Publications.
- Fortuna, K. L., Williams, A., Mois, G., Jason, K., & Bianco, C. L. (2022). Social processes associated with health and health behaviors linked to early mortality in

- people with a diagnosis of a serious mental illness. *Perspectives on Psychological Science*, 17(1), 183–190. <https://doi.org/10.1177/1745691621990613>
- Fujii, T., Hanya, M., Kishi, M., Kondo, Y., Cates, M. E., & Kamei, H. (2018). An internet-based survey in Japan concerning social distance and stigmatization toward the mentally ill among doctors, nurses, pharmacists, and the general public. *Asian Journal of Psychiatry*, 36, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.05.017>
- Gervás, R., García-Ullán, L., Amor, V., Bullon, A., Galindo, P. V., & Roncero, C. (2022). Effectiveness and types of interventions to reduce mental illness-related stigma among Medical university students: A literature. *Actas Esp Psiquiatr*, 50(2), 106-13.
- Ghowinam, M., Lamloom, M., Alharthi, A., Hassan, A. S., Rayyani, S. A., Alghamdi, N. A., Felemban, A. S., Jan, A. A., Thabet, S. A., Abdulbari, R. A., & Rafeea, W. A. (2021). A study of the attitudes towards mentally ill people among a sample of primary health care physicians in Saudi Arabia. *Journal of Pharmaceutical Research International*, 33(60B), 267–277.
- Goffman, E. (1986). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York/USA: Prentice-Hall Inc.
- Göktaş, G., Işıklı, B., Önsüz, M. F., Yenilmez, Ç., & Metintaş, S. (2019). Ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeğinin (Rsoy ölçeği) Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 11(3), 424–431. <https://doi.org/10.18521/ktd.453411>
- Gulliver, A., Farrer, L., Bennett, K., & Griffiths, K. M. (2019). University staff mental health literacy, stigma and their experience of students with mental health problems. *Journal of Further and Higher Education*, 43(3), 434–442. <https://doi.org/10.1080/0309877X.2017.1367370>
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 10, 113. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>
- Gürhan, N. (Ed.). (2016). *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği* (1. baskı). Ankara: Nobel Kitabevleri.
- Hawthorne, A., Fagan, R., Leaver, E., Baxter, J., Logan, P., & Snowden, A. (2020). Undergraduate nursing and midwifery student's attitudes to mental illness. *Nursing Open*, 7(4), 1118–1128. <https://doi.org/10.1002/nop.2.494>
- Henderson, C., Robinson, E., Evans-Lacko, S., Corker, E., Rebollo-Mesa, I., Rose, D., & Thornicroft, G. (2016). Public knowledge, attitudes, social distance and reported contact regarding people with mental illness 2009–2015. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(446), 23–33. <https://doi.org/10.1111/acps.12607>

- Hernan, A., Philpot, B., Edmonds, A., & Reddy, P. (2010). Healthy minds for country youth: help-seeking for depression among rural adolescents. *The Australian Journal of Rural Health*, 18(3), 118–124. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2010.01136.x>
- Hirai, M., & Clum, G. A. (2000). Development, reliability, and validity of the beliefs toward mental illness scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 22(3), 221–236.
- Hoseinzadeh, F., Miri, S., Foroughameri, G., Farokhzadian, J., & Shahrababaki, E. M. (2022). Stigma, burden of care, and family functioning in family caregivers of people with mental illnesses: A cross-sectional questionnaire survey. *Social Work in Mental Health*, 20(4), 432–447. <https://doi.org/10.1080/15332985.2021.2024480>
- İnan, F. Ş., Günüşen, N., Duman, Z. Ç., & Ertem, M. Y. (2019). The impact of mental health nursing module, clinical practice and an anti-stigma program on nursing students' attitudes toward mental illness: A quasi-experimental study. *Journal of Professional Nursing*, 35(3), 201–208. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2018.10.001>
- İnan, F. Ş., Günüşen, N., İnce, S. Ç., & Duman, Z. Ç. (2021). The effect of a peer education program on nursing students' beliefs toward mental illnesses and their career choices. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(4), 1774–1781. <https://doi.org/10.1111/ppc.12748>
- Janoušková, M., Weissová, A., Formánek, T., Pasz, J., & Bankovská Motlová, L. (2017). Mental illness stigma among medical students and teachers. *The International Journal of Social Psychiatry*, 63(8), 744–751. <https://doi.org/10.1177/0020764017735347>
- Jaquays, J.L., Polsinelli, C.A., Singer, L.R., & Abraham, S.P. (2022). Social stigma against mental health: Educate, protest, and contact. *International Journal of Science and Research Methodology*, 20(3), 163–182. <https://doi.org/10.25166/IJSRM/2022.20.3.1>
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 396–401. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.5.396>
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *The American Psychologist*, 67(3), 231–243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>
- Jorm, A. F., & Griffiths, K. M. (2006). Population promotion of informal self-help strategies for early intervention against depression and anxiety. *Psychological Medicine*, 36, 3– 6. <https://doi.org/10.1017/S0033291705005659>
- Jorm, A. F., & Kitchener, B. A. (2011). Noting a landmark achievement: Mental health first aid training reaches 1% of Australian adults. *Australian and New*

Zealand Journal of Psychiatry, 45, 808 – 813.
<https://doi.org/10.3109/00048674.2011.594785>

Jorm, A. F., Blewitt, K. A., Griffiths, K. M., Kitchener, B. A., & Parslow, R. A. (2005). Mental health first aid responses of the public: Results from an Australian national survey. *BMC Psychiatry*, 5, 9. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-5-9>

Jorm, A. F., Christensen, H., & Griffiths, K. M. (2005). Belief in the harmfulness of antidepressants: Results from a national survey of the Australian public. *Journal of Affective Disorders*, 88, 47–53. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.06.002>

Jorm, A. F., Kelly, C. M., Wright, A., Parslow, R. A., Harris, M. G., & McGorry, P. D. (2006). Belief in dealing with depression alone: Results from community surveys of adolescents and adults. *Journal of Affective Disorders*, 96(1-2), 59–65. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.05.018>

Jorm, A. F., Kitchener, B. A., Fischer, J. A., & Cvetkovski, S. (2010a). Mental health first aid training by e-learning: A randomized controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 1072–1081. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.516426>

Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia*, 166(4), 182–186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>

Jorm, A. F., Morgan, A. J., & Wright, A. (2010). Actions that young people can take to prevent depression, anxiety and psychosis: Beliefs of health professionals and young people. *Journal of Affective Disorders*, 126, 278 –281. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.03.011>

Jorm, A. F., Reavley, N. J., & Ross, A. M. (2012). Belief in the dangerousness of people with mental disorders: A review. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(11), 1029–1045. <https://doi.org/10.1177/0004867412442406>

Jung, H., von Sternberg, K., & Davis, K. (2016). Expanding a measure of mental health literacy: Development and validation of a multicomponent mental health literacy measure. *Psychiatry Research*, 243, 278–86. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.034>

Jung, H., von Sternberg, K., & Davis, K. (2017). The impact of mental health literacy, stigma, and social support on attitudes toward mental health help-seeking. *International Journal of Mental Health Promotion*, 19(5), 252–267. <https://doi.org/10.1080/14623730.2017.1345687>

Juvrud, J., & Rennels, J. L. (2017). I don't need help: Gender differences in how gender stereotypes predict help-seeking. *Sex Roles*, 76(1), 27–39. <https://doi.org/10.1007/s11199-016-0653-7>

- Kara, N. (2015). Sosyal hizmet bölümü öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançları ve ruhsal hastalıklara yönelik verilen teorik eğitimin etkileri. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2, 69–77.
- Kayrouz, R., Dear, B. F., Johnston, L., Keyrouz, L., Nehme, E., Laube, R., & Titov, N. (2015). Intergenerational and cross-cultural differences in emotional wellbeing, mental health service utilisation, treatment-seeking preferences and acceptability of psychological treatments for Arab Australians. *The International Journal of Social Psychiatry*, 61(5), 484–491. <https://doi.org/10.1177/0020764014553004>
- Kermode, M., Bowen, K., Arole, S., Joag, K., & Jorm, A. F. (2009). Community beliefs about treatments and outcomes of mental disorders: A mental health literacy survey in a rural area of Maharashtra, India. *Public Health*, 123(7), 476–483. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2009.06.004>
- Keskin, A., Ünlüoğlu, I., Bilge, U., & Yenilmez, C. (2013). The prevalence of psychiatric disorders distribution of subjects gender and its relationship with psychiatric help-seeking. *Archives of Neuropsychiatry*, 50, 344–351. <https://doi.org/10.4274/npa.y6522>
- Kırcı Ercan, S., & Delibaş, D. H. (2020). Okul psikolojik danışmanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumları. *İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 24(4), 309–314.
- Kim, G. H., & Kim, K. H. (2013). The teachers' attitudes, discrimination and causes of prejudice towards people with mental illnesses. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(2), 97–106. <http://dx.doi.org/10.12934/jkpmhn.2013.22.2.97>
- King, M., Dinos, S., Shaw, J., Watson, R., Stevens, S., Passetti, F., Weich, S., & Serfaty, M. (2007). The stigma scale: Development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 190(3), 248–254. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.024638>
- Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2008). Mental health first aid: An international programme for early intervention. *Early Intervention in Psychiatry*, 2(1), 55–61. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2007.00056.x>
- Kutcher, S., Bagnell, A., & Wei, Y. (2015). Mental health literacy in secondary schools: A Canadian approach. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24(2), 233–244. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.11.007>
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016a). Mental health literacy: Past, present, and future. *Can J Psychiatry*, 61, 154–8. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
- Kutcher, S., Wei, Y., Costa, S., Gusmão, R., Skokauskas, N., & Sourander, A. (2016). Enhancing mental health literacy in young people. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(6), 567–569. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0867-9>

- Kutuk, M. O., Durmus, E., Gokcen, C., Toros, F., Guler, G., & Evegu, E. (2016). Determination of beliefs, attitudes of consulting teachers towards mental diseases, and referral reasons of their students to a child and adolescent psychiatrist. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 29, 227–236. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2016290304>
- Lagunes-Cordoba, E., Alcala-Lozano, R., Lagunes-Cordoba, R., Fresan-Orellana, A., Jarrett, M., Gonzalez-Olvera, J., Thornicroft, G., & Henderson, C. (2022). Evaluation of an anti-stigma intervention for Mexican psychiatric trainees. *Pilot and Feasibility Studies*, 8(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s40814-021-00958-1>
- Lasserre, A. M., Imtiaz, S., Roerecke, M., Heilig, M., Probst, C., & Rehm, J. (2022). Socioeconomic status, alcohol use disorders, and depression: A population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 301, 331–336. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.132>
- Latifeh, Y., Jaredh, M. W., Nasri, L., Shriedy, D., Al-Mahdi, A., & Murtada, M. W. (2021). Knowledge, stigma, and beliefs toward mental illnesses among schoolteachers in Damascus. *The International Journal of Social Psychiatry*, 1–9. <https://doi.org/10.1177/00207640211015701>
- Lim, H. J., Moxham, L., Patterson, C., Perlman, D., Lopez, V., & Goh, Y. S. (2020). Students' mental health clinical placements, clinical confidence and stigma surrounding mental illness: A correlational study. *Nurse Education Today*, 84, 104219. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104219>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385.
- Link, B., & Hatzenbuehler, M. L. (2016). Stigma as an unrecognized determinant of population health: Research and policy implications. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 41(4), 653–673. <https://doi.org/10.1215/03616878-3620869>
- Loureiro, L. M., Jorm, A. F., Oliveira, R. A., Mendes, A. M., dos Santos, J. C., Rodrigues, M. A., & Sousa, C. S. (2015). Mental health literacy about schizophrenia: A survey of Portuguese youth. *Early Intervention in Psychiatry*, 9(3), 234–241. <https://doi.org/10.1111/eip.12123>
- Lovett, L., Tamkin, A., & Fletcher, J. (2011). Children's views on mental illness. *International Journal of Health Promotion and Education*, 49, 4–8. <https://doi.org/10.1080/14635240.2011.10708200>
- Ma, K., Anderson, J. K., & Burn, A. M. (2022). Review: School-based interventions to improve mental health literacy and reduce mental health stigma - a systematic review. *Child and Adolescent Mental Health*, 1–11. <https://doi.org/10.1111/camh.12543>
- Mason, R. J., Hart, L. M., Rossetto, A., & Jorm, A. F. (2015). Quality and predictors of adolescents' first aid intentions and actions towards a peer with a mental health

- problem. *Psychiatry Research*, 228(1), 31–38.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.03.036>
- McCarthy, J., Bruno, M., & Fernandes, T. E. (2011). Evaluating mental health literacy and adolescent depression: What do teenagers know? *Professional Counselor*, 1(2), 133–142. <https://doi.org/10.15241/jmm.1.2.133>
- Milin, R., Kutcher, S., Lewis, S. P., Walker, S., Wei, Y., Ferrill, N., & Armstrong, M. A. (2016). Impact of a mental health curriculum on knowledge and stigma among high school students: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55, 383–391. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.02.018>
- Monnapula-Mazabane, P., Babatunde, G. B., & Petersen, I. (2022). Current strategies in the reduction of stigma among caregivers of patients with mental illness: A scoping review. *South African Journal of Psychology*, 52(1), 73–86.
- Morgan, A. J., Reavley, N. J., Ross, A., Too, L. S., & Jorm, A. F. (2018). Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 103, 120–133. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.05.017>
- Mullor, D., Sayans-Jiménez, P., Cangas, A. J., & Navarro, N. (2019). Effect of a Serious Game (Stigma-Stop) on Reducing Stigma Among Psychology Students: A Controlled Study. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 22(3), 205–211. <https://doi.org/10.1089/cyber.2018.0172>
- Munawar, K., Mukhtar, F., Choudhry, F. R., & Ng, A. (2022). Mental health literacy: A systematic review of knowledge and beliefs about mental disorders in Malaysia. *Asia-Pacific Psychiatry*, 14(1), e12475. <https://doi.org/10.1111/appy.12475>
- Newcomb-Anjo, S. E. (2019). Applying what is known about adolescent development to improve school-based mental health literacy of depression interventions: Bridging research to practice. *Adolescent Research Review*, 4(3), 235–248. <https://doi.org/10.1007/s40894-018-0083-6>
- Ng, J. Y., & Jain, A. (2022). Complementary and alternative medicine mention and recommendations in guidelines for anxiety: A systematic review and quality assessment. *Psychiatry Research*, 309, 114388. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114388>
- Nor, A. S., Husna, H., Afnan, A. M, Suriani, I., & Nashriq, A. I. (2020). Sociodemographic factors of mental health literacy among housewives living in low cost apartments in Puchong, Selangor, Malaysia. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*, 16(1), 121–125.
- O’Keeffe, D., Kinsella, A., Waddington, J. L., & Clarke, M. (2022). 20-year prospective, sequential follow-up study of heterogeneity in associations of duration of untreated psychosis with symptoms, functioning, and quality of life

- following first-episode psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 179(4), 288–297. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2021.20111658>
- Oexle, N., & Corrigan, P. W. (2018). Understanding mental illness stigma toward persons with multiple stigmatized conditions: Implications of intersectionality theory. *Psychiatric Services*, 69(5), 587–589. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700312>
- Oran, N. T., & Şenuzun, F. (2008). Toplumda kırılması gereken bir zincir: HIV/AIDS stigmatı ve baş etme stratejileri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 5(1), 1–16.
- Özmen, S., & Erdem, R. (2018). Damgalamanın kavramsal çerçevesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(1), 185–208.
- Öztürk, O., & Uluşahin, M. (2020). *Ruh sağlığı ve bozuklukları* (16. baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Pantović-Stefanović, M., Dunjić-Kostić, B., Gligorić, M., Lačković, M., Damjanović, A., & Ivković, M. (2015). Empathy predicting career choice in future physicians. *Engrami*, 37(1), 37–48.
- Pattison, M. L., Wastler, H. M., Moe, A. M., Alford, A. L., & Breitborde, N. J. (2022). Perceptions of stigma and discrimination among individuals experiencing a first-episode of Psychosis. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 1–6. <https://doi.org/10.1007/s40737-021-00252-6>
- Pepa, P. A., Hsia, S. L., & Lee, K. C. (2021). Impact of a psychiatry elective on mental health stigma among pharmacy students. *Currents in Pharmacy Teaching & Learning*, 13(6), 711–716. <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2021.01.029>
- Pinto-Foltz, M. D., & Logsdon, M. C. (2009). Reducing stigma related to mental disorders: initiatives, interventions, and recommendations for nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(1), 32–40. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2008.02.010>
- Pirutinsky, S., & Rosmarin, D. H. (2022). A comparative study of mental health diagnoses, symptoms, treatment, and medication use among Orthodox Jews. *Transcultural Psychiatry*, 1–11. <https://doi.org/10.1177/13634615211068607>
- Rafal, G., Gatto, A., & DeBate, R. (2018). Mental health literacy, stigma, and help-seeking behaviors among male college students. *Journal of American College Health*, 66(4), 284–291. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1434780>
- Rahman, M. S., Rahman, M. M., & Yasmin, F. (2022). Social stigma, prejudice and discrimination: A study on the COVID–19 patients and home-quarantined people in Barisal Metropolitan City of Bangladesh. *Barishal University Journal of Social Sciences*, 2(1), 19–42.

- Ran, M. S., Peng, M. M., Yau, Y. Y., Zhang, T. M., Li, X. H., Wong, I., Ng, S., Thornicroft, G., Chan, C. L., & Lu, L. (2022). Knowledge, contact and stigma of mental illness: Comparing three stakeholder groups in Hong Kong. *The International Journal of Social Psychiatry*, 68(2), 365–375. <https://doi.org/10.1177/0020764021997479>
- Rayan, A., & Jaradat, A. (2016). Stigma of mental illness and attitudes toward psychological help-seeking in Jordanian university students. *Research in Psychology and Behavioral Sciences*, 4(1), 7–14. <https://doi.org/10.12691/rpbs-4-1-2>
- Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2011). Young people’s stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: Findings from an Australian national survey. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(12), 1033–1039.
- Rimal, R., Lin, J., Yan Chan, A. H., Chen, T. F., Sheridan, J., & Sundram, F. (2022). A national study of the mental health literacy of community pharmacists. *Research in Social & Administrative Pharmacy*, 18(8), 3303–3311. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2022.01.002>
- Robinson, T., Ali, M. U., Easterbrook, B., Hall, W., Jutras-Aswad, D., & Fischer, B. (2022). Risk-thresholds for the association between frequency of cannabis use and the development of psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 1–11. <https://doi.org/10.1017/S0033291722000502>
- Rosenberg, L. (2011). Mental health first aid: A “radical efficiency” in health promotion. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 38, 143–145. <https://doi.org/10.1007/s11414-011-9236-0>
- Rovira-García, A., & Da Cuña-Carrera, I. (2022). Effects of physical therapy by means of exercise therapy on schizophrenia patients. A systematic review. *Revista Espanola De Salud Publica*, 96, e202201002.
- Rüsch, N., Müller, M., Ajdacic-Gross, V., Rodgers, S., Corrigan, P. W., & Rössler, W. (2014). Shame, perceived knowledge and satisfaction associated with mental health as predictors of attitude patterns towards help-seeking. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 23, 177–187. <https://doi.org/10.1017/S204579601300036X>
- Sağlık Bakanlığı. (2011). Resmi Gazete, 19.04.2011: 27910 sayılı “Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik”. s.14.
- Sakallıoğlu Uğurlu, N. (2017). *Sosyal psikolojide tutumlar ve tutum değişimi*. Ankara: İmge Kitabevi.
- Schomerus, G., Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Riedel-Heller, S. G. (2008). Public attitudes towards prevention of depression. *Journal of Affective Disorders*, 106, 257–263. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.06.013>

- Seki Öz, H. (2021). Bir il merkezinde yaşayan bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığının incelenmesi. *Humanistic Perspective*, 3(3), 660–675. <https://doi.org/10.47793/hp.993929>
- Shah, B. B., Nieweglowski, K., & Corrigan, P. W. (2022). Perceptions of difference and disdain on the self-stigma of mental illness. *Journal of Mental Health*, 31(1), 22–28. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1803231>
- Shehata, W. M., & Abdeldaim, D. E. (2020). Stigma towards mental illness among Tanta University Students, Egypt. *Community Mental Health Journal*, 56(3), 464–470. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00502-9>
- Silván-Ferrero, P., Holgado, P. F., Jiménez, J., & Pérez-Garín, D. (2022). Benefits of employment in people with mental illness: Differential mediating effects of internalized stigma on self-esteem. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 32(1), 119–134. <https://doi.org/10.1002/casp.2552>
- Singh, S., Zaki, R. A., Farid, N., & Kaur, K. (2022). The determinants of mental health literacy among young adolescents in Malaysia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3242. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063242>
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U., & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27(1), 281–295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
- Stackpool-Moore, L., Nkosi, S., Kasune Zulu, P., Presley, J., & Ferguson, L. (2022). Addressing stigma and discrimination at scale: uniting for a common vision while acknowledging local realities. *Journal of the International AIDS Society*, 25(3), e25893. <https://doi.org/10.1002/jia2.25893>
- Stolzenburg, S., Freitag, S., Evans-Lacko, S., Speerforck, S., Schmidt, S., & Schomerus, G. (2019). Individuals with currently untreated mental illness: Causal beliefs and readiness to seek help. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(4), 446–457. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000828>
- Stuber, J. P., Rocha, A., Christian, A., & Link, B. G. (2014). Conceptions of mental illness: attitudes of mental health professionals and the general public. *Psychiatric Services*, 65(4), 490–497. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300136>
- Stuhlmiller, C., & Tolchard, B. (2019). Understanding the impact of mental health placements on student nurses' attitudes towards mental illness. *Nurse Education in Practice*, 34, 25–30. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.06.004>
- Šumskienė, E., & Nemanyte, M. (2020). Discursive exploitation or actual impact: Mental health anti-stigma campaigns in the post-communist area. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1, 22–33. <https://doi.org/10.12740/APP/116654>

- Tay, J. L., Chan, C., Ho, Z. C., & Lal, M. (2017). The ties that bind - A case report about restraining a mentally unwell family member at home for over a decade. *Asian Journal of Psychiatry*, 26, 146–148. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.02.004>
- Tay, J. L., Tay, Y. F., & Klainin-Yobas, P. (2018). Mental health literacy levels. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(5), 757–763. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.04.007>
- Thoits, P. A., & Link, B. G. (2016). Stigma resistance and well-being among people in treatment for psychosis. *Society and Mental Health*, 6(1), 1–20. <https://doi.org/10.1177/2156869315591367>
- To, Q. G., Vandelanotte, C., Cope, K., Khalesi, S., Williams, S. L., Alley, S. J., Thwaite, T. L., Fenning, A. S., & Stanton, R. (2022). The association of resilience with depression, anxiety, stress and physical activity during the COVID–19 pandemic. *BMC Public Health*, 22(1), 491. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12911-9>
- Tokur Kesgin, M., Pehlivan, Ş., & Uymaz, P. (2020). Ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeğinin Türkçe uyarlaması: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21(Ek sayı.2), 5–13. <https://doi.org/10.5455/apd.102104>
- Tonsing, K. N. (2018). A review of mental health literacy in Singapore. *Social work in health care*, 57(1), 27–47. <https://doi.org/10.1080/00981389.2017.1383335>
- Tsai, I., Kao, Y. C., & Lien, Y. J. (2022). Serial indirect effects of psychosocial causal beliefs and stigma on help-seeking preferences for depression. *Current Psychology*, 1–11. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02683-7>
- Tyerman, J., Patovirta, A., & Celestini, A. (2021). How stigma and discrimination influences nursing care of persons diagnosed with mental illness: A systematic review. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(2), 153–163. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1789788>
- Velligan, D. I., Sajatovic, M., Hatch, A., Kramata, P., & Docherty, J. P. (2017). Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness. *Patient Preference and Adherence*, 11, 449–468. <https://doi.org/10.2147/PPA.S124658>
- Wang, J., & Lai, D. (2008). The relationship between mental health literacy, personal contacts and personal stigma against depression. *Journal of Affective Disorders*, 110(1–2), 191–196. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.01.005>
- Wang, P. S., Angermeyer, M., Borges, G., Bruffaerts, R., Tat Chiu, W., DE Girolamo, G., Fayyad, J., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Kessler, R. C., Kovess, V., Levinson, D., Nakane, Y., Oakley Brown, M. A., Ormel, J. H., Posada-Villa, J., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., ... Ustün, T. B. (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the

- World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6(3), 177–185.
- Watson, A. C., Fulambarker, A., Kondrat, D. C., Holley, L. C., Kranke, D., Wilkins, B. T., Layne, K., & Eack, S. M. (2017). Social work faculty and mental illness stigma. *Journal of Social Work Education*, 53(2), 174–186. <https://doi.org/10.1080/10437797.2016.1260506>
- Wei, Y., Hayden, J. A., Kutcher, S., Zygmunt, A., & McGrath, P. (2013). The effectiveness of school mental health literacy programs to address knowledge, attitudes and help seeking among youth. *Early Life in Psychiatry*, 7(2), 109–121. <https://doi.org/10.1111/eip.12010>
- Wilson, S., & Rhee, S. H. (2022). Causal effects of cannabis legalization on parents, parenting, and children: A systematic review. *Preventive Medicine*, 156, 106956. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2022.106956>
- World Health Organization. (2018). *Mental health atlas 2017*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Wu, C., Liu, S., Chang, S., & Sun, F. (2014). Surveys of medical seeking preference, mental health literacy, and attitudes toward mental illness in Taiwan, 1990–2000. *Journal of the Formosan Medical Association*, 113, 33–41. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2013.03.004>
- Wynaden, D., McAllister, M., Tohotoa, J., Al Omari, O., Heslop, K., Duggan, R., Murray, S., Happell, B., & Byrne, L. (2014). The silence of mental health issues within university environments: A quantitative study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(5), 339–344. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2014.08.003>
- Yan, C., Liao, H., Ma, Y., & Wang, J. (2022). Association amongst social support inside or outside the family and depression symptoms: Longitudinal study of urban-rural differences in China. *Quality of Life Research*, <https://doi.org/10.1007/s11136-022-03086-2>
- Yang, G., & D'Arcy, C. (2022). Physical activity and social support mediate the relationship between chronic diseases and positive mental health in a national sample of community-dwelling Canadians 65+: A structural equation analysis. *Journal of Affective Disorders*, 298, 142–150. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.055>
- Yap, M. B. H., Wright, A., & Jorm, A. F. (2011). First aid actions taken by young people for mental disorders in a close friend or family member: Findings from a national survey of Australian youth. *Psychiatry Research*, 188, 123–128. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.01.014>
- Yıldırım, A., Buzlu, S., Aşlar, R. H., Camcıoğlu, T. H., Erdiman, S., & Ekinci, M. (2013). Şizofreni hastalarının ailelerine uygulanan aileden aileye destek programının hastalık hakkında bilgi, aile yükü ve öz yeterlilik üzerine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25(1), 31–37. <https://doi.org/10.5080/u7194>

- Yılmaz, M., & Özcan, A. (2016). Psikiyatri hemşireliğinin geleceği. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(1), 53–59.
- Yu, M., Cheng, S., Fung, K. P., Wong, J. P., & Jia, C. (2022). More than mental illness: Experiences of associating with stigma of mental illness for Chinese college students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(2), 864–876. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020864>
- Yuan, Q., Abidin, E., Picco, L., Vaingankar, J. A., Shahwan, S., Jeyagurunathan, A., Sagayadevan, V., Shafie, S., Tay, J., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2016). Attitudes to mental illness and its demographic correlates among general population in Singapore. *PloS one*, 11(11), e0167297. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167297>
- Yüksel, N., Yılmaz, M., & Temel, G. Ö. (2015). Öğretim elemanlarının ruhsal hastalıklara ve hastalara ilişkin görüşleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(1), 26–32. <https://doi.org/10.5505/phd.2015.47955>.
- Zhang, W., Henderson, C., Magnusdottir, E., Chen, W., Ma, N., Ma, H., & Thornicroft, G. (2022). Effect of a contact-based education intervention on reducing stigma among community health and care staff in Beijing, China: Pilot randomized controlled study. *Asian Journal of Psychiatry*, 73, 103096. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103096>

8. EKLER

EK-1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: ☐ Kadın ☐ Erkek
3. Medeni durumunuz: ☐ Bekâr ☐ Evli
4. Eğitim düzeyiniz: ☐ Lisans ☐ Yüksek Lisans ☐ Doktora
5. Gelir durumunuz: ☐ Gelir giderden az ☐ Gelir gidere eşit ☐ Gelir giderden fazla
6. Çalıştığınız birim: ☐ Fen Bilimleri ☐ Sosyal Bilimler ☐ Sağlık Bilimleri
7. Çalıştığınız kurumdaki unvanınız:
☐ Araştırma Görevlisi ☐ Öğretim Görevlisi ☐ Dr. Öğretim Üyesi ☐ Doçent ☐ Profesör
8. Meslekte çalışma süreniz: yıl
9. Daha önce ruh sağlığı okuryazarlığına yönelik herhangi bir eğitim aldınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır
10. Ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı ne hissedersiniz? (birden fazla şık işaretlenebilir)
☐ Acıma ☐ Tedirginlik ☐ Korku ☐ Utanma ☐ Şefkat
☐ Merak ☐ Üzüntü ☐ Öfke ☐ Diğer
11. Size göre ruhsal bozuklukların nedenleri ne olabilir?
☐ Genetik yatkınlık
☐ Fiziksel hastalıklar
☐ Doğum öncesinde veya doğum sırasında yaşanan olumsuzluklar
☐ Çocukluk çağı ruhsal travmaları
☐ Erişkin dönem travmatik yaşam olayları
☐ Büyü gibi doğaüstü güçler
☐ Madde kullanımı
☐ Kişilik özellikleri
☐ Diğer (belirtiniz)
12. Daha önce psikiyatrik yardım aldınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır
13. Ruhsal bir sorun yaşama durumunda psikiyatrik yardım almayı düşünür müsünüz? ☐ Evet ☐ Hayır
14. Ailenizde ruhsal bozukluğu olan herhangi bir birey var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
15. Çevrenizde ruhsal bozukluğu olan herhangi bir birey var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
16. Ruhsal bozukluğu olan biriyle aynı işyerinde çalışmak ister misiniz? ☐ Evet ☐ Hayır
17. Mesleki yaşamınızda ruhsal bozukluğu olan bir öğrenciniz oldu mu? ☐ Evet ☐ Hayır
18. Sizce ruhsal bozukluğu olan bir öğrenci eğitim yaşamına devam etmeli midir? ☐ Evet ☐ Hayır

EK-2: RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ

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

EK-3: RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıdaki ifadeler sizin ruhsal hastalığa yönelik inançlarınızı ölçmek için geliştirilmiştir. Bu ifadeleri dikkatlice inceleyerek en doğru şekilde yanıtlamanız oldukça önemlidir.	Tamamen katılmıyorum	Çoğunlukla katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Çoğunlukla Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
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, arkadaşlarımla 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 bireyin yaptığı işe güvenemem.						

EK-4: RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

 Gmail Cemre Sinem Gümüş <cmrsnmgms@gmail.com>

Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği kullanım izni HK.

ileti 31 Mart 2021 20:3

Cemre Sinem Gümüş <cmrsnmgms@gmail.com>
Alıcı: doktorsaniye@gmail.com

Hocam Merhaba,
Ben Bandırma Önyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı Ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı tez dönem öğrenci Cemre Sinem GÜMÜŞ. Doç. Dr. Dilek AVCI' nın danışmanlığında "Akademisyenlerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Düzeyi İle Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları Arasındaki İlişki" konulu tez çalışmam için; geçerlilik güvenilirliğini çalıştığınız, Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeğini referans göstererek kullanmak istiyorum.İzniniz olursa çok memnun olurum. İlginiz için çok teşekkürler. Saygılarımla.. İyi çalışmalar dilerim.

1 Nisan 2021 18:

saniye göktaş <[REDACTED]>
Alıcı: Cemre Sinem Gümüş <cmrsnmgms@gmail.com>

Merhabalar Cemre hanım,

Ölçeğimizi araştırmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyarım. Ölçekle ilgili bilgiler ektedir. Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

Saygılarımla.

Saniye,

Cemre Sinem Gümüş <cmrsnmgms@gmail.com>, 31 Mar 2021 Çar, 19:37 tarihinde şunu yazdı:
[Alıntılanan metin gizlendi]

 **RSOY Ölçeği tanıtım.docx**
16K

4 Nisan 2021

Cemre Sinem Gümüş <cmrsnmgms@gmail.com>
Alıcı: saniye göktaş <[REDACTED]>

Hocam ilginiz ve izniniz için teşekkür ederim. İyi çalışmalar. Saygılarımla...

saniye göktaş <doktorsaniye@gmail.com>, 1 Nis 2021 Per, 18:38 tarihinde şunu yazdı:
[Alıntılanan metin gizlendi]

**EK-5: RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ
KULLANIM İZNİ**



ölçek kullanım izni hk.

Ayşegül DÖNMEZ <[REDACTED]>
Alıcı: Cemre Sinem Gümüş <cmrsnmgms@gmail.com>

Sevgili Cemre,

Tez çalışmada RHIÖ'yü kullanabilirsiniz.

Başarılar

Prof.Dr.Ayşegül DÖNMEZ
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanı
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
35040 Bornova/İZMİR
Tel: 0232 3115500

Ayşegül DÖNMEZ, Prof. Dr.
Dean of the Faculty of Nursing at the Ege University
Department of Mental Health and Psychiatric Nursing
35040 Bornova/İZMİR
Work Tel: 0090232 3115500

EK-6: ETİK KURUL ONAYI



T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU SONUÇ RAPORU

Tarih : 25.04.2021

Sayı : 2021 - 22

Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur (X)

Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur ()

Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir ()

Karar: Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 25.04.2021 tarihinde yapılan toplantısında, Dilek AVCI danışmanlığında Cemre Sinem GÜMÜŞ tarafından yürütülen “Akademisyenlerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Düzeyi ile Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları Arasındaki İlişki” konulu çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.

EK-7: KURUM İZNİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 06.07.2021-16452

 T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Genel Sekreterlik

Sayı : E-71646715-302.08.01-16452
Konu : Bilimsel Araştırma İzin Talebi

06.07.2021

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 17.06.2021 tarihli ve E-79323455-302.08.01-14760 sayılı yazınız.

Enstitünüz Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği tezli yüksek lisans programı öğrencisi Cemre Sinem GÜMÜŞ'ün, Doç. Dr. Dilek AVCI danışmanlığında yürütmekte olduğu "Akademisyenlerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Düzeyi İle Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları Arasındaki İlişki" başlıklı tezinin bilimsel araştırmasını üniversitemizde yürütebilmesi Rektörlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerini ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Alpaslan SEREL
Rektör Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: BS4362YCK2 Pın Kodu: 88152

Belge Takip Adresi:
<https://tck.ise.gov.tr/ebd?ek=5658&eD=BS4362YCK2&eS=16452>

Adres: Yeni Mh. Şehit Annemay Marmara Sınır Varlık Cd. No:77 Bandırma/BALIKESİR
Telefon: 0266 717 01 17 Faks: 0266 717 00 30
e-Posta: genelsekretelik@bandirma.edu.tr
Ekip Adresi: bandirmaonyedieylul@tut01.kap.tr

Belge için Benel İNAN
Unvan: Bilgiyayın İşlemcisi
Tel No: 1036

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. Evrak sorgulaması (VA1 URL) adresinden yapılabilir.

EK-8: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

... / ... /

Değerli Katılımcı,

Bandırma Onyedİ Eylöl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Faköltesi öğretim üyesi Doç. Dr. Dilek AVCI'nın danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Cemre Sinem GÜMÜŞ tarafından yürütölün “Akademisyenlerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Düzeyi ile Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları Arasındaki İlişki” başlıklı yüksek lisans tez çalışmasına katılımınız rica olunmaktadır. Bu araştırmaya tamamen kendi iradenizle, herhangi bir zorlama veya mecburiyet olmadan gönüllöl katılmanız esastır. Lütfen aşğıdaki bilgileri okuyunuz ve katılmaya karar vermeden önce anlamadığınız herhangi bir husus varsa çekinmeden sorunuz.

ÇALIŞMANIN AMACI

Akademisyenlerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi ile ruhsal bozukluklara yönelik inançları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

PROSEDÜRLER

Bu çalışmaya gönüllöl olarak katılmak istemeniz halinde yürütöllecek işlemler şöyledir:

Çalışma için 18 sorudan oluşın “Kişisel Bilgi Formu”, 22 sorudan oluşın “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeğı” ve 21 sorudan oluşın “ Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeğı “ formunu doldurmanız beklenmektedir ve bu işlem yaklaşık 20-30 dakika sürmektedir.

GİZLİLİK

Bu araştırmayla bağlantılı olarak elde edilen ve sizinle özdeşleşmiş her bilgi gizli kalacak, 3. şahıslarla paylaşılmayacaktır. Veri toplama aracında sizi kişisel olarak tanımaya olanak sağlayacak (kimliğinizi ortaya çıkaracak) herhangi bir soru yoktur. Yanıtlarınız kurumunuz da dâhil olmak üzere, diğör kurum ve kuruluşlarla paylaşılmayacak, sadece tüm örneklemden elde edilen sonuçlar bir bütün olarak şahıs bilgisi verilmeden bilimsel amaçlarla yüksek lisans tezi kapsamında yayımlanacaktır.

KATILIM VE AYRILMA

Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllölölük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmama veya katıldıktan sonra istediğiniz zaman herhangi bir yaptırıma maruz kalmadan çalışmadan çıkma hakkında sahipsınız. Bu araştırma kapsamında yapılacak her türlü işlem için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir ve size ücret ödemesi yapılmayacaktır.

İLETİŞİM KURULACAK KİŞİLER

Bu tez çalışması ile ilgili herhangi bir sorunuz veya endişeniz varsa 05309415188 numaralı telefondan veya cmrsnmgs@gmail.com adresinden Cemre Sinem GÜMÜŞ'e başvurabilirsiniz.

Yukarıda gönüllölölüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Araştırma hakkında yazılı ve sözlöl açıklama aşğıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Bu koşullarda söz konusu çalışmaya dilediğim zaman ayrılma hakkım saklı kalmak koşulu ile kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllölölünün Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no):

Açıklamaları yapan araştırmacının

Adı- Soyadı:

İmzası:

9. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Cemre Sinem GÜMÜŞ
Medeni hali	: Bekar
Uyruğu	: Türkiye Cumhuriyeti
EĞİTİM	
Lise	: Çarşamba Anadolu Lisesi
Lisans	: Balıkesir Üniversitesi, Hemşirelik Sağlık Yüksekokulu
Yüksek lisans	: Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı (Devam ediyor)
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: Orta düzeyde
MESLEKİ DENEYİM	
Kalp ve Damar Cerrahisi Servis Hemşireliği - Samsun Medikalpark Hastanesi 2014–2016 Ameliyathane Hemşireliği - Hakkâri Yüksekova Devlet Hastanesi 2016–2018 3. Basamak Genel Yoğun Bakım Hemşireliği Bandırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2019-2021 Poliklinik Sorumlu Hemşireliği-Bandırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2021-2022 Ameliyathane Hemşireliği-Bandırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2022- (Devam ediyor)	
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
YAYINLARI	
WORLD CHILDREN CONFERENCE-III- ÇOCUĞUN RUHUNDA SAVAŞIN İZLERİ VE PSİKİYATRİ HEMŞİRESİNİN SAVAŞA TANIK OLAN ÇOCUĞUN RUHSAL TEDAVİ VE REHABİTASYONUNA KATKISI (2022) 13. ULUSAL HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİ KONGRESİ (2014) – HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNDE ALEKSİTİMİ BOYUTLARININ PSİKOLOJİK BELİRTİLER İLE İLİŞKİSİ	