

T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI



YETİŞKİNLERDE PSİKOLOJİK SIKINTI VE RUH SAĞLIĞI
OKURYAZARLIĞI DURUMLARININ BELİRLENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ESRA ÖZKAN

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. MAKBULE TOKUR KESGİN

İKİNCİ DANIŞMANI
DOÇ. DR. ŞENAY AKGÜN

BOLU, HAZİRAN - 2022

KABUL VE ONAY SAYFASI

Esra ÖZKAN tarafından hazırlanan “Yetişkinlerde Psikolojik Sıkıntı ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Durumlarının Belirlenmesi” adlı tez çalışması jürimiz tarafından Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir. 9/05/2022

Jüri Üyeleri

İmza

Jüri Başkanı

Doç. Dr. Gülbahar KORKMAZ ASLAN
Pamukkale Üniversitesi

.....

Danışman

Doç. Dr. Makbule TOKUR KESGİN
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

.....

İkinci Danışman

Doç. Dr. Şenay AKGÜN
Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi

.....

Üye

Dr. Öğretim Üyesi Simge COŞKUN PALAZ
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

.....

Üye

Dr. Öğretim Üyesi Songül ÇAĞLAR
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir,

aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Teze ilişkin 27/06/2022 tarihinde Turnitin adlı intihal tespit programından enstitü müdürlüğünce belirlenen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan benzerlik raporuna göre, tezin benzerlik oranı % 21 olarak tespit edilmiştir.

Bu çalışma için Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 07/12/2020 tarih ve 493 sayısı ile etik izin alınmıştır.

ESRA ÖZKAN

ÖZET

YETİŞKİNLERDE PSİKOLOJİK SIKINTI VE RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI DURUMLARININ BELİRLENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ESRA ÖZKAN

BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

(TEZ DANIŞMANI: DOÇ. DR. MAKBULE TOKUR KESGİN)

(İKİNCİ DANIŞMAN: DOÇ. DR. ŞENAY AKGÜN)

BOLU, HAZİRAN - 2022

XII + 67

AMAC: Bu araştırmanın amacı yetişkinlerde psikolojik sıkıntı ve ruh sağlığı okuryazarlığı durumlarını belirlemektir.

YÖNTEM: Kesitsel tipte olan araştırma 27.11.2020-30.12.2020 tarihleri arasında çevrimiçi olarak uygulanmıştır. Araştırmanın örneklemini kartopu örnekleme yöntemi ile ulaşılan 531 birey oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında kişisel bilgi formu, Kessler Psikolojik Sıkıntı Ölçeği ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca değerleri kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde Mann Whitney U, Kruskal Wallis, t testi, tek yönlü varyans analizi, spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

BULGULAR: Katılımcıların %75,7'si kadın, yaş ortalaması $33,71 \pm 13,63$, %58,0'ı lise ve altı eğitim düzeyine sahiptir. Bireylerin %16,8'i kronik hastalığa sahip iken, 10,4'ü ruh sağlığı ile ilgili bir hastalık geçirmiştir. Araştırma sonucunda bireylerin % 65,2'sinin ruh sağlığı ile ilgili tanılanabilir bir hastalığa işaret edecek puan aralığında (30-50) ve ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puanların ortalamalarının $107,50 \pm 13,13$ olduğu saptanmıştır. Katılımcılardan erkek olanların, daha büyük yaş grubunda olanların, çalışanların, eğitim düzeyi ön lisans ve üstünde olanların, kronik hastalığı olanların, ruhsal hastalığı olmayanların, alkol ve sigara kullanmayanların, uykuya ilişkin problemi olmayanların ve son altı ayda evdeki iş yükünde farklılık olmayanların psikolojik sıkıntı puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

SONUÇ: Araştırma sonucunda yaklaşık olarak her beş kişiden üçünün tanılanabilir bir psikolojik sıkıntı puanına sahip olduğu ve ruh sağlığı okuryazarlık puanlarının düşük olduğu saptanmıştır. Araştırma sonucunda toplumda psikolojik sıkıntı düzeyinin planlanacak daha geniş örnekleme sahip araştırmalar ile belirlenmesi ve ruh sağlığı okuryazarlığının geliştirilmesi için müdahale programlarının oluşturulması önerilmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Yetişkinler, Psikolojik Sıkıntı, Toplum Ruh Sağlığı, Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Toplum Sağlığı Hemşireliği

ABSTRACT

DETERMINATION OF PSYCHOLOGICAL DISTRESS AND MENTAL HEALTH LITERACY LEVELS IN ADULTS

MASTER THESIS

ESRA ÖZKAN

GRADUATE SCHOOL OF BOLU ABANT İZZET BAYSAL UNIVERSITY
PUBLIC HEALTH DEPARTMENT

(SUPERVISOR: DOÇ. DR. MAKBULE TOKUR KESGİN)

(CO-SUPERVISOR: DOÇ. DR. ŞENAY AKGÜN)

BOLU, JUNE 2022

XII + 67

OBJECTIVE: The aim of this research is to determine the conditions of psychological distress and mental health literacy in adults.

METHODS: The cross-sectional type of research was conducted online between 27.11.2020 and 30.12.2020. The sample of study consists of 531 individuals who were reached online, using the snowball method. In addition to personal information form, Kessler Psychological Distress and Mental Health Literacy Scale were used for data collection. Number and percentage of data, mean, standard deviation and median values were used in the statistical evaluation. Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, t test, One-Way Analysis of Variance (ANOVA), Spearman Correlation Analysis were used for the statistical analysis.

RESULTS: 75.7% of the participants were female, the mean age was 33.71 ± 13.63 and 58.0% had a high school or lower level of education. While 16.8% of the individuals had a chronic disease, 10.4% of them had a mental health-related illness. As a result of the research, it was determined that 65.2% of the individuals were in the score range of (30-50) which would indicate a diagnosable illness related to mental health. The average score of the mental health literacy scale was 107.50 ± 13.13 . The psychological distress scores of the participants who were male, were in older age groups and were employed were with higher scores. Similarly, participants with an associate degree or higher education level, with a chronic disease, with no mental illness also received higher scores. People with no alcohol use, non-smokers, people with no sleeping disorders and who had no difference in their workload at home during the last six months received high scores from the psychological distress survey.

CONCLUSION: As a result of the research, it was determined that approximately three out of every five participant had an identifiable psychological distress and their mental health literacy was weak. Further research with larger samples and in-depth analyses is recommended to determine causes of the of psychological distress in the society. In order to improve the mental health literacy certain intervention programs, education and training programs can be planned.

KEYWORDS: Adults, Psychological Distress, Community Mental Health, Mental Health Literacy, Community Health Nursing

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
ETİK BEYAN.....	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLO LİSTESİ	ix
GRAFİKLER LİSTESİ.....	x
KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ	xi
TEŞEKKÜR.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 Psikolojik Sıkıntı, Ruh Sağlığı ve Toplum Ruh Sağlığı	3
2.1.1 Psikolojik Sıkıntı	3
2.1.2 Ruh Sağlığı	3
2.1.3 Ruh Sağlığı Problemleri.....	8
2.1.4 Ruh Sağlığının Geleceği	9
2.2 Toplum Ruh Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesi	11
2.3 Ruh Sağlığı Okuryazarlığı	13
2.4 Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Halk Sağlığı Hemşiresinin Roller ve Sorumlulukları	15
2.4.1 Toplumun Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Yükseltilmesi ve Sağlık Eğitimleri	17
2.4.2 Toplumda Ruhsal Belirtilerin Taranması	17
2.4.3 Ruh Sağlığı İlk Yardımı	19
2.4.4 Ruh Sağlığı Hastalığı Olanların Tanı ve Tedavisi.....	20
2.4.5 Ruh Sağlığı Hastalığı Olanların Rehabilitasyonu.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
3.1 Araştırmanın Şekli	22
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	22
3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi	22
3.4 Araştırmanın Sınırlılıkları	22
3.5 Veri Toplama Araçları	22
3.5.1 Kişisel Bilgi Formu	23
3.5.2 Kessler Psikolojik Sıkıntı Ölçeği (K10)	23
3.5.3 Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOÖ)	24
3.6 Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	25
3.6.1 Araştırmanın Ön Uygulanması.....	25
3.6.2 Araştırmanın Uygulanması.....	25

3.7 Verilerin Değerlendirilmesi	26
3.8 Araştırmanın Etik Yönü	26
4. BULGULAR	27
4.1 Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	28
4.2 Katılımcıların Psikolojik Sıkıntı ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Durumlarının Dağılımları	31
4.3 Kessler Psikolojik Sıkıntı Ölçeği Sonuçları ile Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Sonuçları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	39
5. TARTIŞMA	40
5.1 Psikolojik Sıkıntı ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı.....	40
5.2 Psikolojik Sıkıntı ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçekleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular.....	46
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	49
7. KAYNAKLAR.....	50
8. EKLER	59
EK 1 Katılımcıların Gönüllü Katılım Beyanı	59
EK 2 Kişisel Bilgi Formu	59
EK 3 Kessler Psikolojik Sıkıntı Ölçeği Soruları	61
EK 4 Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği-RSOÖ	64
EK 5 Kessler Psikolojik Sıkıntı Ölçeği Kullanım İzni	65
EK 6 Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Kullanım İzni	67

TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 4.1.1 Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri (n=531).....	28
Tablo 4.2.1 Katılımcıların Psikolojik Sıkıntı ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Puanlarının Dağılımları (n= 531).....	31
Tablo 4.2.2 Katılımcıların Bazı Özellikleri ile Psikolojik Sıkıntı ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Puanlarının Karşılaştırılması (n=531)	34
Tablo 4.3.1 Psikolojik Sıkıntı ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Puanları Arasındaki Korelasyon Tablosu.....	43

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 2.1. Ruhsağılığı ve Madde Kullanımı Bozukluklarının Dünyadaki Yaygınlıkları Karşılaştırması	7
---	---



KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ

Ark.	: Arkadaşları
COVID-19	: Koronavirus Hastalığı 2019
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GBD	: Global Burden of Disease Study
K10	: Kessler Psikolojik Sıkıntı Ölçeği
RSO	: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı
RSOÖ	: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım saygıdeğer tez danışmanlarım Doç. Dr. Makbule TOKUR KESGİN ve Doç. Dr. Şenay AKGÜN'e ve tez sürecinde değerli desteklerini esirgemeyen aileme, arkadaşlarıma ve meslektaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Esra ÖZKAN



1. GİRİŞ

İnsanların toplumsal varlıklar olduğu Aristo'dan beri kabul edilmektedir (1). Bununla birlikte, toplum halinde yaşamak bazı zorlukları da beraberinde getirmektedir. Bireyin ilgili topluma adaptasyon, kültür çatışması gibi bazı konulardan kaynaklanabilen sorunlar ortaya çıkarken, bazen de kişisel faktörlerden kaynaklanabilen sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Bireyin ve sosyal grupların davranışlarını anlamayı amaçlayan psikolojinin (2, 3) sınırlarına giren bu sorunlar ruh sağlığı kavramı altında incelenmektedir. Psikoloji literatürünün bir parçası olan 'Ruh sağlığı' yerinde olmayan insanların iç yaşamı, duyguları, düşünceleri, algıları, gözlemlerindeki rahatsızlıklar, toplumdaki fonksiyonlarını yerine getirmelerine engel olabilmektedir (4). Toplumun birey olarak kendilerinden beklediği fonksiyonları yerine getirmekte 'sıkıntı' yaşayan insanların sayısı arttıkça, bu sorun toplumsal bir sorun halini alırken, 'toplum ruh sağlığı' kavramını da doğurmaktadır (5).

Günümüz insanı oldukça stresli bir yaşam sürmektedir insanlığın üretkenliğin etkilendiği yükselen grafikler ve küresel epideminin de etkisiyle gelecek kaygıları artmaktadır. "Türkiye'de yaklaşık her beş kişiden biri yaşamı boyunca ruh sağlığı ile ilgili bozukluklardan en az birini" yaşamaktadır (6). Günümüzdeki toplum ruh sağlığı problemleri, insanlığın sağlıklı yaşamını tehdit edecek boyutlara ulaşmıştır. Dünyada her yıl 700.000'den fazla insan intihar etmektedir (7). Madde bağımlılığı, alkol kullanım oranları tehlikeli seviyelere ulaşmıştır, her yıl üç milyondan fazla kimse alkol kullanımından dolayı hayatını kaybetmektedir (8).

Ülkelerin kalkınmasının sağlıklı bireylerin toplumdaki fonksiyonlarını etkin bir şekilde yerine getirmesine bağlı olduğu düşünüldüğünde (9) bu sorunların ülkeleri etkilediği gibi kötü ekonomik koşulların da bireyleri ruh sağlığı açısından olumsuz olarak etkilemektedir (10, 11). Politik, ekonomik, sosyal sorunlar, doğal afetler ve salgın hastalıklarda bireyler üzerinde strese neden olmaktadır. Böyle bir dönemden geçen dünyada ruh sağlığı ile ilgili hastalıklarla mücadele hakkında bilinçli olmak ve gerektiğinde hem kendi hem de başkaları için yardımın nereden ve nasıl arayacağını bilmeyi kapsayan 'ruh sağlığı okuryazarlığı' kavramı öne çıkmaktadır. Ruh sağlığı okuryazarlığı, psikolojik sıkıntıyla başa çıkma yeteneği ve bireyin psikolojik uyumu ve refahı, ruhsal iyilik hali (ruh sağlığı) hali için hayati

önem taşımaktadır (12). Ruh sağlığı ile ilgili hastalıklardaki en önemli aşama bireylerin ruhsal bozukluklarının “belirti ve bulgularını tanıyarak yardım arama davranışı göstermelerini sağlamak olduğu” belirtilmektedir (13, 14).

Ruh sağlığı günümüzde toplumda öncelikli bir müdahale alanı olarak belirlenmiştir. Bu nedenle toplumun ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi önem taşımaktadır. Türkiye’de toplum ruh sağlığı üzerinde yapılan araştırmaların birçoğu öğrenci gruplarına odaklanmaktadır çünkü ruhsal bozuklukların prevalansı, yaşamın diğer herhangi bir evresine göre özellikle 16-24 yaşlarındaki genç insanlar arasında en yüksektir (15). Özel ve ark. da toplumda sadece öğrenci gruplarının değil, tümünün psikolojik sıkıntı durumlarının değerlendirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır (16). Aynı zamanda Türkiye’de ruh sağlığı okuryazarlığı (RSO) toplumsal düzeyde çok fazla çalışılmamıştır. Bu nedenle bu araştırma toplumdaki bireylerin psikolojik sıkıntı düzeylerinin ve ruh sağlığı okuryazarlığı durumlarının belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Bu tür araştırmalar halk sağlığı hemşireleri tarafından yapılması ise, bireylerin etkin bir ruh sağlığı hizmetine sahip olabilmeleri açısından önem arz etmektedir.

Araştırma kapsamında aşağıda verilen araştırma sorularına cevap aranması hedeflenmiştir.

1. Yetişkinlerin psikolojik sıkıntı durumları nasıldır?
2. Yetişkinlerin ruh sağlığı okuryazarlığı ne durumdadır?
3. Yetişkinlerin psikolojik sıkıntı durumları ve ruh sağlığı okuryazarlığı durumları arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde psikolojik sıkıntı, toplum ruh sağlığı ve ruh sağlığı okuryazarlığı ile ilgili konularda genel bilgiler verilecektir.

2.1 Psikolojik Sıkıntı, Ruh Sağlığı ve Toplum Ruh Sağlığı

2.1.1 Psikolojik Sıkıntı

Günümüzde ruhsal rahatsızlıklar için ‘sıkıntı’ kavramı da kullanılmaktadır. ‘Sıkıntı’ terimi stresli uyaranlarla karşılaşıldığında kötü psikolojik işlev ve yaşam kalitesiyle ilişkili olan genel bir zihinsel performans yetersizliği olarak tanımlanmaktadır (17). Sıkıntı: bireye zararlı olan biyolojik veya duygusal tepki olarak ikiye ayrılmaktadır. Biyolojik sıkıntı: Bir stres faktörüne tepki olarak insan vücudunda meydana gelen potansiyel olarak zararlı fizyolojik değişikliklerdir.

Psikolojik sıkıntı ise; kişinin geçici veya kalıcı olarak zarar görmesiyle sonuçlanan belirli bir strese yanıt olarak bir bireyin yaşadığı benzersiz rahatsızlık ve duygusal durumla yüksek psikiyatrik morbidite ve intihar oranlarının ön görücüsüdür (18). Bireylerin psikolojik sıkıntıyla başa çıkma yeteneği ve bireyin psikolojik uyumunu ve refahını belirlemek; ruhsal iyilik hali için hayati önem taşımaktadır (12).

Toplumumuzda psikolojik sıkıntı ise kendini sinirlilik, umutsuzluk, hüznün değersizlik ve yorgunluk gibi belirtilerle kendini göstermektedir. Literatüre göre gelecekle ilgili moral bozuklukları, kaygı, aşağılık duygusu hissetme, toplumdan çekilme ve tecrit edilme psikolojik sıkıntıya eş değer kabul edilmektedir (18).

2.1.2 Ruh Sağlığı

Ruh sağlığı, akıl ile bedenin sağlıklı olduğu; insanın güven duygusu içinde ve zorluklarla başa çıkabilme halinde olduğu; insanlar, topluluklar ve geniş çevreyle bağlantı hissinin devam ettiği durum olarak tanımlanmaktadır (19). Freud’a göre ise ruh sağlığı, psikoanalitik açıdan incelenmiş olup, “id-ego-süperego arasında kurulan bir denge sonucunda nedeni belli olmayan ya da uzun süren kaygı ve bunaltılar geliştirmemiş olma durumu yanında, sevme ve çalışma yeteneğine sahip olma olarak” tanımlanmaktadır (20).

Sağlık alanında yapılan çalışmalar fiziksel ve fiziksel olmayan sağlık çalışmaları olarak kategorize edilebilir fakat kapsamlı bazı çalışmalar sağlıklı olmanın koşullarını ikiden fazla kategoride de değerlendirmişlerdir. Örneğin 2017 yılında Goinvo (21) sekiz uluslararası kurumun (World Health Organization,

Institute of Medicine, New South Wales Department of Health, National Center for HIV/AIDS Viral Hepatitis Sexually Transmitted Diseases and Tuberculosis Prevention, Healthy People, Kaiser Family Foundation, New England Journal of Medicine, Health Affairs) verilerinin ortak analizinde sağlıklı bir insan olmak için; 1- Sağlıklı genetik ve biyolojik yapıya, 2- Sağlıklı tıbbi bakıma, 3- Sağlıklı fiziki ortama, 4- Sağlıklı sosyal çevreye ve 5- Sağlıklı bireysel davranışa sahip olmak gerektiği gösterilmiş ve sağlık beş kategoride incelenmektedir.

Herhangi bir bünyenin sağlıklı olması hem fiziksel hem de fiziksel olmayan alanların hepsinde birden sağlıklı olmasına bağlıdır. Bu beş faktörden en çok pay alan değişken %36 ile sağlıklı bireysel davranıştır ve ruh sağlığı alanındaki çalışmalar, bu önemli ve yaygın probleme dikkat çekmektedir (21).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre ruh sağlığı "her bireyin kendi potansiyelini fark ettiği, yaşamın normal stresleriyle baş edebildiği, üretken ve verimli bir şekilde çalışabildiği bir refah durumu ve kendi toplumuna katkıda bulunması" olarak tanımlanmaktadır (4). Toplumsallık vurgusu yapan bu tanım ile birlikte, başka bazı tanımlarla kavramın daha net bir tanımı oluşturulabilmektedir. Örnek olarak, Özel ve ark.' na göre (16) ruh sağlığı, "bireyin kendisi ve çevresi arasındaki düşünce, iletişim, öğrenme, kendine güven ve duygusal gelişim gibi bir dizi süreci gösteren ve bu ilişkilerin sürekli bir uyum içinde olduğu bir süreç" olarak ele alınmaktadır (22). Öte yandan ruhsal iyilik, ruhsal bozukluğun sadece tıbbi tedavisini kapsayan önemli bir alandır (23).

Toplum ruh sağlığı, topluluklar, kuruluşlar ve bireyler tarafından ruh sağlığı ve refahını iyileştirmek ve akıl hastalığını önlemek için alınan amaçlı eylemler olarak tanımlanmaktadır (24). 'Toplum ruh sağlığı', genel anlamda 'toplum sağlığı' kavramının kapsamı altında değerlendirilmektedir. İçinde yaşanılan toplumda bulunmanın sağlığımızla doğrudan ilişkisi vardır. Buna aslında sağlığın sosyal boyutu da denebilmektedir. Örneğin bulaşıcı hastalık toplum halinde yaşanılmasından kaynaklanan önlemler gerektirir. Benzer şekilde ruhsal rahatsızlıklar da çevrenin baskısından, damgalamasından, ötekileştirmesinden ya da bunlardan arındırılmış olmasından etkilenir çünkü ruh sağlığının; biyolojik, sosyal, psikolojik ve çevresel faktörlerden etkilendiği bilinmektedir. (25).

“Toplum ruh sağlığı hizmetleri, bireylerin ruh sağlığı için gerekli olan bütün hizmetleri içerisinde barındıran bir kavramdır”. Ruhsal hastalıkların, dünya çapında hastalık yönünden hızlı büyüyen kategorilerinden biri olduğu bilinmektedir (26). “Dünyada her dört kişiden biri yaşamı boyunca bir yada daha fazla ruhsal ve davranışsal sorunlar yaşamaktadır”. Ruhsal hastalıklar; bireyler, aileler ve toplumlar üzerinde yıkıcı etkilere yeti kayıplarına hatta erken ölümlere yol açmaktadır (27). “Mental, nörolojik ve madde kullanım bozuklukları, küresel hastalık yükünün %10'unu ve ölümcül olmayan hastalık yükünün %30'unu oluşturmaktadır” (28). “Her yıl toplam Avrupa nüfusunun üçte birinden fazlası, bu dünya bölgelerindeki morbidite yüküne sebep olan ruhsal bozuklukları yaşadıkları” bilinmektedir (29).

Ruhsal bozukluklar dünyada yaygınlaşmaktadır. Örneğin, Amerikan Ruh Sağlığı Enstitüsü'nün (30) verilerine göre yaklaşık olarak her beş Amerikalıdan birinde ve İngiltere'de her dört kişiden birinde ruhsal sağlık sorunları yaşamaktadır (31). Ayrıca kadınlarda ve ilerleyen yaşlarda şikayetler artmaktığı gözlenmektedir. Amerika bu hastalıkları; her türlü ruh sağlığı bozuklukları ve ciddi ruh sağlığı bozuklukları olarak iki kategoride ele almaktadır (30). Kanada Bağımlılık ve Ruh Sağlığı Merkezi verilerine göre ise her beş Kanadalıdan biri ruh sağlığı veya bağımlılık sorunu yaşamaktadır. Avustralya İstatistik Bürosu verilerine göre (32) ise her beş Avustralyalıdan biri (4,8 milyon kişi) ruh sağlığı problemleri yaşamaktadır ve 2014 yılından bu yana ruh sağlığı durumu %18 oranında kötüye gitmektedir.

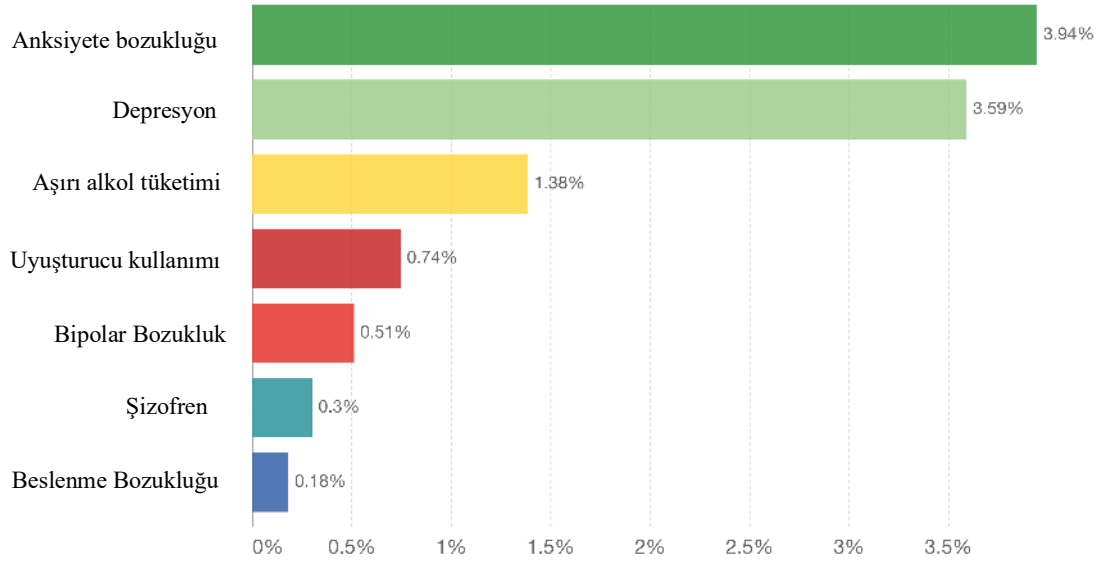
Bugüne kadar dünyada ruh sağlığı ile ilgili yapılmış araştırmalar, depresyonun, Hindistan'da %48, Avustralya'da %11 ve Japonya'da %20 olduğu; psikozun ise Hindistan'da %58, Avustralya'da %3, Japonya'da %5 olduğu belirtilmektedir (33). Dünya genelinde öğrencilerin depresyon oranları incelendiğinde ise; “29,5 ile şili ilk sırada, ikinci sırada Birleşik Krallık” yer almaktadır. Birleşik Krallıkta ğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmada %78'inin psikolojik sıkıntılar yaşadığı ortaya konulmuş olup öğrencilerin %33'ünün intihar düşüncesine sahip olduklarını göstermektedir (34). Ruh sağlığı sorunları bakımından, bu ülkeleri takiben Hollanda ve Brezilya bulunmaktadır (35).

Türkiye’de öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmada ise, öğrencilerin %18,9 u (n=243) daha önce bir ruh sağlığı uzmanından psikolojik yardım aldığı bilinmektedir (15). İstatistiklerin sadece öğrenciler üzerinde değil diğer bireyler üzerinde de yapılan ruh sağlığı ilgili problemlerin negatif yönde artış gösterdiğini söylemek mümkündür. Örneğin, Chang ve ark.’nın 2019’da Singapur’da yaptığı bir çalışmada 18-34 ve 35-49 yaş arası bireylerde ruhsal sağlık sorunlarında artış olduğu belirtmektedir (36).

Sağlık Bakanlığı tarafından desteklenen, Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması sonuçlarına göre; “ruhsal bozukluk görülme sıklığı erişkinlerde %17,2’dir” (37). “Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal bozuklukların görülme oranının %20-30 aralığında olduğu ve yapılan çalışmaların bu sorunların kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görüldüğü bildirilmektedir” (38). Yıldırım ve ark.’nın yaptığı çalışmada “kadınlarda depresyon ve diğer ruhsal durumların yükünün %5 ile %25 arasında değişmektedir” (39).

Ruh sağlığı alanından çalışanlar bakımından Türkiye çoğunlukla “Rusya, Hırvatistan, Macaristan ve Slovenya’ya benzer ve Norveç, Hollanda, Almanya ve İspanya’dan farklıdır.” “Türkiye’nin mental hastalıkların yaygınlığı açısından ise, en benzer olduğu üç ülke İsveç, İngiltere ve Finlandiya iken, en farklı olduğu ülkeler Portekiz, Japonya ve Yeni Zelanda olduğu” bilinmektedir (28)

Ruh sağlığı konusunda dünyada ve Türkiye’de en çok mücadele edilen konuların neler olduğu, aşağıdaki grafik incelenerek gözlenebilir. Grafik 2.1’den de anlaşılacağı üzere, dünya çapında ruh sağlığı ile ilgili olarak en çok problem yaşanan alt başlığın anksiyete ve depresyon olduğu görülmektedir.



Grafik 2.1: Institute for Health Metrics and Evaluation'nin Ruhsağı ve madde kullanımı bozukluklarının dünyadaki yaygınlıkları karşılaştırması (2019'da Toplam nüfusa oranları olarak) (132)

Ruhsal bozuklukların en şiddetli göstergesinin ise intihar olduğu açıktır ve ne yazık ki bu sorun da özellikle dünyanın bazı bölgelerinde (Doğu Avrupa'dan Uzakdoğu'ya kadar Asya ve Orta ve Güney Afrika ile Kuzey Amerika) oldukça önemli sorunlardan biridir. Öne çıkan örnekler arasında Rusya ve Çin'in yüksek intihar oranına sahip olduğu bilinmektedir. Çin'de intihar ülkenin en yaygın 5. ölüm nedenidir ve kadınlar arasında daha yaygındır (40). Güney Kore dünya dördüncüsüdür ve Japonya da, ilk 10'dan uzaklarda yer almasına karşın intiharlar önemli bir problemdir. Güney Afrika onuncu sırada yer almaktadır ve yine İsveç de uzun yıllardır intiharın çok önemli bir sorun olduğu ülkeler arasındadır. Türkiye, bu bakımdan, bahsedilen ülkelere göre daha iyi bir durumdadır. Türkiye'de intihar vakalarının, 2019 yılında 100.000 kişi başına düşen intihar sayısı (15-29) yaşları arasında sayı 2,89 iken (30-49) yaşları arasında 3,02 olduğu söylenebilmektedir. DSÖ'nün istatistikleri diğer ülkelerde de yaşla birlikte intihar oranlarının arttığını göstermektedir (40).

Ruh sağı sorunlarını belirlemek, bu dağının sadece görünen kısmı olarak düşünülmektedir (41). Akıl sağığının koşullarının ve ruhsal bozuklukların tedavi yollarını bilmek, sorunların çözümü için önemlidir. Dünya genelinde ruh sağığının önemi daha iyi kavrandıkça bu problemle mücadelede pasif ve lokal yöntemlerden aktif ve yaygın yöntemlere doğru bir yönelimin olduğunu söylemek yanlış

olmayacaktır. Örneğin kurumsal anlamda toplum ruh sağlığından artık anlaşılan, “hastanelere dayalı kurumsal tabanlı hizmet modelinden, toplum tabanlı ruh sağlığı hizmet modeline geçmektir” ki böylece “gezici ekiplerle düzenli takip, tedavi ve rehabilitasyon” sağlanabilmektedir (42).

Türkiye’de 2011 yılında çıkarılan bir yönerge ile bu sorunun çözümü için bir kurumsallaşma çabası başlatılmıştır. Böylelikle “ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara, toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde psikososyal destek hizmetlerinin verilmesi, takip ve tedavilerinin gerektiğinde evde sağlık hizmetleri uygulamasına entegre bir şekilde yaşadıkları ortamda sunulabilmektedir” (43).

2.1.3 Ruh Sağlığı Problemleri

Ruhsal bozukluk kavramının literatürde, “ruhsal sıkıntı”, “ruhsal hastalık”, “ruhsal bozukluk”, “psikiyatrik bozukluk”, “psikiyatrik hastalık”, “akıl hastalığı”, “akli bozukluk” gibi terimlerle de karşılandığı gözlenebilir. Amerikan Psikiyatri Derneği’nin tanımına göre ruhsal bozukluk bozulmayla (örneğin acı veren bir semptomdan kaynaklanan), kayıpla (çeşitli fonksiyonlarını yerine getirme alanlarından biri ya da daha fazlasında eksiklik, kayıp), ölüm riskinde artış ya da otonom hareket etmeyi belirgin bir şekilde engelleyen nedenlerle ilişkili psikolojik bir sendrom ya da psikolojik bir yapı ya da örüntü, kalıp, motiftir (44). Bolton’a göre ise, ruhsal veya psikiyatrik bozukluk kişinin günlük hayatındaki fonksiyonlarında, yaptığı işlerde belirgin bir bozulma ya da kaybın söz konusu olduğu davranışsal ya da ruhsal yapılar, kalıplar, örüntülerdir (45). Bu konuda birçok tanım bulunsa da tüm tanımların ortak kanısının fonksiyonunu yerine getireme durumu olduğu söylenebilmektedir (44).

Ruh sağlığı yerinde olan bireyler, sağlıklı toplumlar oluşturur. Toplum ruh sağlığı terimi ile “birey ve bireyin etkileşimde bulunduğu çevreye ilişkin psikiyatrik tedavi ve bakımı” anlatılmaktadır (46). Toplum temelli ruh sağlığı; tedavi uyumsuzluğunu “bipolar bozukluk, şizofreni ve diğer psikozlar gibi ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların yaşam kalitesini arttırmak için entegre olmuş çok yönlü bir yaklaşım” olarak bilinmektedir (47). Literatürlere göre, ruh sağlığını, “bireyin kendisi ve çevresi arasındaki düşünce, iletişim, öğrenme, kendine güven ve duygusal gelişim gibi ilişkilerin sürekli bir uyum içinde olduğu bir süreç” olarak ele aldıkları görülmektedir (16, 22).

Mental sađlđın bozulmasına yol açan nedenler “biyolojik (genetik, kalıtım, enfeksiyonlar, kötü beslenme, madde kullanımları vb.), çevresel-sosyal (lm, yas, kayıp, g, taşınma, işten çıkma çıkarılma, aile koşulları vb.) ve psikolojik (ihmal, istismar, diğer insanlarla iletişim kurmada zorluk vb.)” olmak üzere üç grupta toplanmaktadır (48).

Toplumda en sık karşılaşılan ruhsal bozukluklar ise “şizofreni, depresyon (ilgi kaybı, hüzün, umutsuzluk vb.), anksiyete bozuklukları (huzursuzluk, gerginlik hissi), kişilik bozuklukları, alkol ve madde bağımlılığı” gibi problemlerdir. Bu problemler günümüzde bir halk sađlđı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (22) (49). En yaygın karşılaşılan ruhsal hastalıklar arasında ise şunlar yer alır:

- Depresyon
- Obsesif-Kompulsif Bozukluk
- Sosyal Fobi
- Travma Sonrası Stres Bozukluğu
- Panik Bozukluğu
- Bipolar Bozukluk
- Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
- Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Br ve ark.’nın aktardığına göre; yaşam boyu ruhsal hastalıkların yaklaşık dörtte üçü, yirmili yaşların ortalarında başlamaktadır (50). “Ruhsal hastalık, düşünsel, bilişsel ve davranışsal olarak bireyde meydana gelen anormal sapmaların, aykırılıkların bulunması durumudur. Bireyde ruhsal sorunlar nedeniyle meydana gelen belirtiler, rahatsız eden, acı veren, kişiyi ve çevresini mutsuz eden” türden olduğu belirtilmektedir (16).

2.1.4 Ruh Sađlđının Geleceği

Özellikle COVID-19 pandemi döneminde ruhsal sađlđın çok daha büyük bir önem kazandığı bilinmektedir. Birleşmiş Milletler Genel Sekreterinin Guterres’in (51) ruh sađlđı ile ilgili olarak yaptığı ağrı da bu bakımdan önemlidir. Özellikle COVID-19 ve varyantlarının neden olduğu pandemi döneminde insanlar işlerinde kendilerini güvende hissetmemekte ve sürekli bir atılma korkusu yaşamaktadırlar ve yaşı ileri kişiler izole edilmiş ve yalnız bırakılmış olma duygularını yoğun şekilde yaşamaktadırlar. İnsanlık olarak bu günlerde en çok dikkat edilmesi gerekenlerin başında ruh sađlđı gelmektedir.

Önümüzdeki yıllarda ruh sağlığıyla mücadele bakımından DSÖ'nün çözüme kavuşturmak istediği konulardan birisi, ruh sağlığı okuryazarlığı bakımından dünyada gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasındaki farkların azaltılmasıdır (40). Gelişmiş ülkelerde psikolojik sıkıntıların; bireylerin karakter zayıflıklarının, sosyal nedenlerin ve yeni stres faktörlerinin bir sonucu olarak ortaya çıktığı bilinmektedir. Gelişmekte olan ülkeler için bu konuda sınırlı bilgi bulunmaktadır (52).

Ganasen ve ark.'nın yaptıkları araştırmaya göre, gelişmekte olan ülkelerin toplumlarındaki ruh sağlığı okuryazarlığı durumu oldukça düşüktür ve bunun nedenleri arasında, okuryazarlık oranlarının düşüklüğü, ekonomik zorluklar, alt yapı eksiklikleri, zayıf politika desteği, kapsamlı ve girişimci çalışmaların eksikliği sayılabilir. Bu ülkelerde politika belirleyicilerin bile ruh sağlığı okuryazarlığı durumlarının düşük oluşu önemli bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır (53).

Okullarda özellikle eğitimcilerin ruh sağlığı okuryazarlığı konusunda iyi düzeyde olmaları gerekmektedir çünkü öğretmenler ve okul yöneticileri çocuklar üzerinde ilk değişiklikleri ve ihtiyaçları tespit edebilecek durumdadırlar (54). Toplumun farklı kesimlerini hedefleyen birçok programa ihtiyaç olduğu açıktır fakat bu programların içeriğinin ne olması gerektiği de tartışma konusudur. Riebschleger ve ark. (55) bu tür programlarla bilgiye ulaşımın kolaylaştırılabileceğini fakat bunu yapmadan önce ruh sağlığı okuryazarlığı konusunda iyi olduğu belirlenenlerde “neyin işe yaradığının” belirlenmesi gerektiğinin araştırılması gerektiğini, bunun için de yeni ölçeklere ve değerlendirme yöntemlerine ihtiyaç olduğunu bildirmektedir.

Belki daha da önemli bir sorun olarak insanların ruh sağlığı ile ilgili konulardaki tutumunda takındıkları tavır dile getirilebilir. Ruhsal sıkıntılarla ilgili olarak toplumda takınılan negatif tavır, insanların tedaviyi arama ve tedavi olma davranışlarına engel olmaktadır. Bireyler ‘akıl hastası’ tabirli etiketlenme yaşamamak için yardım almayı kabul etmemekte ve bu durum tedavi sürecinin uzamasına neden olmaktadır (12).

Gelecekte bu alanda daha çok araştırma beklenmektedir çünkü toplumun ruhsal hastalıklara karşı sergilediği tutum (damgalama, dışlama, utanç duyma) ruh sağlığının korunması önündeki önemli engellerdendir çünkü bu davranışlar sorunları gizler ve tedaviden yararlanma ihtimalini düşürür, hastalıklar kronikleşir

ve ağır evrelerinde ortaya çıkarır. Bu sebeple ruh sağlığını geliştirmek için öncelikle toplum olarak, ruhsal bozukluklarla ilgili pozitif bir anlayışa sahip olmak ve ikinci olarak da bireylerin ruh sağlığı hizmetlerine erişim konusunda bilinçli olmalarının sağlanması gerekmektedir (14).

Ruh sağlığı problemleri yaşayan bireylerin, bulundukları toplum içinde karşılaştıkları damgalayıcı davranışlar DSÖ'nün (40) ruh sağlığı ile ilgili olarak çözüme kavuşturmak istediği önemli bir sorundur. Bu tür sorunları olan insanlara toplumda bir ötekileştirme yatkınlığı bulunmaktadır. Örneğin, İngiltere'de yapılan bir araştırmada, zihinsel bozuklukların tanımlanmasında, ruhsal bozukluğu olan bireylerin tedavi sürecinde ve toplumun bu kişilere sergilediği damgalayıcı tutumlarda düşük toplum farkındalığının bulunduğu tespit edilmiştir (56).

Bilinçlendirme ile bu dışlayıcı tavırdan toplumları kurtarmak, hastalığın tedavisinde önemlidir. Türkiye'de ruh sağlığı konusunda toplumun damgalayıcı davranışının bulunduğu da araştırmalarla gösterilmiştir (57). Araştırma sonuçları, "ruhsal bozukluk öyküsü olanların bir kısmının tedavi görmediğini" göstermiştir (22). Bilinçlendirme faaliyetlerinde hangi kesimlerin hedeflenmesi gerektiği de yine araştırmalarla belirlenmektedir. Örneğin, Milner ve ark.'nın (58) yaptığı araştırmaya göre, inşaat sektörü gibi, erkeklerin yoğun olarak bulunduğu sektörlerde çalışanların, diğer meslek gruplarına göre daha düşük ruh sağlığı okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla gelecekte, DSÖ ve yerel sağlık profesyonellerinin bu iş grupları üzerinde de daha yoğun çalışmalar yapması beklenebilmektedir.

Son olarak; sağlığın bir başka düzeyinde yaşanan kronik hastalıkların, ruh sağlığı sorunları üzerinde de etkileri bulunmaktadır. Örneğin Kayhan 'ın yaptığı araştırmaya göre; "kalp-damar hastalığı, kanser, diyabet ve solunum sistemi hastalıkları gibi ciddi kronik hastalıklarda" ruhsal bozuklukların (depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi) yaygın olarak bulunduğu saptanmıştır (59). Akbaba ve ark.'nın yaptığı çalışmada %35,4 kronik rahatsızlığı olan bireylerin "kendinde psikiyatrik hastalık olduğunu düşünme durumunun somatizasyon (ruhsal sıkıntı) durumunu" anlamlı olarak arttırdığını belirtmektedir (60). COVID 19'un ve diğer sağlık koşullarının da ruh sağlığına etkileri konusunda birçok yeni araştırmalar yapılmaktadır (60).

2.2 Toplum Ruh Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesi

“Ruh sağlığı mutluluk hissi gibi pozitif bir duygu, özsaygı ve yeterliliğin psikolojik kaynaklarını içeren bir kişilik özelliği, olumsuzluklarla baş etme kapasitesine karşılık gelen psikolojik dayanıklılık gibi farklı şekillerde öznel bir iyilik hali” olarak kavramsallaştırılmıştır (61). “Son yıllarda üzerinde durulan önemli kavramlardan biri olan ruh sağlığını iyileştirme, pozitif ruh sağlığını ifade etmektedir. Pozitif ruh sağlığı, bireylerin problemleri tanımlayabilme, yüzleşebilme ve çözebilme yetilerini içeren, özerklik sahibi insanlar olmaları anlamına gelmektedir”.

Pozitif ruh sağlığı, “her toplumun sosyal, beşerî ve ekonomik sermayesine katkıda bulunmaktadır. Ruh sağlığını iyileştirme pozitif ruh sağlığını artırma, eşitsizlikleri azaltma, sosyal kazanç sağlama, sağlığı iyileştirme, ülkeler ve gruplar arasındaki sağlık farklılıklarını azaltmak için ruh sağlığını belirleyen faktörleri etkilemeyi” amaçlamaktadır (48).

Pozitif ruh sağlığı; sosyoekonomik ve çevresel faktörlerden etkilendiği ve bireylerin davranışları ile bağlantılı olduğu için etkin bir halk sağlığı mücadelesi ile korunup geliştirilebilmesi ile herkesin işi olduğu düşünülmektedir. Ruh sağlığını evrensel düzeyde geliştirmek, diğer bir deyişle “herkese ruh sağlığı” hedefine erişmek için ise bireyler düzeyinde “ruh sağlığını geliştirici, koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetlere ihtiyaç bulunmaktadır” (62). Özetle “toplum ruh sağlığı kavramı, özünde iki amacı içermektedir: Ruhsal hastalığı olanların toplum içinde tedavisini ile rehabilitasyonunu sağlamak ve ülkenin ruh sağlığı durumu iyileştirmek” (63). Ruh sağlığının korunması ve geliştirilebilmesi için, bireylerin var olan ekonomik, sosyal ve kültürel haklarına saygılı olmak ve bu haklarını koruyan bir ortamı sağlamak gerekmektedir (64).

Ruhsal bozuklukları önleme süreci, halk sağlığındaki “toplumu etkileyen temel sağlık problemlerini çözmek için bölgesel, merkezi, ulusal ve uluslararası kaynakların harekete geçirme sürecidir”. Halk sağlığında önceliği olan ve bir insan hakları sorunu olarak görülen ruhsal bozuklukları önleme ile psikolojik, ruhsal ve ekonomik yükü azaltmak ve fiziksel hastalığa yol açma riskini ortadan kaldırmak koruyucu ruh sağlığı uygulamaları ile amaçlanmaktadır (48). “Koruyucu ruh sağlığı uygulamaları arasında; ruhsal bozukluklar açısından risk altındaki kişileri belirleme, halk eğitimleri ve tetikleyici etkenleri belirleme gibi konular yer

almaktadır” (65). Ayrıca; “ruh sağlığını geliştirme çalışmaları ile ruhsal bozuklukların sıklığını, yaygınlığını azaltma, hastalıkların tekrarlamasını önleme ya da geciktirme” imkanına ulaşılmaktadır.

Ruh sağlığını geliştirmek için neler yapılabilir?

- Beslenme koşulları iyileştirilmelidir.
- Barınma koşulları artırılmalıdır.
- Eğitime ulaşma sağlanmalıdır.
- Toplumsal müdahaleler güçlendirilmelidir.
- Bağımlılık yapan maddelerin kullanımı azaltılmalıdır.
- Afet sonrası yaşam kalitesi eski düzeyine getirilmelidir.
- Şiddet önlenmelidir.
- Yaşı ileri olanlara sosyal ve ekonomik destek sağlanmalıdır.
- İş yerlerinde stres önleme programları geliştirilmelidir (65).

2.3 Ruh Sağlığı Okuryazarlığı

Ruh sağlığı sürecinin etkin bir şekilde geliştirilebilmesi için RSO kavramının ilk kez 1990’lı yılların ortalarında sağlık okuryazarlığı alanında ruhsal bozuklukların gözardı edilmesi gerekçesi ile ortaya atıldığı bilinmektedir (56). Ruh sağlığı okuryazarlığı; sağlığın en önemli sosyal belirleyicilerinden biri olan sağlık okuryazarlığının henüz gelişmekte olan bileşeni olarak, ilk kez 1997 yılında, Jorm ve ark. tarafından tanımlanmış olup (66) ruhsal bozuklukların tanılanması, yönetilmesi (akıl sağlığının pozitif yönde artırılması) ve önlenmesine (yardım alma çabalarına) yönelik bilgi ve inançların tümü olarak adlandırılmaktadır (67, 68).

RSO’nın altı ana özelliğe sahip olduğu bilinmektedir (34). Bunlar:

- Farklı bozuklukların belirti ve bulgularını tanıma
- Farklı bozuklukların risk faktörlerini ve nedenlerini belirleme
- Akıl sağlığı sorunlarına ve yardım arama davranışına karşı olumlu tutumları teşvik etme
- Kendi kendine tedavi uygulama
- Akıl sağlığı bilgilerini bulma

- Profesyonel yardım isteme

Genel olarak “ruh sağığı bozuklukları hakkındaki bilgi düzeyi yeterli seviyede değildir ve önemli bir bölümü psikolojik sıkıntılarını doğru bir şekilde tanımlayamamaktadır” (69). Wei ve ark. 2010’lu yıllarda özellikle okul tabanlı ruh sağığı literatürünün henüz emekleme aşamasında olduğunu bildirmektedirler (70). Bu durum Türkiye’de de farklı değildir (22).

Ruhsal iyilik halinin devamlılığı ve günlük yaşam aktivitelerini tam olarak yerine getirebilmeleri için bireylerin doğru ve damgalanmamış bilgiler ışığında ruh sağığı okuryazarlığı programı almaları gerekmektedir (55). Bu ihtiyaçlar kamuoyunun da gündemine gelerek Türkiye’de “ilk defa 2008’de Bolu Toplum Ruh Sağığı Merkezi uygulamaya geçmiştir” (71).

“Ruh sağığı okuryazarlığını artırmaya yönelik eğitim programlarının, sosyal ve sağık ile ilgili çıktıları iyi yönde değıştireceğı, bu şekilde de hastalık yükünü azaltacağı bildirilmektedir” (67). Toplumun ruh sağığı okuryazarlığı bilgisini geliştirmek için ilk olarak Avustralya’da eğitim programları düzenlenmeye başlanmıştır. Amerika Birleşik Devletler’inde yapılan çalışmalar sonucunda “ruhsal bozukluğu olan bireylerin oranı oldukça yüksek bulunmasına rağmen bireylerin kendinde var olan ruhsal bir bozukluğu tanımlayamaması sebebi ile profesyonel yardım reddetmesi tedavi sürecinin uzamasına” sebep olmaktadır.

Araştırmalar; psikolojik yardım almanın, ruh sağığı okuryazarlık seviyesini yükseltmede önemli olduğunu göstermektedir (72). Ruh sağığı okuryazarlığını artırabilmek için hem toplum tabanlı hem de bireysel müdahale türleri (medya, internet ve okul müfredatı vb.) bulunmaktadır. Özellikle internet erişimin yaygın olduğu günümüz toplumlarında elektronik iletişim aygıtları, ruh sağığı okuryazarlık durumlarının arttırmak için kullanılabilmektedir.

Türkiye’de psikolojik yardım arayışı ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde bu araştırmaların lise öğrencileri (73) üniversite öğrencileri (74, 75, 76); öğretmen adayları (77) ve sağık personeli adayları (78) üzerinde yapıldığı ve genç kesimin özellikle ruhsal açıdan değerlendirildiğı tespit edilmiştir.

Sağılıklı bir topluma sahip olmak için toplumdaki tüm bireylerin ruhsal sıkıntılarının ve ruh sağığı okuryazarlık durumunun değerlendirilmesi

gerekmektedir. “Toplumsal ruh sağığı hakkındaki bilgi, inanç, tutumunun ne seviyede ve hangi yönde olduğunun belirlenmesi ve izlenmesi” ölkemizin genel sağığına fayda sağılamaktadır (67). “Belirlenen ruh sağığı okuryazarlığı seviyesine, yaş, cinsiyet, yaşadığı yere özel çalışmalar yapılarak bireylerin ve dolayısı ile toplumun ruh sağığı okuryazarlığının arttırılması” gerekmektedir.

2.4 Toplum Ruh Sağığı Hizmetlerinde Halk Sağığı Hemşiresinin Roller ve Sorumlulukları

“Ruhsal olarak sağıklı olabilmek ve ruhsal problemler oluşmadan önleyebilmek için alternatif korunma yöntemlerini gösteren sağık hizmetleri koluna, koruyucu ruh sağığı hizmetleri” denilmektedir (72). Toplum ruh sağığı hizmetlerinde çalışan multidisipliner ekipler; birincil (sağığı koruma, ruhsal bozukluğu önleme), ikincil (engelliliğın sınırlandırılması) ve üçüncül (rehabilitasyon) koruma önlemlerini, ciddi ruhsal bozukluğu olan bireyler ve aileleri için kapsamlı ve sürekli olarak sağılayacak şekilde planlamaktadır (79). Multidisipliner ekiplerin bir parçası olan hemşirelerin hem bireysel hem de kurumsal yöntemlerle toplumun ruh sağığını güçlendirilmesine sağıladıkları katkılara ihtiyaç duyulmaktadır.

Halk sağığı hemşiresi “riskli davranış sergileyen bireylere (sigara, alkol, bağımlılık yapıcı madde vb. kullanan, hırsızlık yapan, hızlı araba kullanan, güvensiz cinsel ilişkide bulunan vb.) ve mental sağık açısından riskli kişilere (kurum bakımında olan, ailesini kaybetmiş, taciz-tecavüz gibi ağır bir travma yaşayan, aile içi şiddet yaşayan vb.) yönelik çeşitli girişim ve faaliyetlerde” bulunmaktadır (61). Halk sağığı hemşireleri, birey aile ve topluma; ruh sağığının bileşenleri, etkili iletişim ve kişilerarası ilişkiler, sosyal beceriler, stres yönetimi, ebeveynlik, intihara yönelik farkındalık, alkol ve uyuşturucu maddeden korunma, ruhsal bozukluk, tedaviye uyum ve diğer sağık hizmetlerine erişim gibi ruh sağığını etkileyen alanlarda eğitim planlayabilmektedir (39).

Toplum ruh sağığının korunması ve geliştirilmesinde halk sağığı hemşiresi; “bireylerin sorunlarla baş etmesinde (iş bulma, uğraş, kişilerarası ilişkileri ve ev yaşantısını sürdürme), psikolojik işlevlerin yerine getirilmesi de (hastalıklara özgü davranışları kontrol etme), onlara maddi ve sosyal yardım sağılama (barınma ve beslenme sorunları), sosyal destek sağılamada (akraba ve

arkadaşlarıyla ilişkilerini güçlendirme), güdülenmeyi destekleme (bireysel ve sosyal rolleri yeniden kazanma ve sürdürmeye destek), sağlığın korunması ve iyilik halinin sürdürülmesinde (beslenme, hijyen ve ruhsal bozukluğu olan bireylerin ilaç alımlarının takibi) hedeflerine ulaşmak için mesleki yetenek ve donanımlarını” kullanmaktadır (42). Öte yandan, hemşirelerin kendi ruh sağlıklarının korunması ve güçlendirilmesi hem Türkiye’de hem dünyada, üzerinde önemle durulması gereken bir konudur (80).

Bu alandaki yasal gereksinimlerin karşılanması amacıyla, 2011 yılında Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkındaki Yönerge’de 10. Maddeye göre ruh sağlığı hemşireliği görevleri şu şekilde sıralanmıştır (43):

- 1) Hastaların genel sağlık durumunu (hipertansiyon, diyabet vb.) takip eder ve yazılı rapor tutar,
- 2) Hasta için öngörülen tedavileri uygular ve takip eder.

Bunun yanında hemşireler, yönergenin 10. maddesine göre merkezdeki diğer personelle şu görevleri de paylaşmaktadır (43):

- Merkeze gelen hasta veya yakınlarına merkezin amacı ve işleyişi hakkında bilgi vermek.
- Hastalara bireysel danışmanlık hizmeti vermek, grup terapisi yapmak ve psikososyal beceri eğitimi vermek.
- Hasta ve ailelerine psiko-eğitim vermek.
- Gezici ekibinin çalışmalarına katılmak.
- Ev ziyareti sırasında yatış endikasyonu gerektiren bir durum tespit edilirse, hastanın ilgili kliniğe nakledilmesini sağlamak.
- Sosyodemografik veri formunu doldurmak, takip görüşmelerinde izlem ölçeklerini kullanmak.
- İstatistiksel bilgilerin toplanmasında ve değerlendirilmesinde görev almak.
- Merkeze devamı sağlanamayan hasta veya yakınlarıyla irtibat kurmak ve merkezin hastayla bağlantısını oluşturmak.
- Toplumun bilgilendirilmesiyle ilgili ve damgalama karşıtı çalışmalar yapmak.

2.4.1 Toplumun Ruh Sağlığı Okuryazarlığının Yükseltilmesi ve Sağlık Eğitimleri

Toplumun ruh sağlığı okuryazarlığının yükseltilmesi ve istenilen seviyeye gelmesi için sağlık eğitimlerinin yapılması gerekmektedir. Ruhsal sağlığın iyileştirilebilmesi için öncelikle var olan sıkıntının tedavi edilmesi (krize müdahale, ilaç, terapi, hastalık yönetimi eğitimi) toplum açısından önem arz etmektedir. Bireyin topluma kazandırılabilmesi için rehabilitasyon, aile, akran ve toplum desteği ile haklarını savunabilmesi için yasal destek alması gerekmektedir (81).

Bireylerin tedavi sonrası sosyal katılımını da sağlayan bu hizmetlere psikososyal rehabilitasyon hizmetleri adı verilmektedir. Rehabilitasyon hizmetleri sırasında ailenin desteği önemlidir. Bu sebeple aileye verilecek eğitim ruhsal sıkıntı içinde olan bireyin topluma kazandırılmasında tıbbi tedavinin ayrılmaz bir parçası olarak görülmektedir (82). Literatüre göre; ruhsal sorunları olan bireyin eğitilmesinin hastalığı anlamasını geliştirdiği, ilaca uyumunu arttırdığı, ihtiyaç halinde gereken tedaviyi kabul etmesi gecikmeleri önlediği, tekrarlı yatışları azalttığı bilinmektedir (83) (84) (85).

2.4.2 Toplumda Ruhsal Belirtilerin Taranması

“Kişinin yaşamındaki stresli yaşam olayları psikolojik ve psikiyatrik rahatsızlıklarla ilişkilidir. Bireyin davranışsal durumu yada kişilik özellikleri ve stresli yaşam olayları arasındaki etkileşim bireyin sağlık sorunlarının kaynağını oluşturmaktadır”. Bu sebeple yapılan çalışmalarda toplumdaki bireylerin ruh sağlığı belirtileri yönünden taranması ve etkin bir şekilde ruh sağlığı hizmeti alması gerektiği belirtilmektedir (86).

“Bir ülkede ruh sağlığı hizmetlerinin etkinliğini sağlayabilmek için, bu ülke bireylerinin ruh sağlığı yönünden korunması, riskli grupların belirlenmesi, erken tanı ve tedavisinin sağlanması gerekmektedir. Sağlıkta yaşam kalitesinin artırılabilmesi için ise, eğitim ve danışmanlık adımlarından oluşan toplum ruh sağlığı ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması gerekmektedir” (87). Bu aşamada, halkın sağlığını korumak ve bu konuda ferah bir seviyeye ulaştırmak açısından toplum sağlığı merkezlerinde çalışan ekipler oldukça önemli bir yere sahiptir.

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan 06/03/2014 tarih ve 9453 sayılı Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge’de “ağır ruhsal bozukluğu (bilişsel, yönetsel ve sosyal beceri alanlarındaki yıkıcı etkisi nedeniyle yeti yitimi ile giden şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar ve duygu durum bozuklukları gibi kronik ruhsal hastalıklar) olan hastalara, toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde, bireysel işlevi iyileştirmeye dönük etkin tedaviler sunulması, psikososyal destek hizmetlerinin verilmesi, takip ve tedavilerinin yaşadıkları ortamda birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre biçimde sunulabilmesi için yataklı sağlık tesisleri bünyesinde faaliyet göstermek üzere toplum ruh sağlığı merkezleri” kurulmuştur (88).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ekipleri, “ruh sağlığı ekibi; psikiyatri uzmanı, psikolog, hemşire, sosyal çalışmacı, ergoterapist, uğraş terapisti ve diğer yardımcı personelden oluşmaktadır” (46). “Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hemşiresi: Birey, aile ve toplumun ruh sağlığını koruma, geliştirme ve sürdürmede görev alan sağlık ekibi üyesi olarak tanımlanmaktadır” (89). Toplum ruh sağlığı hemşiresinin “sağlık ekibinin diğer üyeleri ile işbirliği içinde ve eşgüdümünün sürekliliği için nitelik bakımından önemli olduğu ile ciddi düzeyde gereksinimi olan bireylere bütüncül bakım sunma yeteneğine sahip olduğu” bilinmektedir (39).

“Toplum ruh sağlığı hemşiresi; toplumun diğer üyeleri ile birlikte ruhsal hastalıkların birincil, ikincil ve üçüncül önleme aşamalarının sürekliliğini sağlayan ruh sağlığı hizmetlerinde tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmeye katılmaktadır” (42). “Toplum ruh sağlığı hemşireleri toplum sağlığı merkezleriyle sınırlı olmayan günlük bakım merkezleri, evsizler için sığınma yerleri ve okullarda çalışmaktadırlar. Bu farklı ortamlarda hemşireler çeşitli direkt ve indirekt rollerde fonksiyon görürler. Direkt rolleri; klinisyen, terapist, eğitici, vaka yöneticisi. İndirekt rolleri; danışman, vaka yönetimi, araştırmacı, eğitici, değişim ajanı” olmaktadır (87).

Toplum ruh sağlığı hemşiresi, hemşirelik sürecini kullanarak; bireyin ve ailesinin gereksinimlerini değerlendirir, bireye ve ailesine yönelik bütüncül bir bakım planı hazırlar, gereksinim duyduğu hizmetler ile bağlantı sağlar, hizmetlerin

kalitesini ve uygunluğu izler ve gerektiğinde savunuculuk rolünü kullanmaktadır (79).

Ciddi kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerde vaka yönetimi kullanılarak, bireylerin çok yönlü ve karmaşık gereksinimlerini karşılanmaktadır. Ciddi ruhsal bozukluğa sahip bireylerin tedavi uyumunu geliştirmek için kullanılabilecek hemşirelik girişimleri şunlardır:

- İlaç yan etkileri tedavi uyumsuzluğuna neden olabileceğinden hemşire tarafından izlenmelidir.

- Tedavi rejimleri bireyler için basitleştirilerek hazırlanmalıdır.

- Bireyin tedaviye uyumunun arttırılması için iyileşmeye dikkat çekilmeli ve iyileşme desteklenmelidir.

- Bireyin tedavi masraflarıyla ilgili yardım talebi olursa, talebine erişim sağlayabilmesi için hemşire kolaylaştırıcı olarak rol almalıdır.

- Birey ile olumlu terapötik bağları olan tutarlı ve kararlı bakım vericiler belirlenmelidir.

- Bireyin kültürel inançları ve uygulamaları tedavi uyumu için kritik olabileceğinden bireye kültüre duyarlı bakım sağlanmalıdır.

- Tedavi uyumsuzluğu ortaya çıktığında birey asla reddedilmemeli, suçlanmamalı veya utandırılmamalıdır (80).

Ruh sağlığı problemlerinin fark edilmesinden tedavi edilmesine kadar devam eden süreci birincil, ikincil ve üçüncül koruma düzeylerinde olmak üzere, temelde üç aşamada inceleyebiliriz.

2.4.3 Ruh Sağlığı İlk Yardımı

“Koruyucu ruh sağlığı alanında birincil koruma düzeyi, ruhsal hastalıkların ortaya çıkmadan önlenmesini hedef almaktadır. Bunun için de çevredeki risk faktörlerinin azaltılmasını, hastalıklara direncin artırılmasını ve hastalıkların yayılmasını engellemeyi amaçlamaktadır” (90).

Ruhsağığı ile ilgili olarak da dünya genelinde çeşitli eğitim, bilinçlendirme programları düzenlenmektedir. Örneğın Yeni Zelanda’da yapılan, kontrol grubu kullanılmadan yapılan bir araştırmada, ruh sağığı için ilkyardım eğitiminin şu faydaları tespit edilmiştir: Katılımcıların ruhsal rahatsızlıkları kısa hikayelerinden [vignettes] daha iyi tanıır hale geldikleri, tedavi konusunda sağıık alışanlarıninkine benzer bir inanç içine girdikleri, (damgalamanın bir ölçüsü olarak) sosyal mesafelerini azalttıkları, yardım etmekte kendilerine daha çok güvenir hale geldikleri ve başkalarına daha çok yardım eder hale geldikleri belirlenmiştir (91).

Daha sonra kontrollü tekrarında, eğitime (altı ay) katılanların, yardım etmekte kendilerine daha çok güvenir hale geldikleri, başkalarına profesyonel yardım almayı daha çok önerdikleri, tedavilerle ilgili olarak sağıık çalışanlarıyla daha çok bağılantı kurdukları, damgalayıcı davranışlarının azaldığı ve kendi ruh sağılığı durumlarında düzelme görüldüğü gözlenmektedir (91).

2.4.4 Ruh Sağığı Hastalığı Olanların Tanı ve Tedavisi

İkincil koruma: “Hastalık süresi ve görölme sıklığının azaltılması, hastalığın erken teşhisi ve hızla tedavi edilmesi ikincil koruma düzeyinde gerçekleştirilen etkinliklerdir” (90). Ruhsal bozukluklarda (şizofreni, bipolar bozukluk vb.) sosyal bilişsel işlevlerin bozulması ve tedavi uyumunun azalması yaşam kalitesini düşürmektedir. Yaşam kalitesini arttırmak için ilaç tedavisi ile birlikte psikososyal müdahalelerde de bulunulmalıdır.

Hastalığın semptomları ile başa çıkma sürecinde ailelerin de desteğinin alınması hastalığın prognozuna etki etmektedir. Hastaların takip randevusunu kaçırması hastanın kötüleşmesine sebep olduğı için tedavi süreci etkilenmektedir. İyileşme aşamasında tedavi süreci önem arz etmektedir (47).

2.4.5 Ruh Sağığı Hastalığı Olanların Rehabilitasyonu

Üüncöl koruma: “Üüncöl koruma düzeyinde kronik ruhsal hastalığı bulunan bireylerin topluma uyum sağılamaları ve ruhsal hastalığa bağılı yeti yitiminin önlenmesi amaçlanmaktadır” (90). “Psikiyatri hekimlerince, ‘toplum ruh sağığı merkezinden faydalanır’ raporu çıkartılan hastalar telefonla aranıp bilgilendirilerek merkeze davet edilmektedir”.

Merkezlerde toplumun ruh sağlığına y6nelik 7eşitli etkinlikler “(yağlı boya resim, ahşap boyama uğraş eğitimleri; bağlama kursu ve halk m6ziği koro 7alışmaları; hareketsiz yaşamı 6nlemek i7in spor faaliyetleri vb.)” yapılmaktadır. Rehabilitasyon aşaması yaşam kalitesini arttırmada 6nemli s6re7 olarak bilinmektedir. Bu sebeple; “gezici ekip tarafından, merkeze gelmeyen bireylere, ev ziyareti yapılmakta ve tıbbi-sosyal-psikolojik durumları değerlendirilmektedir” (63).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Şekli

Araştırma, kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma 27.11.2020-30.12.2020 tarihleri arasında, sosyal medya (Whatsapp, Facebook, Instagram vb.) uygulamaları kullanılarak çevrim içi yapılmıştır. Araştırmada kartopu yöntemi ile farklı bölgelerdeki katılımcıların örnekleme dahil edilmesi ile planlanmıştır. Araştırmada ilk bağlantı kurulan bireyler aracılığıyla diğer katılımcılara ulaşılmıştır.

3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evreni Türkiye'nin farklı coğrafi bölgelerinden katılan 18 yaş ve üzeri yetişkin bireylerden oluşmuştur. Araştırmanın örnekleme ise, sosyal medya kullanan ve araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü kişilerden oluşmuştur. Araştırmanın örneklemini oluşturacak birey sayısına ulaşmak için G-power analiz programı kullanılmıştır. Yapılan analizde yaşamının bir döneminde ruhsal bozukluklarla ilgili tanı alma oranı yaklaşık %20 kabul edilerek (Tokur Kesgin ve ark 2020), örneklem büyüklüğü DSÖ'nün hazırladığı çizelgelerde 0,05 hata payı ve % 99 güven aralığı ile 425 kişi olarak bulunmuştur (92). Araştırmada kullanılan çevrimiçi formun örneklem büyüklüğüne ulaşmaya kadar ulaşılabilir olması planlanmıştır. Ancak eksik ve hatalı kayıplar ortaya çıkabileceği göz önünde bulundurularak örneklem büyüklüğünün 531 kişiye ulaşmasından sonra form kullanıma kapatılmıştır.

3.4 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma verileri, pandemi döneminde gerçekleştirildiğinden, yüzyüze görüşme yapılamamış sadece sosyal medya kullanan bireylerden toplanmıştır. Sosyal medya kullanıcıları, akıllı telefon ve internet erişimine sahip olmak zorunda olduklarından örnekleme, farklı sonuçlar elde edilebilecek bireylere ulaşamamıştır. Bu kısıtlılık, araştırmanın en önemli sınırlılığıdır.

3.5 Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından literatür incelenerek oluşturulmuş Kişisel Bilgi Formu, Kessler Psikolojik Sıkıntı Ölçeği (K10), Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOÖ) kullanılmıştır (EK-2, EK-3, EK-4).

3.5.1 Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür incelenerek oluşturulan katılımcılara yönelik kişisel bilgi formu oluşturulmuştur (EK-2). Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, yaşanılan il / ilçe, meslek, gelir düzeyi, kronik hastalık olma durumu, ilaç kullanma durumu sigara, alkol gibi madde kullanım durumu gibi sorulardan oluşan toplam 16 soruluk bir formdur (EK-2). Bu forma ilişkin sonuçlar Tablo 4.1’de verilmiştir.

3.5.2 Kessler Psikolojik Sıkıntı Ölçeği (K10)

Kessler ve ark. (2002) tarafından, Amerika Birleşik Devletleri “Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi'nin desteğiyle geliştirilen K10 adlı bu ölçek, klinik olarak psikolojik sıkıntının hassasiyetini ve duyarlılığını optimize etmek, cinsiyet ve yaş gruplarında tutarlı bir hassasiyet sağlamak için tasarlanmıştır. Çeşitli çalışmalarla K10’un cinsiyet, eğitim veya yaşla ilgili taraf tutmadığı gösterilmiştir” (93).

Çalışmalar, “K10’un ruhsal bozuklukların değerlendirilmesinde mükemmel bir araç olduğunu göstermiştir. Kısaca K10 adıyla bilinen Kessler Psikolojik Sıkıntı Ölçeği, spesifik olmayan psikolojik sıkıntı ve ciddi ruhsal hastalık için tarama yapmak üzere geliştirilmiş olsa da, birincil bakım ve ruhsal sağlık düzenlemelerinde tarama ve sonuç ölçütleri olarak giderek daha fazla kullanılmaktadır” (93).

“Genel nüfusta ciddi psikolojik sıkıntıyı belirleyen hassas maddeler kullanılarak oluşturulmuştur. Katılımcıların sinirlilik, umutsuzluk, hüznün değersizlik ve yorgunluk gibi belirtileri görülme sıklığını ölçer. Spesifik olmayan psikolojik sıkıntı hakkında 10 sorudan oluşmaktadır ve bir kişinin görüşme öncesindeki dört hafta içinde yaşadığı mevcut ve depresif belirtilerin durumunu” ölçmeyi amaçlamaktadır.

Kessler ve DSÖ formun bu şekliyle kullanılmasını özellikle önermektedir. İki sayfadan oluşan ölçek uygulanırken genellikle S1 başlığı altında yer alan (a’dan j’ye kadar) ilk 10 soru dikkate alınmaktadır (K10 olarak kısaltılması da bu nedenledir.) Orijinal ankette bulunan S2’den S6’ya kadar olan sorular klinisyenin daha geniş anamnez alabilmesine katkı sağlamasına karşın, ölçeğin değerlendirilmesinde etkisi yoktur. Bu konu ölçeği geliştiren Prof. Kessler’e de araştırmacılar tarafından sorulmuş olup “Sadece S1’deki 10 maddenin

kodlandığını, çoğu kişinin ölçeği uygularken S2-S6 sorularını sormadığını” belirtmiştir. S1 başlığındaki ilk 10 soru; yanıt seçenekleri, birden (hiçbir zaman) beşe (her zaman) kadar değişen beş puanlı Likert tipi ölçek olarak hazırlanmıştır. Toplamda en düşük 10, en yüksek 50 puan elde edilmektedir. Yüksek puanlar daha fazla psikolojik sıkıntıya işaret etmektedir.

Altun ve ark.’nın araştırmasında ise “K10 skoru >20 kesim noktası için duyarlılık %92, seçicilik %90.4 olarak” saptanmıştır. Altun ve ark. (2019) tarafından ölçeğin Cronbach’s Alpha katsayısıyla değerlendirilen iç tutarlılık katsayısı 0,95 olarak bulunmuştur (49). Yapılan araştırmada elde edilen Cronbach’s Alpha katsayısı 0,93’tür.

Bu araştırmada, K10 sonuçlarının yorumlanması ile ilgili olarak şu puan aralıkları kullanılmıştır:

- 10-19 Arası Puan: ‘Muhtemel İyi’,
- 20-24 Arası Puan: ‘Muhtemel Hafif Ruhsal Rahatsızlık’,
- 25-29 Arası Puan: ‘Muhtemel Orta Ruhsal Rahatsızlık’,
- 30-50 Arası Puan: ‘Muhtemel Ağır Ruhsal Rahatsızlık’ (49).

3.5.3 Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOÖ)

Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği, bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı (RSO) durumunu belirlemeye ve “hangi alanlarda daha fazla desteğe ihtiyaç duyabileceğini belirlemeyi sağladığı gibi, RSO durumunu iyileştirmeye yönelik müdahalelerin etkinliğini saptama özelliklerine yönelik de değerlendirme yapılmasına” olanak sağlamaktadır (94).

Ölçek, O’Connor ve ark. 2015 yılında yayınladıkları araştırma ile uygulanmaya başlanmış ve devamında çeşitli dillere çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır (94). Otuz beş maddeye sahip olan ölçek, toplam puan üzerinden değerlendirilen Likert tipi bir öz değerlendirme aracıdır. Likert tipi ölçek maddelerinin bir kısmı birden dörde kadar değişen dörtlü Likert tipine sahip bir değerlendirme sağlarken, bir kısmı da birden beşe kadar değişen beşli Liket tipi değerlendirmeye olanak sağlamaktadır. Dörtlü ifadelerin yer aldığı maddelerde değerlendirme (1-15 maddeler) – “kesinlikle katılmıyorum” (1), “katılmıyorum” (2), “katılıyorum” (3), “kesinlikle katılıyorum” (4) şeklindedir.

Beşli ifadelerin yer aldığı ifadelerde (16-35 maddeler) –“kesinlikle katılmıyorum” (1), “katılmıyorum” (2), “kararsızım” (3), “katılıyorum” (4), “kesinlikle katılıyorum” (5) şeklindedir.

Orijinal ölçek tek boyutlu olmasına karşın Tokur Kesgin ve ark. (2020) tarafından yapılan geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında altı boyutu olduğu saptanmıştır (22). Bunlar; Faktör 1 (F1): Hastalıkları tanıyabilme (1-8 arası maddeler), Faktör 2 (F2): Bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi (16-19 arası maddeler), Faktör 3 (F3): Risk faktörlerine ve nedenlerine yönelik bilgi (9. ve 10. maddeler), Faktör 4 (F4): Kendi kendine yardım / tedavi müdahaleleri hakkında bilgi (11. ve 12. maddeler), Faktör 5 (F5): Profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi (13-15 arası maddeler) ve Faktör 6 (F6): Ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik uygun yardım aramayı kolaylaştıran tutumlar ve ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar (20-35 arası maddeler) (damgalama) şeklindedir (22).

Ölçekte bazı maddeler tersine kodlanmıştır (10’uncu 12’inci ile 15’inci maddeler ve 20-28 arası maddeler), ölçek puanı ölçek maddelerine verilen cevaplardaki puanların tamamının toplanması ile elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan en düşük 35, en yüksek 160’tır. Ölçeğin orijinal dildeki geçerlik ve güvenirlik çalışması bulgularına göre Cronbach’s Alpha katsayısı 0.87, Tokur-Kesgin ve ark. (2020) Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında Cronbach’s Alpha katsayısı 0,89 olarak bulunmuştur (22). Bu araştırmada belirlenen Cronbach’s Alpha değeri 0,78’dir.

3.6 Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

3.6.1 Araştırmanın Ön Uygulaması

Anketin hazırlanmasından sonra, örnekleme dâhil edilmeyen 20 yetişkin bireyle, yüzyüze bir ortamda olarak ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamaya katılanlar, anketi tamamlama süresinin 15-20 dakika olduğunu ifade etmişlerdir. Ön uygulama sonucunda soru formunda herhangi bir değişikliğe gidilmemiştir.

3.6.2 Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın uygulanması 27.11.2020-30.12.2020 tarihleri arasında online (Google Forms aracılığıyla) gerçekleştirilmiştir. Forma başlamadan önce araştırmanın amacı, gerekçesi kimler tarafından yapılacağı ve araştırma sonucunda herhangi bir

verinin başkalarıyla paylaşılmayacağına dair taahhüt verilmiştir. Aynı zamanda araştırmaya gönüllü olarak katılabilecekleri ve istememeleri halinde doldurmamakta özgür olduklarına ilişkin detaylı bilgiler verilmiştir. Tüm bu bilgilendirmeler sonrasında bilgilendirilmiş onama ilişkin ‘evet’ cevabı işaretlenmeden formun doldurulmasına izin verilmemiştir.

3.7 Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde “IBM SPSS Statistics Version 22” istatistik paket programı kullanılmıştır. Tanıtıcı verilerin değerlendirilmesinde frekans, yüzde, ölçeklerin değerlendirilmesinde, aritmetik ortalama, minimum -maksimum değerler standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği histogram, normallik testi ve Skewness - Kurtosis değerlerine bakılarak karar verilmiştir. Buna göre K10 puanları normal dağılım göstermemiştir ancak RSOÖ puanları normal dağılım göstermiştir. Ölçek puanlarının normal dağılım göstermesi durumunda t testi ve tek yönlü varyans analizi, normal dağılmadığı durumda ise nonparametrik testlerden Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. İç tutarlılığın ölçeklerdeki değerlendirilmesi için Cronbach’s Alpha değerleri kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki (K10 ile RSOÖ) ilişkinin incelenmesi amacıyla Spearman Korelasyon İlişki testi kullanılmıştır.

3.8 Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İnsan Araştırmaları Etik Kurulu’ndan (07/12 /2020 tarihli ve 493sayılı) ve katılımcılardan bilgilendirilmiş onam seçeneği ile onayları alınmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılacak olan Altun ve ark. (49) geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığı “Kessler Psikolojik Sıkıntı Ölçeği”nin (EK-3) ve “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği”nin (EK-4) kullanım izinleri alınmıştır.

4. BULGULAR

Araştırma, yetişkinlerde psikolojik sıkıntı ve ruh sağlığı okuryazarlığı durumlarını belirlemek amacıyla yürütülmüştür. Araştırma bulguları, tanımlayıcı özellikler ve araştırma soruları doğrultusunda üç başlık altında verilmiştir:

- Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular
- Katılımcıların psikolojik sıkıntı ve ruh sağlığı okuryazarlığı durumlarının dağılımları
- Psikolojik sıkıntı ve ruh sağlığı okuryazarlığı ölçekleri arasındaki ilişkiye yönelik bulgular



4.1 Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Katılımcıların tanıtıcı özelliklerini ifade eden sayılar ve yüzdelere Tablo 4.1.1’de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 4.1.1. Bireylerin tanıtıcı özellikleri (n=531)

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Erkek	129	24,3
Kadın	402	75,7
Yaş ($\bar{x} \pm SS=33,71 \pm 13,63$; Median=32,00; Min-Max=18-65)		
18-24	207	39,0
25-31	48	9,0
32-38	82	15,4
39-45	64	12,1
46-52	67	12,6
53 yaş ve üzeri	63	11,9
Eğitim Durumu		
Lise ve altı	308	58,0
Ön Lisans ve üzeri	223	42,0
Medeni Durum		
Evli	270	50,8
Bekâr	261	49,2
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Yok	272	51,0
1 çocuk	64	12,0
2 çocuk	148	28,0
3 çocuk ve üzeri	47	9,0
Çalışma Durumu		
Çalışan	295	55,6
Çalışmayan	236	44,4

Tablo 4.1.1. Devam

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Meslek		
Çalışmayan	174	32,0
Sağlık sektörü	117	22,0
Eğitim sektörü	126	24,0
Diğer*	114	21,0
Birlikte Yaşanan Kişiler		
Yalnız	35	6,7
Ebeveynler (Anne, baba)	202	38,0
Aile (Eş, çocuk)	264	49,7
Diğer**	30	5,6
Kronik Hastalığı Olma Durumu		
Evet	89	16,8
Hayır	442	83,2
Ruhsal Hastalık Geçirme Durumu		
Evet	55	10,4
Hayır	476	89,6
Madde Kullanma Durumu		
Sigara	124	23,4
Alkol	407	76,6
Uyku Problemi Yaşama Durumu		
Evet	205	38,6
Hayır	326	61,4
Uyku İle İlgili Yaşanan Problemler		
<i>Uykuya dalmada güçlük</i>		
Evet	155	29,2
Hayır	376	70,8

Tablo 4.1.1. Devam

<i>Sık uyanma</i>		
Evet	131	24,7
Hayır	400	75,3
<i>Kâbus görme</i>		
Evet	50	9,4
Hayır	481	90,6
Son Altı Ayda Evdeki Yüğü		
Arttı	236	44,4
Azaldı	26	4,9
Değişmedi	269	50,7

* **Diğer:** Katılımcılardan 114 kişinin belirttiğı diğer (ziraat mühendisi, gıda mühendisi, haberleşme teknikeri, sistem operatörü, işçi vb.) meslek grupları yer almıştır.

****Diğer:** Katılımcılardan 30 kişinin birlikte yaşadığı diğer bireyler yer almıştır. Bu diğer kişilerin kimler olduğu ankette belirtilmemiştir.

Tablo 4.1.1’de; katılımcıların %75,7’sinin kadın, %50,8’nin evli, %28’inin 2 çocuğa sahip olduğu ve %55,6’sının çalıştığı görülmektedir. Katılımcıların %16,8’inin kronik hastalığı olduğu ve %10,4’ünün ruh sağlığı ile ilgili bir hastalık geçirdiğı saptanmıştır. Katılımcıların %38,6’sının uyku problemi yaşadığı ve bu problem yaşayanlardan %29,2’sinin uykuya dalma güçlüğü, %24,7’sinin sık uyanma, %9,4’ünün ise kabus görme şikayetlerinin olduğu saptanmıştır. Bireylerin %23,4’ünün sigara ve % 76,6’sının alkol kullandığı görülmüştür. Pandemi sürecinin yaşandığı son 6 ay içerisinde katılımcıların %44,4’ünün evdeki yükleri artmıştır.

4.2 Katılımcıların Psikolojik Sıkıntı ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Durumlarının Dağılımları

Katılımcıların, psikolojik sıkıntı durumları ile ruh sağlığı okuryazarlığı durumlarına ait puanlar, frekanslar ve yüzdeler Tablo 4.2.1’de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 4.2.1. Katılımcıların psikolojik sıkıntı ve ruh sağlığı okuryazarlığı durumlarının dağılımları (n: 531)

Ölçeklerin Puan Aralıklarına Göre Dağılımları	n	%
K10 Puanları ($\bar{x} \pm SS=33,65 \pm 10,08$; Median=34,00; IQR=40; Min-Max= 10-50)		
10-19 puan muhtemel iyi	66	12,4
20-24 puan muhtemel hafif ruhsal rahatsızlık	48	9,0
25-29 puan muhtemel orta ruhsal rahatsızlık	71	13,4
30-50 puan muhtemel ağır ruhsal rahatsızlık (Tanılanabilir ruh sağlığı ile ilgili bir hastalık düzeyi)	346	65,2
RSOÖ Puanları ($\bar{x} \pm SS=107,50 \pm 13,13$; Median=108,00; IQR=40; Min-Max= 71-152)		
>107,5 puan	273	51,4
$\leq 107,5$ puan	258	48,6

Kısaltmalar: $\bar{x} \pm SS$: Ortalama $\pm$ Standart Sapma, IQR: Interquartile Range, Min-Max: Minimum-Maximum

Tablo 4.2.1 incelendiğinde katılımcıların K10 puanlarında median değerinin 34,00 olduğu ve bu değer muhtemel ağır ruhsal rahatsızlık durumunu gösterdiği anlaşılmaktadır. Yüzdelik dağılım incelendiğinde de katılımcıların % 65,2’sinin muhtemel ağır ruhsal rahatsızlık durumlarının olduğu görülmektedir. Katılımcılardan sadece % 12,4’ü herhangi bir ruhsal rahatsızlık durumunun olmadığını belirtmiştir. Tablo 4.2.1’den de anlaşılacağı gibi RSOÖ puanına ilişkin ortalama değer 107,5’dir. Katılımcıların % 48,6’sının bu ortalama değer altında bulunduğu gözlenmiştir.

Tablo 4.2.2. Katılımcıların bazı özellikleri ile K 10 ve RSOÖ puanlarının karşılaştırılması (n=531)

Özellikler	K 10	F1 Hastalıkları Tanyabilme	F3 Risk Faktörlerine ve Nedenlerine Yönelik Bilgi	F4 Tedavi Müdahaleleri Hakkında Bilgi	F5 Profesyonel Yardıma Ulaşabilmeye Yönelik Bilgi	F2 Bilgiye Nasıl Ulaşılabileceği ine Yönelik Bilgi	F6 Ruh Sağlığı Hastalarına ve Bunlar İçin Yardım Aramaya Yönelik Tutumlar	RSOÖ
	Median (IQR)	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Cinsiyet								
Erkek	39,00 (6,00)	23,82±5,32	5,92±6,20	5,06±0,92	8,44±1,55	15,74±3,48	43,68±8,28	102,69±13,06
Kadın	33,00 (6,25)	25,25±4,74	6,20±1,43	5,16±1,01	9,08±1,63	16,54±3,41	46,77±8,43	109,04±13,06
<i>İstatistiksel Analiz</i>	<i>U=20397,500; Z= -3,650; p=0,001</i>	<i>t= -2,885; df= 529; p=0,004</i>	<i>t= -1,895; df= 529; p=0,001</i>	<i>t= -1,984; df= 529; p=0,325</i>	<i>t= -3,920; df= 529; p=0,001</i>	<i>t= -2,320; df= 529; p=0,021</i>	<i>t= -3,635; df= 529; p=0,001</i>	<i>t= -4,875; df= 529; p=0,001</i>
Yaş								
18-24 (1)	32,00 (14,00)	25,14±4,17	6,10±1,41	5,16±1,02	9,01±1,60	15,56±3,49	46,62±8,74	107,63±13,12
25-31 (2)	30,50 (17,00)	24,47±5,38	6,22±1,32	5,45±1,20	8,85±1,84	16,72±3,42	45,66±7,38	107,41±13,87
32-38 (3)	34,50 (16,25)	24,59±5,38	6,12±1,66	5,30±1,05	8,65±1,44	16,57±3,04	45,15±9,35	106,41±13,82
39-45 (4)	33,00 (17,75)	25,42±5,00	6,51±1,39	4,98±0,68	8,98±1,55	17,15±2,85	45,10±7,82	108,17±11,82
46-52 (5)	40,00 (12,00)	23,98±5,76	6,11±1,45	4,98±0,94	8,85±1,94	16,92±3,91	46,44±8,11	107,31±13,22
>52 (6)	40,00 (17,00)	25,33±5,27	5,80±1,55	4,96±0,93	9,04±1,52	16,95±3,39	45,95±8,42	108,06±13,26
<i>İstatistiksel Analiz Post-hoc Adjusted Bonferroni p=0,003</i>	<i>KWH=37,920; df=5; p=0,001 1-6,2-6,2-5,3-5</i>	<i>F=0,939; df=5; p=0,455</i>	<i>F=1,538; df=5; p=0,176</i>	<i>F=2,488; df=5; p=0,031 2-4</i>	<i>F=0,704; df=5; p=0,621</i>	<i>F=3,896; df=5; p=0,002 1-4</i>	<i>F=0,577; df=5; p=0,718</i>	<i>F=0,175; df=5; p=0,972</i>
Medeni Durum								
Evli	35,74 (16,00)	24,58±5,33	6,14±1,54	5,02±0,84	8,76±1,62	16,78±3,26	45,09±7,89	106,39±12,71
Bekâr	31,43 (9,84)	25,24±4,45	6,13±1,39	5,26±1,12	9,09±1,63	15,91±3,57	46,99±8,98	108,64±13,48
<i>İstatistiksel Analiz</i>	<i>U=26502,500; Z= -4,943; p=0,001</i>	<i>t= -1,536; df= 529; p=0,125</i>	<i>t= -0,082; df= 529; p=0,935</i>	<i>t= -2,815; df= 529; p=0,005</i>	<i>t= -2,354; df= 529; p=0,019</i>	<i>t= 2,928; df= 529; p=0,004</i>	<i>t= -2,586; df= 529; p=0,010</i>	<i>t= -1,976; df= 529; p=0,049</i>

Tablo 4.2.2. Devam								
Özellikler	K 10	F1 Hastalıkları Tanyabilme	F3 Risk Faktörlerine ve Nedenlerine Yönelik Bilgi	F4 Tedavi Müdahaleleri Hakkında Bilgi	F5 Profesyonel Yardıma Ulaşabilmeye Yönelik Bilgi	F2 Bilgiye Nasıl Ulaşılabileceğin ine Yönelik Bilgi	F6 Ruh Sağlığı Hastalıklarına ve Bunlar İçin Yardım Aramaya Yönelik Tutumlar	RSOÖ
	Median (IQR)	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Çalışma Durumu								
Evet	37,00 (16,00)	24,69±5,36	6,13±1,51	5,09±0,90	8,83±1,67	16,58±3,51	44,81±7,96	106,15±13,30
Hayır	32,00 (15,00)	25,18±4,32	6,13±1,41	5,20±1,09	9,03±1,58	16,06±3,33	47,55±8,89	109,18±12,75
<i>İstatistiksel Analiz</i>	<i>U=30992,000; Z= -2,174; p=0,030</i>	<i>t= -1,132; df= 529; p=0,258</i>	<i>t= -0,059; df= 529; p=0,953</i>	<i>t= -1,294; df= 529; p=0,196</i>	<i>t= -1,407; df= 529; p=0,160</i>	<i>t= -1,741; df= 529; p=0,082</i>	<i>t= -3,740; df= 529; p=0,001</i>	<i>t= -2,653; df= 529; p=0,008</i>
Eğitim Durumu								
Ön Lisans ve Üstü	35,50 (17,00)	24,69±5,36	24,69±5,36	24,69±5,36	24,69±5,36	24,69±5,36	24,69±5,36	24,69±5,36
Lise ve Altı	33,00 (15,00)	25,18±4,32	25,18±4,32	25,18±4,32	25,18±4,32	25,18±4,32	25,18±4,32	25,18±4,32
<i>İstatistiksel Analiz</i>	<i>U=32502,500; Z= -1,435; p=0,151</i>	<i>t= 0,210; df= 529; p=0,834</i>	<i>t= 0,425; df= 529; p=0,671</i>	<i>t= -1,254; df= 529; p=0,211</i>	<i>t= 0,315; df= 529; p=0,753</i>	<i>t=3,410; df= 529; p=0,001</i>	<i>t= -2,804; df= 529; p=0,005</i>	<i>t= -0,846; df= 529; p=0,398</i>
Çocuk Sayısı								
Yok (1)	33,00(15,00)	25,05±4,72	6,06±1,46	5,23±1,06	8,82±1,66	16,02±3,49	46,24±8,68	107,44±13,33
1 çocuk (2)	33,50(18,75)	24,79±5,18	6,46±1,53	5,18±0,94	8,96±1,67	16,37±3,69	45,29±8,86	107,09±14,14
2 çocuk (3)	35,00(17,00)	24,55±5,12	6,15±1,49	5,00±0,92	9,02±1,59	16,80±3,31	45,99±8,31	107,54±12,68
>2 çocuk (4)	37,00(10,00)	25,38±5,15	6,02±1,34	5,00±0,85	9,14±1,57	16,82±3,09	45,89±7,52	108,27±12,28
<i>İstatistiksel Analiz</i>	<i>KWH=2,081; df= 2; p=0,353</i>	<i>F=0,486; df=3; p=0,692</i>	<i>F=1,401; df=3; p=0,242</i>	<i>F=2,071; df=3; p=0,103</i>	<i>F=0,849; df=3; p=0,468</i>	<i>F=0,220; df=3; p=0,883</i>	<i>F=0,577; df=3; p=0,718</i>	<i>F=13,364; df=3; p=0,077</i>
Birlikte Yaşanan Kişiler								
Yalnız (1)	34,00(19,00)	25,68±5,10	6,05±1,45	5,34±1,43	8,97±1,82	17,22±3,46	47,97±10,04	111,25±14,91
Anne Baba Kardeşler(2)	31,00(15,00)	25,09±4,42	6,02±1,45	5,20±1,09	9,13±1,56	15,54±3,57	46,49±8,54	107,51±12,90
Eş ve Çocuklar(3)	37,00(16,00)	24,65±5,27	6,17±1,50	5,04±0,81	8,78±1,59	15,57±3,44	45,15±7,86	106,62±12,63
Diğer (4)	34,00(15,25)	25,03±4,92	6,63±1,21	5,36±1,15	8,70±2,11	16,39±3,58	48,30±10,70	110,76±16,01
<i>İstatistiksel Analiz</i> <i>Post-Hoc Adjusted Bonferroni P=0,008</i>	<i>KWH=14,937; df= 3; p=0,002</i> <i>2-3</i>	<i>F=0,635; df=3; p=0,593</i>	<i>F=0,635; df=3; p=0,593</i>	<i>F=1,580; df=3; p=0,193</i>	<i>F=2,108; df=3; p=0,098</i>	<i>F=6,271; df=3; p=0,001</i> <i>1-2, 1-3</i>	<i>F=2,480; df=3; p=0,060</i>	<i>F=1,978; df=3; p=0,116</i>

Tablo 4.2.2. Devam								
Özellikler	K 10	F1 Hastalıkları Tanyabime	F3 Risk Faktörlerine ve Nedenlerine Yönelik Bilgi	F4 Tedavi Müdahaleleri Hakkında Bilgi	F5 Profesyonel Yardıma Ulaşılabilirliğe Yönelik Bilgi	F2 Bilgiye Nasıl Ulaşılabileceği nine Yönelik Bilgi	F6 Ruh Sağlığı Hastalıklarına ve Bunlar İçin Yardım Aramaya Yönelik Tutumlar	RSOÖ
	Median (IQR)	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Meslek								
Çalışmayan (1)	32,00 (13,25)	25,62±3,78	6,14±1,36	5,24±1,10	9,03±1,50	15,57±3,44	46,94±8,92	108,56±12,76
Sağlık (2)	33,00 (17,50)	26,02±4,55	6,31±1,50	5,23±0,89	9,02±1,62	16,39±3,58	45,20±6,63	108,20±12,38
Eğitim (3)	38,00 (16,00)	24,55±5,26	6,14±1,51	5,06±0,09	8,93±1,62	17,43±2,87	45,23±9,00	107,36±13,28
Diğer (4)	37,00 (18,00)	23,07±5,86	5,92±1,54	4,99±1,00	8,64±1,81	16,30±3,58	46,35±8,87	105,29±14,13
<i>İstatistiksel Analiz Post-Hoc Adjusted Bonferroni p=0,008</i>	<i>KWH=2,081; df= 2; p=0,353</i>	<i>F=9,137; df=3; p=0,001 1-4</i>	<i>F=1,404; df=3; p=0,241</i>	<i>F=2,084; df=3; p=0,101</i>	<i>F=1,494; df=3; p=0,215</i>	<i>F=7,383; df=3; p=0,001 1-3</i>	<i>F=1,471; df=3; p=0,221</i>	<i>F=1,574; df=3; p=0,195</i>
Ruh Sağlığı İle İlgili Hastalık Tanısı Alma								
Evet	29,00 (12,00)	25,92±12,15	6,40±1,47	5,38±1,28	9,32±1,71	17,16±2,84	49,52±8,23	113,72±12,15
Hayır	35,00 (16,00)	24,77± 4,96	6,09±1,46	5,12±0,95	8,87±1,62	16,24±3,50	45,60±8,44	106,72±13,05
<i>İstatistiksel Analiz</i>	<i>U=30992,000; Z= - 2,174; p=0,030</i>	<i>t= 1,637; df= 528; p=0,001</i>	<i>t= 1,461; df= 528; p=0,145</i>	<i>t= 1,843; df= 528; p=0,066</i>	<i>t= 1,935; df= 528; p=0,054</i>	<i>t= 1,867; df= 528; p=0,062</i>	<i>t= 3,269; df= 528; p=0,001</i>	<i>t= 3,791; df= 528; p=0,001</i>
Uyku problemi								
Evet	29,00 (14,50)	24,46±5,35	6,01±1,58	5,08±1,00	8,89±1,77	16,01± 3,50	46,63±7,91	107,12±13,51
Hayır	38,00 (14,00)	25,19± 4,62	6,20± 1,39	5,18±0,99	8,94±1,54	16,56±3,39	45,64±8,82	107,73±12,90
<i>İstatistiksel Analiz</i>	<i>U=30992,000; Z= - 2,174; p=0,030</i>	<i>t= -1,646; df= 530; p=0,100</i>	<i>t= -1,443; df= 530; p=0,150</i>	<i>t= -1,137; df= 530; p=0,256</i>	<i>t= -1,407; df=530; p=0,160</i>	<i>t= -1,741; df= 530; p=0,082</i>	<i>t= -3,740; df= 530; p=0,001</i>	<i>t= -2,653; df= 530; p=0,008</i>

Kısaltmalar; $\bar{x} \pm SS$: Ortalama±Standart Sapma, **IQR**: Interquartile Range, **Min-Max**: Minimum-Maximum, **KWH**: Kruskal-Wallis test

Tablo 4.2.2’de katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile K10 ve RSOÖ puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Yetişkinlerin tanıtıcı özellikleri ile K10 puanları karşılaştırıldığında erkeklerin (median=39,00;IQR=6,00) ruhsal rahatsızlık ya da psikolojik sıkıntı durumu, kadınlara göre (median=33,00; IQR=6,25) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir (U=20397,500; Z= -3,650; p=0,001).

Sonuçlar, yaş değişkeni bakımından incelendiğinde, 52 yaş ve üzeri yetişkinlerin (median=40,00; IQR=17,00) psikolojik sıkıntı durumunun hem 18-24 (median=32,00;IQR=14,00) hem de 25-31 (median=30,50;IQR=17,00) yaş aralığındaki yetişkinlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı sonuçlara göre, 46-52 yaşındaki (median=40,00;IQR=12,00) yetişkinlerin psikolojik sıkıntı durumunun hem 25-31 yaş (median=30,50;IQR=17,00) hem de 32-38 yaş (median=34,50;IQR=16,25) grubundaki yetişkinlere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (KWH=37,920; df=5; p=0,0019) (Tablo 4.2.2).

Araştırmanın medeni duruma ait analizleri incelendiğinde evlilerin (median=35,74;IQR=16,00) psikolojik sıkıntı durumunun bekarlara (median=31,43;IQR=9,84) göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (U=26502,500; Z= -4,943; p=0,001) (Tablo 4.2.2).

Eş ve çocuklarıyla yaşayanların (median= 37,00;IQR=16,00) psikolojik sıkıntı durumu, anne-baba ve kardeşleriyle yaşayan (median= 31,00;IQR=15,00) yetişkinlere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur (KWH: 14,937; df=3; p=0,002) (Tablo 4.2.2).

Katılımcılardan diğer meslek grubu çalışanların (median=37,00;IQR=18,00) çalışmayanlara (median=32,00;IQR=13,25) oranla K10 puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur (U=30992,000; Z= -2,174; p=0,030) (Tablo 4.2.2). Özellikle eğitim sektöründe çalışanların (median= 38,00;IQR=16,00) ve diğer meslek gruplarında çalışanların (median= 37,00;IQR=18,00) K10 puanları daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (KWH: 2,081; df=2; p=0,002) (Tablo 4.2.2).

Yetişkinlerin ruh sağlığı ile ilgili hastalık tanısı alma durumlarına bakıldığında, daha önce herhangi bir ruhsal hastalık tanısı almayanların

(median=35,00;IQR=16,00) K10 puanlarının hastalık tanısı alanlara (median=29,00;IQR=12,00) göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($U=30992,000$; $Z= -2,174$; $p=0,030$) (Tablo 4.2.2).

Araştırmada uyku ile ilgili problem yaşamayanların (median=38,00;IQR=14,00) psikolojik sıkıntı durumlarının uyku problemi yaşayanlara (median=29,00;IQR=14,50) göre yüksek olduğu saptanmıştır ($U=30992,000$; $Z= -2,174$; $p=0,030$) (Tablo 4.2.2).

Katılımcıların karşılaştırıldığında cinsiyete göre RSOÖ puanlarının dağılımları Tablo 4.2.2.'de sunulmuştur. Tabloya göre kadınların RSOÖ puan ortalamaları ($\bar{x}=109,04$; $SS=13,06$) erkeklere göre ($\bar{x}=102,9$; $SS=13,06$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($t=-4,875$; $df=529$; $p=0,001$). Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeğinin alt boyutlarının analizlerine bakıldığında; kadınların “Hastalıkları tanıyabilme” ($\bar{x}=25,25$; $SS=4,74$; $t=-2,885$; $df=529$; $p=0,004$), “Bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi” ($\bar{x}=16,54$; $SS=3,41$; $t=-1,895$; $df=529$; $p=0,001$), “Risk faktörlerine ve nedenlerine yönelik bilgi” ($\bar{x}=6,20$; $SS=1,43$; $t=-3,920$; $df=529$; $p=0,001$), “Profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi” ($\bar{x}=9,08$; $SS=1,63$; $t=-3,320$; $df=529$; $p=0,021$) ve “Ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik uygun yardım aramayı kolaylaştıran tutumlar ve ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar” ($\bar{x}=46,77$; $SS=8,43$; $t=-4,875$; $df=529$; $p=0,001$) alt boyutlarında erkeklere oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek ortalamalara sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2.2).

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ve RSOÖ puanları incelendiğinde; “Bilgiye nasıl ulaşılabilirliğine yönelik bilgi” bakımından 39-45 yaş grubundaki yetişkinlerin RSOÖ puan ortalamalarının ($\bar{x}=17,15$; $SS=11,82$), 18-24 yaş grubundaki yetişkinlerin RSOÖ puan ortalamalarına göre ($\bar{x}=15,56$; $SS=13,12$) istatistiksel bakımdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($F=3,896$; $df=5$; $p=0,002$). “Tedavi müdahaleleri hakkında bilgi”ye yönelik olarak da, 39-45 yaş grubu ($\bar{x}=4,98$; $SS=0,68$) ile 25-31 yaş grubu ($\bar{x}=5,45$; $SS=1,20$) arasında anlamlı durumda fark saptanmıştır ($F=2,488$; $df=5$; $p=0,031$) (Tablo 4.2.2).

Katılımcıların medeni durumları ile RSOÖ puanları incelendiğinde; bekarların puan ortalamalarının ($\bar{x}=108,64$; $SS=13,48$), evlilere göre ($\bar{x}=106,39$; $SS=12,71$) istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu

görülmüştür ($t=-1,976$; $df=529$; $p= 0,049$). Ölçeğin alt boyutlarına bakıldığında bekarların “Bilgiye nasıl ulaşılabilceğine yönelik bilgi” ($\bar{x}=15,91$; $SS=3,57$) ($t=2,928$; $df=529$; $p= 0,004$) , “Tedavi müdahaleleri hakkında bilgi” ($t=-2,815$; $df=529$; $p= 0,005$), “Profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi” ($t=-2,354$; $df=529$; $p= 0,019$) ve “Ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik uygun yardım aramayı kolaylaştıran tutumlar ve ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar” ($t=-2,586$; $df=529$; $p= 0,010$) bakımından evlilere göre istatistiksel olarak daha yüksek ortalamalara sahip olduğu saptanmıştır. Katılımcılardan yalnız yaşayanlar ($\bar{x}=17,22$; $SS=3,46$) ile anne, baba ve kardeşleriyle yaşayanlar ($\bar{x}=15,54$; $SS=3,57$) ve eş, çocukları ile yaşayanlar ($\bar{x}=15,57$; $SS=3,44$) arasında “Bilgiye nasıl ulaşılabilceğine yönelik bilgi” bilgi puanı ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar vardır ($F=6,271$; $df=3$; $p=0,001$) (Tablo 4.2.2).

Katılımcıların eğitim durumu ile ölçeğin alt boyutlarından “Bilgiye nasıl ulaşılabilceğine yönelik bilgi” karşılaştırıldığında, lise ve altı grubun ($\bar{x}=25,18$; $SS=4,32$) ön lisan ve üstü gruba ($\bar{x}=24,69$; $SS=5,36$) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($t= 3,41$; $df=529$; $p=0,001$). “Ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik uygun yardım aramayı kolaylaştıran tutumlar ve ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar” incelendiğinde de aynı gruplar arasında (sırasıyla $\bar{x}=25,18$; $SS=4,32$ ve $\bar{x}=24,69$; $SS=5,36$) aynı yönde anlamlı farklılık bulunmuştur ($t= -2,804$; $df= 529$; $p= 0,005$) (Tablo 4.2.2).

Çalışma bakımından yapılan karşılaştırmada, eğitim alanında çalışanların ($\bar{x}= 17,43$; $SS=2,87$) “Bilgiye nasıl ulaşılabilceğine yönelik bilgi” bakımından, çalışmayanlara ($\bar{x}=15,57$; $SS=3,44$) göre RSOÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($F=7,383$; $df=3$; $p=0,001$). Çalışmayanların ($\bar{x}=25,62$; $SS=3,78$) “Hastalıkları tanıyabilme” bakımından ise diğer meslek gruplarına (ziraat mühendisi, gıda mühendisi, haberleşme teknikeri, sistem operatörü, işçi vb.) ($\bar{x}=23,07$; $SS=5,86$) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($F=9,137$; $df= 3$; $p=0,001$) (Tablo 4.2.2).

Araştırmaya göre, katılımcıların ruh sağlığı ile ilgili hastalık tanısı alma ile RSOÖ puanları karşılaştırıldığında hastalık tanısı alanların ($\bar{x}=113,72$; $SS=12,15$) RSOÖ puan ortalamaları hastalık tanısı almayanlara göre ($\bar{x}=106,72$; $SS=13,05$) istatistiksel bakımdan anlamlı olarak daha yüksektir olduğu saptanmıştır ($t=3,791$;

df= 528; p=0,001). Alt boyutlar incelendiğinde ise “Hastalıkları tanıyabilme” bakımından, hastalık tanısı alanların ($\bar{x}$ =25,92; SS=12,15) almayanlara ($\bar{x}$ =24,77; SS=4,96) göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (p=0,01; t=1,637). “Ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik uygun yardım aramayı kolaylaştıran tutumlar ve ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar” alt boyutu incelendiğinde, katılımcılardan hastalık tanısı alanların ($\bar{x}$ =49,52; SS=8,23) almayanlara göre ($\bar{x}$ =45,60; SS=8,44) istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (t= 3,269; df=528; p=0,001) (Tablo 4.2.2).

Katılımcıların uyku problemleri ile RSOÖ ölçek puanları karşılaştırıldığında; uyku problemi olmayanların ($\bar{x}$ =107,73; SS=12,90) olanlara ($\bar{x}$ =107,12; SS=13,51) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu görülmüştür (t= -2,653; df=530; p= 0,008). Alt boyutlar incelendiğinde ise, “Ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik uygun yardım aramayı kolaylaştıran tutumlar ve ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar” bakımından, uyku problemi olanların ($\bar{x}$ =46,63; SS=7,91) olmayanlara ($\bar{x}$ =45,64; SS=8,82) göre istatistiksel olarak daha yüksek puan ortalamalarına sahip oldukları görülmüştür (t= -3,740; df=530; p= 0,001) (Tablo 4.2.2).

4.3 Kessler Psikolojik Sıkıntı Ölçeği Sonuçları ile Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Sonuçları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Tablo 4.3.1. Kessler Psikolojik Sıkıntı Ölçeği Sonuçları ile Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Korelasyon Tablosu (n=531)

		F1	F3	F4	F5	F2	F6	RSOÖ
K10	r	-0,45	-0,080	0,006	0,028	0,109*	-0,016	0,000
	p	0,306	0,066	0,890	0,526	0,012	0,712	0,997
F1	r		0,233**	0,107*	0,382**	0,341**	0,160**	0,636**
	p		0,000	0,014	0,000	0,000	0,000	0,000
F3	r	0,233**		0,051	0,187**	0,118**	0,071	0,317**
	p	0,000		0,242	0,000	0,007	0,102	0,000
F4	r	0,107*	0,051		0,061	0,072	0,039	0,160**
	p	0,014	0,242		0,163	0,097	0,369	0,000
F5	r	0,382**	0,187	0,061		0,304**	0,148**	0,462**
	p	0,000	0,000	0,163		0,000	0,001	0,000
F2	r	0,341*	0,118**	0,072	0,304**		0,252**	0,587**
	p	0,000	0,000	0,097	0,000		0,000	0,000
F6	r	0,160**	0,071	0,039	0,148**	0,252**		0,770**
	p	0,000	0,102	0,369	0,001	0,000		0,000

r: korelasyon sayısı *p<0,05, **p<0,01

Tablo 4.3.1’de katılımcıların Kessler Psikolojik Sıkıntı Ölçeği sonuçları ile Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği sonuçları arasında ilişki aranmıştır. Analizler sonrasında, bu iki ölçeğe verilen cevaplar bakımından istatistik olarak anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır (p>0,05; r=0,997). Sadece psikolojik sıkıntı durumu ile bilgiye ulaşma durumu arasında zayıf anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (p<0,05; r= 0,109).

5. TARTIŞMA

Tartışma iki başlık altında ele alınacaktır.

1. Psikolojik sıkıntı ve ruh sağlığı okuryazarlığı
2. Psikolojik sıkıntı ve ruh sağlığı okuryazarlığı ölçekleri arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.

5.1 Psikolojik Sıkıntı ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı

Araştırmada, katılımcılardan her 5 kişiden 3'ünün şiddetli bir psikolojik sıkıntı içerisinde olduğu saptanmıştır. Araştırma doğrudan bunu amaçlamaması olmasına karşın, COVID-19 pandemisinin araştırma örneklemini oluşturan bireyler üzerinde etkisi olabileceğini düşündürmüştür. COVID-19 pandemisinin dünya gündemini sarstığı bir yılın ardından yapılmış olması ve psikolojik sıkıntı yaşayanların oranının fazla olması literatürdeki COVID-19'un bireylerde çok etkili bir stres faktörü olduğunu (95, 96, 97) bildiren kaynaklarla desteklenmektedir. Pandemi sürecinde her gün bireyler, günlük yaşamın doğasını zorlayan bir maskeyle, saatlerce dolaşmak ve sosyal bir varlık olmalarına karşın yıllarca sosyal ortamlardan uzak durmak zorunda kalmışlardır (98, 99). Pandemi süreci bireyleri başka bir açıdan da etkilemiştir ve katılımcıların %44,4'ü pandemi sürecinin yaşandığı son altı ay içerisinde evdeki yükünün arttığını ifade etmiştir. Bunun dışında aile içi şiddet ve boşanmalarda artışlar yaşamış, işlerini kaybeden bireyler olmuş, iflas eden şirketler ve esnaflar olmuştur. Pandemi insanlığı pek çok açıdan olumsuz etkilemiştir (98). Bahsedilen koşullar bireylerde psikolojik sıkıntı ve ruh sağlığı ile ilgili problemlerin görülme oranlarına etkide bulunmuş olabilir. Türkiye'de ruh sağlığı alanında yapılan çalışmaların çoğu öğrenciler üzerinde yapılmıştır. Topkaya ve ark. (15) öğrencilerin %18,9'unun psikolojik sıkıntı yaşadığını saptamıştır. Hacıoğlu ve ark. (65)'nin öğrencilerle yaptığı çalışmaya göre, "her dört kişiden en az birinin teşhis ve tedavi edilmemiş ruhsal bozukluğu olduğu, bunların da yaklaşık %69'unun fiziksel şikâyetlerle başvurduğu için fark edilemediği belirtilmektedir". Türkiye'de de ruh sağlığı ile ilgili olarak çoğunlukla fizyolojik semptomlarla başvuru yapıldığı ve pek çok doktora gidildikten sonra uzman bir psikiyatri doktoruna başvurulduğu ve damgalanmanın bireylerin psikolojik durumlarını etkilediği bilinmektedir.

Katılımcıların yaşları arttıkça sıkıntı düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı oranda arttığı saptanmıştır. Bu durum pandemi döneminde ileri yaşlardaki

bireylerin daha fazla etkilenmeleriyle ilgili olabileceğini düşündürmüştür. Çünkü pandemi döneminde yaşı ileri olan bireylerin dışarı çıkmaları yasaklanmış yaklaşık 9 ay hiç dışarı çıkamamışlardır (100), Resmi Gazete 24 Mart 2020 (101), 17 Kasım 2020 (102), Bunun yanında kronik hastalığı olan ileri yaştaki bireylerin kronik hastalıklara sahip olmaları nedeniyle COVID-19 korkusunu en fazla yaşayan grup olmaları da etkili olabilir. Ayrıca temel ihtiyaçlarını alacak bir yakını olmayan ileri yaştaki bireyler başka açılardan da zorluklar yaşamışlardır (103).

Araştırma sonuçlarına göre erkeklerin kadınlara oranla, istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla psikolojik sıkıntı yaşadığı saptanmıştır. Psikolojik sıkıntı durumları bireylerin ruh sağlığı problemlerini ne derecede yaşadıklarının da bir göstergesidir. Araştırmalar kadınların %63,8 ve erkeklerin %45,7 oranında ruh sağlığı problemleri yaşadıklarını göstermektedir (68, 104). Başka bir araştırmada Erol ve ark., ruhsal bozuklukların “kadınlarda, erkeklere göre iki kat daha fazla” görüldüğü bildirilmiştir (6).

Evlilerin, bekarlara oranla psikolojik sıkıntı durumlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgu hem yaş bakımından büyük olanların bulguları ile hem de eş ve çocukları ile yaşayanların bulguları ile uyumludur. Gualano ve ark.’nın 2020 yılında İtalya’da pandemi kapanması sırasında yaptıkları çalışmada evli olanlarla olmayanlar arasında ruh sağlığı bakımından anlamlı fark bulmuştur (105). Bu farklılıklara bakıldığında, bekar/boşanmış olanların, evli/birlikte yaşayanlara göre depresyon, anksiyete, ve uyku bozuklukları bakımından ruh sağlığı durumlarının daha kötü durumda olduğu görülmektedir. Araştırma sonuçlarına göre, bekarların %30,5’unun depresyonda olduğu (olumsuz cevap verenler: %20,9 $p<001$), %28,2’inin anksiyete bozukluğu yaşadığı (olumsuz cevap verenler: %20,2 $p<001$) ve 44,7’nün uyku bozuklukları yaşadığı (olumsuz cevap verenler: %41 $p<0164$) tespit edilmiştir. Bu iki araştırma arasındaki farkın sosyoekonomik farklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bilindiği gibi alkol ve diğer zararlı madde kullanım oranları, ruh sağlığı konusunda en sık başvurulanan istatistiklerdendir (30). Çalışmaya katılanların madde kullanma durumları incelendiğinde bireylerin %23,4’ünün sigara ve % 76,6’sının alkol kullandığı görülmüştür. Bu oranlar oldukça yüksektir. Pandemi öncesinde, TÜİK 2016 verilerine göre, Türkiye’de tüm yaş gruplarında ortalama %12,2 olan alkol kullanım oranı 2019 verilerine göre %14,8’e çıkmıştır aynı şekilde tütün

mamüllerini kullanma oranı da %26,5'ten %28,2'ye yükselmiştir (106). Arpacıoğlu ve Ünübol'un 2020 yılında pandemi sürecinde yaptığı araştırma da, katılanların %20,3'sinin alkol kullanımında değişiklik olmadığı, %4,9'ünün alkol kullanımının arttığı ve %11,2'nin alkolü azaltmış veya bırakmış olduğunu ve katılanların %63,6'sının ise alkol kullanmadığını belirterek (107) bu analizi desteklemektedir.

Araştırma sonucunda uyku problemi yaşamayanların psikolojik sıkıntı durumlarının da istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Uyku problemi yaşamayanların K10 medyan değeri 38,00 (IQR=14) iken, uyku problemi yaşayanların medyan değeri 29,00 (IQR=14,50) olarak bulunmuştur. IQR değerlerinin ne kadar yakın olduğuna dikkat edilecek olursa sadece medyan değerleri arasındaki farkın da anlamlı olduğu görülmektedir. Duong'un 2021 yılında Vietnam'da üniversite öğrencileri üzerinde, pandemi döneminde yaptığı araştırma da sağlıklı yaşam ile psikolojik sıkıntı arasında ters yönde ilişki gösterdiği halde uyku problemi ile ters ilişki göstermemiştir (108). Bu bilgiler ışığında uyku parametresinin daha iyi anlaşılabilmesi için daha geniş araştırmalara ihtiyaç olduğu söylenebilir. Örneğin bu araştırmada uyku problemi genel bir kategori olarak sorulmuştur fakat uluslararası literatür bu problemi yedi ana başlık altında incelemektedir: İnsomnia bozuklukları, uykuyla ilgili nefes alma bozuklukları, hipersomnolence (aşırı uyuma) merkezi bozuklukları, sirkadiyen ritim uyku-uyanma bozuklukları, uykuyla ilgili hareket bozuklukları, parasomnia (sinir, kas aktivitesi sonucu istemsiz fiziksel aktivite), ve diğer uyku bozuklukları (109). Uyku ilgili sorulan sorularda, bu kategoriler gözetilerek ayrıntılı veri toplanması durumunda analizin daha uygun koşullarda yorumlanması faydalı olacaktır.

Katılımcıların %16,8'inin kronik hastalığı olduğu ve %10,4'ünün ruh sağlığı ile ilgili bir hastalık geçirdiği saptanmıştır. Ciddi kronik rahatsızlığı (kalp-damar hastalığı, kanser, diyabet ve solunum sistemi hastalıkları) olan bireylerin kendinde psikiyatrik hastalık olduğunu düşünme durumunun somatizasyon düzeyini anlamlı olarak arttırdığını belirtilmektedir (59, 60). Kronik hastalığı olduğunu ifade edenlerin K10 medyan değeri 29,00 (IQR=12) iken kronik hastalığı bulunmadığını ifade edenlerin aynı değeri 35,00 (IQR=16) olarak hesaplanmıştır. Yani kronik rahatsızlığı olmayanların psikolojik sıkıntı durumu daha yüksektir. Hopman ve ark. da (110) bu tür kronik rahatsızlıkları olanların ruh sağlığı

durumlarının göreceli olarak yüksek ve stabil kaldığını göstermiştir. Bunun nedeni kronik rahatsızlığı olanların bu rahatsızlıklarına odaklanmaları olabilir. Bu tür rahatsızlıkları olmayanlar için, sağlıkları söz konusu olduğunda, odak noktası ruhsal durumları olabilir.

Araştırmada, herhangi bir ruhsal hastalık tanısı almış olanların psikolojik sıkıntı durumlarının daha iyi olduğu, aynı grubun ruh sağlığı okuryazarlık durumunun da daha iyi durumda olduğu belirlenmiştir. Bunun nedenin hastalık tecrübesi olanların, bunu psikolojik sıkıntı haline getirmemelerinden ve ruh sağlığı konusunda bilgi sahibi olmalarından kaynaklandığı söylenebilir.

Ruh sağlığı, sağlıklı bir birey olmanın en büyük belirleyicilerinden birisi olduğundan, bu alanda yalnızca hangi ülkede durumun ne olduğunu bilmek ve düşük olanlar için çözümler aramak yeterli olmayacaktır. Toplumun bilinç düzeyinin yükseltilmesi toplumun hangi kesimlerinin buna en çok ihtiyaç duyduğunun belirlenmesi ile mümkündür.

Araştırmada katılımcıların RSOÖ puan ortalamaları 107,50 (SS=13,13) olarak ölçülmüştür. Kesgin ve ark. 2020 yılında, 18 yaş üstü 282 kişi üzerinde yaptıkları araştırmada, katılımcıların RSOÖ puan ortalamaları 107,37 olarak saptamıştır (22). Bu iki araştırmanın sonuçları birbiri ile uyumludur ve toplumda ruh sağlığı okuryazarlığının istenilen durumda olmadığını göstermektedir. Türkiye’de farklı örnekleme ve iki farklı yıllarda yapılan araştırmaların bulgularının yakın olması toplumda ruh sağlığı okuryazarlığına yönelik bilgilendirmelerin halen yetersiz olduğunu düşündürmektedir.

Türkiye’de daha genel bir çerçeveden, sağlık okuryazarlığına bakıldığında da ülkemizin okuryazarlık durumunun düşük olduğu görülmektedir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre “10 kişiden 7’sinin sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük”tür (111). Toplumumuzun ruh sağlığı okuryazarlık durumunun da düşük olduğu konusundaki eski çalışmaların ise bu araştırma sonuçlarıyla bir kez daha desteklendiğini söyleyebiliriz (22, 112). Bu araştırmada RSOÖ puanı ortalaması 107,5 olarak bulunmuştur. Bu sonuç Ratnayake ve Hyde’ın araştırması ile karşılaştırıldığında ruh sağlığı okuryazarlık puanı 130’un oldukça altındadır (113). Türkiye’nin bir ilinde ÖZ (2021) tarafından yapılan ve 0-22 skalasını kullanan bir araştırmada ise RSO ölçek toplamının 14.76 ± 3.67 olduğu belirlenmiştir (112). Skalaların normalleştirilmesi sonucu $(14,7/22=\%67$ ve $107,5/(160-35) =\%86$) bu

araştırmanın ÖZ'ün araştırmasına göre daha yüksek bir okuryazarlık düzeyi tespit ettiği anlaşılmaktadır (112). Bu haliyle Türk halkının ruh sağlığı okuryazarlığı durumu Avustralya'nın (94), İngiltere'nin (68) ve Kanada'nın (114) gerisindedir.

RSOÖ'nün tamamı için **cinsiyet** (kadınlarda daha yüksek), **medeni durum** (bekarlarda daha yüksek), **çalışma durumu** (çalışmayanlarda daha yüksek), **ruh sağlığı ile ilgili hastalık tanısı alma** (tanı alanlarda daha yüksek) ve **uyku problemi** (uyku problemi yaşamayanlarda daha yüksek) parametrelerinde anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Cinsiyet ile ilgili fark Lee ve arkadaşları tarafından da tespit etmiştir ve bu araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (115).

RSOÖ'nün alt başlıklarına bakıldığında ise, şu sonuçlara ulaşılmıştır. Hastalıkları tanıyabilme alt boyutuyla (F1) ilgili olarak **cinsiyet** (kadınlarla erkekler arasında kadınlarda daha yüksek), **meslek** (çalışmayanlar ile sağlık ve eğitim dışındaki işlerde çalışanlar arasında sonraki grupta daha yüksek) ve **ruh sağlığı ile ilgili hastalık tanısı konması** (tanı konanlarla tanı konmayanlar arasında tanı konanlarda daha yüksek) bakımından anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Risk faktörlerine ve nedenlerine yönelik bilgi alt boyutu (F3) ilgili olarak **cinsiyet** (kadınlarla erkekler arasında kadınlarda daha yüksek) ve tedavi müdahaleleri hakkında bilgi (F4) ilgili olarak **yaş** (25-30 yaş arası gençlerle, 39-45 yaş arası ergenler arasında, gençlerde daha yüksek) ve **medeni durum** (evlilerle bekarlar arasında bekarlarda daha yüksek) bakımından anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir.

Profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi alt boyutu (F5) bakımından **cinsiyet** (kadınlarla erkekler arasında kadınlarda daha yüksek) ve bilgiye nasıl ulaşılabilceğine yönelik bilgi alt boyutu bakımından (F2) **eğitim durumu** (eğitimi lise üstü olanlar ile lise altı olanlar arasında ikinci grupta daha yüksek), **birlikte yaşanan kişiler** (yalnız yaşayanlar ile anne, baba, kardeşle yaşayanlar arasında ayrıca yalnız yaşayanlar ile eş ve çocuklarıyla yaşayanlar arasında; yalnız yaşayanlarda daha yüksek) **meslek** (çalışmayanlarla eğitim alanında çalışanlar arasında, eğitim alanında çalışanlarda daha yüksek) parametreleri bakımından anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Ruh sağığı hastalıklarına ve bunlar için yardım aramaya yönelik tutumlar ile ilgili alt başlık ile ilgili olarak; ruh sağığıyla ilgili tutumların erken yaşlarda edinildiğı bilinmektedir ancak “yeni deneyimler ve öğrenmelerle tutumların değışmesi mümkün olabilmektedir” (116). “Çalışmalarda genel olarak kadınların erkeklere göre, ruhsal hastalıklara ilişkin tutumlarının daha olumlu olduğı, erkeklerin daha hoşgörüsüz ve sosyal yönden kısıtlayıcı olduğı bildirilmektedir”. Örneğın Arslantaş ve ark. 2019 yılında yaptıkları çalışmada “kadınların ruhsal hastalıklara karşı daha esnek, hoşgörölü ve insancıl baktığı, hastaların normal insanlardan yalnızca küçük bir farkla ayrıldığını belirttikleri, damgalama eğilimlerinin daha az olduğunu” ifade etmektedirler (117). Bunun nedeni kadının toplumdaki toplumsal cinsiyet rolü ile de ilgili olabileceğini düşünmelerindendir (117). Bu çalışma ile, diğerk çalışmalara benzer şekilde, kadınların ruh sağığı okuryazarlık durumunun erkeklere oranla daha yüksek olduğı anlaşılmıştır. Ruh Sağığı Okuryazarlığı ölçeğinin alt boyutlarının analizlerinden de anlaşılabacağı gibi, “hastalıkları tanıyabilme”, “bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi ve risk faktörlerine ve nedenlerine yönelik bilgi”, “profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi”, “Ruh sağığı ile ilgili hastalıklara yönelik uygun yardım aramayı kolaylaştıran tutumlar ve ruh sağığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar” bakımından kadınların erkeklere oranla daha iyi durumdadır.

Bireylerin yaşları ile RSOÖ puanlarının dağılımları incelendiğinde ise; yaşı ilerlemiş olanların bilgiye nasıl ulaşabileceklerini ve ruh hastalıklarına yönelik uygun yardımı nereden temin edebilecekleri konusunda daha iyi oldukları bulunmuştur. Avrupa ülkeleri üzerinde yapılan bir çalışmada, gençlerin bu konuda daha başarılı olduğı da söylenebilmektedir (118). Piper ve ark. yaşı ileri olanların çevresinde bir psikolojik sıkıntı yaşayanın bulunduğı durumunda ruh sağığı okuryazarlık durumlarının daha iyi olduğunu göstermiştir (119). Gençlerin daha kötü durumda olmaları ise (yaşı ilerlemiş olanlara nispeten) RSO’ya daha az ihtiyaçları olmasıyla açıklanabilir. Örneğın Lee ve ark.’nın Güney Kore’de depresyona maruz kalma oranları ile RSO durumu arasında tüm yaş grupları üzerinde pozitif ilişki bulunmuştur (120).

Sağılık okuryazarlığına ilişkin zorluklar, diğerk yaş gruplarına kıyasla, yaşı ileri olanlar üzerinde daha etkili olabilir (121). Ortalama olarak 65 yaş ve üzeri yetişkin ruh sağığı okuryazarlığı düzeyi, 65 yaş altı yetişkinlere göre daha

düşüktür (122). Yaşı ileri olan yetişkinlerin düşük ruh sağlığı okuryazarlığının artan sayıdaki zayıf fiziksel fonksiyonlar, ağrı, günlük aktivite azlığı, ve zayıf ruh sağlığı şikayetleriyle ilgilidir (123, 124).

Düşük ruh sağlığı okuryazarlık durumunu yükseltmeye yönelik sağlık uygulamaları sağlık durumundaki farklılıkları azaltmalıdır. Sağlık okuryazarlığındaki zayıflık hem yaygın hem de tespiti zor olduğundan “uzmanlar uygulamaların tüm hastaların ve bakım verenlerin sağlık bilgisini kavramakta zorlanabileceklerini öngörmelerini ve herkesin anlayabileceği bir tarzda iletişim kurmalarını önermektedir” (125). Örnekler arasında, tüm hastalar için iletişim hatalarını en aza indirmek amacıyla iletişimi basitleştirmek, anlaşılabilir anlaşılmadığının kontrol edilmesi, sağlık sisteminin daha kolay kullanılabilir hale getirilmesi, ve hastanın sağlığını iyileştirmeye dönük çabalarının desteklenmesi sayılabilir (125).

Genel olarak evlilerin, bekarlarla kıyaslandığında, bilgiye nasıl ulaşabileceklerini bilme oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar da ihtiyaç ortaya çıktıkça o alanla ilgili okuryazarlık durumunun arttığını gösteren ve 2017 yılında Güney Kore’de yapılan çalışma ile desteklenmektedir (120). Lee ve arkadaşları da ruh sağlığı tutumları bakımından evlilerle bekarlar arasında, evli olanların lehinde fark tespit etmiştir (115).

5.2 Psikolojik Sıkıntı ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçekleri

Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Araştırma kapsamında Psikolojik Sıkıntı Ölçeği ile Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği arasında pozitif yada negatif yönde herhangi bir ilişki tespit edilememiştir. Akgün ve ark. bu iki ölçek arasında çok zayıf ilişki tespit etmişlerdir (126). İngiltere’de yüksek lisans öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırma, akademik yılın başlarında yüksek lisans öğrencilerinin stres altında olduklarını fakat bu durumları için uygun yardım arama davranışına yönelmediklerini göstermiştir (127).

Avustralya’da yapılan bir araştırmaya göre, ruh sağlığı okuryazarlığının ergenlerin ruh sağlığı üzerinde potansiyel bir etkiye sahip olabileceği tespit edilmiştir. Bu araştırmaya göre “ruh sağlığı okuryazarlığı seviyesini yükseltmek

gençlerin ruh sağlığı problemleri üzerinde önemli bir önleyici mekanizma olarak değerlendirilmektedir” (128).

Ruh sağlığı okuryazarlığı konusundaki bilgi eksikliklerinin ve damgalayıcı tutumların olması, “ruhsal bozuklukların erken dönemde etkili bir şekilde tedavi edilememesine sebep olmaktadır” (129). Bu konuda kaydedilen iyileştirmeler ise “hem sağlık alanındaki eşitsizlikleri ortadan kaldıracak hem de sağlık ve sosyal hizmetler alanındaki harcamaların azalmasını sağlayacaktır” (13).

Ruhsağılığı okuryazarlığına dair özellikle günümüzde çok yaygın olan sosyal medya platformlarındaki paylaşımların konuya etkileri üzerinde çok az çalışma yapıldığı bilinmektedir (130). Okuryazarlık seviyesinin artırılması için kullanılan iki temel yöntemden tecrübe anlatımına dayalı duyuruların, ikna etmeyi amaçlayan duyurulardan daha başarılı sonuçlar verdiği tespit edilmiştir (131).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kessler Psikolojik Sıkıntı Ölçeği ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği kullanılarak yürütülen araştırmada yetişkinlerin muhtemel ağır ruhsal rahatsızlık durumlarının olduğu saptanmıştır. Her beş kişiden üçünün psikolojik sıkıntı durumunun tanımlanabilir ruh sağlığı problemini işaret edecek bir noktada olduğunu göstermektedir. Özellikle erkeklerin, kadınlara göre daha fazla psikolojik sıkıntı yaşadığı tespit edilmiştir. Araştırmada yetişkinlerin yaklaşık yarısının ruh sağlığı okuryazarlığı durumlarının ortalamanın altında oldukları saptanmıştır. Özellikle kadınların, erkeklere göre ruh sağlığı okuryazarlığı bakımından daha iyi durumda olduğu bulunmuştur.

Araştırma sonuçlarına göre, eş ve çocuklarıyla yaşayan katılımcıların psikolojik sıkıntı durumları artmaktadır. Ayrıca araştırmaya katılan bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı durumlarında yaşın, evli olmanın ve özellikle çocuk sayısının fazla olmasının önemli etkiye sahip olduğu gözlenmiştir.

Yaşı ileri olanların psikolojik sıkıntı durumunun, genel olarak, diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Ruh sağlığı okuryazarlığı durumuna bakıldığında ise yaşı daha büyük olanların hastalıkları daha iyi tanıyabildikleri gösterilmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre evlilerin ve eş ve çocuklarıyla yaşayanların psikolojik sıkıntı durumu daha yüksek olarak bulunmuştur. Ruh sağlığı okuryazarlığı açısından bakıldığında ise evli ve çocuklu olanların hastalıkları daha iyi tanıyabildikleri, rahatsızlıklarıyla ilgili profesyonel bilgiye daha kolay ulaşabildikleri ve daha kolay profesyonel yardım alabildikleri ve ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik uygun yardım aramayı kolaylaştıran bir tutuma sahip oldukları belirlenmiştir.

Araştırma sonuçlarından, önlisans ve üstü eğitimin ruh sağlığı okuryazarlığı durumunda herhangi bir gelişmeye neden olmadığı anlaşılmaktadır. Ayrıca eğitim alanında çalışanların diğer meslek gruplarına göre ruh sağlığı okur yazarlığı bakımından daha başarılı oldukları da belirlenmiştir.

Araştırma sonucunda yapılabilecek öneriler aşağıda maddeler halinde verilmiştir:

- * Araştırma sonuçları yetişkinlerin ağır bir psikolojik sıkıntı düzeyine sahip olduğunu gösterdiğinden bu alanda daha çok araştırma yapılması,
- * Araştırma COVID-19 pandemisi sırasında yapıldığından, ulaşılan sonuçların önceki çalışmalarla karşılaştırılabilmesi için ölçekler üzerinde pandeminin neden olduğu farklılaştırıcı etkinin düzeyini belirleyici nicel ve nitel araştırmalar yapılması,
- * Uyku ile ilgili olarak, uluslar arası literatürdeki yedi farklı uyku bozukluğu kategorileri dikkate alınarak daha ayrıntılı sorular sorulmasıyla konunun derinlemesine araştırılması,
- * Mesleklerle ilgili olarak, zor şartlar altında çalışılan inşaat, maden, güvenlik vb. meslek gruplarıyla diğer meslek grupları arasındaki farkların, bu alana özel çalışmalarla, derinlemesine incelenmesi,
- * Araştırma sonuçları, genel anlamda ciddi şekilde psikolojik sıkıntı tespit etmiş olmasına karşın, özellikle evli ve eş ve çocuklarıyla yaşayan erkeklerin çok daha zor durumda olduklarını ortaya çıkarmıştır. Problemin daha iyi anlaşılabilmesi ve çözümlenebilmesi için gelecekte yapılacak araştırmalarda, toplumun bu grubuna odaklanmaları,
- * Toplumun psikolojik sıkıntı durumunun yüksek olması ve ruh sağlığı okuryazarlık seviyesinin düşük olmasından dolayı, ruh sağlığının korunması geliştirilmesini içeren müdahale programlarıyla, hem mevcut durumun saptanması hem de bireylerin ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerinin artırılması,
- * Toplum sağlığı merkezlerinde verilen eğitimlerin yeniden düzenlenmesi ve ruh sağlığı okuryazarlığını artırıcı yönde eğitimlerin verilmesi,
- * Ruh sağlığı okuryazarlığının eğitimin her aşamasına entegre edilerek toplumsal bir harekete dönüştürülmesi,
- * Toplum ruh sağlığı hizmetlerinde toplum sağlığı hemşirelerinin ruh sağlığı okuryazarlığı müdahale programları geliştirmesi ve yürütülmesinde rol almaları önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

(Bu tez çalışmasında Vancouver atıf sistemi kullanılmıştır.)

1. Fiske ST. Social beings: Core motives in social. John Wiley & Sons; 2018.
2. Fernald D. Psychology: six perspectives. Sage Publications; 2007.
3. Hockenbury DH, Hockenbury SE. Discovering Psychology. 6th edition. Worth Publishers, New York; 2014.
4. World Health Organization (WHO). Ruhsal Bozukluklar Dört Kişiden Birini Etkiler [Internet]. 2001 [a.yer 24 Nisan 2021]. Erişim adresi: http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/
5. Tina M, George SL, editörler. Forensic Social Work: Psychosocial and Legal Issues Across Diverse Populations and Settings. Springer Publishing Company; 2017. 559 s.
6. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye ruh sağlığı profili raporu. Birinci Baskı Ank. 1998;
7. Suicide [Internet]. [a.yer 23 Mayıs 2022]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
8. Alcohol [Internet]. [a.yer 23 Mayıs 2022]. Erişim adresi: <https://www.who.int/health-topics/alcohol>
9. Alagöz M. Sürdürülebilir kalkınmanın paradigması. Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi. 01 Aralık 2004;4(8):1-23.
10. Karakoç DS. Zorunlu göç ve çocuk ruh sağlığına etkileri. Klinik Psikiyatri Dergisi-Turkish Journal of Clinical Psychiatry. Klinik Psikiyatri Dergisi-Turkish Journal of Clinical Psychiatry 2020;4(8): 5-6.
11. Wilkinson R, Pickett K. The spirit level. Why Equal Better Everyone. 2010;
12. Cage E, Stock M, Sharpington A, Pitman E, Batchelor R. Barriers to accessing support for mental health issues at university. Studies in Higher Education. 2020;45(8):1637-49.
13. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. "Mental Health Literacy": A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. The Medical Journal of Australia. 1997;166(4):182-6.
14. Jorm A.F. Akıl sağlığı okuryazarlığı: toplumu daha iyi bir akıl sağlığı için harekete geçme konusunda güçlendirmek. American Psychologist. 2012;67(3):231-43.
15. Topkaya N, Albayrak K. E, Bozkurt İ, Yurdusever N. Üniversite Öğrencilerinde Psikolojik Yardım Alma Niyetinin Yordayıcıları. İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2020;21(2):503-17.
16. Özel Y, Türkleş S, Erdoğan S. Üniversite Öğrencilerinde Ruhsal Durumun İncelenmesi. Jaren. 2020;6(2):220-8.
17. Zou G, Shen X, Tian X, Liu C, Li G, Kong L, vd. Correlates of psychological distress, burnout, and resilience among Chinese female nurses. Industrial Health. 2016;54(5):538-50.

18. Hatef F, Maleki A, Amini K, Khodadadi E. Investigating psychological distress level and its association with demographic characteristics in nurses [Hemşirelerde psikolojik stres düzeyi ve bunun demografik özelliklerle ilişkisi]. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2020;11(3):195-200.
19. NHS England. A defining moment in mental health care [İnternet]. [a.yer 26 Mayıs 2022]. Erişim adresi: <https://www.england.nhs.uk/blog/geraldine-strathdee-8/>
20. Sargın N. Çocuklarda Ruh Sağlığı. Eğitim Yayınevi; 2012. 160 s.
21. GOINVO, (Healthy People, WHO, Institute of Medicine, New South Wales Department of Health, NCHHSTP, Kaiser Family Foundation, NEJM, Health Affairs) 73. Determinants of Health [İnternet]. 2017 [a.yer 01 Şubat 2022]. Erişim adresi: https://www.goinvo.com/vision/determinants-of-health/?utm_source=determinantsofhealth.org&utm_medium=redirect#methodology
22. Tokur KM, Pehlivan Ş, Uymaz P. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe uyarlaması: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry (Anadolu Psikiyatri Dergisi)*. 2020; 21(Ek sayı.2);5-13.
23. Aslantürk H. Ruh sağlığı alanında toplumsal entegrasyon ve sosyal haklar. *Turkish Journal of Family Medicine Primary Care*. 2016;10(4):259-70.
24. Public mental health. *Public Health* [İnternet]. The Royal College of Nursing; [a.yer 26 Mayıs 2022]. Erişim adresi: <https://www.rcn.org.uk/clinical-topics/Public-health/Public-mental-health>
25. Bhugra D, Till A, Sartorius N. What is mental health? *International Journal of Social Psychiatry*. 2013;(59):3-4.
26. Karataş S, Çalışkan B. Toplum Ruh Sağlığı Modelleri: Dünyada ve Türkiye'deki Mevcut Durum. *Türkiye Klinikleri Journal of International Medicine*. 2020;5(1):34-41.
27. Çakmak C, Konca M. Seçilmiş OECD Ülkelerinin Ruh Sağlığı Hizmetleri Performansının Değerlendirilmesi. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2019;7(2):51-6.
28. Canser BOZ, Özdemir M, Çalgı B. Mental hastalıkların prevalansına göre OECD ülkelerinin çok boyutlu analizi ve MOORA yöntemi ile sıralanması. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergi*. 2020;11(Ek):245-56.
29. Gutiérrez-Colosía MR, Salvador-Carulla L, Salinas-Pérez JA, García-Alonso CR, Cid J, Salazzari D, vd. Standard comparison of local mental health care systems in eight European countries. *Epidemiology and Psychiatric Science*. 2019;28(2):210-23.
30. NIMH (National Institute of Mental Health). Mental Illness [İnternet]. 2020 [a.yer 01 Şubat 2022]. Erişim adresi: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness>.
31. MIND. Mental Health Facts and Statistics [İnternet]. 2020 [a.yer 01 Ocak 2022]. Erişim adresi: <https://www.mind.org.uk/information-support/types-of-mental-health-problems/statistics-and-facts-about-mental-health/how-common-are-mental-health-problems/#References>.
32. Australia Bureau of Statistics. Mental Health [İnternet]. 2018 [a.yer 07 Ocak 2022]. Erişim adresi: <https://www.abs.gov.au/statistics/health/mental-health>
33. Kermode M, Bowen K, Arole S, Joag K, Jorm A.F. Community beliefs about treatments and outcomes of mental disorders: A mental health literacy survey in a rural area of Maharashtra, India. *Public Health*. 2009;123(7):476-83.

34. Gorczynski P, Sims-Schouten W, Hill D, Wilson JC. Examining mental health literacy, help seeking behaviours, and mental health outcomes in UK university students. *Journal of Mental Health Training Education and Practice*. 2017;12(2); 111-120
35. Güven E. Sağlık Hizmetleri ve Ruhsal Hastalıklarda Hizmet Modelleri: Bir Uygulama. *Uluslar Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*. 2021;7(1):75-90.
36. Chang S, Abidin E, Shafie S, Sambasivam R, Vaingankar JA, Ma S, vd. Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder in Singapore: Results from the second Singapore Mental Health. *Journal of Anxiety Disorder*. 2019;66:102106.
37. Kılıç C. Türkiye’de Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı ve Ruhsal Tedavi İhtiyacı Konusunda Neredeyiz? *Toplum ve Hekim*. 2020;35(3):179-87.
38. Urgan U, Çağlayan Ç. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastaların Ruhsal Hastalıklar İçin İlk Başvuru Yerlerinin ve Birinci Basamağı Tercih Etmeme Nedenlerinin Belirlenmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018;4(1):5-10.
39. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu Aşlar R. Toplumda ruhsal bozuklukların yönetimi ve hemşirelik. İçinde: Hacıhasanoğlu Aşlar R, editör. *Kronik Hastalıklarda Bakımın Yönetimi ve Hemşirelik*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. s. 85-92.
40. World Health Organization (WHO) (c). Mental Health of Older Adults [İnternet]. 2022 [a.yer 20 Ocak 2022]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
41. Tay J, Tay Y, Klainin-Yobas P. Mental health literacy levels. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2018;32:757-63.
42. Bag B. Nurse’s Role in Community Mental Health Centers: Example of England. *Current Approaches in Psychiatry*. 2012;4(4):465-86.
43. T.C Sağlık Bakanlığı. Toplum Ruhsağılığı Merkezleri Hakkında Yönerge [İnternet]. 2016 [a.yer 07 Şubat 2022]. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11269/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-hakkinda-yonerge.html>
44. Stein DJ. What is a mental disorder? A perspective from cognitive-affective science. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2013;58(12):656-62.
45. Bolton D. What is mental disorder?: An essay in philosophy, science, and values. Oxford University Press; 2008.
46. Bilge A, Mermer G, Olcay Ç, Çetinkaya A, Erdoğan E, Üçkuyu N. Türkiye’deki toplum ruh sağlığı merkezlerinin 2013-2015 yıllarının profili. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016;2(2):1-5.
47. Şahin Ş, Elboğa G. Toplum ruh sağlığı merkezinden yararlanan hastaların yaşam kalitesi, tıbbi tedaviye uyumu, içgörü ve işlevsellikleri. *Cukurova Medical Journal*. 2019;44(2):431-8.
48. Gültekin BK. Ruhsal bozuklukların önlenmesi: Kavramsal çerçeve ve sınıflandırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010;2(4):583-94.
49. Altun Y, Özen M, Kuloğlu M. Psikolojik Sıkıntı Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2019; 20(Ek sayı 1); 23-31.
50. Bíró E, Ádány R, Kósa K. Simple Method for Assessing The Mental Health Status of Students in Higher Education. *International Journal of Environtal Research and Public Health*. 2019;1-10.

51. António Guterres. Make mental healthcare for all a reality, urges Guterres [Internet]. 2021 [a.yer 08 Şubat 2022]. Erişim adresi: <https://turkey.un.org/index.php/en/150815-make-mental-healthcare-all-reality-urges-guterres>.
52. Hernández-Torrano D MA, Ibrayeva L Sparks J, Lim N, Clementi A, Almukhambetova A, Nurtayev Y. Mental Health and Well-Being of University Students: A Bibliometric Mapping of The Literature. *Frontiers in Psychology*. 2020;11(1226):1-16.
53. Ganasen KA, Parker S, Hugo CJ, Stein DJ, Emsley RA, Seedat S. Mental health literacy: focus on developing countries. *African Journal Psychiatry*. 2008;11(1):23-8.
54. Meldrum L, Venn D, Kutcher S. Mental health in schools: How teachers have the power to make a difference. *Health & Learning Magazine*. 2009;8(1):3-5.
55. Riebschleger J, Grové C, Cavanaugh D, Costello S. Mental health literacy content for children of parents with a mental illness: Thematic analysis of a literature. *Brain Sciences*. 2017;7(11):141.
56. Jorm A.F. Why we need the concept of “mental health literacy”. *Health Communication*. 2015;30(12):1166-8.
57. Aci OS, Ciydem E, Bilgin H, Ozaslan Z, Tek S. Turkish newspaper articles mentioning people with mental illness: A retrospective study. *International Journal of Social Psychiatry*. 2020;66(3):215-24.
58. Milner A, Shields M, Scovelle AJ, Sutherland G, King TL. Health literacy in male-dominated occupations. *American Journal of Mens Health*. 2020;14(5):1-9.
59. Kayhan F. Bir üniversite hastanesinde yatarak tedavi gören hastalarda depresyon ve anksiyete bozukluklarının yaygınlığı. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi. 2011;
60. Burak K, Akbaba M. Çukurova yöresinde kırsal bir bölgedeki yetişkinlerin ruh sağlığı durumu ve etkileyen faktörler. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2018;8(3):538-50.
61. Yorulmaz D, Karadeniz H. Gençlerin Mental Sağlığının Korunmasında Halk Sağlığı Hemşirelerinin Rolü. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 2020;2(3):213-22.
62. Karadağ Çaman Ö. Küresel Sağlık Sorunları Ve Toplum Ruh Sağlığı: Geleceğe Yönelik Politikalara Genel Bir Bakış. *Toplum ve Hekim*. 2020;35(4):243-51.
63. Saruç S, Kılıç A. Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Hastaların Sosyal Profili ve Merkezde Verilen Hizmetler. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 2015;26(2):53-72.
64. Taycan O, Coşkun B, editörler. Ruh Sağlığını Güçlendirme: Kavramlar, Kanıtlar, Uygulamalar. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği; 2020. 1-93 s.
65. Hacıaloğlu N, Tedik S, Yaralı S. Hemşirelik Öğrencilerinin Ruhsal Sorunları ve İlişkili Faktörler. *Anadolu Hemşire ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019;22(3):196-204.
66. Özel Y, Duzcu T. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı. *Akademik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2018;6(77):380-7.
67. Göktaş S, Işıklı B, Metintaş S. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*. 2018;3(2):68-75.
68. Marwood M, Hearn J. Evaluating Mental Health Literacy in Medical Students in The United Kingdom. *Journal of Mental Health Training Education and Practice*. 2019;14(5):339-47.

69. Jorm AF, Barney LJ, Christensen H. Research On Mental Health Literacy: What We Know And What We Still Need to Know. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2006;40(1):3-5.
70. Wei Y, Hayden JA, Kutcher S, Zygmunt A, McGrath P. The effectiveness of school mental health literacy programs to address knowledge, attitudes and help seeking among youth. *Early Interv Psychiatry*. 2013;7(2):109-21.
71. Ensari H. Koruyucu psikiyatri açısından Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi rehabilitasyon çalışmaları. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics*. 2011;4(4):86-93.
72. Akdoğan E. Ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeğinin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Sağlık Bilimleri Enstitüsü*; 2018.
73. Yıldırım T, Atlı A, Çitil C. The Relationship between High School Students' Willingness to Seek Psychological Help and Their Psychological Symptoms. *E-International Journal of Educational Research*. 2014;5(2).
74. Aydın C. Üniversite Öğrencilerinin Dini Tutum ile Hayattaki Anlam Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Itobiad Journal of the Human and Social Sciences Researches*. 2017;6(4).
75. Gürsoy O, Gizir CA. Üniversite öğrencilerinin psikolojik yardım almaya yönelik tutumları: Sosyal damgalanma, kendini damgalama, öznel sıkıntıları açma, benlik saygısı ve cinsiyetin rolü. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2018;8(49):137-55.
76. Koçyiğit, M, Pamukçu, B. Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik Danışmadan Beklentileri: Cinsiyet, Psikolojik Yardım Alma Deneyimi, Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum ve Kişilik Özelliklerinin Rolü. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2018;18(4):2148-71.
77. Topkaya N, Şahin E, Doğru-Cabuker N, Okten M. Eğitim fakültesi öğrencilerinde psikolojik yardım alma niyetinin yordayıcısı olarak kendini damgalama, saygınlığını yitirme kaygısı, benlik saygısı ve depresif duygudurum. XIII. Ulusal Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Alanları Kongresi. Mersin Üniversitesi. Ekim 2015;
78. Kama R. Sağlık Personeli Adaylarının Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutumlarının İncelenmesi. *Uluslararası İnsan Çalışmaları Dergisi*. 3(6):410-23.
79. Buzlu S, Şahin G. Ciddi Kronik Ruh Sağlığı Bozukluklarına Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Yaklaşımı. İçinde: Ünsal Barlas G, editör. *Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018. s. 62-7.
80. Günüşen NP. Hemşirelerin ruh sağlığının korunması ve güçlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatric Nursing-Special Topics*. 2017;3(1):12-8.
81. Nişancı A. Ruhsal hastalık ve iyileşme. *Journal of Society and Social Work*. 2019;30(1):231-59.
82. Çam O, Yalçın N. Ruhsal hastalık ve iyileşme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2018;9(1):55-60.
83. Duran S, Eroğlu S. Psikiyatrik hastalık tanılı hasta ve ailelerinin eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2016;13(3):237-47.
84. Bisbee CC. Patient education in psychiatric illness. *Journal of Orthomolecular Psychiatry*. 1979;8(4):239-47.
85. Dastan NB, Kilic N. The educational needs of the patients who take treatment in psychiatric clinic in Kars. *Procedia-Social Behavioral Sciences*. 2014;114:506-10.

86. Kartal A, Çetinkaya B, Turan T. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Ruhsal Belirtilerin Taranması. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2009;8(2).
87. İçel S, Aydoğan A, Özkan B. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde hemşirenin rolü. Ankara Medical Journal. 2016;16(2):208-14.
88. T.C Sağlık Bakanlığı. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge [İnternet]. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge. 2014 [a.yer 13 Ocak 2021]. Erişim adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/eklenti/4299,toplum-ruh-sagligi-merkezlerihakkinda-yonergepdf.pdf>
89. Pektas I, Bilge A, Ersoy M.A. Toplum ruh sağlığı hizmetlerinde epidemiyolojik çalışmalar ve toplum ruh sağlığı hemşireliğinin rolü. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2006;7(1):43-8.
90. Özden S. Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Sosyal Hizmetin Rolü. Hacettepe University Journal of Economic and Administrative Sciences (Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi). 2015;26(1):191-203.
91. Kitchener BA, Jorm AF. Mental health first aid training: Review of evaluation studies. Australia and New Zealand Journal of Psychiatry. 2006;40(1):6-8.
92. Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK, Organization WH. Adequacy of sample size in health studies. Chichester: Wiley; 1990.
93. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, vd. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. Psychological Medicine. 2002;32(6):959-76.
94. O'Connor M, Casey L. The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. Psychiatry Research. 2015;229(1-2):511-6.
95. Koçak Z, Harmancı H. Covid-19 pandemi sürecinde ailede ruhsağlığı. Karatay Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2020;(5):183-207.
96. Aşkin R, Bozkurt Y, Zeybek Z. Covid-19 pandemisi: Psikolojik etkileri ve terapötik müdahaleler. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2020;19(37):304-18.
97. Baltacı N.N. COVID-19 pandemisi ve ruh beden ilişkisi. Türkiye Klinikleri –2020 (Covid 19 Özel Sayısı); 1-9
98. Karataş Z. COVID-19 Pandemisinin toplumsal etkileri, değişim ve güçlenme. Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi. 2020;4(1):3-17.
99. Altun Y. Covid-19 pandemisinde kaygı durumu ve hijyen davranışları. STED Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2020;29(5):312-7.
100. Güler B. İdarenin Covid-19 Pandemisine İlişkin Sokağa Çıkma Yasağı Kararlarının Kanuni İdare İlkesi Kapsamında Değerlendirilmesi. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 28 Haziran 2020;19(38):180-201.
101. T.C. Resmî Gazete [İnternet]. [a.yer 01 Haziran 2022]. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/fihrist?tarih=2020-03-24&mukerrer=1>
102. Koronavirüs Salgını Yeni Tedbirler [İnternet]. [a.yer 01 Haziran 2022]. Erişim adresi: <https://www.icisleri.gov.tr/koronavirus-salgini-yeni-tedbirler>
103. Altın Z. Elderly People in Covid-19 Outbreak. Journal of Tepecik Educational Research Hospital [İnternet]. 2020 [a.yer 31 Mayıs 2022]; Erişim adresi: <https://www.journalagent.com/z4/vi.asp?pdır=terh&plng=tur&un=TERH-93723&look4=>

104. Ibanez G, Son S, Chastang J, Magnier AM, Robert S, Mercier A. Mental health disorders in general practice in France: a cross-sectional survey. *Translational Biomedicine*. 2016;7(4):1-9.
105. Gualano MR, Lo Moro G, Voglino G, Bert F, Siliquini R. Effects of Covid-19 lockdown on mental health and sleep disturbances in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(13):4779.
106. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) - Veri Portalı [İnternet]. [a.yer 13 Haziran 2022]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=Saglik-ve-Sosyal-Koruma-101>
107. Arpacıoğlu S, Ünübol B. Koronavirüs Salgınında Alkol-Sigara Kullanımındaki Değişiklikler ve İlişkili Durumların Araştırılması. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*. 2020;2(3):128-38.
108. Duong CD. The impact of fear and anxiety of Covid-19 on life satisfaction: Psychological distress and sleep disturbance as mediators. *Personality and Individual Differences*. 01 Ağustos 2021;178:110869.
109. Sateia MJ. *International Classification of Sleep Disorders - Third Edition*. Chest. 01 Kasım 2014;146(5):1387-94.
110. Hopman WM, Harrison MB, Coe H, Friedberg E, Buchanan M, VanDenKerkhof EG. Associations between chronic disease, age and physical and mental health status. *Chronic Diseases in Canada*. Mayıs 2009;29(3):108-17.
111. Türkiye'nin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ölçüldü [İnternet]. [a.yer 13 Haziran 2022]. Erişim adresi: <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,57003/turkiyenin-saglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html>
112. Seki Öz H. Bir İl Merkezinde Yaşayan Bireylerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığının İncelenmesi. *Humanist Perspect* [İnternet]. 27 Eylül 2021 [a.yer 13 Haziran 2022]; Erişim adresi: <http://dergipark.org.tr/tr/doi/10.47793/hp.993929>
113. Ratnayake P, Hyde C. Mental health literacy, help-seeking behaviour and wellbeing in young people: implications for practice. *The Educational and Developmental Psychologist*. 2019;36(1):16-21.
114. Kutcher S, Wei Y, Coniglio C. Mental health literacy: past, present, and future. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2016;61(3):154-8.
115. Lee HY, Hwang J, Ball JG, Lee J, Yu Y, Albright DL. Mental Health Literacy Affects Mental Health Attitude: Is There a Gender Difference? *American Journal of Health Behavior*. 01 Mayıs 2020;44(3):282-91.
116. Hinshaw SP. *The Mark of Shame: Stigma of Mental Illness and an Agenda for Change*. Oxford University Press; 2009. 350 s.
117. Arslantaş H, Koyak H, Sarı E. Lise öğrencisi ergenlerin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve sosyal mesafelerini etkileyen faktörler. *Cukurova Medical Journal*. 2019;44(4):1272-83.
118. Hadjimina E, Furnham A. Influence of age and gender on mental health literacy of anxiety disorders. *Psychiatry Research*. 2017;251:8-13.
119. Piper SE, Bailey PE, Lam LT, Kneebone II. Predictors of mental health literacy in older people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 01 Kasım 2018;79:52-6.
120. Lee EJ, Lee HY, Chung S. Age differences in health literacy: Do younger Korean adults have a higher level of health literacy than older Korean adults? *Health & Social Work*. 2017;1-9.

121. Buck ML. Providing Patients with Written Medication Information. *Annals of Pharmacotherapy*. 01 Eylül 1998;32(9):962-9.
122. Kutner M, Greenburg E, Jin Y, Paulsen C. The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. NCES 2006-483 [Internet]. National Center for Education Statistics. ED Pubs, P; 2006 [a.yer 25 Haziran 2022]. Erişim adresi: <https://eric.ed.gov/?id=ED493284>
123. Wolf MS, Feinglass J, Thompson J, Baker DW. In search of 'low health literacy': Threshold vs. gradient effect of literacy on health status and mortality. *Social Science and Medicine*. 01 Mayıs 2010;70(9):1335-41.
124. Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW. Health Literacy and Functional Health Status Among Older Adults. *JAMA Archives of Internal Medicine*. 26 Eylül 2005;165(17):1946.
125. Toolkit UP. AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit. [Internet]. Agency for Health Care Research and Quality. [a.yer 25 Haziran 2022]. Erişim adresi: <https://www.ahrq.gov/health-literacy/improve/precautions/index.html>
126. Akgun S, Tokur Kesgin M, Hançer Tok H, Uzun LN. Comparison of Psychological Distress and Mental Health Literacy Levels of Hospitalized Covid-19 Patients, Individuals Under Quarantine, and Healthy Individuals of Society in The Pandemic. *ASEAN Journal of Psychiatry* [Internet]. 13 Ekim 2021 [a.yer 22 Haziran 2022]; 22(8). Erişim adresi: <https://www.aseanjournalofpsychiatry.org/abstract/comparison-of-psychological-distress-and-mental-health-literacy-levels-of-hospitalized-covid19-patients-individuals-unde-75715.html>
127. Moss RA, Gorczynski P, Sims-Schouten W, Heard-Laureote K, Creaton J. Mental health and wellbeing of postgraduate researchers: exploring the relationship between mental health literacy, help-seeking behaviour, psychological distress, and wellbeing. *Higher Educational Research & Development*. 07 Haziran 2022;41(4):1168-83.
128. Lam LT. Mental health literacy and mental health status in adolescents: a population-based survey. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 25 Eylül 2014;8(1):26.
129. Özer D, Altun ÖŞ. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı: Farkındalık ile Toplum Ruh Sağlığını Güçlendirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2022;14(2):284-9.
130. Devendorf A, Bender A, Rottenberg J. Depression presentations, stigma, and mental health literacy: A critical review and YouTube content analysis. *Clinical Psychology Review*. 01 Haziran 2020;78:101843.
131. Chang C. Increasing Mental Health Literacy via Narrative Advertising. *Journal of Health Communication*. 08 Şubat 2008;13(1):37-55.
132. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results. Seattle, United States: [Internet]. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2021 [a.yer 20 Mart 2022]; 22(8). Erişim adresi: https://www.healthdata.org/results/gbd_summaries/2019

8. EKLER

EK 1 Katılımcıların Gönüllü Katılım Beyanı

'Yetişkinlerde Psikolojik Sıkıntı ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Durumlarının Belirlenmesi '

Bu çalışma yetişkinlerin psikolojik sıkıntı ile ruh sağlığı okuryazarlığı durumları arasındaki ilişkinin ortaya konulması amacıyla planlanmıştır. Araştırmaya katılmanız literatüre katkı sağlayacaktır. Araştırma için sizden ekte var olan formları eksiksiz olarak doldurmanız istenmektedir. Ortalama formları doldurmak için ortalama 10-15 dakika ayırmanız gerekecektir. Bu çalışmaya alınacak kişi sayısı çalışmanın yapıldığı zaman aralığında ulaşılan herkeştir. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ya da fayda bulunmamaktadır. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için “Bolu Eğitim ve Araştırma Hastanesi” adresinden veya 0374 253 46 26 - 0374 253 46 56 no.lu telefondan hemşire ESRA ÖZKAN 'a başvurabilirsiniz. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır ayrıca, bu araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik, testler ve tıbbi bakım hizmetleri için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı: Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

EK 2 Kişisel Bilgi Formu

Yetişkinlerin ruh sağlığı okuryazarlığı ve psikolojik sıkıntı durumlarının belirlenmesi

Kişisel Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz ☐ Kadın ☐ Erkek
2. Doğum Yılıınız:.....
3. Yaşadığınız yer: İl / İlçe:.....
4. En son mezun olduğunuz okulu işaretleyiniz.
☐ İlköğretim ☐ Ortaöğretim ☐ Lise ☐ Üniversite
5. Medeni durum ☐ Evli ☐ Bekar
6. Çocuk sahibi olma durumunuzu belirtiniz
7. 1) yok 2) 1 çocuk 3) 2 çocuk 4) 3 ve üzeri
8. Kiminle yaşıyorsunuz
☐ Yalnız ☐ Eş-Çocuklar
☐ Anne Baba-Kardeşlerle
☐ Diğer (.....)
9. Çalışma durumunuzu belirtiniz
☐ Evet (Açıklayınız.....)
☐ Hayır (İşten mi çıkarıldınız ☐ Evet)
10. Mesleğinizi belirtiniz.....
11. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?
☐ Evet (Aşağıda olanlar arasından seçiniz yok ise diğer seçeneğine yazınız)
☐ Hipertansiyon (Tansiyon) ☐ Kalp Hastalığı ☐ Diyabet (Şeker)
☐ Astım ☐ KOAH ☐ Kanser Türlerinden Herhangi Biri
☐ Bağışıklık Sistemi Hastalığı ☐ Diğer (.....)
☐ Hayır
12. Daha önce herhangi bir ruhsal hastalık geçirdiniz mi?

☐ Evet (Açıklayınız.....) ☐ Hayır

13. Herhangi bir madde kullanıyor musunuz? Evet (☐ Sigara ☐ Alkol ☐ Diğer.....) ☐ Hayır

14. Son bir haftada kullanım miktarınız arttı mı? ☐ Evet
☐ Hayır

15. Uyku problemi yaşıyor musunuz? ☐ Evet (.....)
☐ Hayır

16. Son 1 haftadır uykuya dalmada güçlük / sık uyanma/ kâbus görme
☐ Evet ☐ Hayır



EK 3 Kessler Psikolojik Sıkıntı Ölçeği Soruları

Aşağıdaki sorular **son 30 gün içinde** kendinizi nasıl hissettiğiniz hakkındadır. Lütfen her soruda söz konusu duyguyu hangi sıklıkta hissettiğinizi en iyi açıklayan sayıyı yuvarlak içine alınız.

S1.	Bu ay içerisinde kendiniz ile ilgili olarak aşağıdakileri ne sıklıkla hissettiniz?	Sürekli olarak	Çoğu zaman	Arada sırada	Seyrek olarak	Hiç olmadı
a.	... herhangi bir sebep olmadan aşırı yorgunluk	1	2	3	4	5
b.	... sinirli	1	2	3	4	5
c.	... hiçbir şekilde sakinleşemeyecek kadar sinirli	1	2	3	4	5
d.	... umutsuz	1	2	3	4	5
e.	... huzursuz veya tedirgin	1	2	3	4	5
f.	... yerinde duramayacak kadar huzursuz	1	2	3	4	5
g.	... çökkün	1	2	3	4	5
h.	... hiçbir şekilde neşelenemeyecek kadar çökkün	1	2	3	4	5
i.	... her şeyin çok zor gelmesi	1	2	3	4	5
j.	... değersiz	1	2	3	4	5

- S2. Yukarıda sorulan 10 soruda, son 30 günde hissetmiş olabileceğiniz duygu durumları sorulmuştur. Tümünü birlikte ele alırsak, bu duygular geçen 30 günde, her zamankinden daha fazla mı, her zamanki gibi mi, yoksa her zamankinden daha az mı ortaya çıktı? (eğer bu duyguları hiç hissetmediyseniz, seçenek “4”ü yuvarlak içine alınız.)

Normalden daha sık

Normalden daha seyrek

Her zamanki gibi

Bir hayli	Biraz	Az bir miktar	Her zamanki gibi	Az bir miktar	Biraz	Bir hayli
1	2	3	4	5	6	7

Aşağıdaki sorular, son 30 gün içinde bu duyguların sizi nasıl etkilemiş olabileceği ile ilgilidir. Eğer duygularınız ile ilgili on sorunun hepsine "Hiç olmadı" yanıtını verdiyseniz, bu soruları yanıtlamanıza gerek yoktur.

- S3. Son 30 gün boyunca, bu duygular yüzünden hiç çalışmadığınız veya normal faaliyetlerinizi yapamadığınız kaç gün oldu?

_____ (Gün sayısı)

- S4. Soru 3'e yanıtladığınız günleri saymazsak, son 30 gün içinde bu duygular yüzünden, normalde yapabildiğiniz şeylerin yarısını veya daha azını yapabildiğiniz kaç gün oldu?

_____ (Gün sayısı)

- S5. Son 30 gün içinde bu duygularla ilgili olarak kaç kez doktora ya da diğer sağlık uzmanına gittiniz?

_____ (Başvuru sayısı)

	Sürekli olarak	Çoğu kez	Arada sırada	Seyrek olarak	Hiç olmadı
	_____	_____	_____	_____	_____
S6. Son 30 gün içinde fiziksel sağlık problemleri ne kadar sıklıkta bu duyguların sebebi olarak ortaya çıktı?	1	2	3	4	5

World Health Organization 2017

All rights reserved. Based on the Composite International Diagnostic Interview © 2001 World Health Organization. All rights reserved. Used with permission. Requests for permission to reproduce or translate —whether for sale or for noncommercial distribution—should be addressed to Professor Ronald Kessler, PhD, Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, (fax: +011 617-432-3588; email: ronkadm@hcp.med.harvard.edu)

EK 4 Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği-RSOÖ

Ölçekte yer alan soruların amacı, ruh sağlığının çeşitli yönleri hakkında bilginizi anlamaktır. Ölçeğe vereceğiniz yanıtlar “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı”na ilişkin bilgi düzeyini belirlemek amacıyla kullanılacaktır. Aşağıda ruh sağlığı okuryazarlığına yönelik ifadeler yer almaktadır. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyarak size en uygun olanı işaretleyiniz ve hiçbir maddeyi boş bırakmayınız.

(Not: Bazı maddeler dört kategorili bazı maddeler beş kategorili yanıtlanmaktadır bu nedenle ölçek iki grupta sınıflandırılmıştır)

İfadeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Başka kişilerle bir araya gelinen durumlarda ya da ortamlarda (örneğin bir kutlamada) ya da başka kişilerin kendisini değerlendirmesinden korktuğu ortamlarda (örneğin, sunum yaparken) küçük düşmüş, utanmış, gergin veya sinirli davranan kişilerde Sosyal fobi olduğunu düşünürüm.				
2. Herhangi bir endişenin yaşanmayacağı birtakım olaylar ya da eylemler karşısında, aşırı endişe yaşayan ve bu endişesini kontrol etmekte zorluk çeken, kas gerilmeleri ve yorgunluk gibi fiziksel semptomlar yaşayan kişilerde Yaygın Anksiyete Bozukluğu olduğunu düşünürüm.				
3. İki hafta ya da daha uzun süredir ruh halinde bir çöküş yaşayan / kötü bir ruh hali içerisinde olan, her zamanki aktivitelerine karşı ilgi kaybı ve zevk alamama durumu olan, iştah ve uyku düzeninde değişiklikler yaşayan kişilerde Majör Depresif Bozukluk olduğunu düşünürüm.				
4. Kişilik Bozuklukları ’nın ruh sağlığı ile ilgili bir hastalık olduğunu düşünürüm.				
5. Kalıcı Depresif Bozukluk (Distimi) ’un ruh sağlığı ile ilgili bir hastalık olduğunu düşünürüm.				
6. Agorafobi ’nin bulunulan yerden kaçışın zor ya da utanç verici olabileceği durumlarda / ortamlarda anksiyete / endişe / bunaltı yaşamak olduğunu düşünürüm.				
7. Aşırı sevinç ve heyecan (yüksek) ile aşırı üzüntü ve depresyon (düşük) ruh hali dönemleri arasında geçişler yaşayan kişilerde Bipolar Bozukluk olduğunu düşünürüm.				
8. Maddenin fiziksel ve psikolojik toleransının gittikçe arttığı (yani, istenen etkiyi sağlamak için giderek artan miktarlarda madde kullanma gereksinimi) duruma sahip kişide Madde Kullanım Bozukluğu tanısı olduğunu düşünürüm.				
9. Türkiye’de genelde kadınların erkeklere kıyasla daha fazla herhangi bir ruh sağlığı hastalığını deneyimlediğini düşünürüm.				
10. Türkiye’de genelde erkeklerin kadınlara kıyasla anksiyete bozukluğunu daha fazla deneyimlediğini düşünürüm.				
11. Duygularını yönetmekte güçlük çeken kişilerin uyku kalitesini iyileştirmesinin (örneğin, çok endişeli ya da sıkıntılı olan) onlara faydalı olabileceğini düşünürüm.				
12. Duygularını yönetmekte güçlük çeken kişilerin, kendilerinde anksiyete / endişe / bunaltı / sıkıntı yaratan durumlardan ya da eylemlerden kaçınmalarının faydalı olabileceğini düşünürüm.				
13. Bilişsel Davranışçı Terapinin (BDT), olumsuz düşünceleri değiştirmeye ve faydalı davranışları arttırmaya yönelik bir terapi olduğunu düşünürüm.				
Ruh sağlığı uzmanları gizlilik ilkesine (hasta bilgilerini başkalarıyla paylaşmama) bağlıdır, ancak gizlilik ilkesinin bozulmasında bazı özel koşullar vardır: 14. Eğer kendinize veya başkalarına zarar verme riskinizin olması durumunda, ruh sağlığı uzmanlarının gizlilik ilkesini bozmasında sakınca olmadığını düşünürüm.				
Ruh sağlığı uzmanları gizlilik ilkesine (hasta bilgilerini başkalarıyla paylaşmama) bağlıdır, ancak gizlilik ilkesinin bozulmasında bazı özel koşullar vardır: 15. Eğer hastalarının kendisine veya başkalarına zarar verme riskinin bulunmadığı durumlarda, sadece hastalarına daha fazla yardımcı olmak istediklerinde ruh sağlığı uzmanlarının gizlilik ilkesini bozmasında sakınca olmadığını düşünürüm.				

İfadeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
16. Ruh sağlığı ile ilgili hastalıklar hakkında bilgiyi nereden edineceğim konusunda kendime güveniyorum.					
17. Ruh sağlığı ile ilgili hastalıklar hakkında bilgi edinmek için telefon ya da bilgisayarı kullanma konusunda kendime güveniyorum.					
18. Ruh sağlığı ile ilgili hastalıklar hakkında herhangi bir doktorla (örneğin aile hekimi ile görüşmek) yüz yüze görüşmek için randevuya gideceğimden eminim.					
19. Ruhsal sağlığı ile ilgili hastalıklar hakkında bilgi edinmek için kaynaklara ulaşabileceğime (internet, doktor, arkadaşlar) eminim.					
20. Ruh sağlığı ile ilgili hastalıkları olan insanlar eğer isterlerse bu hastalıklarından (doktora gitmeden veya tedavi almadan) kurtulabilirler.					
21. Ruh sağlığı ile ilgili hastalıklar kişisel zayıflığın bir işaretidir.					
22. Ruh sağlığı ile ilgili hastalıklar gerçek tıbbi bir hastalık değildir.					
23. Ruh sağlığı ile ilgili hastalıklığı olan insanlar tehlikelidir.					
24. Ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan insanlardan kaçınmak en iyisidir, çünkü bu problemi çözemezsiniz.					
25. Eğer ruh sağlığı ile ilgili bir hastalığım olsaydı, kimseye söylemezdim.					
26. Bir ruh sağlığı uzmanına başvurmak, kendi zorluklarınızı yönetecek kadar güçlü olmadığınız anlamına gelir.					
27. Eğer ruh sağlığı ile ilgili bir hastalığım olsaydı, bir ruh sağlığı uzmanından yardım istemezdim.					
28. Bir ruh sağlığı uzmanı tarafından verilen tedavinin ruhsal hastalıkların tedavisinde etkili olmayacağına inanıyorum.					
29. Ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan bir kişinin komşusu olma konusunda istekli olurdum.					
30. Bir akşamımı ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan bir kişi ile geçirme konusunda (sosyal bir ortam paylaşma) istekli olurdum.					
31. Ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan bir kişi ile arkadaş olmak konusunda istekli olurdum.					
32. Ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan bir kişi ile bir işte yakın temasta çalışmaya başlama konusunda istekli olurdum.					
33. Ailemden birinin ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olan bir kişiyle evlenmesi konusunda istekli olurdum.					
34. Ruh sağlığı ile ilgili hastalığı geçirdiğini bildiğim bir politikacıya oy verme konusunda istekli olurdum.					
35. Ruh sağlığı ile ilgili hastalığı olduğunu bildiğim bir kişiyle çalışmakta istekli olurdum.					

EK 5 Psikolojik Sıkıntı Ölçeği Kullanım İzni



ESRA ÖZKAN

Saygıdeğer Hocam, ben Bolu İzzet Baysal Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik ...

6.10.2020 Sal 07:00

❗ Bu iletiyi 7.10.2020 Çar 05:12 tarihinde ilettiniz



Yasin Altun <yasinaltun42@yahoo.com>

6.10.2020 Sal 07:59

Kime: Siz



Psikolojik Sıkıntı Ölçeğinin Tü...

E-posta ekleri konumuna kaydedildi



K10_TURKISH_final.pdf

E-posta ekleri konumuna kaydedildi

3 ekin (714 KB) tümünü göster Tümünü indir

Merhaba Esra Hanım,

Türkçeye uyarladığımız Psikolojik Sıkıntı Ölçeğini (K10-PSÖ) kullanmak istemenizden memnun oldum.

Ekte ölçeğin uygulamasında kullanabileceğiniz iki sayfalık formunu ve [çalışmamızın yayını](#) olan makaleyi (pdf dosyası olarak) gönderiyorum.

Ölçek uygulanırken genellikle S1 başlığı altında yer alan (a'dan j'ye kadar) ilk 10 soru dikkate alınmaktadır (K10 olarak kısaltılması da bu nedenledir). Orijinal ankette bulunan S2'den S6'ya kadar olan sorular klinisyenin daha geniş anamnez alabilmesine katkı sağlamasına karşın ölçeğin değerlendirilmesinde etkisi yoktur. Bu konu ölçeği geliştiren Prof. Kessler'e de tarafımızdan sorulmuş olup "sadece S1'deki 10 maddenin kodlandığını, çoğu kişinin ölçeği uygularken S2-S6 sorularını sormadığını ama sitelerinde Türkçe sürümünü yayınlayabilmeleri için tüm sayfaların çevirisinin yapılması gerektiğini" belirtmiştir. Bu nedenle çeviri bir bütün olarak yapılmış ve [yayınlanmıştır](#).

K10 ölçeğinde değerlendirme ilk sayfada bulunan S1 bölümündeki beşer seçenekli 10 soruya verilen yanıtlara göre yapılmaktadır. Ölçeğin orijinalinde seçenekler "All of the time=1" "None of the time=5" olarak derecelendirildiğinden, buna uygun olarak Türkçe formunda "Sürekli olarak=1" "Hiç olmadı=5" şeklinde çevirdik. Fakat puanlama yaparken ise tam tersi olmaktadır. Yani; Sürekli olarak= 5 puan, Çoğu zaman= 4 puan, Arada sırada= 3 puan, Seyrek olarak= 2 puan, Hiç olmadı=1 puan olarak hesaplanmalıdır. Buna göre yapılacak hesaplama sonucunda en düşük 10 puan, en yüksek 50 puan alınabilmektedir.

K10'a verilen yanıtlara göre psikolojik sıkıntı düzeyi aşağıdaki gibi yorumlanır:

K10 Toplam Skoru	Psikolojik Sıkıntı Düzeyi
10 – 19	Muhtemel iyi
20 – 24	Muhtemel hafif ruhsal rahatsızlık
25 – 29	Muhtemel orta ruhsal rahatsızlık
30 – 50	Muhtemel ağır ruhsal rahatsızlık

İyi çalışmalar dilerim.

Uzm. Dr. Yasin ALTUN
Aile Hekimliği Uzmanı

...

EK 6 Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Kullanım İzni



ESRA ÖZKAN

Saygıdeğer Makbule Hocam, ben Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Biliml...

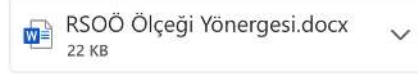
3.10.2020 Cmt 08:42



Makbule Tokur Kesgin <mtkesgin@gmail.com>

4.10.2020 Paz 15:32

Kime: Siz



2 ek (51 KB) Tümünü OneDrive'a kaydet Tümünü indir

Sayın Esra Özkan,

Ölçeği kullanabilirsiniz . Ekte ölçeğin yönergesi ilgili bilgiler yer almaktadır.

Çalışmalarınızda başarılar dilerim

ESRA ÖZKAN <eoangkanti@hotmail.com>, 3 Eki 2020 Cmt, 18:42 tarihinde şunu yazdı:

Saygıdeğer Makbule Hocam, ben Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünde yüksek lisans yapmaktayım. Sizin geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz ' **RUHSAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİNİ**' izniniz olursa ' **Toplumun ruh sağlığı okuryazarlığı ve psikolojik sıkıntı düzeylerinin belirlenmesi** ' başlıklı tezim için kullanmak istiyorum. İyi günler dilerim.

--

Assistant Professor Makbule Tokur Kesgin

Bolu Abant İzzet Baysal University
Bolu Health School
Department of Nursing
Department of Public Health Nursing
Phone: 0374 253 45 20

[Yanıtla](#) | [İlet](#)