



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



Hemşirelik Anabilim Dalı
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği

Yüksek Lisans Tezi

**DİN GÖREVLİLERİNİN RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI VE RUHSAL
HASTALIKLARA YÖNELİK DAMGALAMA DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

Mahsum KORKUTAN
ORCID: 0000-0001-8892-7473

Danışman
Doç. Dr. Nesibe GÜNAY MOLU
ORCID: 0000-0002-2452-6205

Konya – 2023



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans sürecimin sağlıklı bir şekilde tamamlanmasına öncülük eden, emeği, desteği, bilgi ve tecrübesiyle bana yol gösterici olan, akademisyenlik kimliğini layıkıyla gerçekleştiren kıymetli danışmanım Doç. Dr. Nesibe GÜNAY MOLU' ya,

Yüksek lisans sürecimde bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan Doç. Dr. Burcu CEYLAN' a

Önerileriyle tezimi zenginleştirip katkı sunan Doç. Dr. Adeviye AYDIN' a ve Dr. Öğr. Üyesi Arzu KOÇAK' a

Akademik kimliğimin oluşmasına katkı sunan, kariyerime ışık tutan, destek, motivasyon ve kıymetli tecrübelerini benimle paylaşan ve aynı zamanda en iyi arkadaşım olan değerli abim Öğr. Gör. Mümtaz KORKUTAN' a,

Hem ders hem de tez sürecinde destek ve anlayışlarını hissettiğim ve bu yolda bana yol arkadaşlığı yapan Yüksek Lisans dönem arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunuyorum.

Bu süreçte fedakârlık yaparak beni her anlamda destekleyen eşim Hemşire Güler KAÇAN KORKUTAN' a ve aramıza katılarak beni daha da motive eden biricik oğlum Mert Miraç' a,

Yetiştirme tarzlarıyla kişiliğime yön veren, beni ben yapan Anneme, Babama ve tüm kardeşlerime de sevgilerimi sunuyorum.

Mahsum KORKUTAN

Aralık 2023

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TEZ ONAY SAYFASI.....	vi
TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU	vii
BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ	viii
KISALTMALAR.....	ix
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiii
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Ruh Sağlığı ve Ruhsal Hastalıklar	7
2.2. Sağlık Okuryazarlığı (SO).....	9
2.2.1. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler.....	13
2.2.2. Dünya’da ve Türkiye’de sağlık okuryazarlığı.....	15
2.2.3. Yetersiz sağlık okuryazarlığı ve sağlık sonuçları.....	16
2.3. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı (RSOY)	18
2.3.1. Dünya’da ve Türkiye’de ruh sağlığı okuryazarlığı	20
2.3.2. Ruh sağlığı okuryazarlığı ve sağlık sonuçları	23
2.3.3. Ruh sağlığı okuryazarlığının geliştirilmesinde psikiyatri hemşiresinin rolü.....	25
2.4. Damgalama.....	26
2.4.1. Ruhsal hastalıklara yönelik damgalama	27
3.GEREÇ VE YÖNTEM	35
3.1. Araştırmanın Türü	35
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri:.....	35
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	35
3.4. Araştırmaya Katılımcıların Dahil Edilme Kriterleri	35
3.5. Araştırmada Katılımcıları Dışlama Kriterleri	35
3.6. Veri Toplama Araçları ve/veya Teknikleri	36
3.6.1. Kişisel bilgi formu (EK 1.):.....	36
3.6.2. Ruh sağlığı okuryazarlık ölçeği (RSOY ölçeği) (EK 2.):	36
3.6.3. Damgalama (Stigma) ölçeği (DÖ)(EK 3.)	36
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	37
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	38
3.9. Verilerin Toplanması.....	38
3.10. Sınırlılıklar	38

3.11. Verilerin Analizi.....	38
4. BULGULAR	41
4.1. Din Görevlilerinin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Tanıtıcı İstatistikler	41
4.2. Din Görevlilerinin RSOY Ölçeği ile Damgalama Ölçeklerine İlişkin Tanıtıcı İstatistikler	42
4.3. Din Görevlilerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre RSOY Ölçeği ve Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması	43
4.4. Din Görevlilerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Damgalama Ölçeği ve Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması	46
4.5. Din Görevlilerinin Damgalama ile RSOY Ölçekleri Arasındaki İlişkiler	48
4.6. Din Görevlilerinin RSOY Puanlarının Damgalama Puanlarına Etkisinin Regresyon Analizi	49
5. TARTIŞMA	51
5.1. Din Görevlilerinin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Puanları ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	51
5.2. Din Görevlilerinin Sosyodemografik Değişkenlerine Göre Ruh Sağlığı Okuryazarlık Puanlarının Tartışılması	54
5.3. Din Görevlilerinin Sosyodemografik Değişkenlerine Göre Damgalama Düzeylerinin Tartışılması.....	58
5.4. Din Görevlilerinin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Puanları ile Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	60
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	63
6.1. Sonuç.....	63
6.2. Öneriler.....	65
7. KAYNAKLAR.....	67
8. EKLER.....	75

TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi **Mahsum KORKUTAN**' nın “**Din Görevlilerinin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Düzeylerinin Belirlenmesi**” başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Konya / 29.12.2023

Tez Danışmanı Doç. Dr. Nesibe GÜNAY MOLU
NEÜ Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı
ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Jüri Üyesi Doç. Dr. Adeviye AYDIN
NEÜ Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı
ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Jüri Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Arzu KOÇAK UYAROĞLU
SÜ Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği
Anabilim Dalı

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 10/01/2024 tarih ve 01/06 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Hasibe VURAL

Enstitü Müdürü

TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

“*Din Görevlilerinin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Düzeylerinin Belirlenmesi*” başlıklı tez çalışmamın toplam 98 sayfalık kısmına ilişkin, 10.12.2023 tarihinde tez danışmanım tarafından **Turnitin** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı **%21** olarak belirlenmiştir.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Tez kabul sayfası hariç
2. Tez çalışması orijinallik raporu sayfası hariç
3. Bilimsel etik beyannamesi sayfası hariç
4. Önsöz hariç
5. İçindekiler hariç
6. Simgeler ve kısaltmalar hariç
7. Materyal ve metot hariç
8. Kaynaklar hariç
9. Alıntılar dahil
10. 7 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tez Çalışması Orijinallik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim ve tez çalışmamın, bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranının (%30) altında olduğunu ve intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Tarih: 29.12.2023

Öğrenci Adı SOYADI
Mahsum KORKUTAN

Danışman Unvanı Adı SOYADI
Doç. Dr. Nesibe GÜNAY MOLU

BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet ettiğimi, tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde ederek sunduğumu, ayrıca tez hazırlama kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanmam durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yaptığımı ve bu kaynakları kaynaklar listesine eklediğimi beyan ederim.

Tarih: 29.12.2023

Mahsum KORKUTAN

KISALTMALAR

MHL: Mental Health Literacy

MHLS: Mental Health Literacy Scale

WHO: World Health Organization

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

HIV: Human İmmunodeficiency Virus

AIDS: Acquired İmmunodeficiency Syndrome

SO: Sağlık Okuryazarlık

AMA: American Medical Association

RSOY: Ruh Sağlığı Okuryazarlık

DÖ: Damgalama Ölçeği

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

HLS-EU: The European Health Literacy Survey

TABLULAR LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1.Din Görevlilerinin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Tanıtıcı İstatistikler.....	42
Tablo 4.2. Din Görevlilerinin RSOY Ölçeği ile Damgalama Ölçeklerine İlişkin Tanıtıcı İstatistikle.....	43
Tablo 4.3.Din Görevlilerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre RSOY Ölçeği ve Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.4. Din Görevlilerinin Sayısal Sosyodemografik Özelliklerine Göre RSOY Ölçeği ile Damgalama Ölçeği ve alt boyutlarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.5.Din Görevlilerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Damgalama Ölçeği ve Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.6.Din Görevlilerinin Damgalama ile RSOY Ölçekleri Arasındaki İlişkiler.....	49
Tablo 4.7.Din Görevlilerinin RSOY Puanlarının Damgalama Puanlarına Etkisinin Regresyon Analizi.....	50

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 2.1. Ülkelere göre ve toplam örneklem için genel sağlık okuryazarlığı endeksi seviyeleri.....	17
Şekil 2.2. Yıllara göre RSOY ile ilgili çalışma sayıları.....	20
Şekil 2.3. Yayın yapan ülkelere göre RSOY çalışma sayıları.....	21



ÖZET

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği
[Yüksek Lisans Tezi]

DİN GÖREVLİLERİNİN RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI VE RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK DAMGALAMA DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Mahsum KORKUTAN

Konya-2023

Bu çalışma din görevlilerinin ruh sağlığı okuryazarlığı (RSOY) ve ruhsal hastalıklara yönelik damgalama düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapıldı. Çalışma, Erzincan il merkezinde imam-hatip- müezzin ve Kur'an kursu öğreticisi kadrosunda görev yapan ve Diyanet İşleri Başkanlığına bağlı olarak çalışan, gelişigüzel örneklem yöntemi ile seçilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 307 din görevlisi ile yürütüldü. Veriler "Kişisel Bilgi Formu", "Ruh Sağlığı Okuryazarlık Ölçeği"(RSOY ölçeği) ve "Damgalama Ölçeği"(DÖ) kullanılarak toplandı. Verilerin analizi Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis H Testi ile yapıldı. Kruskal Wallis H Testi sonucu anlamlı ise çoklu karşılaştırmalar Bonferroni düzeltmesi testi yapıldı. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon ve doğrusal regresyon analizi ile değerlendirildi. RSOY ölçeği toplam puan ortalaması 14,91±3,61 olarak belirlendi. Cinsiyet, yaş, meslekte çalışma süresi, eğitim düzeyi, ruhsal hastalığı olan bireyle tanışma durumu ve ruhsal hastalığı olan birinden yardım başvurusu alma değişkenlerinin RSOY puanlarında farklılaşma yaptığı belirlendi. Bu çalışmada, damgalama toplam puan ortalaması 58,22±11,87 puan olarak belirlenerek din görevlilerinin damgalama düzeyi yüksek olarak değerlendirildi. Cinsiyet, görev ve internet erişimi değişkenlerinin damgalama toplam puanı üzerinde farklılaşma yaptığı belirlendi. RSOY puanı ile damgalama toplam puanı arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ve çok zayıf bir ilişki belirlendi ($\rho=-0,156$ $p=0,006$). Sonuç olarak; din görevlilerinin RSOY düzeyi orta düzey, damgalama düzeyleri ise yüksek olarak tanımlandı. Din görevlilerinin RSOY düzeyleri arttıkça damgalama düzeylerinin azaldığı ve RSOY puanlarının ise damgalama puanlarını %1,5 oranında açıkladığı belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Damgalama, Din görevlileri, Psikiyatri hemşireliği, Ruh sağlığı okuryazarlık, Ruhsal hastalıklar.

ABSTRACT

Necmettin Erbakan University, Institute Of Health Sciences
Department Of Nursing
Mental Health and Psychiatry
[Master Thesis]

DETERMINING THE LEVELS OF MENTAL HEALTH LITERACY AND STIGMATIZATION FOR MENTAL DISEASES OF RELIGIOUS OFFICIALS

Mahsum KORKUTAN

Konya-2023

This study was conducted with the aim of descriptively and correlationally determining the levels of mental health literacy (MHL) and stigmatization related to mental illnesses among religious officials. The research involved 307 religious officials serving in positions such as imam, preacher, and Quran course instructor in the central district of Erzincan. These officials are affiliated with the Presidency of Religious Affairs, and they were selected through a random convenience sampling method. All participants willingly agreed to take part in the study. Data collection utilized the "Personal Information Form," "Mental Health Literacy Scale" (MHLS), and "Stigmatization Scale" (SS). The collected data underwent analysis through the Mann-Whitney U test and the Kruskal-Wallis H test. In cases where the Kruskal-Wallis H test yielded significant results, multiple comparisons were conducted using the Bonferroni correction test. Relationships between numerical variables were assessed through Spearman correlation and linear regression analysis. The mean total score of the MHLS was determined as $14,91 \pm 3,61$. Variables such as gender, age, years of professional experience, educational level, acquaintance with individuals with mental illnesses, and seeking help from someone with a mental illness were found to differentiate MHLS scores. In this study, the mean total score of the SS was established as $58,22 \pm 11,87$, signifying a high level of stigmatization among religious officials. Gender, occupation, and internet access were identified as variables that differentiated the total stigmatization score. A statistically significant and very weak negative correlation ($\rho = -0.156$, $p = 0.006$) was observed between the MHLS score and the total stigmatization score. In conclusion, the MHL level of religious officials was categorized as moderate, while their stigmatization levels were considered high. As the MHL scores of religious officials increased, stigmatization levels decreased. It was determined that MHLS scores explained stigmatization scores by 1.5%.

Keywords: Mental health literacy, Mental illness, Psychiatric nursing, Religious officials, Stigma.



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ruh sağlığını bireyin kendi yeteneklerini ortaya koyduğu, yaşamın normal stresleriyle baş ettiği, üretken ve verimli bir şekilde çalışabildiği ve içinde bulunduğu topluma katkı sağladığı bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Gelişmekte olan ülkeler daha çok bedensel sağlık üzerinde odaklanırken, gelişmişlik düzeyi artan toplumlarda ise ruhsal iyilik durumuna verilen önem artmaktadır (World Health Organization (WHO), 2004). Ruh sağlığı, beynin bütün işlevlerinin entegre bir şekilde çalışmasıyla ortaya çıkan bir durumdur. Bu işlevlerin bozularak kişinin davranışlarında, düşüncelerinde duygularında, algılarında ve ilişkilerinde farklı kombinasyonlar yaratmasıyla kişinin ruh sağlığı bozulur ve ruhsal hastalıklar oluşur (Göktaş ve ark., 2018).

Ruh sağlığı ile ilgili problemlerin artışı bütün dünyada bir endişe kaynağı olduğu ve dünya çapında ruhsal hastalıklar giderek artan hastalık yükü haline geldiği (Seki Öz, 2021; Wei ve ark., 2015) ve yaklaşık bir milyar insanın ruhsal, nörolojik ve madde kullanım bozukluklarından etkilendiği belirtilmektedir. Bu durum, 2019'da küresel hastalık yükünün %10' unu ve sakatlıkla geçen yılların %25'ini oluşturmaktadır (WHO, 2022). DSÖ 2022 yılında yayınladığı ruh sağlığı raporunda en yaygın ruhsal hastalıkların depresyon ve anksiyete olduğunu ve COVID-19 sonrası 246 milyon majör depresyon, 374 milyon anksiyete bozukluğu ortaya çıktığını belirtmiştir (WHO, 2022). Ruhsal hastalıkların dünya çapında engelliliğin önde gelen nedeni olduğu ve ölümcül olmayan tüm yüklerin %23'ünü oluşturduğu belirtilmektedir (Schnyder ve ark., 2021). Bu bağlamda ruhsal hastalıkların bireyi birçok yönden etkilediğini söylemek mümkündür.

Ruhsal hastalıklar duygu, düşünce, ruhsal durum, iletişim kabiliyeti ve günlük hayatı etkilerken aynı zamanda sebep oldukları ekonomik, duygusal, ıstırap ve kısıtlamalar nedeniyle insanların sosyal ve mesleki aktivitelerini gerçekleştirmelerini de zorlaştırmaktadır. Dolayısıyla günümüzde dünya çapında ruhsal hastalığı olan kişilerin yaşam kalitelerini en üst seviyeye çıkarmak, ekonomik ve sosyal hayata katılmalarını sağlamak ulaşılmak istenen ortak hedef haline gelmiştir. Ruh sağlığı okuryazarlığı (RSOY) bu hedeflere ulaşmada ruhsal hastalıkların yükünü azaltmada en önemli stratejilerden biri olarak belirtilmektedir (Kılıç, 2020; Jafari ve ark., 2021).

DSÖ, sağlık okuryazarlığını, bireysel yaşam tarzlarını ve yaşam şartlarını değiştirerek bireysel ve toplum sağlığını iyileştirmek üzere harekete geçmek ve ilgili bilgi, bireysel beceri

ve güven düzeyine ulaşılması olarak ifade etmektedir (WHO, 2013). Sağlık okuryazarlığı hem kişilerin sağlık davranışlarının hem de mevcut sağlık durumlarının belirleyici bir faktörü olarak kendini göstermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2018). İnsanlar hastalığa yakalanmamak, sağlığına yeniden kavuşmak, sağlığını geliştirmek ve aile veya toplum sağlığı üzerinde olumlu veya olumsuz yönde nelerin etki ettiğini bilmek adına temel sağlık bilgisine ihtiyaç duyabilmektedir. Bu tür bilgilere sahip olma derecesi, kişilerin sağlık okuryazarlığı (SO) düzeyini belirlemektedir (Gözlü, 2020). SO' nun yetersiz olması, bireyin kendi sağlığı ve öz yönetimine dahil olma oranlarının azalmasına, tıbbi koşulların kötüleşmesine, ilaç uyumu ile ilgili problemler yaşanmasına, hastane yatışlarında artışa, sağlık maliyetleri üzerinde artışa ve dolayısıyla morbidite ve mortalite oranlarında artış olmasına sebep olmaktadır (Berkman ve ark., 2011; Mackey ve ark., 2016; Macleod ve ark., 2017; Hussein ve ark., 2018; Akyol Güner ve ark., 2020).

RSOY, sağlık okuryazarlığı (SO) alanından ortaya çıkan bir yapı olup ruh sağlığı üzerinde belirleyici bir faktördür. Fiziksel sağlığın geliştirilmesinde SO nasıl kritik bir öneme sahipse, RSOY da ruh sağlığının geliştirilmesinde o kadar kritik bir öneme sahiptir (Wei ve ark., 2015; Akdoğan, 2018; Çevre, 2021). Avustralyalı psikolog Tony Jorm ve ark. 1997 yılında RSOY kavramına değinerek bunu “ruhsal hastalıkların tanınmasına, önlenmesine ya da yönetilmesine yardımcı olan bilgi ve inançlar” olarak tanımlamışlardır (Jorm ve ark., 1997).

RSOY seviyesi insanların ruhsal durumu üzerinde etkili bir role sahiptir. Yeterli seviyedeki RSOY, sağlık harcamalarının düşürülmesi, sağlığı geliştirme ile ilgili etkin politikaların oluşturulması ve sağlık uygulamalarının planlanmasında kullanılabileceği gibi kişilere kendi kendine tedavi olanağı da sağlamaktadır. Toplumun RSOY düzeyinin düşük olması ise, zaten giderek artmakta olan işsizlik, cinayet ve intihar gibi birçok durumun da önlenmesini geciktirirken bireylerin uygun olmayan yardım arayışlarına yönelmelerine, tedavi aldıklarında bu tedavi süresi tamamlanmadan birden tedavinin kesilmesine neden olabilmektedir (Kutcher ve ark., 2016; Zerin, 2022). Sağlık ile ilgili bu olumsuz durumları, toplumun RSOY düzeylerinin arttırılması ile düzeltmek mümkündür. RSOY seviyesinin arttırılması, hastalığın önlenmesini, erken teşhis edilmesini, müdahale etme kabiliyetini ve nihayetinde toplumdaki ruhsal hastalıkların azalmasını kolaylaştırır (Jafari ve ark., 2021). Kanıtlar, ruh sağlığı ve ruhsal hastalıklar hakkında daha fazla bilginin, nasıl yardım ve tedavi aranacağı konusunda farkındalığın gelişeceğini ve ruhsal hastalığa karşı bireysel, toplumsal ve kurumsal düzeylerde damgalanmanın azalacağını ruhsal hastalıkların erken teşhisini

destekleyebileceğini, sağlık hizmetlerinin kullanımını ve ruh sağlığı sonuçlarını iyileştirebileceğini göstermektedir (Wei ve ark., 2015; Akdoğan, 2018). Yapılan çalışmalarla da toplumda ruhsal hastalıkların, fiziksel hastalıklardan daha çok stereotipleri, mitleri, yanlış ve olumsuz inançları barındırdığını ve bu da ruhsal hastalıkların erken teşhis ve etkin tedaviyi aksattığını göstermektedir (Vimalanathan ve Furnham, 2018; Seki Öz, 2021). Dolayısıyla mücadelede RSOY' nun gelişmesinin kritik bir önemi vardır.

Hasta ve hasta yakınları ile en çok etkileşim içerisinde olan psikiyatri hemşireleri, toplum sağlığı üzerinde kilit rol oynarken (Özer ve Şahin Altun, 2022) koruyucu hizmet kapsamında yapacağı müdahalelerle de toplumun ruh sağlığı okuryazarlığının geliştirilmesinde etkin rol oynamaktadır. Nitekim Sağlık Bakanlığı tarafından da toplum ruh sağlığı hemşirelerine, ruh sağlığı eğitim programları ile toplumun ruh sağlığı gereksinimlerini belirleme ve toplumu bilinçlendirme sorumluluğu verilmiştir (Resmi Gazete, 2011).

Ruhsal anlamda yardım arama süreçlerinin önünde engel oluşturan bir diğer bileşen ruhsal hastalıklara yönelik damgalamadır (Clement ve ark., 2015; Fretian ve ark., 2021). Damgalama (Stigma), "ruhsal hastalığı" olan bireylere reddetme, korku, ayrımcılık yapma ve kaçınma olarak ortaya çıkan bir takım olumsuz tutum ve inanç" olarak tanımlanmaktadır (Ercan ve ark., 2021). Damgalama bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı ve yardım arama tutumlarını etkileyerek tanı ve tedavi gecikmelerine neden olurken toplumsal düzeydeki etkileriyle toplumun ruh sağlığı üzerinde de etkide bulunmaktadır (Zerin, 2022). Toplumda ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutum ve inançların yaygınlığı bilinen bir gerçektir. Bu olumsuz tutum ve inançların ise hastaların utanç duymalarına ve damgalanmasına neden olmaktadır. Bu durum ruh sağlığı hizmetleri için yardım arama davranışını engellemekte (Gulliver ve ark., 2010) ve hastaların toplum içerisinde uyumunu da sınırlamaktadır. Ruhsal hastalığı olan bireyin damgalanmadan toplum içerisinde var olması için, o toplumun ruhsal hastalıklara karşı olumsuz tutumlarının olumluya dönüştürülmesi önemlidir (Açıkgöz ve Akkuş, 2018).

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri bakım verici, eğitim verici, araştırmacı, savunuculuk ve danışmanlık rollerini kullanarak ruhsal hastalıklara karşı inanç ve damgalama eğilimlerine etki edebilmektedir. Hemşireler; halkın eğitilmesinde, sosyal ortamlar oluşturarak hasta ile temasın kurulmasında, erken teşhiste, bakım verenlerin eğitilmesinde, birebir ruhsal hastalıkla karşılaşan grup üyeleriyle, toplum liderleri ile bilgi alışverişinde bulunarak ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanç ve damgalama eğilimleri ile mücadele edebilme gücüne sahiptir (Yener Özcan, 2019).

Kronik seyreden ruhsal hastalık seyrinin uzun ve yıkıcı olması hastaları ve ailelerini birçok yardım arama yöntemine yönettiren damgalayıcı yaklaşımların ve ruh sağlığı ile ilgili yetersiz bilginin üst düzeyde yaşanması nedeniyle bireylerin profesyonel yardım arama davranışını az gösterdiği belirtilmektedir (Rüsch ve ark., 2011; Bademli ve Lök, 2017; Munawar ve ark., 2020; Önel ve Dönmez 2021). Profesyonel yardımdan uzaklaşan ve toplumdaki yeterli desteği alamayan kişiler genellikle tıp dışı yardım arayışlarına yönelmektedirler (Çevre, 2021). Alanyazında yapılmış çalışmalara bakıldığında ruh sağlığı problemi yaşayan insanların tıp dışı yardım arama davranışı olarak daha çok başvurularını din görevlilerine yaptığı belirtilmektedir (Weaver ve ark., 1996; Blasi ve ark., 1998; Taylor ve ark., 2000; Güleç ve ark., 2006; Bahar ve ark., 2010; Açıkgöz ve Akkuş, 2018). Bu başvurular göz önünde bulundurulduğunda hastaların bilgilendirilmesi ve tıbbi başvuruya yönlendirilmelerinde dini liderlerin rolü önem kazanmaktadır. Özellikle kırsal bölgelerde rol model olan din görevlileri toplumda sözü önemsenip dinlenen meslek grupları arasında yerini almaktadır. Din görevlilerinin bu rolü düşünülduğünde ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik olumlu tutum ve davranışları hastaların tıbbi tedaviye yönelmesine ve toplumda kabul görmesine katkı sağlayacağı ve bu meslek üyelerinin aynı zamanda toplumda ruhsal hastalıklara karşı önyargıların azaltılmasında da önemli katkıları olacağı düşünülmektedir. Bu nedenle din görevlilerinin ruhsal hastalıklar hakkındaki bilgileri ve bu hastalıklara karşı inanç tutumları önem kazanmaktadır (Eker ve ark., 2010; Açıkgöz ve Akkuş, 2018). Ancak ulusal literatüre bakıldığında din görevlilerinin ruh sağlığı okuryazarlığını ve ruhsal hastalıklara yönelik damgalama düzeyleri ile ilgili herhangi bir çalışmanın olmadığı uluslararası literatürde ise kısıtlı olarak çalışıldığı (Agyei, 2021; Taghva ve ark., 2022) görüldü. Bu bağlamda çalışmamız din görevlilerinin ruh sağlığı okuryazarlığını ve ruhsal hastalıklara yönelik damgalama düzeylerini belirlemeyi amaçlamaktadır.

Araştırmanın Soruları

- Din görevlilerinin ruh sağlığı okuryazarlık puanları nedir?
- Din görevlilerinin damgalama düzeyleri nedir?
- Din görevlilerinin ruh sağlığı okuryazarlığı puanları sosyodemografik değişkenlere göre değişmekte midir?
- Din görevlilerinin damgalama düzeyleri sosyodemografik değişkenlere göre değişmekte midir?

- Din görevlilerinin ruh sağlığı okuryazarlığı puanları ile damgalama düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
- Din görevlilerinin ruh sağlığı okuryazarlık puanları damgalama düzeylerini etkilemekte midir?





2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ruh Sağlığı ve Ruhsal Hastalıklar

DSÖ sağlığı, sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, tam bir fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali şeklinde tanımlayarak ruh sağlığını da bu tanıma dahil etmekte ve ruh sağlığını da bireyin kendi yeteneklerini gerçekleştirdiği, yaşamın normal stresleriyle baş edebildiği, üretken ve verimli bir şekilde çalışabildiği ve içinde bulunduğu topluma katkıda bulunabildiği bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır (World Health Organization WHO, 2004). Diğer bir kaynakta ruh sağlığı; bireyin ruhsal iyilik haline ve çevrede işlev görebilmesine katkıda bulunan biyolojik, psikolojik veya sosyal faktörleri de içeren bir varlık durumu olarak tanımlanmaktadır (Manwell ve ark., 2015). Gelişmekte olan ülkeler daha çok bedensel sağlık üzerinde dururken, ülkelerin gelişmişlik düzeyi arttıkça toplumun ruhsal iyilik durumuna verilen önem de artmaktadır (WHO, 2004). Ruh sağlığı, beynin bütün işlevlerinin entegre bir şekilde çalışması ile ortaya çıkan durumdur. Bu işlevlerde herhangi bir bozukluk meydana geldiğinde kişinin davranışları, düşünceleri, algıları, hafızası, konuşması, bilişsel durumu normalden sapar ve ruhsal hastalıklar meydana gelir (Göktaş ve ark. 2018). Ruhsal hastalıklar birey, aile ve toplumda en çok rahatsızlığa yol açan şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, depresyon bozuklukları, bipolar bozukluk ve ilişkili bozukluklar, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları, madde ve ilişkili bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, uyku bozuklukları, organik ruhsal bozuklukları, somatik bozuklukları ve yeme bozuklukları gibi bozuklukları kapsamaktadır (Kılıç, 2020; Engin ve ark., 2021, s:242-540).

Ruh sağlığı ile ilgili problemlerin artışı tüm dünya için bir endişe kaynağı olduğu ve Dünya çapında ruhsal hastalıklar giderek artan hastalık yükü haline geldiği ifade edilmektedir (Wei ve ark., 2015; Seki Öz, 2021). Temel olarak demografik değişiklikler kaynaklı, son on yılda (2017'ye kadar) ruh sağlığı hastalıklarında ve madde kullanım bozukluklarında %13'lük bir artış meydana gelmiştir. Ruh sağlığı hastalıkları aynı zamanda artık her 5 yılda 1 kişinin engelli olarak yaşamasına neden olmaktadır (WHO, 2022). Dünya çapında yaklaşık bir milyar insan ruhsal, nörolojik ve madde kullanım bozukluklarından etkilenmektedir. Bu durum, 2019'da küresel hastalık yükünün %10' unu ve sakatlıkla geçen yılların %25'ini oluşturmaktadır (WHO, 2022). Dünya genelinde 2019'da her 8 kişiden 1'i anksiyete ve depresyon başta olmak üzere bir ruhsal hastalıkla yaşarken, 2020 yılından itibaren COVID-19 sürecindeki belirsizlik, aşılama ve salgın yönetimi gibi unsurlar toplumlarda ve dolayısıyla insanlarda kısa ve uzun vadeli stresleri tetikleyerek, korku ve kaygı yaratıp birey ve toplum üzerinde kayda değer bir

duygusal etki yaratmıştır. COVID-19 milyonların ruh sağlığını etkileyerek ruh sağlığı için küresel bir kriz yaratmış ve 2020 yılında, pandemi nedeniyle kaygı ve depresif bozukluklarla yaşayan insan sayısını önemli ölçüde artırmıştır. Pandemi sonrası il bulgular, sadece bir yıl içinde anksiyete ve majör depresif bozukluklar için sırasıyla %26 ve %28'lik bir artış olduğunu göstermektedir (Korkutan ve ark., 2023; WHO, 2022). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2022 raporunda COVID-19 sürecinde ruhsal hastalıkların artış göstermesine rağmen verilen hizmetin çeşitli sebeplerle (hizmetlerin geçici olarak kapatılması veya ertelenmesi gibi kasıtlı hizmet sunumu değişiklikleri (ülkelerin %40'ı) ve personel, temel ilaçlar ve teşhis ile sağlık tesisi altyapısı ve alanı eksiklikleri) aksadığı belirtilmektedir (WHO, 2022).

Ruhsal hastalıklar duygu, düşünce, ruhsal durum, iletişim kabiliyeti ve günlük hayatı etkilerken aynı zamanda sebep oldukları ekonomik, duygusal ıstırap ve kısıtlamalar nedeniyle insanların sosyal ve mesleki aktivitelerini gerçekleştirmelerini de zorlaştırmaktadır (Jafari ve ark., 2021). Kronik seyreden ruhsal hastalıklar yeti yitimi ile beraber bireyin özel ve sosyal yaşamındaki görevlerini yerine getirememesine neden olmakta ve ömür boyu destek ve bakım almaya zorunlu kılabilir. Dolayısıyla günümüzde dünya çapında ruhsal hastalığı olan kişilerin yaşam kalitelerini en üst seviyeye çıkarmak, ekonomik ve sosyal hayata katılmalarını sağlamak ulaşılmak istenen ortak hedef haline gelmiştir (Jafari ve ark., 2021; Kılıç, 2020)

Kronik seyreden ruhsal hastalık seyrinin uzun ve yıkıcı olması hastaları ve ailelerini birden çok yardım arama yöntemine yöneltebilmektedir (Bademli ve Lök, 2017). Ancak ruhsal hastalıklar yaygın olmasına rağmen profesyonel anlamda psikiyatrik hizmet kullanımı sınırlıdır. Dünya Sağlık Örgütü de Ruh Sağlığı Atlasın' da 2020 için toplanan 12 aylık hizmet kullanım verileri kullanılarak psikoz için hizmet kapsamının %29, depresyon için hizmet kapsamının %40 olduğunu ifade etmiştir (WHO, 2020). Damgalayıcı yaklaşımların ve ruh sağlığı ile ilgili yetersiz bilginin üst düzeyde yaşanması nedeniyle bireylerin profesyonel yardım arama davranışının yetersiz olduğu belirtilmektedir (Rüş ve ark., 2011; Bademli ve Lök, 2017; Önel ve Dönmez, 2021). Yapılan diğer bir çalışmada da ruh sağlığı bilgisinin bireyin yardım arama davranışlarını etkilediği öne sürülmektedir (Rüş ve ark., 2011; Smith ve Shochet, 2011). Profesyonel yardımdan uzaklaşan ve toplumdaki yeterli desteği alamayan kişiler genellikle geleneksel yardım arayışlarına yönelmektedirler. Geleneksel yardım arama davranışının, nedenleri kadar sonuçları da psikiyatri alanında çalışan ve bu alanda yardım arayan insanları etkilemektedir. Ruhsal hastalığı olan bireylerin geleneksel yardım arama başvuruları psikiyatri birimlerine ulaşmayı geciktirirken verilen psikiyatrik tedavinin

kesilmesine de neden olabilmektedir. Bu durumun en önemli nedenleri arasında ruh sağlığı ile ilgili yetersiz bilgi yer almaktadır (Munawar ve ark., 2020; Çevre, 2021).

Ruhsal hastalıklara yönelik yetersiz bilgi, korku ve ön yargıların çok fazla olmasından ötürü hastaların teşhis ve tedavisi de zor olmaktadır. Erken teşhis ve tedavi için geç kalınması, hastalıklar ilerledikten sonra sağlık hizmetlerine başvuru yapılmasına ve sağlık sektörü üzerinde de ciddi bir yük oluşmasına neden olmaktadır. Bu durumun olumsuz etkileri hem ruh sağlığı hizmeti alanlar hem de bu hizmeti verenler üzerinde gittikçe artan bir yük haline gelmektedir. Ruhsal hastalıkların oluşturduğu yükü sağlık hizmetlerinin tek başına karşılaması zor olmaktadır. Bu bağlamda, tüm toplumu kapsayan kampanyalar, eğitim ortamlarındaki müdahaleler, ruh sağlığı ilk yardım eğitimi ve bilgi web siteleri gibi hem toplumun hem de bireylerin ruh sağlığını geliştirmeye yönelik müdahaleler planlamak önemlidir. Bunun sonucunda bireyin kendi öz bakımında sorumluluk almasının sağlanması ve toplum sağlığı alanında alınan kararlar doğrultusunda davranışlarını yönlendirmesi, temel sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi edinmesi, bu bilgilere erişimi, erişilen bilgiyi anlaması, değerlendirmesi, kullanması ve bunu daha sonra yaşamında sürdürmesi beklenmektedir. Tüm bu beklentilerin temelini de SO oluşturmaktadır. Ruh sağlığı alanında ise bu sağlık bilgisi RSOY olarak ifade edilmektedir. RSOY' nın aynı zamanda ruh sağlığı üzerinde belirleyici bir faktör olduğu da literatürde belirtilmektedir (Jorm, 2012; Özel ve Duzcu, 2018; Nyblade ve ark., 2019; Kılıç, 2020; Seki Öz, 2021; Shalbafan ve ark., 2023). Bireylerin hem ruhsal hastalıkları tanımalarını hem de profesyonel yardım arama davranışı göstermelerini kapsaması nedeniyle RSOY koruyucu ve erken tanı hizmeti olarak topluma fayda sağlayacağı ifade edilmektedir (Özel ve Duzcu, 2018). Literatür incelendiğinde toplumda ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklardan daha fazla stereotipleri, mitleri, olumsuz ve yanlış inançları barındırdığını ve bu da ruhsal hastalıkların erken teşhis ve etkin tedaviyi aksattığını göstermektedir. Dolayısıyla mücadelede RSOY' nın gelişmesinin ve ruhsal hastalıklara yönelik damgalama ile mücadelenin kritik bir önemi vardır (Vimalanathan ve Furnham, 2018; Açıkgöz ve Akkuş, 2018; Seki Öz, 2021).

2.2. Sağlık Okuryazarlığı (SO)

Sağlıklı olmak insanın en temel haklarından birisidir. Bu yüzden devletlere, sağlık kurumlarına ve bireylere bu anlamda önemli sorumluluklar düşmektedir. Bireylere düşen sorumluluk sağlık ve hastalıklar hakkında bilgi sahibi olmak ve sağlık problemleri ile karşılaşmalarını azaltacak bir yaşam biçimi benimsemektir. Bununla birlikte bireylerin sağlığını biyolojik, çevresel ve sosyal birçok faktör etkilemektedir. Sağlığı etkileyen sosyal

faktörlerden birisi de sağlık okuryazarlığıdır. Sağlık eşitsizliklerinin ve sağlık maliyetlerinin azaltılmasında önemli etkileri (Berkman ve ark., 2011) bulunan SO, sağlığın en güçlü sosyal belirleyicileri arasında sayılmaktadır. Sağlıkla alakalı bilgi sahibi olmanın önemi ve sağlık bilgisinin bu öznel niteliğinden dolayı sağlık okuryazarlığı kavramı ortaya çıkmış ve başta sağlıkla ilgili kişi, kurum ve kuruluşlar olmak üzere çoğu kesimin ilgi odağı olmuştur (Gözlü, 2020).

Sağlık okuryazarlık (SO) terimi ilk defa Scott Simonds tarafından 1974 yılında “Sağlık Eğitimi ve Sosyal Politika” adlı makalede tüm okullardaki sınıf düzeyleri için asgari standartları karşılayan ‘sağlık eğitimi’ olarak yer almış olup 90’lı yılların başından itibaren önemini giderek artırmaya devam etmektedir. Literatürde yaygın şekilde kullanımı ise Amerika’da 2003 yılında gerçekleştirilen Yetişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirilmesi (NAAL) isimli çalışmadan sonra başlamıştır. Sağlıkla ilgili soruları da içeren bu çalışma okuryazarlığın sağlık ve sağlık hizmetleri üzerindeki etkisini de ortaya çıkarmıştır (Yalçın Balçık ve ark., 2014; Akdoğan, 2018; Arıkan, 2020). Sağlık Bakanlığı’nın 2018’de yapılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırmasına göre de yetersiz sağlık okuryazarlığının eğitim durumuna göre değişkenlik gösterdiği ve eğitim durumu en düşük olan kişiler arasında yetersiz ya da sorunlu okuryazarlık düzeyinin %84.9 olduğu sonucuna varılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2018). Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı, günlük yaşamımız açısından büyük öneme sahip olan okuryazarlık ve sağlık kavramlarının üzerine kurulmuş bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (Arıkan, 2020). Nitekim sağlık okuryazarlığı ile okuryazarlık arasında çok yakın bir bağ olduğunu savunan Sorensen ve ark. (2012) da çok sayıda farklı türden okuryazarlık tanımını inceleyip analiz ettikten sonra, sağlık okuryazarlığını daha geniş kapsamlı bir şekilde tanımlamışlardır. Sağlık okuryazarlığı, kişinin günlük hayatını sürdürmesi ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla yaşamında hastalıkları önlenmek ve sağlığının geliştirilmesiyle ilgili kararlar alabilmek adına sağlık bilgilerine ulaşması, anlaması, değerlendirmesi ve uygulaması için gerekli bilgi, beceri ve yetkinliğe sahip olması olarak görülmektedir (Sorensen ve ark., 2012).

Amerikan Tıp Derneği (American Medical Association-AMA) sağlık okuryazarlığını; bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için temel okuma ve sayısal işlem becerileri de dâhil sağlık için gerekli bilgi ve yetenekler dizisi şeklinde tanımlamaktadır. Bireylerin sağlıkla ilgili temel materyalleri (ilaç kutuları ve randevu formlarını okuyup anlamak gibi) de bu tanım çerçevesinde yer almaktadır (AMA, 1999). DSÖ ise sağlık okuryazarlığını, kişisel yaşam tarzlarını ve yaşam koşullarını değiştirerek kişisel ve toplum sağlığını iyileştirmek için

harekete geçmek üzere bir bilgi, kişisel beceri ve güven düzeyine ulaşılması şeklinde ifade etmektedir (WHO, 2013). Amerikan Tıp Derneği, Tıp Enstitüsü ve Dünya Sağlık Örgütü tanımlarının ortak bir özelliği, uygun sağlık kararları vermek için gerekli sağlık bilgilerini ve hizmetlerini elde etme, işleme ve anlama konusunda bireysel becerilere odaklanmalarıdır. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı sadece broşürleri okuyabilme ve söylenenleri yapabilme becerisi değildir aynı zamanda insanların sağlık bilgisine ulaşımını ve bunu etkili bir şekilde kullanma kapasitesini içerir (Soresmen, 2012; Çevre, 2021).

Sağlık okuryazarlığının pek çok farklı tanımı olduğu gibi sağlık okuryazarlığının hangi bileşenlerden ya da boyutlardan oluştuğu konusunda da birçok farklı görüş bulunmaktadır. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Konsorsiyumu tarafından sağlık okuryazarlığının tanımı ve kavram çerçevesi oluşturulmak adına yapılan sistematik çalışmada 17 tanıma ve 12 kavramsal modele ulaşılmıştır. Araştırma sonucunda 12 modeli içeren bütünlendirici entegre bir sağlık okuryazarlığı modeli geliştirilmiştir. Model “Sağlık Hizmetleri”, “Hastalıkları Önleme ve Sağlığın Korunması” ve “Sağlığın Geliştirilmesi” boyutlarından oluşmakta ve ‘erişim’, ‘anlama’, ‘değerlendirme’ ve ‘uygulama’ olmak üzere 4 süreçten oluşmaktadır. 1. Erişim, sağlık bilgilerini arama, bulma ve elde etme becerisini ifade eder. 2. Anlama, erişilen sağlık bilgisini anlama yeteneğini ifade eder; 3. Değerlendirme, erişilen sağlık bilgilerini yorumlama, filtreleme, yargılama ve değerlendirme yeteneğini tanımlar; ve 4. Uygulama, sağlığı korumak, iyileştirmek ve bir karar vermek için bilgiyi iletme ve kullanma yeteneğini ifade eder (Sorensen ve ark., 2012; Sorensen ve ark., 2015). Sağlık hizmetleri alanında sağlık okuryazarlığının dört süreci tıbbi veya klinik konulardaki bilgilere erişim, tıbbi bilgileri anlama, tıbbi bilgileri yorumlama ve değerlendirme ve tıbbi konularda bilinçli kararlar verme ve tıbbi tavsiyelere uyma yeterliliğini ifade etmekteyken, hastalık önleme sağlığın korunması alanındaki sağlık okuryazarlığının dört süreci , özellikle sağlık için risk faktörleri hakkındaki bilgilere erişme, risk faktörleri hakkındaki bilgileri anlama ve anlam çıkarma, risk faktörleri hakkındaki bilgileri yorumlama ve değerlendirme ve risk hakkında bilinçli kararlar verme yeterliliğini içermektedir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanındaki dört süreç ise özellikle sosyal ve fiziksel çevrede sağlığın belirleyicileri hakkında kendini düzenli olarak güncelleme, sosyal ve fiziksel çevrede sağlığın belirleyicileri hakkında bilgileri kavrama ve anlam çıkarma, bu konudaki bilgileri yorumlama ve değerlendirme yeterliliği olarak ifade edilmektedir (Sorensen ve ark., 2012; Sorensen ve ark., 2015).

Literatürde sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı için neden önemli olduğunu ortaya koyan 6 genel temaya vurgu yapılmaktadır (Kanj ve Mitic, 2009).

1. Birden fazla kişiyi etkilemesi: Bazı ülkelerde yetişkin okuryazar oranı yüksekken, bazı ülkelerde düşüktür. Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (UNESCO) İstatistik Enstitüsü (UIS) tahminen 776 milyon yetişkin ya da dünyanın yetişkin nüfusunun %16'sının temel okuryazarlık becerilerinden yoksun olduğunu bu nüfusun üçte ikisinin ise kadınlardan oluştuğunu ifade etmektedir. Kanj ve Mitic, (2009)'in ifadesine göre farklı ülkelerde yürütülen çalışmalar insanların sağlık bilgisini ve sağlık hizmetini elde etme, anlama, ona uygun davranma ve kendi sağlıkları için uygun karar almada yetersiz olduğunu göstermiştir.

2. Olumsuz sağlık sonuçları: Okuryazarlık düzeyleri eğitim, etnik köken ve yaş ile ilişkili olmasına rağmen, bir dizi çalışma, sınırlı okuryazarlık veya aritmetik becerilerine sahip olmanın da kötü sağlık için bağımsız bir risk faktörü olarak hareket ettiğini göstermiştir.

3. Kronik Hastalık Oranlarının Artması: DSÖ dünya çapında tüm yaşlar dahil edildiğinde ölümlerin çoğunun kronik hastalıklardan kaynaklandığını belirtmektedir. Sağlık okuryazarlığı, kronik hastalık öz yönetiminde çok önemli bir rol oynar. Günlük bazda kronik veya uzun vadeli hastalıkları yönetmek için bireyler, genellikle karmaşık bir tıbbi rejim içeren sağlık bilgilerini anlayabilmeli ve değerlendirebilmeli, yaşam tarzı ayarlamaları planlayıp yapabilmeli, bilinçli kararlar verebilmeli ve anlayabilmelidir. Gerektiğinde sağlık hizmetlerine nasıl erişileceğini bilmelidir. Bu alanlardaki beceri yetersizliği, birçok hastanın etkili özyönetimle ilgilenmesini engeller.

4. Sağlık bakım maliyetleri: Düşük sağlık okuryazarlığı ile ilişkili ekonomik maliyetleri değerlendirmek, düşük sağlık okuryazarlığının yaygınlığı hakkında verilerin yetersiz olması ve sağlık okuryazarlığının hangi bileşenlerden oluştuğuna yönelik tartışmalardan dolayı zor olmaktadır. Ancak düşük sağlık okuryazarlığının sağlık bakımına ek maliyetler getirdiği belirtilmektedir (Kanj ve Mitic, 2009).

5. Sağlık bilgisi talepleri: Son 30 yıl içinde bilgilendirilmiş onam formları ve ilaç prospektüsleri gibi sağlıkla ilgili çeşitli materyalleri değerlendiren sekiz yüzden fazla çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmaların sonucunda hedef kitlenin okuma becerileri ile sağlıkla ilgili materyalleri okuma düzeyleri arasında bir uyumsuzluk olduğu belirtilmektedir (Kanj ve Mitic, 2009).

6. Eşitlik: En kötü sağlık sonuçlarına sahip bireylerin sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasında önemli bir araç olduğu ve yetersiz sağlık okuryazarlığından kaynaklanan kötü sağlık sonuçlarının etik bir sorun olarak da karşımıza çıkabildiği belirtilmektedir (Kanj ve Mitic, 2009).

2.2.1. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler

Entegre sağlık okuryazarlığı modeline göre demografik durum, dil, kültür, politik güçler, toplumsal sistemler gibi sosyal ve çevresel faktörleri içeren uzak belirleyiciler ile yaş, cinsiyet, ırk, sosyo-ekonomik durum, eğitim, okuma-yazma, gelir, meslek, istihdam, anlama, erişim, hafıza, sözel yetenek, muhakeme ve bilişsel beceriler gibi bireysel belirleyiciler ve sosyal destek, ebeveyn ve akran ilişkileri, medya kullanımı ve fiziksel çevre gibi durumsal belirleyicileri içeren öncül faktörler sağlık okuryazarlığını etkilemektedir (Sorensen ve ark., 2012). Sekiz ülkede yürütülen(Bulgaristan, Polonya, Avusturya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Almanya ve İspanya) Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasının (HLSEU) karşılaştırmalı çalışmasına göre yaşlılar, düşük gelir grupları, düşük eğitim grupları, düşük sosyal statü, göçmenler, azınlık grupları arasında daha düşük sağlık okuryazarlığı ortaya konulmuş ve bu gruplar yetersiz SO açısından risk grubu olarak belirlenmiş ve ülkeler arasında okuryazarlık düzeyi açısından ciddi farklar bulunmuş bu durum ise coğrafi konum ile açıklanmıştır (Sorensen ve ark. 2015). Amerika Birleşik Devletleri'nde on eyalette 65 yaş üstü 7334 birey ile yürütülen bir araştırmada ise yetersiz SO ile erkek cinsiyet, ileri yaş, daha fazla komorbidite ve düşük eğitim ilişkili bulunmuştur (Macleod ve ark., 2017). Sağlık Bakanlığı'nın 2018 de yaptığı tüm toplumu temsil eden araştırmada da coğrafi bölgelere göre de SO düzeyinin farkı ortaya konulmuş ve yetersiz SO düzeyinin en yüksek Ortadoğu Anadolu'da en düşük ise Batı Anadolu'da olduğu belirlenmiş ve özellikle çalışma engeli olan kişiler arasında sağlık okuryazarlığının ciddi düzeyde yetersiz olduğu (%92.9) sonucu ortaya konulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2018). Sağlık okuryazarlığını etkileyen etmenler literatürde genel olarak kişisel ve sistemsel etkenler olarak ikiye ayrılabilir. Sağlık sonuçlarını da etkileyen bu faktörler arasındaki etkileşimlerden sağlık okuryazarlığı ortaya çıkmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2018; Gözlu, 2020).

Kişisel etkenler:

- Yaş,
- Cinsiyet,
- Okuryazarlık becerisi,

- Sağlık bilgisi,
- Bilişsel beceri,
- Motivasyon,
- Bedensel duygusal sağlık,
- Geçmiş deneyimler,
- Özel sağlık durumları,
- Sağlıkla ilgili inançlar,
- Sosyoekonomik durum,
- Sosyal destek sistemleridir.

Sistemsel etkenler:

- Sağlık hizmeti verenlerin iletişim kabiliyetleri,
- Sağlık bilgisinin karmaşık olması,
- Sağlık bakımı verilen ortamın özellikleri,
- Sağlık sisteminin hastalardan istekleri, beklentileri,
- Sağlık profesyonellerinin üstündeki zaman baskısıdır.

Daha genel olarak ifade etmek gerekirse, kişilerin sahip oldukları eğitim sistemi, kültürel etkenler, toplumsal etkenler ve sağlık sistemi önemli ölçüde sağlık okuryazarlığını etkilemekte ve şekillendirmektedir. Bu etkenlerin ise sağlık sonuçlarını ve sağlık maliyetlerini etkilemesi kaçınılmazdır. Diğer şekilde sağlık okuryazarlığı; kişilerin kişisel becerilerinin sağlık ortamları, sağlık sistemi, eğitim sistemi ve aile, iş ve toplumdaki sosyal ve kültürel etkenler ile etkileşmesi ile şekillenmektedir (Tanrıöver ve ark., 2014).

İnsanlar hastalığa yakalanmamak, sağlığına yeniden kavuşmak, sağlığını geliştirmek ve aile veya toplum sağlığını olumlu veya olumsuz yönde nelerin etkilediğini bilmek adına temel sağlık bilgisine ihtiyaç duyabilmektedir. Bu tür bilgilere sahip olma derecesi, kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemektedir (Gözlü, 2020). Literatür incelendiğinde SO tanımında hem fikir olunamadığı gibi SO düzeylerinin sınıflandırılmasında da fikir birliğine varılamamıştır. Ancak Nutbeam (2000) tarafından oluşturulan üç düzey daha sık vurgulanmaktadır.

1) Temel/işlevsel sağlık okuryazarlığı düzeyi: Günlük durumlarda etkili bir şekilde çalışabilmek için okuma ve yazmada yeterli temel becerilere dayanmaktadır. Etkileşim halinde

olmayıp pasif durumda olan birey, sağlık riskleri ve sağlık sistemi hakkında sınırlı bilgiye sahiptir.

2) İletişimsel/etkileşimli sağlık okuryazarlığı düzeyi: Sosyal becerilerle birlikte günlük etkinliklere aktif olarak katılmak, farklı iletişim biçimlerinden bilgi çıkarmak ve anlam çıkarmak ve yeni bilgileri değişen koşullara uygulamak için kullanılabilen daha gelişmiş bilişsel ve okuryazarlık becerilerine dayanmaktadır. Bu düzeyde aktif olan birey, toplumsal faydadan çok bireysel faydaya odaklanmaktadır.

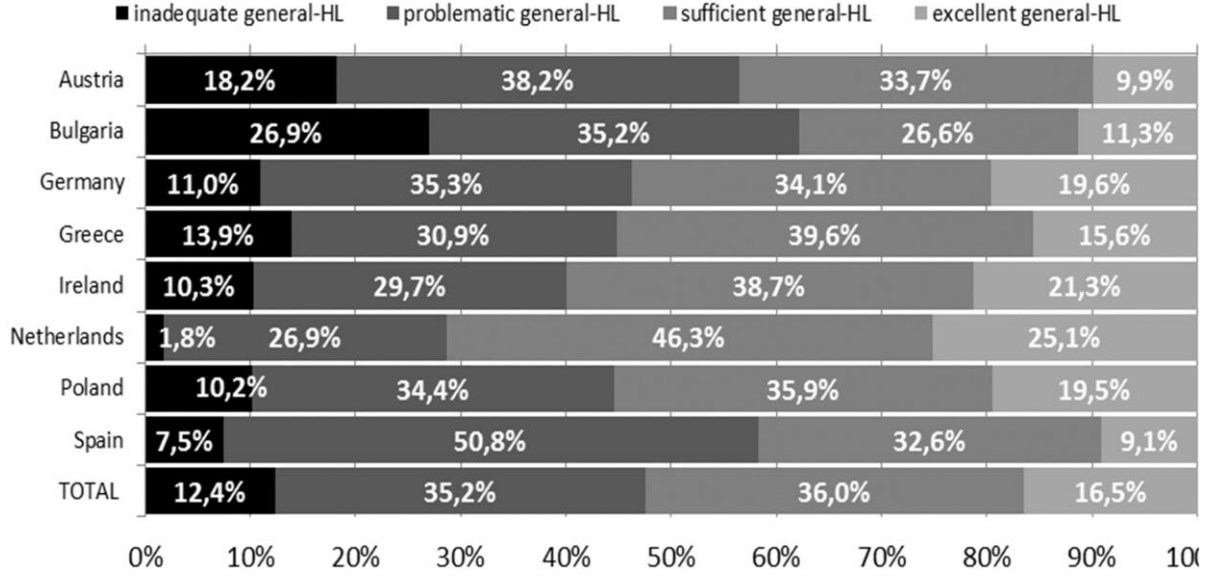
3) Eleştirel sağlık okuryazarlığı düzeyi: Sosyal becerilerle birlikte bilgiyi eleştirel olarak analiz etmek ve bu bilgiyi yaşam olayları ve durumları üzerinde daha fazla kontrol uygulamak ve kullanmak için uygulanabilen daha ileri bilişsel becerilere dayanmaktadır. Proaktif olan birey, bireysel faydadan ziyade toplumsal faydaya odaklanmaktadır.

Böyle bir sınıflandırma, farklı okuryazarlık düzeylerinin giderek daha fazla özerklik ve kişisel yetkilendirmeye izin verdiğini göstermektedir. Nutbeam (2000), seviyeler arası ilerlemenin sadece bilişsel gelişim ile ilişkili olmadığını aynı zamanda farklı bilgi/mesajlara (iletişim içeriği ve yöntemi) maruz kalmaya da bağlı olduğunu ifade etmektedir. Bu da, kişisel ve sosyal yeteneklerin aracılık ettiği bu tür iletişime yönelik farklılaşan kişisel tepkilerden ve tanımlanan konularla ilgili öz yeterlilikten etkilenmektedir (Nutbeam, 2000).

2.2.2. Dünya’da ve Türkiye’de sağlık okuryazarlığı

Ulusal ve uluslararası literatürde farklı gruplarla yürütülen SO ile ilgili araştırmalar yapılmış olup bu araştırmalar SO’ nun yetersiz düzeylerde olduğunu ve geliştirilmesi için girişimler yapılması gerektiğini bildirmektedir (Tanrıöver ve ark., 2014; Sorensen ve ark., 2015; Clausen ve ark., 2016; Değerli ve Tüfekçi, 2018; Degan ve ark., 2020; Akyol Güner ve ark., 2020; Mantell ve ark., 2020).

Sekiz ülkede yürütülen (Polonya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Almanya ve İspanya, Avusturya ve Bulgaristan) Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasının (HLS-EU) karşılaştırmalı çalışmasına göre kişilerin %59’unun yetersiz veya sorunlu okuryazarlık düzeyi gösterdiği ortaya çıkarılmıştır (Sorensen ve ark., 2015). Araştırma sonucu ayrıca sağlık durumu kötü olan, sağlık hizmetlerinden yüksek oranda yararlanan, düşük sosyoekonomik statüye sahip, düşük eğitilmiş ve ileri yaştaki kişiler gibi dezavantajlı kişilerin sınırlı sağlık okuryazarlığı bakımından savunmasız olduklarını ortaya çıkarmıştır. Araştırma sonucunda ülkelerin SO düzeyleri Şekil 2.1. ‘de gösterilmiştir (Sorensen ve ark., 2015).



Şekil 2.1. Ülkelere göre ve toplam örneklem için genel sağlık okuryazarlığı endeksi seviyeleri (Sorensen ve ark., 2015).

Şekil 2.1.'e göre ülkelerin sağlık okuryazarlık puan ortalamaları ülkelere göre çeşitlilik göstermektedir. Ortalama puanlar incelendiğinde sağlık okuryazarlığı ortalamasının en yüksek olduğu ülke Hollanda, en düşük ortalamaya sahip olan ülkenin ise Bulgaristan olduğu görülmektedir. Hollanda'daki örneklemin yalnızca %1,8'i yetersiz sağlık okuryazarlığına sahipken, Bulgaristan'daki %26,9'dur. İspanya'daki yetersiz sağlık okuryazarlığı oranının %7,5 olduğu problemli sağlık okuryazarlığı oranının ise %50,8 olduğu görülmektedir (Sorensen ve ark., 2015).

2.2.3. Yetersiz sağlık okuryazarlığı ve sağlık sonuçları

Yetersiz SO, hem kişi hem de toplum açısından olumsuz sağlık sonuçlarına neden olabilmektedir (Berkman ve ark., 2011; Macleod ve ark., 2017; Gözlü, 2018). Yetersiz SO, kişisel ve sağlık sistemi ile ilgili erken teşhisi sağlayacak tarama programlarının yetersiz düzeyde kullanılması, hastalığın akut döneminde durumun ciddiyetinin farkına varılamaması ve tedavi arayışının gecikmesi, sağlık profesyonellerinin tıbbi öneri ve talimatlarına karşı uyumsuzluk ve sağlık bakım maliyetlerinde yükseliş gibi birtakım olumsuz sonuçlara ve sağlıkta eşitsizliğe de neden olmaktadır (Berkman ve ark., 2011; Akdoğan, 2018). Yetersiz SO, aynı zamanda bireyin kendi sağlığı ve öz yönetimine katılım oranlarının azalmasına, hastalığın iyi yönetilmemesine ve buna bağlı olarak tıbbi koşulların kötüleşmesine, yaşam kalitesinde düşmeye, ilaç uyumunda sorunlar yaşanmasına, hastane yatışlarında artışa, acil servislerin daha çok kullanılmasına, sağlık maliyetlerinde artışa ve dolayısıyla mortalite ve morbidite oranlarında artışa neden olmaktadır. Ayrıca sağlık okuryazarlığı düşük olan kişilerin tarama programlarına katılımlarının ve koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanma oranlarının daha

düşük olduğu belirtilmektedir. (Berkman ve ark., 2011; Mackey ve ark., 2016; Macleod ve ark., 2017; Hussein ve ark., 2018; Sağlık Bakanlığı, 2018; Akdoğan, 2018; Akyol Güner ve ark., 2020). Yapılan çalışmalar da bu çıktıları destekler niteliktedir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde on eyalette 65 yaş üstü kişilerle yürütülen ve 2017 yılında yayımlanan bir araştırmada yetersiz sağlık okuryazarlığı olan hastaların memnuniyetinin daha düşük olduğu, koruyucu hizmete daha kısıtlı uyum gösterdiği, daha çok sağlık hizmeti aldığı ve daha çok sağlık harcaması yaptığı belirtilmiştir (Macleod ve ark., 2017). Türkiye'de yapılan bir derlemede ise düşük sağlık okuryazarlığının genel sağlık durumunun daha kötü olması, daha yüksek oranda hastaneye yatış ve ölüm, daha uzun süre hastanede kalma, taburcu edildikten sonraki 30 gün içerisinde daha yüksek oranda hastaneye geri dönme, kronik hastalığı yönetme kapasitesinde yetersizlik, ilaçla ilgili hata yapma olasılığının daha yüksek olması ve klinik vizitten sonra bilgileri daha az hatırlama, daha fazla hastalığa yakalanma, hastalık yönetimi hakkında daha az düzeyde bilgi sahibi olma, koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullanma ve hasta maliyetlerini arttırma gibi önemli sağlık sonuçlarına neden olduğu belirtilmektedir (Gözlü, 2020). Yetersiz sağlık okuryazarlığının aynı zamanda psikolojik maliyetleri de bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2018). Nitekim Degan ve ark. (2020), yaptıkları sistematik derleme sonucunda ruhsal hastalığa sahip bireylerin yetersiz SO oranlarının daha yüksek olduğunu ortaya çıkarmışlardır.

Pek çok sağlık problemlerinin ve ölümlerin temeli hastalığı yönetme yeteneğinin zayıf olmasından kaynaklandığı göz önüne alındığında, bireylerin hastalığı yönetme yeteneğinin harekete geçirilmesi ve geliştirilmesi için bireylerin SO' nın geliştirilmesi önemli olmaktadır (Akdoğan, 2018). Sorensen (2012), SO' nın sırayla sağlık davranışını ve sağlık hizmetlerinin kullanımını etkilediğini ve dolayısıyla sağlık sonuçları ve toplumdaki sağlık maliyetleri üzerinde de etkili olacağını ve bireysel düzeyde, yetersiz sağlık okuryazarlığı nedeniyle etkisiz iletişim, hatalara, düşük kaliteye ve sağlık hizmetlerinin hasta güvenliğine yönelik risklere neden olacağını ifade etmektedir. Nüfus düzeyinde, sağlık okuryazarlığı iyi olan kişiler sağlık, tıp, bilimsel bilgi ve kültürel inançlar hakkında devam eden kamusal ve özel diyaloglara katılabilmektedirler. Bu nedenle, sağlık okuryazarlığının faydaları, ev, iş, toplum ve kültür gibi hayatın tüm etkinliklerini etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığını ilerletmek, giderek daha fazla özerkliğe ve kişisel güçlendirmeye izin verirken aynı zamanda, bireyin yaşam kalitesinin iyileştirilmesine yönelik gelişiminin bir parçası olarak da görülebilmektedir. Nüfusta, aynı zamanda daha fazla eşitlik ve halk sağlığındaki değişikliklerin sürdürülebilirliğine de yol

açabilmektedir (Sorensen, 2012). Diğer bir ifade ile SO sağlık çıktılarını olumlu yönde etkilerken bireye sağlık alanında seçenek ve fırsat zenginliği hakkı da tanımaktadır (Gözlü, 2020). Bu bağlamda SO' nun hem birey hem de toplum üzerindeki çıktılarına bakıldığında oldukça önemli bir kavram olduğu söylenebilir.

2.3. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı (RSOY)

Kişiyeye sağlık ve sağlıkla ilgili ilişkili terimler hakkında bilgi vermek istenildiğinde, kişinin verilen bilgiyi anlayabilmesi, yorumlayabilmesi ve bu bilgi doğrultusunda uygun davranış göstermesinin RSOY anlamına geldiği belirtilmektedir (Özel ve Duzcu, 2018). Avustralyalı psikolog Tony Jorm ve ark. 1997 yılında RSOY kavramına değinerek bunu “ruhsal rahatsızlıkların tanınmasına, yönetilmesine veya önlenmesine yardımcı olan bilgi ve inançlar” şeklinde tanımlamışlardır (Jorm ve ark., 1997). Hemen hemen herkesin bir ruhsal hastalığa sahip olacağı ya da yakın ilişkide olduğu kişilerden birinin ruhsal bir hastalığa sahip olacağı düşüncesinden yola çıkarak Jorm (2012, 2015) daha sonraları ruh sağlığı okuryazarlığı tanımını genişletmiştir. Ruh Sağlığı Okuryazarlığını kişinin hem kendisinin hem de yakınlarının ruh sağlığını yönetmede yardımcı olabilecek;

a) Ruhsal hastalıkların bilinen ve farklı belirtilerini tanımlayabilme yeteneği

b) Risk faktörleri ve nedenleri hakkında bilgi ve inançlar

c) Kendi kendine yardım müdahaleleri hakkında bilgi ve inançlar

d) Mevcut profesyonel yardım ile ilgili bilgi ve inançlar

e) Uygun yardım aramayı ve tanılamayı teşvik eden tutumlar

f) Ruh sağlığı bilgisini nereden edineceği ile ilgili bilgi olarak tanımlamıştır (Jorm, 2012; Jorm, 2015). Böylece RSOY, ruhsal hastalıkların tanınması ve erken müdahale edilmesi için bir ön koşul haline gelmiştir (Andrade ve ark., 2022).

Ruhsal hastalıkların bilinen ve farklı belirtilerini tanımlayabilme yeteneği; ruhsal hastalıkların erken teşhisi ve gerekli tedavinin erken dönemde başlanmasında önemli olmaktadır. Ruhsal hastalıklar için risk faktörlerinin bilinmesi, hastalıkların önlenmesinde önemli bir faktördür. Vitamin alımı, egzersiz, diyet kontrolü, stres yönetimi ve çeşitli davranışsal stratejiler gibi kendi kendine yardım stratejileri bilgisine sahip olmak; ruhsal hastalıkların daha hafif dönemlerinde tedavi edilmesinde veya şiddetli dönemlerinde alınan profesyonel destekle beraber tedavinin etkinliğini artırmada önemli bir faktördür. Mevcut profesyonel yardım hakkındaki yanlış bilgi ve inançlar; gereken tedavi ve profesyonel yardıma erişimi engelleyebilmektedir. Ruhsal hastalıklara ve ruhsal hastalığı olan bireylere karşı olumlu

tutumların sergilenmesi, hastalığın tanınmasında ve uygun yardım arama davranışının teşvikinde önemli bir bileşendir (Jorm, 2012; Akdoğan, 2018).

Kutcher ve ark. (2016) ise, ruh sağlığı okuryazarlığını dört farklı ancak birbiriyle ilişkili bileşenlerden oluşan bir kavram olarak kavramsallaştırılmışlardır:

1. İyi bir zihinsel sağlığın nasıl elde edileceğini ve korunacağını anlamak

2. Ruhsal hastalıkları ve tedavilerini anlamak

3. Ruhsal hastalıklarla ilgili damgalanmanın azaltılması

4. Yardım arama etkinliğinin artırılmasıdır (ne zaman, nerede ve nasıl iyi bir ruh sağlığı hizmeti alınacağını bilmek ve öz bakım için gerekli yetkinlikleri geliştirmek). Böylece, Kutcher ve ark. (2016), ruh sağlığının sürdürülmesi, önlenmesi ve bakımı için gerekli temeli sağlar ve bu temel bileşenleri, tek başına refahın teşvik edilmesine odaklanmak yerine hem ruh sağlığını hem de ruh sağlığı bakım sonuçlarını iyileştirmeye odaklanan kesintisiz bir yapı içinde birleştirir.

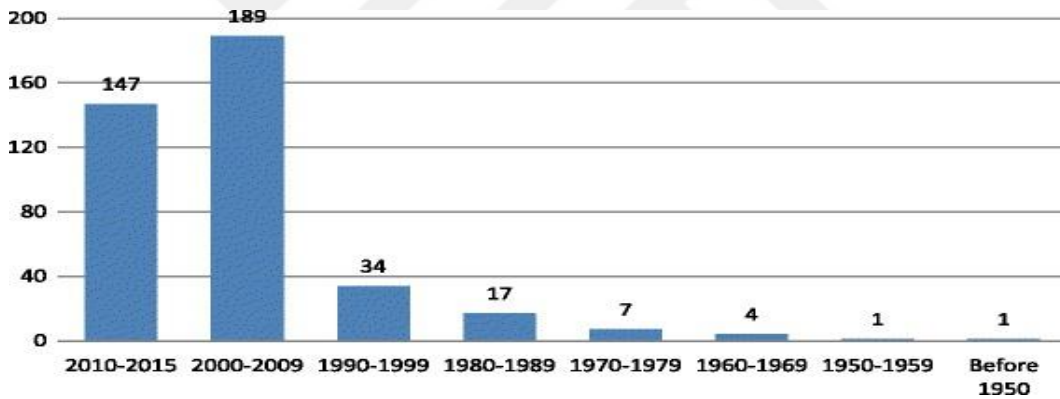
RSOY, SO alanından ortaya çıkan bir yapı olup, geçmişi çok eskiye dayanmayan fakat son zamanlarda sürekli gelişme gösteren bir kavramdır. Fiziksel sağlığın geliştirilmesinde sağlık okuryazarlığı ne derece kritik öneme sahipse, RSOY da ruh sağlığının geliştirilmesinde o derece kritik bir öneme sahiptir (Akdoğan, 2018; Çevre, 2021). Günümüz hayat şartları en çok da ruhsal sağlığımızı tehdit ettiği bilinmesine rağmen RSOY, sağlık okuryazarlığına göre ihmal edilen bir kavram olup üzerinde daha az durulmaktadır. Oysa; günümüz çağında insanlar artık fiziksel hastalıklar konusunda aydınlanmışlardır. Fiziksel hastalıkların nasıl belirti gösterdiğini, yararlı ve zararlı şeylerin ne olduğu, tedavi sürecinin nasıl ilerlediği veya hastalığın nasıl önleneceği konusunda az çok bir bilgi sahibidir. Ancak; ruhsal hastalıklar hakkında henüz birçok insanın fikri yoktur. Toplumda insanlar genellikle ya hastalığının farkına varamamakta ya da farkına varabilen azınlık kesim ise hastalığının ciddiyetini anlayamayarak bir çözüm yolu arayışına girmemektedir (Akdoğan, 2018). Ancak SO' nun bir bileşeni olarak düşünüldüğünde RSOY' nında SO ile benzer etkilere sahip olması beklenmektedir. Bireylerin ve toplumların sağlık sonuçları üzerinde olumlu etkinin yanı sıra yaş, ekonomik durum, hizmetlere ulaşım güçlüğü gibi toplumun ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanmadaki eşitsizliklerin; verilen ruh sağlığı eğitim programları ile eşitlenmesi de mümkün olmaktadır (Kutcher ve ark., 2016; Akdoğan, 2018).

RSOY' nun ruh sağlığının önemli bir belirleyicisi olduğunu ifade eden Wei ve ark. (2015)'ı RSOY'nın hem bireysel hem de toplum sağlığını iyileştirme potansiyeline sahip

olduğunu ifade etmektedirler. Kanıtlar, ruh sağlığı ve ruhsal hastalıklar hakkında daha fazla bilginin, nasıl yardım ve tedavi aranacağı konusunda daha iyi farkındalığın ve ruhsal hastalığa karşı bireysel, toplumsal ve kurumsal düzeylerde daha az damgalanmanın ruhsal hastalıkların erken teşhisini destekleyebileceğini, sağlık hizmetlerinin kullanımını ve ruh sağlığı sonuçlarını iyileştirebileceğini göstermektedir (Wei ve ark., 2015; Akdoğan, 2018). Wei ve ark. (2015), çalışmalarında RSOY' nı birbiriyle ilişkili 3 kavram ile ele almışlardır: Bu kavramlar, ruh sağlığı bilgisi, ruhsal hastalığa karşı tutum ve inançlar ve yardım arama etkinliğidir. Bu tanım, WHO (2013), tarafından insanların kendi sağlık hizmetlerine katılmaları için bir güçlendirme aracı olarak tanımlanan ve teşvik edilen mevcut sağlık okuryazarlığı yapısıyla da tutarlıdır.

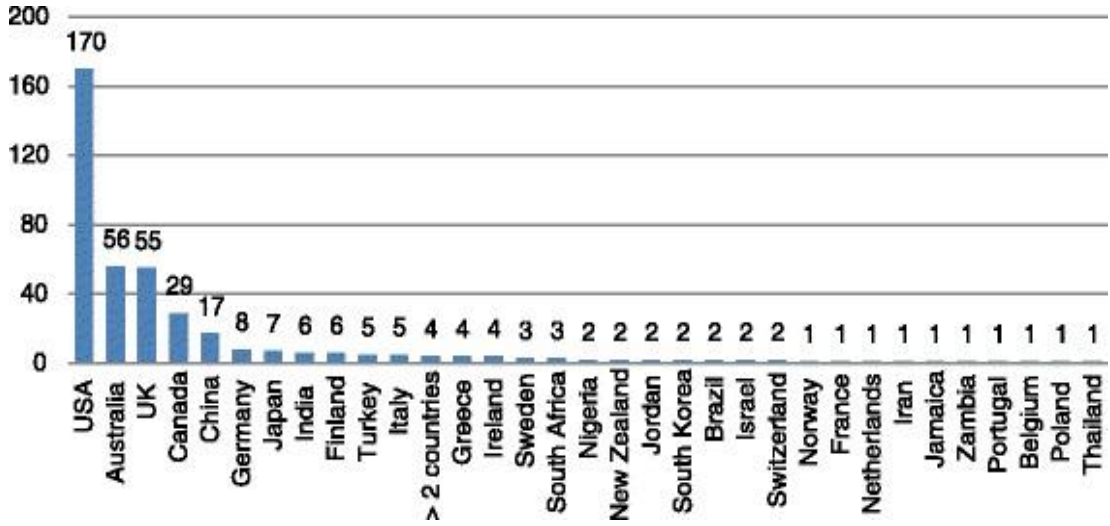
2.3.1. Dünya'da ve Türkiye'de ruh sağlığı okuryazarlığı

Uluslararası literatür incelendiğinde ruh sağlığı okuryazarlığı ile ilgili çalışmaların 1950'lerin sonlarında başladığı ancak Jorm (1997)'un çalışmalarıyla ilerleme göstererek 2000'li yıllardan sonra araştırmalar artmaya başlamıştır (Wei ve ark., 2015). RSOY ile ilgili çalışmaların yıllara göre dağılımı Şekil 2.2.'de gösterilmiştir (Wei ve ark., 2015).



Şekil 2.2. Yıllara göre RSOY ile ilgili çalışma sayıları (Wei ve ark., 2015).

2000-2015 yılları arasında ise ruh sağlığı okuryazarlığı ile ilgili araştırmaların arttığı ve Şekil 2.3'te de daha çok Amerika, Kanada, İngiltere, Avustralya gibi gelişmiş ülkelerde yoğunlaştığı görülmektedir. RSOY çalışmalarının 2000-2015 yılları arasında ülkelere göre dağılımını Şekil 2.3'te gösterilmiştir (Wei ve ark., 2015).



Şekil 2.3. Yayın yapan ülkelere göre RSOY çalışma sayıları (Wei ve ark., 2015).

Görüldüğü üzere ruh sağlığına verilen önem arttıkça, ruh sağlığı okuryazarlığına verilen önem de artış göstermiştir. 2015 yılına kadar olan süreçte bireylerin belirli hastalıkları tanıma becerisinin tanımlandığı çalışmalar (Reavley ve Jorm, 2011) yoğunluktayken günümüzde artık psikometrik ölçüm araçlarının geliştirilmesiyle sistematik çalışmalara ve kontrollü deneysel çalışmaların artış gösterdiği görülmektedir.

Zubiri Esnaola ve ark. (2023)'ı tarafından “Diyalojik Edebiyat Buluşmaları” adlı program ile yürütülen çalışmada hastaların RSOY gelişimlerinin desteklendiği ve okuma, konuşma, dinleme becerilerinin geliştiği, sosyal ilişkilerinin desteklendiği ve damgalamanın üstesinden daha iyi geldikleri belirlenmiştir. Japonya’da 27 farklı lisede 665 öğretmen ile yapılan bir çalışmada örnek vaka üzerinden öğretmenlerin depresyon, şizofreni ve panik bozukluğu doğru tanıma oranları sırasıyla %54,1, %35,3 ve %78,0 olarak bulunmuştur. Ayrıca spesifik sorularla ilgili olarak, pek çok maddenin doğru cevap oranları da %16,5 - %51,7 arasında bulunmuştur (ergenlik döneminde çoğu ruhsal hastalığın insidansında keskin bir artış, herhangi bir ruhsal hastalığın yaşam boyu yaygınlığı, ergenlerde depresyonu önlemek için yeterli uyku süresi, şizofrenide ilacın rolü hakkında temel bilgi, alkolün anksiyete ve depresyon üzerindeki olumsuz etkisi, bipolar bozukluğu olan kişilerin çoğunlukla depresif dönemlerde tanımlandığı) (Yamaguchi ve ark., 2021). Arap Körfezi ülkelerindeki sağlık hizmeti sağlayıcılarının (hemşire, hekim, eczacı ve diğer sağlık çalışanı) ruh sağlığı okuryazarlık durumlarının değerlendirildiği sistematik bir inceleme sonucunda (7 kesitsel araştırma ve 3516 katılımcı) katılımcıların ruh sağlığı hastalıkları bilgilerinin düşük olduğu, olumsuz tutum ve inanç sergiledikleri, hastalara yardım etmede kendilerine güvenmediği bulgulanmıştır (Elyamani ve Hammoud, 2020). 18 yaş ve üstü kişilerde ruh sağlığı sorunlarının yaşam boyu

yaygınlığı %12 olarak bildirildiği Singapur'da 1995'ten 2016'ya kadar olan dönemi kapsayan ruh sağlığı okuryazarlığı üzerine yapılan çalışmaların analizi ile birçok farklı meslekten olan bireylerin ruhsal hastalıkları tanımadığı bunun önündeki engelin ise olumsuz tutum ve inançlar olduğu belirtilmektedir (Tonsing, 2018). Yapılan bir sistematik inceleme ve meta analiz çalışma sonucunda Doğu Almanya (1993-2001) ve Avustralya'da (1995-2003/2004) şizofreninin doğru tanınması sırasıyla %17'den %22'ye ve %27'den %43'e yükseldiği, depresyonun tanınması ise Doğu Almanya'da %38'e (+%11), Avustralya'da %67'ye (+%27) yükseldiği sonucuna ulaşılmıştır (Schomerus ve ark., 2012). Ebeveyn ve diğer bakım verenler ile 5 ülkede (Avustralya, Amerika Birleşik Devletleri, Birleşik Krallık, Kanada ve Malezya) yapılan çalışmaların dahil edildiği sistematik bir inceleme bulguları ebeveynlerin ve bakım verenlerin sınırlı ruh sağlığı bilgisine sahip olduğunu göstermektedir. Yardım aramaya ilişkili faktörler arasında ise kültürel ve dini inançlar, mali ve bilgi engelleri, tedavi hizmetlerine yönelik korku, güvensizlik ve damgalanmanın yer aldığı belirtilmektedir (Hurley ve ark., 2020). Endonezya'da anksiyete ve depresyon ile yaşayan 11-15 yaş arası ergenler ve ebeveynleriyle yapılan çalışmada; ebeveynler ve çocuklarının, nispeten düşük RSOY düzeylerine sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca, dindarlık ve maneviyat, katılımcıların, özellikle ebeveynlerin ifadelerinde göze çarptığı bu durumun da, manevi/geleneksel şifacıardan desteğin ön plana çıkarılmasına ve profesyonel yardıma erişim eğiliminin azalmasına katkıda bulunduğu görülmüştür (Brooks ve ark., 2022).

Türkiye'de ise ruh sağlığı okuryazarlığı ile ilgili çalışmaların özellikle son zamanlarda arttığı ve önem kazandığı görülmektedir (Solak ve ark., 2023; Akdoğan ve ark., 2023; Polat, 2023). Literatüre incelendiğinde çalışmaların küçük popülasyonlar üzerinde yapıldığı toplumun büyük bir kesimini kapsayan çalışmaların ise olmadığı görülmüştür (Seki Öz, 2021; Öztaş ve Aydoğan, 2021, Baş, 2022; Polat, 2023). Yapılan çalışmalara bakıldığında ise RSOY düzeyinin farklılık gösterdiği görülmektedir. Polat (2023), üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışma sonucunda öğrencilerin RSOY puan ortalaması $16,60 \pm 2,80$ olarak belirlemiş ve RSOY düzeyini yüksek olarak değerlendirmiştir. Solak ve ark., (2023) yaptıkları araştırmada öğretmenlerin RSOY toplam puan ortalamalarını $14,6 \pm 3,7$ olarak belirlemişlerdir. Seki Öz (2021), 18-65 yaş arası 388 bireyle yaptığı araştırma sonucunda katılımcıların RSOY düzeylerinin yüksek olduğu ve çalışma durumunun, eğitim düzeyinin, cinsiyetin, ruhsal konulara ilgili olmanın ve ruhsal hastalığı olan bireyi tanımanın RSOY toplam puanı üzerinde önemli farklılık yarattığı sonucuna ulaşılmıştır. Öztaş ve Aydoğan (2021)'nin 239 sağlık profesyoneli (hemşire, ebe, sağlık memuru, biyolog, diyetisyen, çocuk gelişim uzmanı ve

sosyal hizmet uzmanı) ile yaptıkları çalışma sonucunda sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyinin ortalamasının üzerinde olduğu ancak istendik düzeyde olmadığı geliştirilmesi gerektiği belirlenmiştir. Ayrıca medeni durum, yaş, meslek değişkeni ve eğitim durumu değişkenleri ile RSOY düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur. Salkım ve Özbıçakcı (2019), tarafından yabancı kaynaklar taranarak eğitim girişimlerinin (sözel anlatım, video, drama ve oyun gibi yöntemler) ruh sağlığı üzerinde olan etkisini inceledikleri kapsam araştırmasında, yapılan eğitim girişimlerinin sonucunda RSOY eğitiminin bilgi düzeyini artırdığı, yardım arama davranışlarını geliştirdiği ve damgalamayı azalttığı sonucu ortaya konulmuştur.

Özellikle çalışmalar daha çok üniversite öğrencileri, ergenler, hemşireler ve hasta yakınları gibi gruplar üzerinde yoğunlaşırken toplumda lider olarak konumlandırılan ve ruhsal hastalığı olan bireylerin yönlendirilmesinde rol model olan din görevlileri ile yapılan çalışmaların Dünya’da kısıtlı olduğu (Agyei, 2021) Türkiye’de ise çalışmanın yapıldığı tarihler arasında (2021-2023) din görevlilerinin ruh sağlığı okuryazarlığını inceleyen çalışmanın olmadığı görülmüştür.

2.3.2. Ruh sağlığı okuryazarlığı ve sağlık sonuçları

Tedavi arayışında başarısızlık veya gecikme ruhsal hastalığı olan bireyler için daha sonra ciddi sorunlara neden olabilmektedir. Tedavi edilmeyen hastalık süresi ne kadar uzarsa tedavi sonucu da kötü olma eğiliminde olmaktadır. Sonuç olarak ruhsal hastalık ilerlemekte, hastalar genellikle hastalığın ileri evrelerine geldiğinde yardım istemekte, bu durum ise ruh sağlığı hastalıkları ile ilgili acil servis başvurularını ve hastaneye yatış oranlarını arttırmaktadır. Dolayısıyla bireyin ruh sağlığını takip ederek hastalık belirtilerini yönetme becerisi kazanması önem arz etmektedir. Bireyin ruhsal hastalık belirtilerini yönetme becerileri bireylerin RSOY düzeyleri ile doğrudan ilişkili olduğu ifade edilmektedir. RSOY düzeyinin artmasının sağlık ile ilgili bu çıktıları olumlu yönde değiştireceği ve hastalık yükünü azaltacağı düşünülmektedir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerine ruh sağlığının entegre edilmesi kişinin kendisinin ve yakın çevresinin ruh sağlığını anlaması, yardım arama davranışı göstermesi ve ruh sağlığını daha iyi yönetmesi açısından önem arz etmektedir (Akdoğan, 2018; Çevre, 2021).

DSÖ, 2013-2020 Ruh Sağlığı Eylem Planında, küresel düzeyde ulaşılması gereken hedeflerden birinin, ruh sağlığı sorunlarının teşvik edilmesi ve önlenmesine yönelik stratejilerin uygulanması olduğunu tanımlayarak, yalnızca sorunlara müdahale etmenin önemine değil, tanımlanmış ruhsal hastalığı olan kişilerin ihtiyaçları ve aynı zamanda tüm vatandaşların ruh

sağlığının korunması ve geliştirilmesine vurgu yapmıştır (Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2013). Böyle bir stratejinin ise ruh sağlığı okuryazarlığı olduğu ifade edilmektedir (Nobre ve ark., 2021).

Jafari ve ark. (2021), ruh sağlığı okuryazarlığını, ruh sağlığı hastalıklarının yükünü azaltmak için en önemli stratejilerden biri olarak tanımlamakta ve ruh sağlığı okuryazarlığını, ruhsal hastalıklarla ilgili tanınmalarına, yönetilmesine veya önlenmesine yardımcı olan bilgi ve inançlara odaklandığını ifade etmekte ve RSOY seviyesinin arttırılması, hastalığın önlenmesini, erken teşhis edilmesini, müdahale etme kabiliyetini ve nihayetinde toplumdaki ruhsal hastalıkların azalmasını kolaylaştırdığını belirtmektedirler. Toplumda insanlar genellikle ruhsal hastalığının farkına varamamaktadır. Farkına varabilen azınlık kesimin ise ya hastalık ile ilgili bilgi sahibi olmadığından ya da hastalığının ciddiyetinin farkında olmadığından çözüm bulma arayışına girmemektedir. RSOY kavramı ruh sağlığı konusunda tüm toplumun bilgi ve becerilerinin artırılmasına, nasıl yardım aranacağı ve tedavi edileceği konusunda bireylerin farkındalıklarının güçlendirilmesine yönelik bir vurgudur. RSOY düzeyinin artması ruhsal hastalıklara karşı damgalamayı azaltarak, hastalıkların erken teşhisini kolaylaştırdığı ve profesyonel ruh sağlığı hizmetlerinin kullanımını artırdığı belirtilmektedir (Waldman ve ark. 2019; Çevre, 2021). Jorm (2012), toplumu hastalıklardan korumak ve gelişen ruhsal hastalıklara karşı etkin bir koruma sağlamak için; ruh sağlığı eğitim programları ile ruh sağlığı okuryazarlığının geliştirilmesi gerektiğini öne sürmüştür. Bu düşünce ile Jorm ve arkadaşı Betty Kitchener tarafından Avustralya’ da 2000 yılında, toplumun ruh sağlığı eğitimine ve ruh sağlığı araştırmalarına imkân sağlayacak, Ruh Sağlığı ilk Yardım Merkezi (Mental Health First Aid-MHFA) kurulmuştur. Burada verilen ruh sağlığı eğitim programlarının sonrasında yapılan araştırma ile ruh sağlığını fark etmek için gerekli bilgiye ulaşmanın, daha fazla yardım arama davranışı ortaya çıkardığı sonucuna ulaşılmıştır (Jorm, 2012; Akdoğan, 2018). Yapılan çalışmalar da gelişmiş ruh sağlığı bilgisinin yani ruh sağlığı okuryazarlığının yardım arama davranışlarını ve ruhsal hastalıkların erken tanımlanmasını kolaylaştırmak için temel bileşenlerden biri olduğunu göstermektedir (Salkım ve Özbıçakcı, 2019; Kutcher ve ark., 2016). Cheng (2018)’in üniversite öğrencilerinin RSOY düzeylerinin yardım arama davranışlarını etkilediğini ortaya koyduğu araştırma bunu desteklemektedir. Dolayısıyla toplumun ruh sağlığı okuryazarlık düzeyinin geliştirilmesinin kritik önemi vardır.

Jorm ve ark. (2000) halkın ruh sağlığı okuryazarlığının geliştirilmemesinin kanıta dayalı ruh sağlığı bakımının toplum tarafından kabul edilmesini engelleyebileceğini belirtmektedirler.

Ayrıca bu durumun yaygın ruhsal hastalığı olan birçok kişiyi etkili kendi kendine yardımdan mahrum bırakabileceğini ve toplumdaki diğer kişilerden uygun desteği alamayabileceğini ifade etmişlerdir. Profesyonel yardımdan uzaklaşan ve toplumdaki yeterli desteği alamayan kişiler genellikle geleneksel yardım arayışlarına yönelmektedirler. Geleneksel yardım arama davranışının, nedenleri kadar sonuçları da psikiyatri alanında çalışan ve bu alanda yardım arayan insanları etkilemektedir. Ruhsal hastalığı olan bireylerin geleneksel yardım arama başvuruları, psikiyatri birimlerine ulaşmayı geciktirirken verilen psikiyatrik tedavinin kesilmesine de neden olabilmektedir. Bu durumun en önemli sebepleri arasında ise yetersiz ruh sağlığı okuryazarlığının olduğu belirtilmektedir (Çevre, 2021). Malezya’da yapılan sistematik bir derleme bu ifadeyi kanıtlar niteliktedir. Bireylerin ruhsal hastalığı olan kişilere karşı damgalayıcı tutumlara sahip olduğu sonucu çıkarılmış ve yetersiz ruh sağlığı okuryazarlığı önündeki en büyük engelin ise profesyonel ruh sağlığı hizmetleri kaynakları dışındaki kaynaklar (doğüstü) olduğu ifade edilmiştir. Yeterli bilginin varlığı ve sağlayıcıların yetkin olarak kabul edilmesi ile yardım aramanın kolaylaştığı vurgulanmıştır (Munawar ve ark., 2020). Smith ve Shochet (2011)’in yaptığı diğer bir çalışmada; ruh sağlığı okuryazarlık düzeyinin bireyin yardım arama davranışları ile doğrudan ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Bu davranışın artmasının yeterli düzeyde ruh sağlığı bilgisine sahip olmakla yani ruh sağlığı okuryazarlığı ile mümkün olacağını vurgulamıştır (Smith ve Shochet, 2011). Waldman ve ark. (2019) Ruh Sağlığı Bilgi Anketi, Depresyon Okuryazarlığı ve Depresyon- İntihar Ölçeği kullanarak Almanya’da 301 ruhsal sorunu olan işsizlerle yaptıkları araştırmada her üç ölçeğin de bireylerin yardım arama niyetleri ve davranışları ile önemli ölçüde pozitif ilişkili olduğunu bulmuşlardır.

2.3.3. Ruh sağlığı okuryazarlığının geliştirilmesinde psikiyatri hemşiresinin rolü

Tüm dünyada RSOY düzeyinin genel olarak yetersiz olduğu belirtilmektedir (Tay ve ark., 2018). Ancak uygun program ve müdahalelerle RSOY seviyesinin artırılacağı belirtilmektedir (Nobre ve ark., 2021). Toplumlar ruh sağlığı problemleri ve bunlarla baş etme yöntemleri hakkında doğru bilgilendirildiğinde ruh sağlığının korunmasının mümkün olabileceği belirtilmektedir. Toplumun ruhsal hastalıklar hakkında doğru bildiği yanlışlar ruhsal hastalığı olan bireyleri olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu olumsuz inanç ve tutumlar karşısında bireyin topluma uyumu bozulurken aynı zamanda tedaviyi reddetmesine de neden olabilmektedir (Yalçın Akman, 2022). Ruhsal hastalıkların tanınması ve bu hastalıklara yönelik olumsuz inanç ve tutumlara yönelik mücadele eden disiplinlerden biri de psikiyatri hemşireleridir.

Psikiyatri hemşireleri, hastanelerde ruhsal hastalığı olan birey ve aileleriyle, en çok iletişime geçen ve tedavi sürecini de etkileyen sağlık profesyonellerinden biridir. Hemşirelik yönetmeliği de sağlığın geliştirilmesi, korunması, hastalık durumunda iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla hemşirelere birçok rol vermiştir. Dolayısıyla psikiyatri hemşiresi birey ve ailenin ruh sağlığı ihtiyaını da belirleyebilen konumda olup ruh sağlığı okuryazarlığının geliştirilmesinde önemli bir konumda olmaktadır (zer ve şahin Altun, 2022; Kaya, 2022). Ayrıca psikiyatri hemşireleri koruyucu hizmet kapsamında yapacağı müdahalelerle de toplumun ruh sağlığı okuryazarlığının geliştirilmesinde etkin rol oynamaktadır. Nitekim Sağlık Bakanlığı tarafından da toplum ruh sağlığı merkezi hemşirelerine, koruyucu hizmet kapsamında ruh sağlığı eğitim programları ile toplumun ruh sağlığı gereksinimlerini belirleme ve toplumu bilinçlendirme ve yönlendirme sorumluluğu verilmiştir (Resmi Gazete, 2011). Bu bağlamda ruh sağlığı alanında çalışan hemşirelerin RSOY'nın geliştirilmesinde kilit rol oynadığını söylemek mümkündür. Dolayısıyla psikiyatri hemşireleri ruhsal hastalarla karşılaşan ve hastaların ve toplumun yönlendirilmesinde kilit rol oynayan toplum liderleri başta olmak üzere tüm toplumu hedefleyen ruh sağlığı ile ilgili eğitimler planlayarak RSOY düzeyini geliştirmeyi hedeflemelidir.

2.4. Damgalama

Yunanca yara, delik, leke, iz anlamlarına gelen damga (stigma) terimi eski kökenlere sahip olsa da terimin psikolojik ve sosyolojik literatüre girmesi ancak 20. yüzyılda olmuştur (Hankir ve ark., 2014; ilek ve Akkaya, 2022). Damgalamayı sosyal kimlikle ilgili olarak ilk kez açıklayan Kanadalı sosyolog Erving Goffman damgalamayı, *Stigma: Notes on the Management of a Spoiled Identity* adlı kitabında, "son derece itibarsızlaştıran bir nitelik" olarak tanımlamış ve toplum tarafından istenmeyen ve nahoş olarak kabul edilen ve damgalanmış kişiye ait olması gereken topluluğun diğer üyelerinden ayıran bir özellik olarak açıklamıştır (Goffman, 1963). Toplum ve aile üzerinde çok sayıda zararlı etkiye sahip olabilen karmaşık ve çok yönlü bir olgu olan damgalama bireye ise utanma, reddedilme, çekinme, beğenilmeme ile sonuçlanacak özellikler yüklemektedir (Tay ve ark., 2018; Gurung ve ark., 2022; Baş,2022).

Damgalamanın temelinde olumsuz inanç ve bunun sonucu olan önyargı bulunmakta önyargılı davranışlar ise beraberinde dışlama ve ayrımcılık davranışlarını getirmektedir. Damgalama kişilerarası ilişkilerde kabul edilmezlik ya da ayrımcılık boyutunda yaşanmaktadır. Ayrımcılık ise toplumdaki kişi ya da grupların diğerlerini damga ve önyargı nedeniyle bazı hak ve menfaatlerden yararlanmasını engellemektir. Bireylerin biyolojik, sosyal ve psikolojik

sağlığını olumsuz yönde etkileyen damgalama aynı zamanda bireylerin sağlık bakım hizmetlerine erişimini sınırlandırmaktadır. Böylece damga, bazen en az hastalığın kendisi kadar tehlikeli olabilmektedir (Avcil ve ark., 2016; Aslan Demirtaş ve Şahin, 2022).

Goffman (1963), bireyi damgalama nesnesi haline getiren üç temel damgalama türünü açıklamıştır. Birincisi, fiziksel anormallikler ve sakatlıklar, ikincisi, bir kişinin karakteri ve davranışındaki "kusurlar"(ruh sağlığı hastalıkları) ve üçüncüsü, kişinin ulusal, ırksal ve dini kimliğidir (Goffman, 1963). Tarihsel açıdan incelendiğinde cüzzam, veba, frengi gibi hastalıklar tanrının cezası olarak nitelendirilmiş ve bu hastalıklara yakalanan kişiler lanetlenerek damgalanmaya maruz bırakılmıştır. Sonsuz sayıda özellik, durum, sağlık durumu ve sosyal grupla ilişkilendirilen sosyal bir güç olan damgalama ırk, cinsiyet, ruhsal hastalık ve HIV/AIDS üzerine yoğunlaşmaktadır. Ancak ruhsal hastalık tanısı alan bireyler en çok damgalanan ve damgalamanın olumsuz sonuçlarına maruz kalan gruptur. Bu etiketlemenin kökeninde ise ruhsal hastalığa sahip olan kişilerin uygun olmayan, beklenmedik davranışlarının doğurduğu korku ve huzursuzluk yatmaktadır (Livingston ve Boyd, 2010; Çalışkan, 2019).

2.4.1. Ruhsal hastalıklara yönelik damgalama

Ruhsal hastalıklar, duygusal, bilişsel ve davranışsal alanda kişinin yaşamını etkilediği için kişinin özünün diğerlerinden farklı olduğuna inanılmakta ve damgalanmaktadır. Bu hastalıklara yönelik damgalama, bu kişilerin fiziksel hastalığı olan diğer kişilerden farklı olarak değerlendirilmesini ve toplumun bu kişilere birçok olumsuz durumu yüklemesini, genellikle bu hastaların ne zaman ne yapacağı belli olmayan, tuhaf, öngörülemeyen ve tehlikeli kişiler olarak görülmesini içermektedir (Tay ve ark., 2018; Çilek ve Akkaya, 2022). Damgalanma süreci açısından fiziksel ve ruhsal belirtiler arasındaki farkı görmek için yapılan bir karşılaştırma çalışmasında majör depresyon tanısı ile somatizasyon bozukluğu tanısı karşılaştırılmıştır (Taşkın, 2007, s.31-40). Sonuçlar, depresif hastaların şikayetlerini somatize eden hastalardan çok daha fazla sosyal damgalanma yaşadıklarını göstermiştir. Kültürün etkisi olarak değerlendirilen bu durum, araştırmanın yapıldığı toplumda bedensel belirtilerin daha hoşgörülü kabul edilmesiyle ilişkilendirilmiştir. Bu nedenle depresif yakınmaları olan kişilerin toplumsal damgalanmaya daha fazla maruz kaldıkları gözlemlenmiştir. Toplum bedensel belirtileri kültürel olarak ruhsal belirtilerden daha kabul edilebilir görmekte ve insanların genel tutumu buna göre şekillenmektedir (Taşkın, 2007, s.31-40).

Ruh sağlığındaki tıbbi gelişmelere rağmen, ruhsal hastalık inatla yanlış anlamalar ve olumsuz tutumlar karışımıyla ilişkilendirilmeye devam edilmekte ve ruhsal hastalığı olan

bireyler, toplum yaşamına tam olarak dahil olmalarını kısıtlayan damgalanmaya maruz kalmaya devam etmektedir. Ayrıca toplumun hastalara karşı uyguladığı bu damgalama hastaları onurlu ve üretken bir yaşam hakkından mahrum bırakmaktadır (Merhej, 2019).

Toplum kendi kültürü kapsamında aykırı ya da normal olarak görmediği davranışlardan hareketle, kendisini rahatsız eden, korkutan davranışlarda bulunan kişileri damgalama eğilimi göstermekte, böylelikle damgalanan kişi ya da grup farklı olarak algılanmakta ve bu farklılık nedeniyle de damgalı kişilere birçok olumsuz özellik yüklenmektedir. Damgalanmanın olumsuz etkileri sadece damgalanmış durumdaki bireyi değil aynı zamanda çocuklar da dahil olmak üzere ailesini de etkilemektedir. Yüklenen olumsuz özellikler karşısında belirgin bir duygusal çöküş içerisine giren hasta ve aile üyelerinin benlik saygısı düşüp, aile ilişkileri zedelenirken hastanın, iş, arkadaş ilişkisi ve evlilik gibi sosyal yaşam alanları da olumsuz etkilenmektedir. (Çalışkan, 2019; Reupert ve ark., 2021; Önder ve Keskin, 2023).

Damgalama, hastalıkların önlenmesi, akut veya kronik durumların tedavisi veya sağlıklı bir yaşam kalitesinin sürdürülmesi için destek hizmetleri arayan kişiler için bakımın önünde bir engeldir. Sağlık sistemi içinde, belirli bir hastalıkla yaşayan bir kişiye yönelik damgalama, teşhise, tedaviye ve başarılı sağlık sonuçlarına erişimi engellemektedir (Nyblade ve ark., 2019). Nitekim yurt dışında yapılan iki çalışmada kültürel farklılık ve etnik önyargılardan kaynaklı hastaların ruhsal süreçlerinin yanlış yorumlanabileceği ve yanlış teşhis edilebileceği ve tedaviye başvurularının daha az olduğu belirtilmektedir. Bu durumun ise bazı ruhsal hastalık etiketlerinin etnik yapı ile bağdaştırılarak damgalanmasına yol açtığı belirtilmektedir (Johnson ve ark., 2009; Memon ve ark.,2016). Diğer bir çalışmada ise Damgalaya neden olan ruhsal hastalığı olan bir akrabaya sahip olmanın, sosyal dışlanmaya ve utanca yol açtığı, bunun da ailelerin akrabalarıyla ilişkilerini ve/veya akrabalarının hastalıklarını gizlemek için daha fazla çaba harcamasına neden olduğu bulgulanmıştır (Hine ve ark., 2018).

Ruhsal hastalığı olan bireylerin damgalanma nedeniyle maruz kaldıkları davranış ve tutumlar, ilaç uyumunda sorunlara, hastalığın daha fazla nüksetmesine, genel iyileşmede azalmaya ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olurken aynı zamanda hastaların sağlık ve diğer hizmetlerden yararlanmaları konusunda da sorunlar yaratmaktadır. Damgalamanın özellikle psikopatoloji oluşması durumunda bu kişilerin yardım başvurularının önünde engel oluşturduğu ve kişilerin tedavilerini aksattığı belirtilmektedir. Bu durumun anksiyete ve depresyon düzeyini arttırdığı, bireylerin başa çıkmak için daha fazla izole olma ihtiyacı

hissettikleri bildirilmiştir (Tay ve ark., 2018; Önder ve Keskin, 2023). Yapılan sistematik bir incelemede de ruh sağlığına yönelik damgalamanın yardım aramayı azaltan bir faktör olabileceği belirtilmektedir. Bu anlamda kişilerin yardım aramaması veya yardım aramada gecikmesi problemleri sonuçlara yol açabileceği ifade edilmektedir. Ayrıca psikoz, bipolar, majör depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi ağır ruhsal hastalıklarda tedavi edilmeyen hastalık dönemi daha kötü sonuçlarla ilişkili olabileceği belirtilmektedir (Clement ve ark., 2015). Shalbafan ve ark. (2023) da ruh sağlığına yönelik olumsuz tutumların, ruh sağlığı sağlayıcılarına yaklaşımdan kaçınmaya, zamanında teşhisin gecikmesine, kötü tedavi uyumuna ve en kötü hastalık prognozuna ve hastaların yaşam kalitesinin düşmesine yol açabileceğini ifade etmektedirler.

Ruh sağlığı ve hastalıklarında muzdarip kişilerle ilgili önyargılar genellikle gerçekçi olmayan beklentilerle ilişkilendirilir. Bu gerçekçi olmayan beklentiler, hastalara damgalamayı içselleştirmeleri ve dolayısıyla kendilerini damgalamaları için zemin hazırlamaktadır. Genel tutum ve yaklaşımı, psikiyatrik hastalık tanısı almış kişilere yönelik davranışlarına yansımakta ve bu durum hastaların tanımlarını içselleştirerek damgalanmış hissetmelerine neden olmaktadır. Damgalamanın hastaları sosyal hayattan uzaklaştırdığı, özgüvenlerinde azalmaya neden olduğu, yabancılaşma ve dışlanma duyguları yarattığı, barınma ve iş olanaklarını engellediği, statü kaybına neden olduğu bilinmektedir. Özellikle damgalama içselleştirildiğinde hasta ve toplum için her şey aşılması daha zor hale gelmektedir (Taghva ve ark., 2022; Çilek ve Akkaya, 2022).

Bireyin toplumdaki olumsuz kalıp yargıları kendisi için kabullenmesi ve bunun sonucunda utanç, değersizlik, gibi olumsuz duygularla kendisini toplumdaki izole etmesi şeklinde tanımlanan içselleştirilmiş damgalama, hastanın kendisini suçlamasıyla ve toplumun kendisine yüklediği etiketleri içselleştirmesiyle oluşmaktadır. Toplumdaki damgalamanın içselleştirilmesi, bireylerin ciddi şekilde örselenmesine neden olmaktadır. Bu bireyler eğer kalıp yargıları kabullenir, benimser ve kendilerine uygularlarsa, bu durum benlik saygısında düşüşe, öz yeterlilikte ve sosyal girişkenlikte azalmaya yol açar. Literatürde; damgalanmış kişilerin utanç, korku, yabancılaşma ve öfke duyguları bildirdiği belirtilmektedir. Kişinin hissettiği utanç duygusuyla beraber yaşam kalitesi düşerken bağımsız yaşama ya da herhangi bir işte çalışma gibi hedefleri gerçekleştirme motivasyonu da azalmaktadır (Avcil ve ark., 2016; Çilek ve Akkaya, 2022; Aslan Demirtaş ve Şahin, 2022). Ülkemizde yapılan çalışma bulguları

da içselleştirilmiş damgalamanın sosyal işlevsellik (Bozan, 2019), evlilik uyumu-aile işlevleri (Hançer ve ark., 2020) ve yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Leblebici, 2022).

Ruhsal hastalıklara yönelik damgalama ile mücadele

Ordu (2023), ruhsal hastalıklara yönelik damgalama üzerine yaptığı çalışma ile toplumsal ve içselleştirilen damgalamanın bireylerin fırsatlarını, seçeneklerini ve rekabet koşullarını kısıtlayabildiğini ifade etmektedir. Bireyin ve ailesinin benlik saygısı ile ilişkili olan damgalama ruhsal hastalıklarda iyileşme olasılığını da azalttığı açıklanmıştır. Aynı zamanda ilgili çalışmanın bulguları dikkate alındığında ruhsal hastalığın olumsuz sonuçlarının artmasını ve eş tanıların gelişmesini önlemek, tedavi sürecinde işlevsel davranışları güçlendirmek ve sosyal desteği arttırmak için damgalama ile bireysel ve toplumsal olarak etkin bir mücadeleye ihtiyaç duyulmaktadır (Ordu, 2023). Damgalamanın akıcı ve nüfuz edici karakteri göz önüne alındığında, elle tutulur bir değişiklik elde etmek için çeşitli yöntemlerin bir kombinasyonunu kullanarak damgalamaya karşı hibrit bir mücadelenin gerekliliği vurgulanmaktadır (Šumskienė ve Nemanyte, 2020).

Corrigan ve ark. (2001), damgalayıcı tutumları değiştirmek amacıyla eğitim, iletişim(temas) ve protesto(bastırma) olmak üzere üç strateji belirtmektedirler. Eğitimin ruhsal hastalık hakkındaki mitleri doğru kavramlarla değiştirdiği, iletişimin bu hastalığa sahip bireylerle etkileşim yoluyla toplumun ruhsal hastalık hakkındaki tutumlarına etki ettiği, protesto ise çeşitli damgalama biçimlerinin adaletsizliğini vurgulayarak görünürlüğü sağladığı ifade edilmektedir (Corrigan ve ark., 2001). Protesto stratejisi, abluka, boykot, oturma eylemi veya damgalayıcı tutum ve davranışları eleştiren, meydan okuyan mesajları yayma gibi geleneksel olmayan eylemleri içermektedir. Ancak literatürde protestonun damgalayıcı tutumları ve ayrımcılığı önlemede etkili bir strateji olmadığı öne sürülmektedir. Protesto kampanyaları kamuoyu tarafından fark edilir, ancak yine de zorlu ve tartışmalı görünürlükle ilişkilendirilirler. Her şeyden önce, bu tür bir görünürlük, ruh sağlığı hizmeti kullanıcılarını sıradan insanlar olarak gösterme çabasıyla temelden çelişmektedir. İkinci olarak, bu tür provokatif önlemler öngörülemeyen ve değişken olaylarla ilgili damgalayıcı kamu algısını doğrulamaktadır (Corrigan ve ark., 2012; Šumskienė ve Nemanyte, 2020).

Toplumun zihinsel konulardaki tutumlarını değiştirmenin diğer bir yolu hastalık, ruhsal hastalığı olan bireyler ve insanlar arasındaki etkileşimi kolaylaştırmaktır. Ruhsal hastalığı olan bir kişiyle temas halinde olmak ile psikiyatrik damgalamayı onaylamak arasında ters bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Çeşitli uluslararası araştırmalar, "ciddi ruhsal hastalığı olan insanlarla

tanışmanın, ruh hastalığı olgularına karşı eğitsel olarak çelişen mitlerden daha çok damgalamaya meydan okuduğunu" belirtmektedir (Corrigan ve ark., 2001; Šumskienė ve Nemanyte, 2020). Link ve Cullen (1986) tarafından yapılan araştırmaya göre, ruhsal hastalığı olan kişilerle temas onlardan duyulan korkuyu azaltmaktadır. Çam ve ark. (2014)'nın çalışma bulguları da ruhsal sorunlu bireyle hiç karşılaşmayanların ya da bu hastalarla herhangi bir girişimde bulunmayanların ruhsal hastalıkları tehlikeli gördükleri ve iletişime girme konusunda çaresizlik yaşadıkları ayrıca bu hastalıklardan daha çok utandıklarını göstermektedir. Ancak ruhsal hastalığı olan kişilerle temas kurmak her zaman için olumlu tutum veya davranış değişikliğiyle sonuçlanmamaktadır (Gümüş, 2022). Olumlu temasın (örneğin, eşit, destekleyici, gönüllü v.b.) ruh hastalığı damgasını azalttığını, negatif temasın (örneğin, dostça olmayan, destekleyici olmayan, hoş olmayan temas) ise damgalamayı artırabileceği belirtilmektedir (Ran ve ark., 2021).

Eğitim stratejisi, bilinen ve uygulanan en popüler önlemdir. Eğitim stratejisi, medya çalışmaları; eğitim ve öğretim, halka açık etkinlikler düzenlemek (Dünya Ruh Sağlığı günü gibi); film festivalleri, tiyatro salonları, sergiler gibi çeşitli kültürel ve sanatsal etkinlikler, bilinçlendirme kampanyaları (videoların yayınlanması v.b.) gibi faaliyetlerle damgalamayı önleme çalışmalarını içermektedir (Šumskienė ve Nemanyte, 2020). Salkım ve Özbıçakçı (2019), eğitim girişimlerinin (sözel anlatım, video, drama ve oyun gibi yöntemler) ruh sağlığı üzerinde olan etkisini inceledikleri kapsam araştırmasında yapılan eğitim girişimleri sonucunda RSOY eğitiminin, bilgi düzeyini artırdığı ve damgalamayı azalttığı sonucu ortaya konulmuştur. Taghva ve ark. (2022), din görevlilerinin ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumlarını geliştirmek için gerçekleştirilen iki günlük bir eğitim atölyesi sonucunda, din görevlilerinin ruhsal hastalıklara ve bunun sonucunda ortaya çıkan damgalamaya yönelik farkındalıklarının önemli ölçüde iyileştiği görülmüştür.

Ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançların ve damgalamanın asıl nedeni ruhsal hastalığın ne olduğunun, tedavisinin ve seyrinin nasıl olduğunun bilinmemesinden kaynaklanmaktadır. Bu bağlamda toplumun eğitilmesi damgalama ile mücadelede kilit rol oynamaktadır. Toplumun tutum ve davranışlarına etkisi yüksek meslek gruplarının bilgilendirilmesi, toplumdaki önyargı ve olumsuz tutumların hızlı ve etkili değişimi açısından önemli olmaktadır. Ülkemizde; öğretmenler, sağlık çalışanları, avukatlar basın mensupları, muhtarlar ve din görevlileri gibi toplum liderlerinin halkın bilinçlendirilmesinde rol alarak ruhsal hastalıklara yönelik damgalama ile mücadelede önemli oldukları belirtilmektedir.

Dolayısıyla toplum liderleriyle hareket edilerek ruhsal hastalıklara yönelik damgalamanın önüne geçilebilir (Eker ve ark., 2010; Açıkgöz ve Akkuş, 2018; Yener Özcan ve Ceylan, 2021). Bu bağlamda hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları göz önünde bulundurulduğunda toplum liderleri ile iş birliği yaparak ortak çalışmalarını son derece önemli olmaktadır.

Literatür incelendiğinde ruh sağlığı problemi yaşayan kişilerin tıp dışı yardım arama davranışı olarak daha çok başvurularını din görevlilerine yaptığı belirtilmektedir (Taylor ve ark., 2000; Güleç ve ark., 2006; Bahar ve ark., 2010; Açıkgöz ve Akkuş, 2018). Dolayısıyla hastaların doğru yönlendirilmesi ve tedaviye erken başlaması açısından din görevlilerinin doğru bilgilendirilmesi damgalama ile mücadelede önemli olacaktır.

Ruhsal hastalıklara yönelik damgalama ile mücadelede psikiyatri hemşiresinin rolü

Hemşireler; halkın eğitilmesinde, sosyal ortamlar sağlayarak hasta ile temasın sağlanmasında, erken teşhiste, bakım verenlerin eğitiminde, bire bir ruhsal hastalıkla karşılaşan gruplarla, toplum liderleri ile bilgi alışverişinde bulunmasıyla ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalama eğilimleri ile mücadele edebilme potansiyeline sahiptirler (Yener Özcan, 2019). Oldukça ciddi bir durum olan damgalama ile mücadelede toplumun inanç ve tutumlarının değerlendirilmesi, farkındalığın artırılması ve toplumun eğitimi önemli bir yere sahiptir. Bu bağlamda damgalama ile mücadelede herkesin sorumluluğu vardır. Ancak topluma yön veren toplum liderlerinin rolü büyüktür. Dolayısıyla öncelikle toplumda lider olarak konumlandırılan meslek gruplarının farkındalığın artırılması, tutumlarının değerlendirilmesi ve inançlarının olumluya dönüştürülmesi gerekmektedir. Bu değişimin sağlanması ise eğitimle sağlanmaktadır (Çam ve ark., 2014; Açıkgöz ve Akkuş, 2018). Psikiyatri hemşireleri bağımsız rollerinden biri olan eğitim rolünü üstlenerek ruhsal hastalıklara yönelik bilgilendirme eğitimleri planlayabilmektedir. Topluma liderlik yapan meslek grupları ve psikiyatri hemşireleri iş birliği yaparak ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutumların olumluya yönlendirmede birlikte çalışmaları son derece önemlidir (Açıkgöz ve Akkuş, 2018). Bu bağlamda psikiyatri hemşireleri din görevlilerine eğitim vererek damgalama ile mücadele sürecine katılabilir.

Hemşireler halk eğitimlerine öncülük etmede sağlıklı ve mutlu bir toplum inşa etmede rol oynamaktadır (Tay ve ark., 2018). Psikiyatri hemşireleri ruhsal sorunu olan kişilerle daha çok temas kuran sağlık profesyonelleri olmalarından ötürü, damgalama ile mücadelede etkin bir rol almaktadırlar. Bu anlamda, toplumla iç içe çalışmalarından ötürü toplum ruh sağlığı hemşirelerine de ihtiyaç duyulmaktadır (Çam ve ark., 2014). Toplum ruh sağlığı hemşireleri eğitici, bakım verici, savunucu, danışman ve araştırmacı rollerini kullanarak ruhsal hastalıklara

yönelik inanç ve damgalama eğilimlerine etki edebilmektedir (Yener Özcan, 2019). Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte de Toplum Ruh Sağlığı Hemşiresinin görevleri arasında ‘Toplumun ruh sağlığı inançları, tutumları ve damgalama ile mücadele programlarını yürütür ve görev alır’ maddesi yer almakta ve Toplum içerisinde yer alan psikiyatri hemşiresi, yaşanan sorunları görerek sektörler arası iş birliği ile ruhsal hastalıklarla mücadelede etkin rol almaktadır şeklinde ifade edilmektedir (Resmi Gazete, 2011). Din görevlilerine toplum ruh sağlığı hemşireleri tarafından verilecek eğitimin onların, kendilerine düşen sorumlulukları daha iyi benimsemelerine, hastalıkları daha iyi tanımalarına ve hastaları/ailelerini uygun yaklaşımlarla desteklemelerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir (Eker ve ark., 2010).

Psikiyatri hemşireleri ruhsal hastalığı olan bireylerin topluma yeniden katılımını destekleyerek, sosyal etkileşimlerinin artmasını sağlayacak müdahaleleri planlayarak, kurumlararası iş birliği ile üretkenliklerini artıracak işlerde çalışmalarına yardım ederek damgalamanın ve olumsuz sonuçlarının azalmasına katkı sağlayabilmektedirler. Hemşireler genellikle farklı disiplinler, hastalar ve sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki iletişimi kolaylaştırmakta ve sağlık ekibinin diğer üyeleriyle iş birliği yaparken ortaya benzersiz bir bakış açısı çıkarmaktadır. Bu doğrultuda, hemşireler damgalamanın azaltılmasında birleşmiş bir çaba için gruplar ve disiplinler arasındaki iletişimi sağlayarak ulusal damgalanma girişimlerinde de liderlik yapabilirler (Gümüş, 2022)



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma nicel araştırma tasarımıyla oluşturulmuş olup tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri:

Çalışma Erzincan İl merkezinde Şubat-Mart 2023 tarihinde yürütüldü. Veriler din görevlilerinin çalıştığı kuruma gidilerek yüz yüze toplandı. Erzincan il merkezinde toplam 96 cami ve 52 Kur'an kursu bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Erzincan İl merkezinde Diyanet İşleri Başkanlığına bağlı olarak çalışan din görevlileri oluşturdu. Sahada çalışan 194 imam-hatip, 199 Kur'an kursu öğreticisi, 69 müezzin ve 16 müftülükte (idari kadro sınıfında yer alan) olmak üzere toplam 478 din görevlisi bulunmaktadır. Örneklem büyüklüğünü hesaplamak için evreni belli olan örneklem hesabı yöntemi ($n= N \cdot S^2 / Za^2 / (N-1) \cdot d^2$) kullanıldı. Formülde %95 güven düzeyi ve örneklem hatası $d= 1$ kabul edilmiştir (Özdamar, 2003). Hesaplama Yaman ve Güngör (2013)'ün çalışmasındaki damgalama ölçeğinin standart sapması ($SS= 11,66$) ve Seki Öz (2021)'ün çalışmasındaki ruh sağlığı okuryazarlık ölçeğinin standart sapması ($SS= 3,67$) kullanılarak yeterli örneklem sayısı 250 belirlendi. Bu çalışmaya gelişigüzel örneklem yöntemi ile gönüllü 307 kişi dahil edildi. Katılımcıların %65'ine ulaşıldı.

3.4. Araştırmaya Katılımcıların Dahil Edilme Kriterleri

- Diyanet İşleri Başkanlığına bağlı bir din görevlisi olmak
- İmam-hatip, Kur'an kursu öğreticisi ya da müezzin pozisyonunda görev yapmak
- Sahada aktif çalışıyor olmak
- Görme, anlama ve algılama sorununun olmaması
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek

3.5. Araştırmada Katılımcıları Dışlama Kriterleri

- Kamu kadrosunda olmayan din görevlileri
- Müftülükte çalışmak (idari kadro sınıfında yer alan)

3.6. Veri Toplama Araçları ve/veya Teknikleri

Veriler din görevlilerinin çalıştığı kuruma gidilerek yüz yüze toplandı. Verilerin toplanmasında; katılımcıların kişisel özelliklerini ölçmeye yönelik “Kişisel Bilgi Formu” ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerini ölçmek için “Ruh Sağlığı Okuryazarlık Ölçeği (RSOY Ölçeği) ve damgalama düzeylerini ölçmek için “Damgalama (Stigma) Ölçeği” (DÖ) kullanıldı.

3.6.1. Kişisel bilgi formu (EK 1.):

Literatür taraması sonucu (Eker ve ark., 2010; Vermaas, 2016; Arslan, 2020) araştırmacı tarafından oluşturulan form yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu algılanan gelir durumu, görev, meslekte çalışma süresi, psikiyatrik bir tedavi alıp almama, ailesinde ya da yakınında ruhsal bir hastalık olup olmama, ruhsal hastalığı olan bireyle tanışıklık, ruhsal hastalığı olan bireyin başvuru durumu, ruh sağlığı ile ilgili eğitim alma, internete erişim, kitle iletişim araçları ile geçirilen süre olmak üzere 14 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Ruh sağlığı okuryazarlık ölçeği (RSOY ölçeği) (EK 2.):

Jung ve ark. (2016) tarafından geliştirilip Göktaş ve ark. (2019) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan ölçek 22 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin üç alt boyutu bulunmaktadır; 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 ve 10. sorular (10 soru) bilgi odaklı RSOY alt boyutunu, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 ve 18. sorular (8 soru) inanç odaklı RSOY alt boyutunu, 19, 20, 21 ve 22. sorular (4 soru) ise kaynak odaklı RSOY alt boyutunu oluşturmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan tüm ölçek için 0-22 arasında değişmekte olup, ölçek genelinde ve her alt boyutta puan arttıkça RSOY düzeyinin arttığı kabul edilmektedir. Ölçeğin ilk iki alt boyutunda bulunan 18 soru altılı likert tipinde olup, cevapları “Kesinlikle Katılıyorum, Katılıyorum, Kararsızım, Katılmıyorum, Kesinlikle Katılmıyorum, Bilmiyorum” şeklindedir. Kaynak odaklı RSOY alt boyutunda bulunan 4 sorunun cevabı ise “Evet” ve “Hayır” şeklindedir. Sorulara “Kesinlikle Katılıyorum”, “Katılıyorum” ve “Evet” cevabı verildiğinde “1 puan” diğer cevaplar “0 puan” olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin 11-18“inci maddeleri arasındaki maddeler (11 ve 18 dahil) ters kodlanmaktadır. RSOY ölçeğinin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa) 0,71 olarak hesaplanmıştır (Göktaş ve ark., 2018). Çalışmamızda RSOY ölçeğinin Cronbach alfa puanı 0,70 olarak, bilgi odaklı RSOY, inanç odaklı RSOY ve kaynak odaklı RSOY Cronbach alfa puanları sırasıyla 0,78; 0,60 ve 0,69 olarak belirlendi.

3.6.3. Damgalama (Stigma) ölçeği (DÖ)(EK 3.)

DÖ, ruhsal hastalıklara yönelik damgalama, ayrımcılık, dışlama ve önyargıyı ölçmektedir. DÖ, Yaman ve Güngör (2013), tarafından geliştirilmiştir. DÖ’ den alınabilecek

puan 22-110 arasında değişmektedir. Ölçek puanı için puanı 55 puan altında olan bireylerin damgalama eğilimi düşük, puanı 55 puan üzerinde olan bireylerin ise damgalama eğilimi yüksek olarak değerlendirilmektedir. Ölçekte ters puanlanmış madde bulunmamaktadır. DÖ, “Ayrımcılık ve Dışlama”, “Etiketleme”, “Psikolojik Sağlık”, “Önyargı” olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır. 22 maddeden oluşan 5’li likert tipinde bir ölçektir. “Kesinlikle katılmıyorum: 1”, “Katılmıyorum: 2”, “Kısmen katılıyorum: 3”, “Katılıyorum: 4”, “Tamamen katılıyorum: 5” şeklinde puanlanmak üzere 1’den 5’e kadar derecelendirmeye sahiptir. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında 0,84 olarak belirlenmiştir (Yaman ve Güngör, 2013). Çalışmamızda damgalama ölçeğinin Cronbach Alpha katsayısı 0,84 olarak ayrımcılık dışlama, etiketleme, psikolojik sağlık ve önyargı alt boyutlarının Cronbach Alpha katsayısı ise sırasıyla 0,83; 0,66; 0,61 ve 0,60 olarak belirlendi.

Ayrımcılık ve dışlama faktörü: Ölçeğin ayrımcılık ve dışlama alt boyutu, bireylerin ayrımcılık ve dışlama algılarını ölçmektedir. DÖ’nün 10, 17, 18, 19, 20, 21. maddeleri bu alt boyutu içermektedir. Bu alt boyuttan alınabilecek toplam puan 6-36 arasında değişmektedir.

Etiketleme faktörü: Ölçeğin etiketleme alt boyutu bireylerin etiketleme eğilimini ölçmektedir. DÖ’nün 3, 4, 5, 7, 8, 9. maddeleri bu alt boyutu içermektedir. Bu alt boyuttan alınabilecek toplam puan 6-36 arasında değişmektedir.

Psikolojik sağlık faktörü: Ölçeğin psikolojik sağlık alt boyutu psikolojik sorunları olan bireylere yönelik olan damgalamayı ölçmektedir. DÖ’nün 11, 12, 13, 16, 22. maddeleri bu alt boyutu içermektedir. Bu alt boyuttan alınabilecek toplam puan 5-30 arasında değişmektedir.

Önyargı faktörü: Ölçeğin önyargı alt boyutu bireylere önyargı oluşturacak durumların damgalama eğilimini ölçmektedir. DÖ’nün 1, 2, 6, 14, 15. maddeleri bu alt boyutu içermektedir. Bu alt boyuttan alınabilecek toplam puan 5-30 arasında değişmektedir.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Araştırmanın bağımlı değişkenlerini din görevlilerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyleri ve damgalama düzeyleri oluşturmaktadır.

Bağımsız Değişkenler: Araştırmanın bağımsız değişkenlerini; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, algılanan gelir durumu, görev, görev yılı, psikiyatrik bir tedavi alıp almama, ailesinde ya da yakınında ruhsal bir hastalık olma, ruhsal hastalığı olan bireyle

tanışıklık, ruhsal hastalığı olan bireyden başvuru alma durumu, ruh sağlığı ile ilgili eğitim alma, internete erişim, kitle iletişim araçları ile geçirilen süre gibi değişkenler oluşturmaktadır.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan 07.12.2022 tarihinde 2022/329 karar sayılı etik kurul onayı alındıktan sonra Erzincan İl Müftülüğünden 20.02.2023 tarihinde kurum izni alındı. Araştırmada kullanılan ölçeklerin yazarlarından e-posta yoluyla izin alındı. Katılımcılara araştırma ile ilgili sözel olarak bilgi verilip Aydınlatılmış Onam imzalatıldı. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen katılımcılar çalışmaya dahil edilmedi. Araştırmacılar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

3.9. Verilerin Toplanması

Veriler din görevlilerinin çalıştığı kuruma gidilerek araştırmacı tarafından, görevli oldukları birimlerde, görev saatleri dışında ve sessiz sakin ortamda yüz yüze anket uygulaması şeklinde toplandı. Veriler Şubat-Mart 2023 tarihleri arasında toplandı. Verilerin toplanması yaklaşık olarak 7-10 dakika sürdü.

3.10. Sınırlılıklar

Araştırma Erzincan il merkezinde Diyanet İşleri Başkanlığına bağlı imam- hatip, müezzin ve Kur'an kursu öğreticisi kadrosunda çalışan din görevlileri ile sınırlıdır. Dolayısıyla çalışma sonuçlarımız bütün din görevlilerine genellenemez.

3.11. Verilerin Analizi

Veriler IBM SPSS Statistics Standard Concurrent User V 26 (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) istatistik paket programlarında değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler birim sayısı (n), yüzde (%), ortalama (Ort), standart sapma (SS), medyan (M) ve minimum (min), maksimum (max) değerler olarak verildi. Sayısal değişkenlere ait verilerin normal dağılımı Shapiro Wilk normallik testi ile değerlendirildi. Ölçeklerin parametrik test ön şartlarını sağlamadığı görüldü. Dolayısıyla parametrik olmayan yöntemler kullanıldı. İki kategorili değişkenlerin ölçek puanlarının karşılaştırmaları Mann Whitney U Testi (z), ikiden fazla kategorili değişkenlerin ölçek puanlarının karşılaştırmaları ise Kruskal Wallis H Testi (H) ile yapıldı. Kruskal Wallis H Testi sonucuna göre çoklu karşılaştırmalar Bonferroni düzeltmesi testi yapıldı. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon katsayısı ile değerlendirildi.

RSOY puanlarının damgalama puanları üzerine etkisi doğrusal regresyon analizi ile değerlendirildi. Kurulan modellerin doğrusal regresyon analizi varsayımlarını sağlayıp sağlamadığı kontrol edildi. Çoklu doğrusallık (collinearity) için tolerans ve variance inflation (VIF) değerleri, artıklar (residuals) arasında otokorelasyon olup olmadığı Durbin-Watson değeri ve artıkların normalliği Q-Q grafikleri ile kontrol edildi. $p < 0,05$ düzeyi istatistik olarak anlamlı kabul edildi.





4. BULGULAR

Din görevlilerinin ruh sağlığı okuryazarlığı ve ruhsal hastalıklara yönelik damgalama düzeylerini belirlemeyi amaçladığımız bu çalışmanın bulguları 6 başlık altında verilmiştir.

1. Din görevlilerinin sosyodemografik özelliklerine ilişkin tanıtıcı istatistikler
2. Din görevlilerinin RSOY leği ile damgalama ölçeklerine ilişkin tanıtıcı istatistikler
3. Din görevlilerinin sosyodemografik özelliklerine göre RSOY leği ve alt boyutları puanlarının karşılaştırılması
4. Din görevlilerinin sosyodemografik özelliklerine göre damgalama leği ve alt boyutları puanlarının karşılaştırılması
5. Din görevlilerinin damgalama ve RSOY lekleri arasındaki ilişkinin istatistikleri
6. Din görevlilerinin RSOY puanlarının damgalama puanlarına etkisinin regresyon analizi

4.1. Din Görevlilerinin Sosyodemografik zelliklerine İlişkin Tanıtıcı İstatistikler

Tablo 4.1. Din görevlilerinin sosyodemografik özelliklerine ilişkin tanıtıcı istatistikler (n=307).

	İstatistikler
Yaş	
<i>Ort±SS</i>	38,66±8,70
<i>M (min-max)</i>	39 (19-65)
Cinsiyet	
Kadın	132 (%43)
Erkek	175 (%57)
Medeni durum	
Bekâr	60 (%19,5)
Evli	247 (%80,5)
Eğitim durumu	
Lise	48 (%15,6)
n lisans-Lisans	234 (%76,2)
Yüksek lisans-Doktora	25 (%8,2)
Algılanan gelir durumu	
Düşük	18 (%5,9)
Orta	273 (%88,9)
Yüksek	16 (%5,2)
Görev durumu	
İmam-hatip(a)	121 (%39,4)
Müezzin(b)	45 (%14,7)
Kur'an kursu öğreticisi(c)	141 (%45,9)
Meslekte alışma süresi (ay)	
<i>Ort±SS</i>	162,52±111,29
<i>M (min-max)</i>	144 ay (2-492)
Psikiyatrik tedavi alma durumu	
Evet	23 (%7,5)
Hayır	284 (%92,5)

Tablo 4.1. Din görevlilerinin sosyodemografik özelliklerine ilişkin tanıtıcı istatistikler (n=307) (Devamı).

	İstatistikler
Ailede/yakınında ruhsal hastalık varlığı	
Evet	53 (%17,3)
Hayır	254 (%82,7)
Ruhsal hastalığı olan birey ile tanışma durumu	
Evet	212 (%69,1)
Hayır	95 (%30,9)
Ruhsal hastalığı olan bireyden yardım alma durumu	
Evet	117 (%38,1)
Hayır	190 (%61,9)
Ruh sağlığı ile ilgili bir eğitim alma durumu	
Evet	31 (%10,1)
Hayır	276 (%89,9)
İnternet erişim durumu	
İnternete erişimi yok	2 (%0,4)
Telefonumda var	255 (%50,8)
Evde var	221 (%44)
İş yerinde var	24 (%4,8)
Kitle iletişim araçlarını takip etme	
Takip etmiyor	11 (%3,6)
Takip ediyor	296 (%96,4)
Kitle iletişim araçlarını kullanım süresi	
Ort±SS	3,12±1,92
M (min-max)	3 (0-15)

Özet istatistikler sayısal veriler için *ortalama ± standart sapma* ve *Medyan (minimum, maksimum)*, kategorik veriler için *Sayı (Yüzdelik)* değer olarak verilmiştir.

Tablo 4.1.'e göre çalışmaya toplam 307 din görevlisi katılım gösterdi. Katılımcıların ortalama yaşları 39' du. Katılımcıların %57'si erkek, %80,5'i evli, %45,9'u Kur'an kursu öğreticisi, ve %88,9'unun gelir durumu orta düzeydeydi. Meslekte ortalama çalışma süreleri 144 ay (12 yıl)' dı. Katılımcıların %7,5'nin psikiyatrik tedavi aldığı, %17,3'ünün aile ya da yakın bir akrabasında herhangi bir ruhsal hastalık olduğu, %38,1'inin ruhsal hastalığı olan birinden yardım başvurusu aldığı ve %89,9'unun ruh sağlığı ile ilgili eğitim almadığı belirlendi. Çalışmada sadece %0,4 oranında kişinin internet erişimi yoktu. İnternet erişimi olanlardan %50,8' inin telefonunda interneti vardı. Katılımcıların %96,4' ünün kitle iletişim araçlarını (telefon, bilgisayar, televizyon vb.) kullandığı ve günde ortalama 3,12±1,92 saat kitle iletişim araçları ile vakit geçirdiği belirlendi.

4.2. Din Görevlilerinin RSOY Ölçeği ile Damgalama Ölçeklerine İlişkin Tanıtıcı İstatistikler

Tablo 4.2. Din görevlilerinin RSOY ölçeği ile damgalama ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin tanıtıcı istatistikler (n=307).

	Ort±SS	M (min-max)	Madde Sayısı
Bilgi Odaklı RSOY	6,80±2,61	7 (0-10)	10
İnanç Odaklı RSOY	5,44±1,73	6 (0-8)	8

Tablo 4.2. Din görevlilerinin RSOY ölçeği ile damgalama ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin tanıtıcı istatistikler (n=307) (Devamı).

	Ort±SS	M (min-max)	Madde Sayısı
Kaynak Odaklı RSOY	2,67±1,32	3 (0-4)	4
RSOY	14,91±3,61	15 (2-22)	22
Ayrımcılık Dışlama	11,97±4,95	11 (6-30)	6
Etiketleme	16,64±3,88	16 (7-27)	6
Psikolojik Sağlık	14,70±3,39	15 (6-23)	5
Ön Yargı	14,91±3,25	15(6-24)	5
Damgalama ölçeği	58,22±11,87	57 (29-95)	22
Damgalama düzeyi durumu			
Damgalama düzeyi düşük	141(%45, 9)		
Damgalama düzeyi yüksek	166(%54, 1)		

Özet istatistikler ortalama ± standart sapma ve Medyan (minimum, maksimum) değer olarak verilmiştir.

Tablo 4. 2. incelendiğinde RSOY ölçeği toplam puan ortalaması 14,91±3,61, bilgi odaklı RSOY puan ortalaması 6,80±2,61, inanç odaklı RSOY puan ortalaması 5,44±1,73 ve kaynak odaklı RSOY puan ortalaması 2,67±1,32 olarak belirlendi. Katılımcıların damgalama toplam puan ortalaması 58,22±11,87, ayrımcılık dışlama puan ortalaması 11,97±4,95, etiketleme ortalama puanı 16,64±3,88, psikolojik sağlık puan ortalaması 14,70±3,39, ön yargı puan ortalaması ise 14,91±3,25 olarak belirlendi. Katılımcıların %45,9'unun damgalama düzeyi düşük, %54,1'inin ise damgalama düzeyi yüksek olarak belirlendi.

4.3. Din Görevlilerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre RSOY Ölçeği ve Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.3. Din görevlilerinin sosyodemografik özelliklerine göre RSOY ölçeği ve alt boyutları puanlarının karşılaştırılması (n=307).

	Bilgi Odaklı RSOY Ort±SS	İnanç Odaklı RSOY Ort±SS	Kaynak Odaklı RSOY Ort±SS	RSOY Toplam Puanı Ort±SS
Cinsiyet				
Kadın	7,91±1,87	5,75±1,47	2,74±1,25	16,40±2,81
Erkek	5,97±2,78	5,20±1,87	2,61±1,37	13,78±3,74
Test ve p değeri	$z=-6,510$ $p<0,001$	$z=-2,635$ $p=0,008$	$z=-0,648$ $p=0,517$	$z=-6,845$ $p<0,001$
Medeni durum				
Bekar	6,80±2,56	5,55±1,73	2,43±1,37	14,78±4,25
Evli	6,81±2,63	5,41±1,73	2,72±1,31	14,94±3,44
Test ve p değeri	$z=-0,086$ $p=0,932$	$z=-0,928$ $p=0,353$	$z=-1,497$ $p=0,134$	$z=-0,556$ $p=0,578$
Eğitim durumu				
Lise ^a	6,56±2,52	4,96±1,62	2,69±1,37	14,21±2,96
Önlisans-lisans ^b	6,73±2,64	5,55±1,69	2,67±1,31	14,94±3,75
Yükseklisans-doktora ^c	8,00±2,31	5,32±2,1	2,64±1,35	15,96±3,17
Test ve p değeri	$H=8,462$ $p=0,015$	$H=6,223$ $p=0,045$	$H=0,042$ $p=0,979$	$H=7,188$ $p=0,027$
Fark	c > b > a	b, c > a	-	b, c > a

Tablo 4.3. Din görevlilerinin sosyodemografik özelliklerine göre RSOY ölçeği ve alt boyutları puanlarının karşılaştırılması (n=307) (Devamı).

	Bilgi Odaklı RSOY Ort±SS	İnanç Odaklı RSOY Ort±SS	Kaynak Odaklı RSOY Ort±SS	RSOY Toplam Puanı Ort±SS
Algılanan gelir durumu				
Düşük	6,44±2,36	5,00±2,00	2,50±1,25	13,94±4,02
Orta	6,82±2,65	5,48±1,70	2,69±1,33	14,99±3,58
Yüksek	7,00±2,37	5,25±1,98	2,44±1,36	14,69±3,65
Test ve p değeri	$H=0,982$ $p=0,612$	$H=0,960$ $p=0,619$	$H=1,123$ $p=0,570$	$H=2,125$ $p=0,346$
Görev durumu				
İmam-hatip ^a	6,17±2,55	5,29±1,68	2,74±1,34	14,20±3,53
Müezzin ^b	5,38±3,30	4,93±2,21	2,33±1,40	12,64±4,30
Kur'an kursu öğreticisi ^c	7,80±1,98	5,72±1,55	2,72±1,27	16,24±2,84
Test ve p değeri	$H=39,188$ $p<0,001$	$H=7,781$ $p=0,020$	$H=3,094$ $p=0,213$	$H=44,455$ $p<0,001$
Fark	$c > a > b$		-	$c > a > b$
Psikiyatrik tedavi alma durumu				
Evet	6,91±3,16	5,52±1,86	2,70±1,43	15,13±4,41
Hayır	6,80±2,57	5,43±1,72	2,67±1,31	14,89±3,54
Test ve p değeri	$z=-0,789$ $p=0,430$	$z=-0,521$ $p=0,602$	$z=-0,245$ $p=0,806$	$z=-0,791$ $p=0,429$
Ailede/Yakınında ruhsal hastalık varlığı				
Evet	7,06±2,52	5,45±1,64	2,94±1,29	15,45±3,67
Hayır	6,75±2,63	5,43±1,75	2,61±1,32	14,80±3,59
Test ve p değeri	$z=-0,721$ $p=0,471$	$z=-0,219$ $p=0,827$	$z=-1,814$ $p=0,070$	$z=-1,385$ $p=0,166$
Ruhsal hastalığı olan biriyle tanışma durumu				
Evet	7,00±2,56	5,48±1,70	2,84±1,28	15,32±3,54
Hayır	6,38±2,70	5,35±1,81	2,27±1,34	14,00±3,61
Test ve p değeri	$z=1,969$ $p=0,049$	$z=-0,594$ $p=0,553$	$z=-3,604$ $p<0,001$	$z=-3,272$ $p=0,001$
Ruhsal sorun yaşayan birinden yardım alma durumu				
Evet	6,93±2,85	5,29±1,88	2,91±1,23	15,14±4,15
Hayır	6,73±2,46	5,53±1,63	2,52±1,36	14,77±3,23
Test ve p değeri	$z=-1,448$ $p=0,148$	$z=-0,989$ $p=0,323$	$z=-2,529$ $p=0,011$	$z=-2,036$ $p=0,042$
Ruh sağlığı ile ilgili bir eğitim alma durumu				
Evet	7,19±2,88	5,42±1,93	2,87±1,31	15,48±4,08
Hayır	6,76±2,58	5,44±1,71	2,64±1,32	14,84±3,55
Test ve p değeri	$z=-1,278$ $p=0,201$	$z=-0,088$ $p=0,930$	$z=-0,941$ $p=0,347$	$z=-1,550$ $p=0,121$
İnternete erişim durumu				
Var	6,50±0,71	4,50±3,54	3,00±1,41	14,00±1,41
Yok	6,81±2,62	5,44±1,72	2,67±1,32	14,91±3,62
Test ve p değeri	$z=-0,549$ $p=0,583$	$z=-0,314$ $p=0,753$	$z=-0,328$ $p=0,743$	$z=-0,816$ $p=0,415$
Kitle iletişim araçlarını takip etme durumu				
Evet	6,55±2,25	5,18±1,89	2,64±1,43	14,36±3,35
Hayır	6,81±2,63	5,45±1,73	2,67±1,32	14,93±3,62
Test ve p değeri	$z=-0,639$ $p=0,523$	$z=-0,254$ $p=0,799$	$z=-0,011$ $p=0,991$	$z=-0,544$ $p=0,586$

Mann Whitney U Test (z); Kruskal Wallis H Test (H); Özet istatistikler ortalama ± standart sapma değer olarak verilmiştir. Koyu olarak belirlenen bölümler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 4.3. incelendiğinde kadınların bilgi odaklı RSOY puanı, erkeklerden ($z=-6,510$ $p<0,001$), yüksek lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların bilgi odaklı RSOY puanı, diğer eğitim düzeylerinden ($H=8,462$ $p=0,015$), Kur'an kursu öğreticilerinin bilgi odaklı RSOY puanı, imam-hatip ve müezzinlerden ($H=39,188$ $p<0,001$), ruhsal hastalığı olan bir bireyle tanışanların bilgi odaklı RSOY puanı, tanışmayanlardan ($z=-1,969$ $p=0,049$) daha yüksek belirlendi. Diğer sosyodemografik özelliklere göre bilgi odaklı RSOY puanlarının farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Kadınların İnanç Odaklı RSOY puanı, erkeklerden ($z=-2,635$ $p=0,008$), yüksek lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların inanç odaklı RSOY puanı, diğer eğitim düzeylerinden ($H=6,223$ $p=0,045$) ve Kur'an kursu öğretmenlerinin İnanç Odaklı RSOY puanı, imam-hatip ve müezzinlerden ($H=7,781$ $p=0,020$) daha yüksek belirlendi. Diğer sosyodemografik özelliklere göre İnanç Odaklı RSOY puanlarının farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Ruhsal hastalığı olan bir bireyle tanışanların kaynak odaklı RSOY puanı, tanışmayanlardan ($z=-3,604$ $p<0,001$) ve ruhsal problemler yaşayan bir bireyden yardım başvurusu alanların kaynak odaklı RSOY puanı, başvuru almayanlardan ($z=-2,529$ $p=0,011$) daha yüksek belirlendi. Diğer demografik özelliklere göre kaynak odaklı RSOY puanları farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Kadınların RSOY toplam puanı, erkeklerden ($z=-6,845$ $p<0,001$), yüksek lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların RSOY toplam puanı, diğer eğitim düzeylerinden ($H=7,188$ $p=0,027$), Kur'an kursu öğretmenlerinin RSOY toplam puanı, imam-hatip ve müezzinlerden ($H=44,455$ $p<0,001$), ruhsal hastalığı olan bir bireyle tanışanların RSOY toplam puanı, tanışmayanlardan ($z=-3,272$ $p=0,001$), ruhsal problemler yaşayan bir bireyden yardım başvurusu alanların RSOY toplam puanı, yardım başvurusu almayanlardan ($z=-2,036$ $p=0,042$) istatistiksel olarak daha yüksek belirlendi. Medeni durum, gelir durumu, psikiyatrik tedavi alma, ailede/yakınında ruhsal hastalık varlığı, ruh sağlığı ile ilgili bir eğitim alma, internete erişim durumu ve kitle iletişim araçlarını kullanma durumu değişkenlerine göre RSOY puanlarının farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 4. 4. Din görevlilerinin sayısal sosyodemografik özelliklerine göre RSOY ölçeği ile damgalama ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılması($n=307$).

	Yaş	Meslekte çalışma süresi	Kitle iletişim araçlarını kullanım süresi
Ayrımcılık Dışlama	$rho=0,133$ $p=0,020$	$rho=0,250$ $p<0,001$	$rho=-0,072$ $p=0,214$
Etiketleme	$rho=0,066$ $p=0,252$	$rho=0,153$ $p=0,007$	$rho=0,026$ $p=0,653$
Psikolojik Sağlık	$rho=0,147$ $p=0,010$	$rho=0,154$ $p=0,007$	$rho=-0,008$ $p=0,889$
Ön Yargı	$rho=-0,019$ $p=0,734$	$rho=0,016$ $p=0,775$	$rho=0,040$ $p=0,493$
Damgalama Ölçeği	$rho=0,121$ $p=0,047$	$rho=0,194$ $p=0,001$	$rho=-0,007$ $p=0,898$
Bilgi Odaklı RSOY	$rho=-0,042$ $p=0,466$	$rho=-0,167$ $p=0,003$	$rho=-0,091$ $p=0,117$
İnanç Odaklı RSOY	$rho=-0,188$ $p=0,001$	$rho=-0,189$ $p=0,001$	$rho=0,097$ $p=0,096$
Kaynak Odaklı RSOY	$rho=0,111$ $p=0,047$	$rho=0,008$ $p=0,888$	$rho=-0,014$ $p=0,814$
RSOY Ölçeği	$rho=-0,114$ $p=0,046$	$rho=-0,259$ $p<0,001$	$rho=0,005$ $p=0,937$

rho : Spearman korelasyon katsayısı, koyu olarak belirlenen bölümler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 4.4. incelendiğinde yaş ile ayrımcılık dışlama arasında ($\rho=0,133$ $p=0,020$), yaş ile psikolojik sağlık arasında ($\rho=0,147$ $p=0,010$) ve yaş ile damgalama toplam puanı arasında ($\rho=0,121$ $p=0,047$) pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ve çok zayıf bir ilişki belirlendi. Meslekte çalışma süresi ile ayrımcılık dışlama arasında ($\rho=0,250$ $p<0,001$) pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ve zayıf bir ilişki vardı. Meslekte çalışma süresi ile etiketleme arasında ($\rho=0,153$ $p=0,007$), meslekte çalışma süresi ile psikolojik sağlık arasında ($\rho=0,154$ $p=0,007$) ve meslekte çalışma süresi ile damgalama toplam puanı arasında ($\rho=0,194$ $p=0,001$) pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ve çok zayıf bir ilişki belirlendi. Kitle iletişim araçlarını kullanım süresi ile damgalama ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktaydı ($p>0,05$).

Yaş ile inanç odaklı RSOY ($\rho=-0,188$ $p=0,001$), yaş ile kaynak odaklı RSOY ($\rho=-0,111$ $p=0,047$) ve yaş ile RSOY toplam puanı ($\rho=-0,114$ $p=0,046$) arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ve çok zayıf bir ilişki belirlendi. Meslekte çalışma süresi ile bilgi odaklı RSOY ($\rho=-0,167$ $p=0,003$), inanç odaklı RSOY ($\rho=-0,189$ $p=0,001$) ve meslekte çalışma süresi ile RSOY toplam puanı ($\rho=-0,259$ $p<0,001$) arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ve zayıf bir ilişki belirlendi. Kitle iletişim araçlarını kullanım süresi ile RSOY ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktaydı ($p>0,05$).

4.4. Din Görevlilerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Damgalama Ölçeği ve Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.5. Din görevlilerinin sosyodemografik özelliklerine göre damgalama ölçeği ve alt boyutları puanlarının karşılaştırılması ($n=307$).

	Ayrımcılık Dışlama Ort±SS	Etiketleme Ort±SS	Psikolojik Sağlık Ort±SS	Ön Yargı Ort±SS	Damgalama Toplam Puanı Ort±SS
Cinsiyet					
Kadın	10,39±4,29	15,78±3,73	13,96±3,36	14,54±3,09	54,67±10,78
Erkek	13,17±5,08	17,29±3,88	15,26±3,31	15,19±3,35	60,90±11,98
Test ve p değeri	$z=-5,341$ $p<0,001$	$z=-3,191$ $p=0,001$	$z=-3,593$ $p<0,001$	$z=-1,846$ $p=0,065$	$z=-4,744$ $p<0,001$
Medeni durum					
Bekar	10,98±5,10	16,07±3,42	13,98±3,47	15,10±3,42	56,13±11,03
Evli	12,21±4,89	16,78±3,98	14,88±3,35	14,86±3,21	58,73±12,03
Test ve p değeri	$z=-2,296$ $p=0,022$	$z=-1,321$ $p=0,187$	$z=-1,765$ $p=0,078$	$z=-0,240$ $p=0,811$	$z=-1,518$ $p=0,129$
Eğitim durumu					
Lise ^a	12,75±4,99	16,92±3,56	15,00±3,09	15,46±3,13	60,13±10,86
Ön lisans-lisans ^b	12,15±5,01	16,74±4,00	14,82±3,32	14,91±3,35	58,62±12,04
Yüksek lisans-doktora ^c	8,80±2,74	15,20±3,08	13,00±4,18	13,88±2,24	50,88±9,58
Test ve p değeri	$H=14,991$ $p<0,001$	$H=4,538$ $p=0,103$	$H=6,240$ $p=0,042$	$H=4,985$ $p=0,083$	$H=13,119$ $p=0,001$
Fark	a > b > c	-	a > b > c	-	a > b > c
Algılanan gelir durumu					
Düşük ^a	12,78±7,38	16,17±4,23	13,89±3,18	16,78±4,10	59,61±15,08
Orta ^b	12,00±4,77	16,81±3,83	14,85±3,39	14,84±3,17	58,49±11,59
Yüksek ^c	10,63±4,77	14,25±3,80	13,13±3,28	14,06±3,00	52,06±11,70
Test ve p değeri	$H=1,823$ $p=0,402$	$H=6,255$ $p=0,042$	$H=5,957$ $p=0,051$	$H=7,634$ $p=0,022$	$H=6,091$ $p=0,048$
Fark	-	a,b > c	-	a > b > c	a > b > c

Tablo 4.5. Din görevlilerinin sosyodemografik özelliklerine göre damgalama ölçeği ve alt boyutları puanlarının karşılaştırılması(n=307) (Devamı).

	Ayrımcılık Dışlama Ort±SS	Etiketleme Ort±SS	Psikolojik Sağlık Ort±SS	Ön Yargı Ort±SS	Damgalama Toplam Puanı Ort±SS
Görev durumu					
İmam-hatip ^(a)	12,88±5,11	16,94±3,69	15,21±3,24	15,15±3,09	60,19±11,11
Müezzin ^(b)	13,71±4,73	18,02±3,79	15,38±3,35	15,20±3,82	62,31±12,37
Kur'an kursu öğreticisi ^(c)	10,64±4,54	15,94±3,94	14,05±3,43	14,61±3,19	55,23±11,67
Test ve p değeri	H=25,991 p<0,001	H=9,923 p=0,007	H=12,237 p=0,002	H=2,884 p=0,236	H=20,077 p<0,001
Fark	a, b > c	a, b > c	a, b > c		a, b > c
Psikiyatrik tedavi alma durumu					
Evet	11,87±4,72	17,30±3,21	14,30±2,32	15,00±2,78	58,48±9,94
Hayır	11,98±4,97	16,58±3,93	14,74±3,46	14,90±3,29	58,20±12,03
Test ve p değeri	z=-0,011 p=0,991	z=-1,019 p=0,308	z=-0,826 p=0,409	z=-0,301 p=0,764	z=-0,079 p=0,937
Ailede/yakınında ruhsal hastalık varlığı					
Evet	12,25±5,75	16,23±3,78	14,23±3,75	14,57±2,88	57,26±12,60
Hayır	11,92±4,77	16,72±3,91	14,80±3,31	14,98±3,32	58,43±11,73
Test ve p değeri	z=-0,048 p=0,962	z=-0,774 p=0,439	z=-0,640 p=0,522	z=-1,120 p=0,263	z=-0,556 p=0,578
Ruhsal hastalığı olan biriyle tanışma durumu					
Evet	12,08±5,21	16,80±3,83	14,91±3,44	15,20±3,17	59,00±11,86
Hayır	11,73±4,33	16,28±3,99	14,24±3,25	14,25±3,35	56,51±11,77
Test ve p değeri	z=-0,059 p=0,953	z=-1,261 p=0,207	z=-1,622 p=0,105	z=-1,855 p=0,061	z=-1,500 p=0,134
Ruhsal sorun yaşayan birinden yardım alma durumu					
Evet	12,18±4,99	16,95±3,70	14,42±3,63	14,74±3,38	58,28±12,25
Hayır	11,85±4,93	16,45±3,99	14,88±3,23	15,02±3,17	58,19±11,66
Test ve p değeri	z=-0,697 p=0,486	z=-1,278 p=0,201	z=-0,934 p=0,350	z=-1,208 p=0,227	z=-0,009 p=0,993
Ruh sağlığı ile ilgili bir eğitim alma durumu					
Evet	10,87±4,72	16,71±4,63	13,74±3,88	14,58±3,79	55,90±12,83
Hayır	12,10±4,96	16,63±3,80	14,81±3,32	14,95±3,19	58,49±11,75
Test ve p değeri	z=-1,545 p=0,122	z=-0,071 p=0,944	z=-1,298 p=0,194	z=-0,712 p=0,476	z=-1,069 p=0,285
İnternete erişim durumu					
Var	8,00±1,41	16,69±3,41	10,00±5,66	11,50±4,95	39,50±10,61
Yok	12,00±4,95	16,50±3,95	14,73±3,36	14,93±3,24	58,35±11,79
Test ve p değeri	z=-1,283 p=0,199	z=-1,273 p=0,189	z=-1,434 p=0,152	z=-1,101 p=0,271	z=-2,051 p=0,040
Kitle iletişim araçlarını takip etme durumu					
Evet	14,09±5,77	16,91±3,73	15,36±2,94	16,36±2,94	62,73±10,55
Hayır	11,90±4,91	16,63±3,89	14,68±3,41	14,85±3,25	58,06±11,90
Test ve p değeri	z=-1,392 p=0,164	z=-0,212 p=0,832	z=-0,655 p=0,512	z=-1,620 p=0,105	z=-1,364 p=0,173

Mann Whitney U Test (z); Kruskal Wallis H Test (H); Özet istatistikler ortalama ± standart sapma değer olarak verilmiştir. Koyu olarak belirlenen bölümler istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Tablo 4.5. incelendiğinde kadınların ayrımcılık dışlama puanı, erkeklerden ($z=-5,341$ $p<0,001$), bekar olanların ayrımcılık dışlama puanı evlilerden ($z=-2,296$ $p=0,022$), yüksek lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların ayrımcılık dışlama puanı, diğer eğitim düzeylerinden ($H=14,991$ $p<0,001$) ve Kur'an kursu öğreticilerinin ayrımcılık dışlama puanı, imam-hatip ve müezzinlerden ($H=25,991$ $p<0,001$) istatistiksel olarak daha düşük belirlendi. Diğer demografik özelliklere göre ayrımcılık dışlama puanlarının farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$). Kadınların etiketleme puanı, erkeklerden ($z=-3,191$ $p=0,001$), yüksek gelire sahip olanların etiketleme puanı, diğer eğitim düzeylerinden ($H=6,255$ $p=0,042$) ve Kur'an kursu öğreticilerinin etiketleme puanı, imam-hatip ve müezzinlerden ($H=9,923$ $p=0,007$) istatistiksel olarak daha düşük belirlendi. Diğer sosyodemografik özelliklere göre etiketleme puanlarının farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$). Kadınların psikolojik sağlık puanı, erkeklerden ($z=-3,593$ $p<0,001$), yüksek lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların psikolojik sağlık puanı, diğer eğitim düzeylerinden ($H=6,240$ $p=0,042$) ve Kur'an kursu öğreticilerinin psikolojik sağlık puanı, imam-hatip ve müezzinlerden ($H=12,237$ $p=0,002$)

istatistiksel olarak daha düşük belirlendi. Diğer sosyodemografik özelliklere göre psikolojik sağlık puanlarının farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$). Orta ve yüksek gelire sahip olanların önyargı puanı, düşük gelire sahip olanlardan istatistiksel olarak düşük belirlendi ($H=7,634$ $p=0,022$). Diğer sosyodemografik özelliklere göre önyargı puanlarının farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$). Kadınların damgalama toplam puanı, erkeklerden ($z=-4,744$ $p<0,001$), yüksek eğitim düzeyine sahip olanların damgalama toplam puanı, diğer eğitim düzeylerinden ($H=13,119$ $p=0,001$), yüksek gelire sahip olanların damgalama toplam puanı, düşük gelire sahip olanlardan ($H=6,091$ $p=0,048$), Kur'an kursu öğretmenlerinin damgalama toplam puanı, imam-hatip ve müezzinlerden ($H=9,923$ $p=0,007$) ve İnternete erişimi olanların damgalama toplam puanı, erişimi olmayanlardan ($z=-2,051$ $p=0,040$) istatistiksel olarak daha düşük belirlendi. Medeni durum, psikiyatrik tedavi alma durumu, ailede/yakınında ruhsal hastalık olma durumu, ruhsal hastalığı olan biriyle tanışma, ruhsal hastalığı olan birinden yardım alma ve kitle iletişim araçlarını kullanma durumu değişkenlerinin damgalama toplam puanı üzerinde farklılaşma yapmadığı belirlendi ($p>0,05$).

4.5. Din Görevlilerinin Damgalama ile RSOY Ölçekleri Arasındaki İlişkiler

Tablo 4.6. Din görevlilerinin damgalama ile RSOY ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişkiler (N=307).

	Bilgi Odaklı RSOY	İnanç Odaklı RSOY	Kaynak Odaklı RSOY	RSOY
Ayrımcılık Dışlama	$\rho=-0,166$ $p=0,004$	$\rho=-0,128$ $p=0,025$	$\rho=-0,028$ $p=0,629$	$\rho=-0,194$ $p=0,001$
Etiketleme	$\rho=-0,084$ $p=0,144$	$\rho=-0,063$ $p=0,273$	$\rho=0,038$ $p=0,507$	$\rho=-0,09$ $p=0,115$
Psikolojik Sağlık	$\rho=-0,06$ $p=0,296$	$\rho=0,012$ $p=0,830$	$\rho=-0,042$ $p=0,465$	$\rho=-0,086$ $p=0,131$
Önyargı	$\rho=-0,077$ $p=0,179$	$\rho=0,056$ $p=0,328$	$\rho=0,007$ $p=0,901$	$\rho=-0,055$ $p=0,340$
Damgalama Ölçeği	$\rho=-0,143$ $p=0,012$	$\rho=-0,044$ $p=0,438$	$\rho=-0,014$ $p=0,807$	$\rho=-0,156$ $p=0,006$

ρ : Spearman korelasyon katsayısı, Koyu olarak belirlenen bölümler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 4. 6. incelendiğinde bilgi odaklı RSOY puanı ile ayrımcılık dışlama puanı arasında ($\rho=-0,166$ $p=0,004$), bilgi odaklı RSOY puanı ile damgalama puanı arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ve çok zayıf bir ilişki belirlendi ($\rho=-0,143$ $p=0,012$). İnanç odaklı RSOY puanı ile ayrımcılık dışlama puanı arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ve çok zayıf bir ilişki belirlendi ($\rho=-0,128$ $p=0,025$). Kaynak odaklı RSOY puanı ile damgalama ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktaydı ($p>0,05$). RSOY puanı ile ayrımcılık dışlama puanı arasında ($\rho=-0,194$ $p=0,001$) ve RSOY puanı ile

damgalama puanı arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ve çok zayıf bir ilişki belirlendi ($\rho=-0,156$ $p=0,006$).

4.6. Din Görevlilerinin RSOY Puanlarının Damgalama Puanlarına Etkisinin Regresyon Analizi

Tablo 4.7. RSOY puanlarının damgalama puanlarına etkisinin regresyon analizi sonuçları.

	<i>B</i>	<i>Se</i>	<i>Zβ</i>	<i>T</i>	<i>P</i>	<i>β</i> için % 95 Güven Aralığı	
						<i>Alt Sınır</i>	<i>Üst Sınır</i>
Model: Damgalama ölçeği							
Sabit	64,263	2,868		22,405	<0,001	58,619	69,907
RSOY	-0,405	0,187	-0,123	-2,166	0,031	-0,773	-0,037

Model Anlamlılığı: $F=4,690$; $p=0,015$; $R^2=0,015$; Durbin-Watson İstatistiği=1,917

β : Regresyon katsayısı, se : Standart hata, $z\beta$: Standardize edilmiş regresyon katsayısı, R^2 : Belirleyicilik katsayısı

Tablo 4. 7.'de RSOY puanlarının damgalama puanlarına etkisinin doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmesi yer almaktadır. Artıklar (residuals) arasında otokorelasyon olup olmadığı Durbin-Watson değeri ile değerlendirilmiştir. Durbin-Watson değerleri 1,917 olarak bulundu. Artıkların normalliği Q-Q grafikleri ile değerlendirilmiş olup artıkların normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Modele göre RSOY puanları arttıkça damgalama puanları 0,405 puan azalmaktadır. Kurulan modele göre RSOY değişkeni damgalama puanlarını %1,5 düzeyinde açıklamaktadır.



5. TARTIŞMA

Çalışmamızda ruhsal hastalığı olan bireylerin çare arama davranışı olarak başvurduğu din görevlilerinin ruh sağlığı okuryazarlığı ve ruhsal hastalıklara yönelik damgalama düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde daha çok çalışmamıza benzer farklı gruplarla yapılmış çalışmalara rastlandı. Dolayısıyla bu bölümde din görevlilerinin RSOY puanları ile ruhsal hastalıklara yönelik damgalama düzeylerine ilişkin bulgularımız, çoğunlukla farklı grupların çalışma bulguları ile 4 başlık altında tartışılacaktır.

5.1. Din Görevlilerinin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Puanları ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada din görevlilerinin RSOY toplam puanları ile RSOY alt boyut ortalama puanları incelendiğinde RSOY toplam puan ortalaması $14,91\pm 3,61$, ‘bilgi odaklı RSOY’ toplam puan ortalaması $6,80\pm 2,61$, ‘inanç odaklı RSOY’ alt boyut toplam puan ortalaması $5,44\pm 1,73$, ve ‘kaynak odaklı RSOY’ alt boyut puan ortalaması $2,67\pm 1,32$ olarak belirlenerek RSOY ölçeği ve alt boyutları puanlarının ortalama puanın üzerinde olduğu değerlendirildi. RSOY ölçeğinden alınabilecek en yüksek puanın 22 olduğu düşünüldüğünde din görevlilerinin RSOY düzeyinin orta düzey olduğunu söyleyebiliriz. Çalışmamızda din görevlilerinin %38,1’nin hastalardan yardım başvurusu aldığı göz önünde bulundurulduğunda RSOY düzeylerinin istendik seviyede olmadığı düşünülmektedir. Din görevlilerinin RSOY puanlarının Türkiye’de diğer gruplarla yapılan çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Çevre (2021), Bursa ili genelinde yetişkin bireylerle yaptığı çalışma sonucunda katılımcıların RSOY ölçeğinin tüm maddeleri için ortalama puanını $14,73\pm 3,41$ olarak belirlemiş ve bunu alınabilecek en yüksek puan (22) ile karşılaştırdığında orta düzey olarak değerlendirmiştir. Ulusal literatürde çeşitli gruplarla yapılan diğer çalışma bulguları da çalışmamızla benzer olarak RSOY düzeylerinin orta düzey ya da orta düzeyin üzerinde olduğunu göstermektedir (Çevre, 2021; Öztaş ve Aydoğan, 2021; Gümüş, 2022; Baş, 2022; Karaman ve ark., 2022; Polat, 2023). Karaman ve ark. (2022)’nin 18-65 yaş arası hastalarla yaptıkları araştırma sonucunda katılımcıların RSOY puanı $14,05\pm 3,49$ olarak belirlenmiş ve orta düzey olarak değerlendirilmiştir. Polat (2023), üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışma sonucunda öğrencilerin RSOY puan ortalamasını $16,60\pm 2,80$ olarak belirlemiş ve yüksek olarak değerlendirmiştir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada farklı olarak din görevlilerinin %94,4’ünün sunulan şizofreni olgusunu ruhsal bir hastalık olarak tanımladığı, %88’inin ise şizofreniyi bir

hastalık olarak ifade ettiği belirlenmiş ve din görevlilerinin büyük bir bölümünün şizofreniyi yeterince tanıdığı ve tanımladığı sonucuna ulaşılmıştır (Eker ve ark., 2010).

Uluslararası literatür incelendiğinde ise din görevlileri ve diğer gruplarla yapılan çalışmalarda ruh sağlığı bilgisinin ve RSOY düzeylerinin sınırlı düzeyde olduğu görülmektedir (Jang ve ark., 2016; Tonsing, 2018; Tay ve ark., 2018; Hurley ve ark., 2020; Gouniai ve ark., 2022; Karadzov ve White, 2020). Tay ve ark. (2018) toplumun RSOY düzeylerini tanımladıkları çalışmada, toplumun RSOY düzeyinin düşük olduğunu tanımlamışlardır (Tay ve ark., 2018). Karadzov ve White (2020)'ın yaptıkları nitel bir çalışmanın bulguları din görevlilerinin katılımcıların çoğunluğunun stres ve hafif depresyonu tanımladıklarını ancak yalnızca %40'ının depresyonu tam olarak tanımladığını göstermektedir. Yapılan bir diğer araştırmada din görevlileri, özellikle tabu düşüncelerini anlatan öykülerde OKB'yi (%64,5) tipik olarak yanlış tanımladılar. Hikayelerde anlatılan vakaların profesyonel tıbbi veya ruhsal sağlık hizmetlerinden ziyade pastoral/İncil danışmanlığı almasını ve profesyonel yardım için bir din adamına sevk edilmesini daha sık tavsiye ettiler (Gouniai ve ark., 2022).

Uluslararası literatürde incelenen geniş kapsamlı çalışmaların bulguları RSOY düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir. Çalışmamız dahil ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde geniş kapsamlı çalışmaların olmadığı, çalışma gruplarının sınırlı olduğu ve dolayısıyla geniş bir popülasyonu içeren çalışmalar olmadığı görülmüştür. Bu anlamda ülkemizdeki çalışmaların artırılması ve tüm toplumu hedefleyen büyük gruplar ile çalışılması gerekmektedir. RSOY düzeylerine ilişkin farklı sonuçların olması çalışılan gruplar ile ölçüm araçlarının farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmaların yoğunlaştırılması ve RSOY düzeyinin artırılması önemlidir. Çünkü RSOY düzeyinin düşük olması hem toplumun ruhsal hastalıklar hakkındaki bilgi ve inancını olumsuz etkileyebilir hem de hastaların yardım arayışlarını ve tedavi süreçlerini etkileyebilir. Dolayısıyla toplumun ve hastaların eğitilmesinde öncü olan psikiyatri hemşireleri eğitim faaliyetlerine aktif olarak katılmalı ve özellikle ruhsal hastaların çare bulmak amacıyla başvurduğu din görevlileri ve diğer toplum liderleriyle iş birliği yapılmalıdır. Ayrıca psikiyatri hemşireleri akademik olarak da çalışmalarını RSOY üzerinde yoğunlaştırmalıdır.

Bu çalışmada damgalama ölçeğinden alınan ortalama puan $58,22 \pm 11,87$ olarak belirlendi. Çalışmamızda din görevlilerinin ortalama puanına bakıldığında damgalama düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca çalışmamızda din görevlilerinin psikolojik sağlık, etiketleme ve ön yargı alt boyutları ortalama puanları, ortalamanın üzerinde, ayrımcılık

ve dışlama alt boyutu ortalama puanları ise ortalamanın altında belirlendi. Dolayısıyla din görevlilerinin ruhsal sorunları olan bireylere karşı damgalayıcı tutumlara sahip olduğunu, ön yargılı tutum sergilediklerini, etiketleme düzeylerinin yüksek olduğunu vurgulayabiliriz. Hem ulusal hem de uluslararası literatür incelendiğinde toplumun farklı kesimlerinde yapılan çalışmalar da genel olarak ruhsal hastalığı olan bireylere karşı algıların olumsuz olduğunu ve damgalamanın yüksek olduğunu göstermektedir (Eker ve ark., 2010; Oban ve Küçük, 2011; Schomerus ve ark., 2012; Poreddi ve ark., 2019). Eker ve ark. (2010), Din görevlilerinin şizofreniye ilişkin bilgi ve tutumlarını inceledikleri araştırmalarında din görevlilerinin %41,9'u şizofreni olan bir komşudan rahatsızlık duyacağını, %64,8'i bir şizofreni hastası ile evlenmeyeceğini, %33,3'ü şizofreni hastalarının serbestçe dolaşmamaları gerektiğini, %34,8'i şizofreni olan biriyle birlikte çalışmak istemediğini, %37,1'i şizofreni hastalarının saldırgan olacağını ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada, din görevlilerinin sosyal hayatlarında şizofreni hastaları hakkında daha iyi düşündükleri ancak özel hayatlarında bu hastalardan rahatsızlık duydukları belirlenmiştir. Ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım verenleri ile yapılan bir çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğu ruhsal hastalığı olan bireylerin arkadaşlık kuramayacaklarını (%45,9), tehlikeli olduklarını (%54) ve çalışamayacaklarını (%59,1) belirtmişlerdir. Katılımcıların yarısından biraz fazlası (%55,9) ruhsal hastalığı olup olmadığının bilinmesini istemediklerini ve yaklaşık yarısı da aile bireylerinden birinde ruhsal hastalık olması durumunda utanacaklarını ifade etmişlerdir (Poreddi ve ark., 2019). Oban ve Küçük (2011) liseli ergenlerle yaptıkları çalışmada, öğrencilerin %61,7'sinin şizofreninin tehlikeli olduğunu düşündüğünü, %56,7'sinin ruhsal hastalığı olan bireylerle beraber yaşamının beraber yaşayan kişilerde ruhsal hastalık oluşmasına neden olacağını düşündüğünü belirtmişlerdir. Öğrencilerin ruhsal hastalığı olan birey/bireylere karşı yaşadığı duygular incelendiğinde en sık acıma duygusu (%53,3) hissettikleri saptanmıştır.

Hem çalışmamızın sonuçları hem de literatürdeki sonuçlara bakıldığında çalışma grupları değişse de toplumun genel olarak damgalayıcı tutumlara sahip olduğu görülmektedir. Bunun da temelinde olumsuz inançlar yattığı düşünülmektedir. Toplumun giderek ruhsal hastalığı olan bireylerle daha çok tanışması ve ruhsal hastalıklar hakkında daha çok bilgiye erişimi olmasına rağmen damgalama düzeylerinde farklılık olmadığı hatta yapılan bir çalışmada daha da kötüleştiği bildirilmektedir (Schomerus ve ark., 2012). Bu bağlamda psikiyatri hemşireleri ruhsal hastalıklara yönelik damgalama ile mücadelede etkin rol oynayarak özellikle toplumda lider olarak konumlandırılan başta din görevlileri olmak üzere diğer meslek üyelerine ve tüm topluma yönelik etkinliklerini iş birliği yaparak planlamalı ve

uygulamalıdır. Psikiyatri hemşireliğine hemşirelik yönetmeliğinde de damgalama ile mücadele etme rolü verilmiştir (Resmî Gazete, 2011). Psikiyatri hemşiresi kendisine verilen bu role sahip çıkarak her alanda damgalama ile mücadele etmeli ve hastalar lehine söz hakkı almalıdır. Özellikle ruhsal hastalığı olan bireylerin haklarını gözetmeli ve bu bireylerin de toplumda rahat bir yaşam sürmeleri ve toplumun bütün kesimleri ile etkileşime geçmeleri konusunda emek vermelidir. Bu sayede toplumun hasta ve hastalık ile tanışarak onları daha rahat kabul edeceği gibi hastaların da aidiyet duygularının ve içselleştirilmiş damgalanmalarının azaltılması sağlanabilir.

5.2. Din Görevlilerinin Sosyodemografik Değişkenlerine Göre Ruh Sağlığı Okuryazarlık Puanlarının Tartışılması

Bu başlık altında çalışmamızda RSOY puanları ile ilişkili bulunan sosyodemografik değişkenler literatür ışığında tartışılacaktır.

Cinsiyet değişkenine ilişkin yapılan değerlendirmede kadınların bilgi odaklı RSOY puanı, inanç odaklı RSOY puanı ve RSOY toplam puanı istatistiksel olarak erkeklerden daha yüksek bulundu. Literatür incelendiğinde cinsiyet değişkenine ilişkin farklı sonuçlara rastlanmaktadır. Tay ve ark. (2018), ruh sağlığı okuryazarlık seviyelerini tanımladıkları derleme ile kadınların ruhsal hastalıkları tanımada erkeklerden daha iyi olduğunu ve kadınların erkeklerden daha fazla profesyonel yardım önerme eğiliminde olduğunu göstermiştir. Yapılan birçok çalışma da çalışmamızla benzer sonuçlar tespit ederek kadınların RSOY puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğu tespit edilmiş ve erkek cinsiyet düşük RSOY ile ilişkilendirilmiştir (Reavley ve ark., 2014; Hadjimina ve Furnham, 2017; Özkan, 2022). Buna karşın çalışmamızdan farklı sonuçlar ortaya çıkaran çalışmalara da rastlanmaktadır. Göktaş ve ark. (2019), Öztaş ve Aydoğan (2021) ve Karaman ve ark. (2022)'nin çalışmalarında cinsiyete göre RSOY puanlarının farklılaşmadığı tespit edilmiştir. Literatürdeki cinsiyet açısından ortaya çıkan bu farklı sonuçların, çalışma grupları, meslek ve yaş farklılıkları ile ilişkili olduğu düşünülebilir.

Eğitim düzeyi değişkenine ilişkin yapılan değerlendirmede yüksek lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip katılımcıların bilgi odaklı RSOY puanı, inanç odaklı RSOY puanı ve RSOY toplam puanı diğer eğitim düzeyine sahip katılımcılardan daha yüksek belirlendi. Literatür incelendiğinde çalışmamızın bu bulgusu araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Seki Öz (2021), 18-65 yaş arası 388 bireyle yaptığı araştırma sonucunda katılımcıların RSOY düzeylerinin yüksek olduğu ve eğitim düzeyinin RSOY toplam puanı üzerinde önemli farklılık

yarattığı sonucuna ulaşılmıştır (Seki Öz, 2021). Zerin (2022), hemşirelerle yaptığı çalışma sonucunda eğitim durumunun RSOY ve tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğunu ve lisansüstü mezun hemşirelerin lisans ve ön lisans mezunu hemşirelere göre RSOY ve alt boyutlarından daha yüksek puanlar aldığını tespit etmiştir. Reavley ve ark. (2014)'nın yaptığı çalışma bulguları da lisans düzeyi ve üzeri niteliklere sahip olmak, depresyon, kronik şizofreni ve TSSB (Travma Sonrası Stres Bozukluğu) RSOY ölçeklerinde önemli ölçüde daha yüksek puanlarla ilişkili olduğunu göstermektedir. Eğitim düzeyi arttıkça eğitim faaliyetlerinden daha fazla faydalandığı ve bireylerin farkındalık düzeylerinin de aynı şekilde arttığını dolayısıyla ruh sağlığı ile ilgili farkındalık düzeylerinin de arttığını söyleyebiliriz. Üniversite müfredatlarında psikoloji ile ilgili derslerin yer alması da bu durumu etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda Kur'an kursu öğretmenlerinin, bilgi odaklı RSOY puanı, inanç odaklı RSOY puanı ve RSOY toplam puanı imam-hatip ve müezzinlerden istatistiksel olarak daha yüksek belirlendi. Kadınların RSOY puanları erkek katılımcılara kıyasla daha yüksek olduğu düşünüldüğünde çalışmamızın bu bulgusu da Kur'an kursu öğretmenlerinin büyük çoğunluğunun kadın olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ruhsal hastalığı olan bir bireyle tanışanların bilgi odaklı RSOY puanı, kaynak odaklı RSOY puanı ve RSOY toplam puanı ruhsal hastalığı olan birey ile tanışmayanlardan istatistiksel olarak daha yüksek belirlendi. Ayrıca ruhsal problemler yaşayan bir bireyden yardım başvurusu alanların da RSOY toplam puanı ve kaynak odaklı RSOY puanı yardım başvurusu almayanlardan daha yüksek belirlendi. Ancak ailede ya da yakın bir akrabasında ruhsal hastalığın varlığına ilişkin RSOY puanlarının farklılaşmadığı tespit edildi. Farklılaşmanın olmaması ailede ya da yakın akrabasının birinde ruhsal hastalık bulunma oranının (%17) düşük olmasına bağlı olabilir. Literatür incelendiğinde genel olarak tanışıklığın ve hastalarla yakın temas kurmanın RSOY puanlarını artırdığı görülmektedir (Reavley ve ark., 2014; Piper ve ark., 2018; Zerin, Seki Öz, 2021; 2022). Yapılan bir çalışmada ruh sağlığı semptomları olan birine daha yakın olmak, RSOY toplam puanlarının yanı sıra depresyon, TSSB, kronik şizofreni ve sosyal fobi_puanlarıyla ilişkilendirilmek üzere daha iyi RSOY ile ilişkilendirilmektedir (Piper ve ark., 2018). Reavley ve ark. (2014)'nın çalışma bulguları da yakın bir arkadaşı veya aile üyesinde ruhsal hastalığı olan kişiler, tüm RSOY ölçeklerinde önemli ölçüde daha yüksek ortalama puanlara sahip olduğunu göstermektedir. Zerin (2022) ise psikiyatri klinikleri ile genel kliniklerde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı okuryazarlığını

incelediği çalışmasında; psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin RSOY puanları genel kliniklerde çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca bakım verilen psikiyatri hastaları arttıkça ölçek puanının da arttığı tespit edilmiştir. Zerin (2022)'nin çalışma bulguları hastalarla temasın ve etkileşimin arttıkça RSOY düzeyinin de arttığını göstermektedir. Çalışmamızda da din görevlilerinin hastalarla tanışmaları ve yardım başvurusu alarak etkileşime geçmeleri onların ruhsal hastalıklar hakkındaki farkındalıklarını artırmıştır. Bu durum din görevlilerini nasıl tedavi alınacağı ve profesyonel yardıma nasıl başvurulacağı konusunda öğrenmeye sevk etmiş gibi görünmektedir.

Ruh sağlığı ile ilgili eğitim alma durumuna göre RSOY puanlarının farklılaşmadığı tespit edildi. Çalışmamızın bu bulgusu literatür ile uyuşmamaktadır. Literatürde ruh sağlığı ile ilgili eğitim programlarının/faaliyetlerinin RSOY puanlarını artırdığı belirtilmektedir (Salkım Özbıçakcı, 2019; Zerin, 2022; Solak, 2023). Nitekim Jorm (2012), toplumu hastalıklardan korumak ve gelişen ruhsal hastalıklara karşı etkin bir koruma sağlamak için; ruh sağlığı eğitim programları ile toplumun ruh sağlığı okuryazarlığının geliştirilmesi gerektiğini öne sürmüştür (Jorm, 2012). Salkım ve Özbıçakcı (2019), yabancı kaynaklar taranarak eğitim girişimlerinin (sözel anlatım, video, drama ve oyun gibi yöntemler) ruh sağlığı üzerinde olan etkisini inceledikleri kapsam araştırmasında yapılan eğitim girişimlerinin sonucunda RSOY eğitiminin bilgi düzeyini artırdığı, yardım arama davranışlarını geliştirdiği ve damgalamayı azalttığı sonucu ortaya konulmuştur. Solak ve ark., (2023)'nin araştırmasında ise psikolojik danışmanlık ve rehberlik branşındaki öğretmenlerin RSOY düzeylerinin diğer branşlara göre daha iyi olduğu belirlenmiş bu sonuç ise onların ruh sağlığı ile ilgili eğitim almış olmalarına dayandırılmıştır. Zerin (2022), hemşirelerle yaptığı çalışmasında alınan hizmet içi eğitimlerin RSOY puanları ile pozitif ilişkisi olduğunu tespit etmiştir (Zerin, 2022). Çalışmamızın bu bulgusunun literatürle uyuşmaması din görevlilerinin çok azının (%10) ruh sağlığı ile ilgili bir eğitim almasından kaynaklanıyor olabilir.

Yaş arttıkça inanç odaklı RSOY, kaynak odaklı RSOY ve RSOY toplam puanının azaldığı belirlendi. Literatür incelendiğinde genel olarak araştırma bulguları da bulgularımızla paralellik gösterse de (Reavley ve ark., 2014; Hadjimina ve Furnham, 2017; Piper ve ark., 2018; Tonsing, 2018) çalışmamızın aksine bulgular ortaya çıkaran (Stansbury ve ark., 2010; Göktaş ve ark., 2019; Özkan, 2022) çalışmalara da rastlanmaktadır. Tonsing (2018), çalışma bulguları ile genç yaştakilerin yaşlı insanlara kıyasla depresyon gibi ruhsal bozukluklar hakkında daha fazla bilgiye sahip olduğunu ve daha iyi anladığı sonucuna ulaşmıştır. Hadjimina ve Furnham

(2017)'ın çalışma bulguları da genç grupların (18-29 yaş) daha yaşlı gruplardan daha iyi RSOY düzeyine sahip olduğunu göstermektedir. Araştırma sonucumuz literatür ile uyumludur. Ancak bu çalışmaların aksine Özkan (2022) 18 yaş üstü bireylerin RSOY durumuna baktığı çalışma ile yaşı daha büyük olanların hastalıkları daha iyi tanıyabildikleri sonucuna ulaşmıştır. Bu sonucu da yaşı ileri olan kişilerin ruhsal sıkıntılara daha çok maruz kaldığı bu durumun da onların RSOY düzeylerini etkilediğini ifade etmektedir. Stansbury ve ark. (2010)'nın yaptığı çalışmada da ruhsal hastalıkların semptomlarının tanınma yeteneği yaşı büyük olan din görevlileri arasında daha iyi olduğu bu durumun ise din görevlilerinin ruhsal hastalığı olan bireylerle ilgili deneyimlerinden kaynaklandığı belirtilmektedir. Göktaş ve ark. (2019)'nın üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışma bulguları ise RSOY puanlarının yaşa göre değişkenlik göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde, medyanın ruh sağlığı konusunda en yaygın bilgi kaynağı olduğu belirtilmiş ve ruh sağlığı ile ilgili bilginin daha çok internet ortamından elde edildiği belirtilmiştir (Ghuloum ve ark. 2010; Çevre, 2021; Filik, 2022). Bu bağlamda daha genç bireylerin RSOY puanlarının daha yüksek olması sosyal medya ve internetle daha içli dışlı olmalarıyla açıklanmaktadır. Ancak çalışmamızda yaş değişkeni ile bilgi odaklı RSOY arasında bir ilişki bulunmamış olup internete erişimin ve kitle iletişim araçlarını kullanmanın da RSOY puanları üzerinde etkili olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Dolayısıyla hem çalışmamız bulguları hem de literatürdeki farklı sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda yaş değişkeninin tek başına RSOY düzeyi üzerinde belirleyici olmadığını diğer değişkenlerle (hastalık tanısı almak, hasta ile tanışıklık, deneyim vb.) birlikte anlam kazandığını söylemek mümkündür.

Bu çalışmada meslekte çalışma süresi arttıkça bilgi odaklı RSOY, inanç odaklı RSOY ve RSOY toplam puanı düşmektedir. Dolayısıyla çalışmamızda çalışma yılı daha az olan din görevlilerinin daha iyi RSOY düzeyine sahip olduğunu bu bulgumuzun da yaş değişkeni ile paralellik gösterdiğini söyleyebiliriz. Zerin (2022) hemşirelerle yaptığı çalışmada çalışmamızdan farklı sonuçlar ortaya çıkararak hemşirelerin çalışma yılı azaldıkça RSOY puanlarında düşüş olduğunu saptamış ve 11 yıl üstü çalışan hemşirelerin ölçek ve alt boyutlarından yüksek puan aldığını bulmuştur (Zerin, 2022). Dolayısıyla çalışma yılının tek başına RSOY düzeyi üzerinde belirleyici olmadığını deneyim ve hasta ile tanışıklık durumları ile anlam bulabileceğini söyleyebiliriz.

5.3. Din Görevlilerinin Sosyodemografik Değişkenlerine Göre Damgalama Düzeylerinin Tartışılması

Bu bölümde bağımsız değişkenlerin din görevlilerinin damgalama düzeyi üzerindeki etkisi literatür ışığında tartışılacaktır.

Çalışmamızda yaş arttıkça ayrımcılık dışlama alt boyutu puanı, psikolojik sağlık alt boyutu puanı ve damgalama toplam puanı da artmaktadır. Çalışmamız yaş arttıkça din görevlilerinin damgalama düzeylerinin de arttığını göstermektedir. Çalışma bulgularımız literatür ile uyumludur. Singapur'da yapılan bir çalışmada hemşirelik öğrencileri arasında ruhsal hastalıklara yönelik damgalamanın nispeten iyi olduğu bulunmuş ve öğrencilerin Singapur'un genel popülasyonuna kıyasla ruhsal hastalığı olan kişilerle sosyal temas kurmaya daha istekli olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bu çalışmadaki katılımcıların 16-35 yaş aralığı dikkate alındığında, daha genç yaş grubu arasında ruhsal hastalıklar hakkında artan bilgi ve anlayışı yansıtabileceği belirlenmiştir (Samari ve ark., 2018). Benzer şekilde Subramaniam ve ark., (2017) çalışmaları ile genç yaş grubundaki kişilerin ileri yaş gruplarından daha az damgalayıcı olma eğiliminde olduklarını göstermiştir. Diğer bir çalışma sonucu 45 yaşın altındakiler “evim olsa bir şizofrene kiraya vermem” maddesine daha fazla oranda katıldıklarını belirtmişlerdir (Eker ve ark., 2010). Çalışmamızda din görevlilerinin RSOY puanı ile yaş değişkeni arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki belirlendi. Yaş arttıkça RSOY puanları azalmakta bu durumun da damgalama düzeyini arttırdığını söyleyebiliriz.

Meslekte çalışma süresi arttıkça ayrımcılık dışlama alt boyutu puanı etiketleme alt boyutu puanı psikolojik sağlık alt boyutu puanı ve damgalama toplam puanı da artmaktadır. Yaşın arttıkça dolaylı olarak çalışılan sürenin de arttığını düşünürsek çalışmamızın bu bulgusu yaş değişkenine ilişkin bulgusu ile tutarlılık göstermektedir. Din görevlilerinin mesleki deneyimi arttıkça daha damgalayıcı tutumlara sahip olduğu tespit edilmiştir. Eğitim stratejisinin damgalama ile mücadelede en popüler strateji olduğu ve eğitim girişimleri ile damgalama düzeyinin azaldığı bildirilmektedir (Salkım ve Özbıçakcı, 2019; Šumskienė ve Nemanyte, 2020). Çalışmamızın bu bulgusu mesleki tecrübesine rağmen din görevlilerinin sadece %10,1'inin ruh sağlığı ile ilgili eğitim almasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda psikiyatri hemşireleri din görevlilerine yönelik eğitim faaliyetleri planlamalı ve uygulamalıdır.

Cinsiyet değişkenine ilişkin yapılan karşılaştırmada kadınların ayrımcılık dışlama boyutu puanları, etiketleme alt boyutu puanları, psikolojik sağlık alt boyutu puanları ve

damgalama toplam puanları istatistiksel olarak erkeklerden daha düşük belirlendi. Çalışma bulgumuz erkeklerin daha fazla damgalama eğiliminde olduğunu göstermektedir. Literatür incelendiğinde cinsiyete ilişkin çalışma sonuçları farklılaşsa da genellikle kadınların ruhsal hastalıklara karşı daha ılımlı, daha hoşgörülü olduğu bildirilmektedir. Çevre (2021)'nin yetişkin bireyler ile yaptığı çalışma bulguları da çalışmamıza benzer olarak erkeklerin damgalama düzeylerinin kadınlara kıyasla daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Janoušková ve ark. (2017)'nin tıp öğrencileri ve akademisyenler ile yaptıkları çalışmada erkeklerin kadınlara kıyasla daha damgalayıcı tutumlara sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçların aksine çalışmamızdan farklı bulgular tespit eden Çilek (2022)'in hasta yakınları ile yaptığı çalışma, kadınların ruhsal hastalığı olan bireyleri daha tehlikeli gördüğü sonucuna ulaşılmıştır. Eker ve ark. (2010)'nin din görevlileri ile yaptıkları çalışmada kadınlar “şizofreni olanlar tam olarak düzelmez” maddesine daha fazla oranda katıldıklarını belirtmiş, erkekler ise “şizofren biriyle evlenebilirim” maddesine iki kat daha fazla oranda “katılıyorum” yanıtı vermişlerdir. Çalışma sonucunda kadınların erkeklerden daha damgalayıcı tutumlara sahip olduğu ve erkeklerin sosyal mesafe konusunda daha ılımlı tutuma sahip oldukları belirlenmiştir. Avcil (2014) ise hasta yakınları ile yaptığı çalışmada cinsiyetin damgalama üzerinde etkili olmadığını belirlemiştir. Çalışmamızın bu bulgusu literatürde belirtildiği gibi kadınların şefkat ve iyimserlik duyguları ile bakım ve anaç yapılarından kaynaklı daha hoşgörülü olmalarıyla açıklanabilmektedir (Çevre, 2021; Filik, 2022). Ayrıca literatürde ruh sağlığı okuryazarlığının damgalanmayı azalttığı ve yardım arama niyetlerini desteklediği gösterilmiştir (Swileh, 2021). Dolayısıyla çalışmamızda kadınların RSOY puanlarının yüksek olması damgalama düzeylerini düşürmüş olabilir.

Algılanan ekonomik duruma ilişkin yapılan karşılaştırmada gelir düzeyini yüksek olarak algılayanların, önyargı alt boyutu puanı, etiketleme alt boyutu puanı ve damgalama toplam puanı istatistiksel olarak daha düşük belirlendi. Çalışmamızın bu bulgusu algılanan ekonomik durumun damgalama üzerinde belirleyici olduğunu göstermektedir. Literatürde incelendiğinde düşük sosyoekonomik düzeyinin ruhsal hastalıkların tanınmasını zorlaştırdığı ve hastalara yönelik damgalamayı ve sosyal mesafeyi olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Avcil, 2014).

Eğitim düzeyine göre yapılan karşılaştırmada, yüksek lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların psikolojik sağlık puanı, ayrımcılık dışlama puanı diğer eğitim düzeyine sahip kişilerden istatistiksel olarak düşük belirlendi. Çalışmamızda eğitim düzeyinin artmasıyla

ruhsal hastalıklara yönelik algıların daha olumlu olduğunu söylemek mümkündür. Tıp öğrencileri ile yapılan bir çalışma da çalışmamızla benzer sonuçlar ortaya çıkararak tıp öğrencilerinin 4. Sınıftan sonra yani psikiyatri dersini almaya başladıktan sonra hoşgörü tutumlarının arttığı belirlenmiştir (Janoušková ve ark., 2017). Bu durum eğitim düzeyinin damgalama üzerindeki etkisinin ruh sağlığı ile ilgili eğitimlerden faydalanma durumuyla ve bireyin farkındalığının artmasıyla ilişkili olduğu söylenebilir. Literatür incelendiğinde farklı sonuçlara da rastlanmaktadır (Eker ve ark., 2010; Öztaş ve Aydoğan, 2021; Çevre, 2021). Öztaş ve Aydoğan (2021), yaptıkları çalışmada düşük RSOY puanlarını düşük eğitim düzeyi ile ilişkilendirmişlerdir. Yapılan bir diğer çalışmada üniversite mezunu din görevlileri “Şizofreni hastaları toplumda serbestçe dolaşmamalıdır” maddesine daha fazla katılarak olumsuz tutumlarını ortaya koymuşlardır (Eker ve ark., 2010). Bu çalışma bulgusu eğitimin, bilginin her zaman olumlu tutum kazandırmadığı kimi zaman daha olumsuz bir tutum kazandırdığını düşündürmektedir. Bu durumun deneyimlerle ilişkisi olabilir. Çevre (2021) ise yaptığı çalışmada üniversite öncesi ve üniversite sonrası eğitim düzeyine göre bireylerin damgalama durumlarının farklılık göstermediğini ortaya koymuştur.

Kur'an kursu öğretmenlerinin psikolojik sağlık alt boyutu puanı, etiketleme alt boyutu puanı, ayrımcılık dışlama alt boyutu puanı ve damgalama toplam puanı, istatistiksel olarak imam-hatip ve müezzinlerden daha düşük belirlendi. Kur'an kurslarında öğretmenlerin, çocuklarla içli dışlı olması ebeveynlik duygularını harekete geçirmiş bu durumda onların daha hoşgörülü olmasını sağlamış olabilir. Aynı zamanda Kur'an kursu öğretmenlerinin çoğunluğunun kadın olması bu grubun cinsiyet değişkenine benzer ilişki ortaya çıkarmış olabilir.

Bu çalışmada internete erişimi olmayan din görevlilerinin damgalama puanı internete erişimi olanlardan daha yüksek belirlendi. Günümüzde medyanın artık çoğunlukla internet ortamında takip edildiği ve yayın organlarının ruhsal hastalık için temel kaynak oluşturduğu (Asan, 2019) düşünüldüğünde internet ve medyayı kullanan din görevlilerinin ruh sağlığına yönelik daha olumlu bakış açısı kazandığı düşünülmektedir.

5.4. Din Görevlilerinin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Puanları ile Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Çalışmamızda ruh sağlığı okuryazarlığı ile ruhsal hastalıklara yönelik damgalama düzeyi arasında negatif yönde ve çok zayıf bir ilişki belirlendi. Ayrıca, RSOY değişkeninin damgalama puanlarını %1,5 düzeyinde açıkladığı ve RSOY puanları arttıkça damgalama

puanlarının 0,405 puan azaldığı sonucuna ulaşıldı. Literatürde de ruhsal hastalıklarla ilgili (prognoz, tedavi v.b) bilgi, bu hastalıklara yönelik olumsuz inançların ve damgalamanın asıl sebebi olarak belirtilmektedir (Çam, 2010; Yener Özcan ve Ceylan, 2021). Çalışmamızın bulgusu literatürdeki RSOY ile damgalama arasındaki ilişkiye yönelik sonuçlarla benzerlik (Lanfredi ve ark., 2019; Salkım ve Özbıçakcı, 2019; Sweileh, 2021; Baş, 2022; Gümüş, 2022) gösterse de çalışmamızın aksine sonuçlar ortaya çıkaran (Schomerus ve ark., 2012; Zerin, 2022) çalışmalara da rastlanmaktadır. RSOY üzerine yapılan bibliyometrik bir araştırmanın bulguları, ruh sağlığı okuryazarlığının damgalanmayı azalttığını ve yardım arama niyetlerini desteklediğini göstermiştir (Sweileh, 2021). Diğer bir çalışmada da RSOY ile ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlar arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş ve ruh sağlığı okuryazarlığında meydana gelen 1 birimlik artışın ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançları 0,587 birim azalttığı saptanmıştır (Gümüş, 2022). Salkım ve Özbıçakcı (2019)'nın yaptığı çalışmada ruh sağlığı ile ilgili eğitim girişimlerinin damgalamayı azalttığı belirlenmiştir. Lanfredi ve ark. (2019)'nın liseli ergenlerle yaptığı araştırma sonucu da ruh sağlığı ile ilgili bilgi artışının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları olumlu etkilediği belirlenmiştir. Bu sonuçların aksine literatürde RSOY ile damgalama arasında her zaman bir ilişki olmadığını ya da pozitif yönlü bir ilişki olabileceğini gösteren sonuçlar da bulunmaktadır (Schomerus ve ark., 2012; Zerin, 2022). Zerin (2022)'nin hemşirelerle yaptığı çalışmada RSOY puanının arttıkça damgalama puanlarının düşük olması beklenilmesine rağmen RSOY puanı arttıkça damgalama puanının da arttığı belirlenmiştir. Yapılan bir meta analiz çalışması sonucunda ise ruhsal hastalıkların biyolojik bağıntıları hakkında halkın okuryazarlığının artması, ruhsal hastalığı olan kişilerin damgalanmasına ve ayrımcılığa uğramasına karşı bir çare gibi görünmediği sonucuna ulaşılmıştır. Aynı çalışmanın sonuçları halkın RSOY düzeylerinin açıkça artmasına rağmen ruhsal hastalıklara yönelik damgalamalarının değişmediğini hatta şizofreniye karşı damgalamanın daha da kötüleştiğini göstermiştir (Schomerus ve ark., 2012). Dolayısıyla literatürdeki farklı sonuçlar ışığında hem RSOY'nın geliştirilmesi hem de damgalama ile mücadelenin çok yönlü olarak sürdürülmesi gerektiğini söylemek mümkündür.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Din görevlilerinin ruh sağlığı okuryazarlığı ile ruhsal hastalıklara yönelik damgalama düzeylerinin belirlenerek aralarındaki ilişkinin incelenmesi ve RSOY puanları ile damgalama düzeylerine etki eden değişkenlerin tespit edilmesi amacıyla yürütülen bu çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı.

- RSOY toplam puanı ile bilgi odaklı RSOY, inanç odaklı RSOY ve kaynak odaklı RSOY puan ortalamaları ortalama puanın üzerinde bulunmuş ($14,91 \pm 3,61$) ve din görevlilerinin RSOY düzeyi orta düzey olarak değerlendirildi.
- Kadınların RSOY toplam puanı, erkeklerden istatistiksel olarak daha yüksek belirlendi. Ayrıca kadınların bilgi odaklı RSOY puanı ve inanç odaklı RSOY puanı da erkeklerden istatistiksel olarak daha yüksek belirlendi. Kaynak odaklı RSOY alt boyutu ölçütünde ise cinsiyete ilişkin bir farklılaşma tespit edilmedi.
- Yüksek lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların RSOY puanı, ön lisans ve lise eğitim düzeyine sahip katılımcılardan istatistiksel olarak daha yüksek belirlendi. Ayrıca yüksek lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanların bilgi odaklı RSOY puanı ile inanç odaklı RSOY puanları da istatistiksel olarak daha yüksek belirlendi.
- Kur'an kursu öğreticilerinin RSOY puanı, imam-hatip ve müezzinlerden istatistiksel olarak daha yüksek belirlendi. Kur'an kursu öğreticilerinin inanç odaklı RSOY puanı ile bilgi odaklı RSOY puanı da istatistiksel olarak daha yüksek belirlendi.
- Ruhsal hastalığı olan bir bireyle tanışan din görevlilerinin RSOY puanı, ruhsal hastalığı olan bir bireyle tanışmayan din görevlilerinin RSOY puanından istatistiksel olarak daha yüksek belirlendi. Ruhsal hastalığı olan bir bireyle tanışanların bilgi odaklı RSOY puanı ile kaynak odaklı RSOY puanı da istatistiksel olarak yüksek belirlendi.
- Ruhsal problemler yaşayan bir bireyden yardım başvurusu alan din görevlilerinin RSOY puanı ile kaynak odaklı RSOY puanı yardım başvurusu almayan din görevlilerinden daha yüksek belirlendi.
- RSOY toplam puanı ile yaş değişkeni arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ve çok zayıf bir ilişki belirlendi. Ayrıca inanç odaklı RSOY ve kaynak

odaklı RSOY alt boyutları ile yaş değişkeni arasında da negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ve çok zayıf bir ilişki belirlendi.

- Meslekte çalışma süresi ile RSOY toplam puanı arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ve zayıf bir ilişki belirlendi. Ayrıca meslekte çalışma süresi ile bilgi odaklı RSOY ve inanç odaklı RSOY arasında da negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ve çok zayıf bir ilişki belirlendi.
- Ailede ya da yakın bir akrabasında ruhsal hastalığın varlığı, ruh sağlığı ile ilgili eğitim alma durumunun, kitle iletişim araçlarını kullanım süresinin, medeni durumun, gelir durumunun, psikiyatrik tedavi almanın ve internete erişim durumu değişkenleri ile RSOY ölçeği toplam puanı arasında herhangi bir ilişki belirlenmedi.
- Damgalama ölçeğinden alınan ortalama puan $58,22 \pm 11,87$ olarak belirlenmiş ve din görevlilerinin ortalama puanına bakıldığında damgalama düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmamızda din görevlilerinin psikolojik sağlık, etiketleme ve ön yargı alt boyutları ortalama puanları ortalamanın üzerinde ayrımcılık ve dışlama alt boyutu ortalama puanları ise ortalamanın altında belirlendi.
- Damgalama toplam puanı ile yaş ve meslekte çalışma süresi değişkenleri arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ve çok zayıf bir ilişki belirlendi.
- Yüksek lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip olan din görevlilerinin damgalama puanı lise ve ön lisans-lisans eğitim düzeyine sahip olan din görevlilerinin puanından istatistiksel olarak daha düşük belirlendi. Ayrıca yüksek lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip olan din görevlilerinin psikolojik sağlık ve ayrımcılık dışlama alt boyutu puanları da istatistiksel olarak daha düşük belirlendi.
- Kadınların damgalama puanı, istatistiksel olarak erkeklerden daha düşük bulunmuştur. Ayrıca çalışma bulgularımız kadınların ayrımcılık dışlama, etiketleme ve psikolojik sağlık alt boyutları puanları da erkeklere kıyasla istatistiksel olarak düşük belirlendi.
- Yüksek gelire sahip olan din görevlilerinin damgalama puanı, orta ve düşük gelirli din görevlilerinin damgalama puanından düşük belirlendi. Ayrıca yüksek

gelire sahip olan din görevlilerinin önyargı ve etiketleme alt boyutu puanları da istatistiksel olarak daha düşük belirlendi.

- Kur'an kursu öğreticilerinin damgalama puanı, imam-hatip ve müezzinlerden istatistiksel olarak daha düşük belirlendi. Kur'an kursu öğreticilerinin psikolojik sağlık, etiketleme ve ayrımcılık dışlama alt boyutu puanları da imam-hatip ve müezzinlerden istatistiksel olarak daha düşük belirlendi.
- Medeni durum, psikiyatrik tedavi alma, ailede ya da yakın akrabada ruhsal hastalık varlığı, hastayla tanışma durumu, ruhsal hastalığı olan bir bireyden yardım başvurusu alma, ruh sağlığı ile ilgili eğitim alma ve kitle iletişim araçlarını kullanım süresi değişkenlerinin damgalama toplam puanı ve alt boyutları üzerinde farklılaşma yaratmadığı tespit edildi.
- İnternete erişimi olmayan din görevlilerinin damgalama puanı, internete erişimi olanlardan daha yüksek belirlendi.
- Ruh sağlığı okuryazarlığı ile ruhsal hastalıklara yönelik damgalama düzeyi arasında negatif yönde ve çok zayıf bir ilişki belirlendi. Ayrıca, RSOY değişkeninin damgalama puanlarını %1,5 düzeyinde açıkladığı ve RSOY puanları arttıkça damgalama puanlarının 0,405 puan azaldığı sonucuna ulaşıldı.

6.2. Öneriler

Sahaya Yönelik Öneriler:

- Ruhsal hastalığı olan bireylerin gereksinimlerini belirlemede ve onları profesyonel yardım almaya yönlendirmede önemli bir pozisyonda olan din görevlilerinde RSOY'na yönelik farkındalık oluşturulması,
- Özellikle "Ruh Sağlığı Farkındalık Ayı" kapsamında toplum liderlerine eğitimler, etkinlikler ve seminerler düzenlenmesi ve hemşirelik öğrencilerinin de bu yönde teşvik edilmesi,
- Tele hemşirelik uygulamalarının yaygınlaştırılarak tele bakım kapsamında ruh sağlığının güçlendirilmesine yönelik faaliyetlerin yapılması,
- Din görevlilerinin RSOY düzeyini artırmak amacıyla hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi ve bu programların etkisinin incelenmesi,
- İmam hatip liselerinin ve üniversitelerin ilahiyat bölümlerinin eğitim müfredatına RSOY ve ruhsal hastalıklara yönelik damgalama ile ilgili bir dersin eklenmesi,

- Toplum ruh sağlığı hemşirelerine din görevlilerini ruhsal hastalıklar hakkında bilgilendirerek hastalıkların tanınması uygun yaklaşımlarla hasta ve ailelerine destek verilmesi,
- Toplum ruh sağlığı hemşireliği faaliyetleri kapsamında din görevlilerinin toplum ruh sağlığı merkezlerinde hastalarla tanışıp etkileşime girmelerinin sağlanması,
- Din görevlilerinin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz algı ve davranışlarının azaltılması için temas ve eğitime dayalı damgalamayla mücadele programlarının uygulanması ve bu programların etkinliğinin değerlendirilmesi önerilebilir.

Araştırmacılara Yönelik neriler:

- Din görevlileri başta olmak üzere toplum liderleri ile ruh sağlığı okuryazarlığı ve damgalama üzerine müdahale odaklı çalışmaların yoğunlaştırılması,
- Din görevlileri ve diğer toplum liderleri gibi özel gruplara özgü RSOY leklerinin geliştirilmesi,
- Özellikle ruhsal hastalıklara yönelik damgalama düzeyini ölçen ölçek geliştirilmesi önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

- Açıkgöz, F., & Akkuş, D. (2018). Ruhsal hastalıklarda damgalama ile mücadele: Anahtar rol üstlenen meslekler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(3), 142-146.
- Agyei, J. (2022). *Mental health literacy of african american clergy: A critical literature review* (Order No. 28869955). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (2618253311). Retrieved from <https://www.proquest.com/dissertations-theses/mental-health-literacy-african-american-clergy/docview/2618253311/se-2>.
- Akdoğan E. (2018). *Ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeğinin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması* (Yayın No: 533777) [Yüksek lisans tezi, Karabük Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/>.
- Akyol Güner, T., Kuzu, A., Bayraktaroğlu, T. (2020). Diyabetli bireylerde sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişki. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 4(3), 214-223. <https://doi.org/10.25048/tudod.775075>.
- Andrade, C., Tavares, M., Soares, H., Coelho, F., & Tomás, C. (2022). Positive mental health and mental health literacy of informal caregivers: a scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), 15276. <https://doi.org/10.3390/ijerph192215276>.
- Arıkan, A. (2020). *Sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisi: Üniversite öğrencileri arasında bir araştırma* (Yayın No: 612799) [Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/>.
- Arslan, Ş. (2020). *İstanbul Fatih ilçesindeki lise öğrencilerinin ve öğretmenlerinin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin araştırılması* (Yayın No. 650958) [Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/>.
- Asan, Ö. (2019). Ruhsal hastalıklar ve damgalama; Toplumda, medyada, sağlık çalışanlarında, her yerde. *Sakarya Tıp Dergisi*, 9(2), 199-205. <https://doi.org/10.31832/smj.470300>.
- Aslan Demirtaş, F. A., & Şahin, N. (2022). HIV ve damgalanma: Bir sistematik derleme. *Sağlık ve Toplum*, 32 (2), 13-25.
- Avcil, C. (2014). *Psikiyatrik hasta yakınlarında damgalama ve ilişkili faktörler* (Yayın No: 427565) [Yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/>.
- Avcil, C., Bulut, H., & Sayar, G. H. (2016). Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (2), 175-202. <https://doi.org/10.32739/uskudarsbd.2.2.4>.
- Bademli, K., Lök, N. (2017). Kronik ruhsal hastalıklarda yardım arama davranışları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(2), 136-146. <https://doi.org/10.18863/pgy.281340>.
- Bahar, A., Savaş, HA., Bahar, G. (2010). Psikiyatri hastalarında tıp dışı yardım arama davranışının değerlendirilmesi. *New/Yeni Symposium Journal*, 48(3), 216-222.
- Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., Scott, T., Parker, R. M., Green, D., ... & Peel, J. (2002). Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *American Journal of Public Health*, 92(8), 1278-1283. <https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.92.8.1278>.
- Baş, M. (2022). *Ruhsal bozukluğu olan bireylerin yakınlarının ruh sağlığı okuryazarlığı ile ruhsal hastalıklara yönelik inançları ve ruhsal damgalanmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yayın No: 733659) [Yüksek lisans tezi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/>.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., Viera, A., et al. (2011). Health literacy interventions and outcomes: An updated systematic review. *Evidence Report/Technology Assessment*, (199), 1-941. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc4781058/>.
- Blasi, AJ., Husaini, BA., Drumwright, DA. (1998). Source: Review of religious research, *Religious Research Association, Inc.*,40(2), 168-177. <https://doi.org/10.2307/3512300>.
- Bozan, M. (2019). *Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alanların içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik durumlarının incelenmesi: Eskişehir örneği* (Yayın No. 550998) [Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/>.
- Brooks, H., Prawira, B., Windfuhr, K., Irmansyah, I., Lovell, K, et al. (2022). Mental health literacy amongst children with common mental health problems and their parents in Java, Indonesia: A qualitative study. *Global Mental Health*, 9, 72-83. <https://doi.org/10.1017/gmh.2022.5>.

- Cheng, H. L., Wang, C., McDermott, R. C., Kridel, M., & Rislin, J. L. (2018). Self-stigma, mental health literacy, and attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling & Development, 96*(1), 64-74. <https://doi.org/10.1002/jcad.12178>.
- Clausen, W., Watanabe-Galloway, S., Bill Baerentzen, M., & Britigan, D. H. (2016). Health literacy among people with serious mental illness. *Community Mental Health Journal, 52*, 399-405. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9951-8>.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., et al. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med., 45*(1), 11-27. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>.
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsçh, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services, 63*(10), 963-973. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>.
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., et al. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin, 27*(2), 187-195. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006865>.
- Çalışkan, N. (2019). *Ruh sağlığı sorunu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalama, sosyal destek ve bunların tedaviye uyuma etkisi* (Yayın No: 559945) [Yüksek lisans tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/>.
- Çam, M. O., Bilge, A., Engin, E., Akmeşe, Z. B., Turgut, E. Ö., & Çakır, N. (2014). Muhtarlara verilen ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele eğitiminin etkililiğinin araştırılması. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği, 5*(3), 129-136.
- Bilge, A., & Çam, O. (2010). Ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele. *TAF Preventive Medicine Bulletin, 9*(1).
- Engin, E., Beycan, G., Ergün, G., Çuhadar, D., Öztürk, E., Dülgerler, Ş., Çam, O. (2021). *Ruhsal hastalıklar ve hemşirelik yaklaşımları*. Çam, O., & Engin, E. (Ed.), *Ruh sağlığı ve hastalıkları psikiyatri hemşireliği bakım sanatı* (3. Baskı, s.225-540). İstanbul Tıp Kitapevleri.
- Çevre, E. (2022). *Yetişkinlerde ruh sağlığı okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi: Bursa ili örneği* (Yayın No: 697337) [Yüksek lisans tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/>.
- Çilek, N.Z. (2022). *Bipolar bozukluk tanısı almış hastaların yakınlarındaki damgalanma ve hastayı damgalama düzeylerinin ilişkisinin demografik ve klinik özellikler çerçevesinde incelenmesi* (Yayın No: 743796) [Yüksek lisans tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/>.
- Çilek, N.Z., Akkaya, C. (2022). A review on mental illness and stigma. *Current Approaches in Psychiatry, 14*(4):545-554. <https://doi.org/10.18863/pgy.1069845>.
- Degan, T. J., Kelly, P. J., Robinson, L. D., Deane, F. P., & Smith, A. M. (2020). Health literacy of people living with mental illness or substance use disorders: A systematic review. *Early Intervention in Psychiatry, 15*(6), 1454-1469. <https://doi.org/10.1111/eip.13090>.
- Değerli, H., & Tüfekçi, N. (2018). Toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi, 6*(15), 467-488. <https://doi.org/10.33692/avrasyad.510093>.
- Eker, F., Öner, O., & Sahin, S. (2010). Din görevlilerinin şizofreniye ilişkin bilgi ve tutumları (Düzce Örneği). *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 1*(2), 63-70.
- Elyamani, R., & Hammoud, H. (2020). Mental health literacy of healthcare providers in Arab Gulf countries: a systematic review. *Journal of Primary Care & Community Health, 11*, <https://doi.org/10.1177/2150132720972271>.
- Ercan, F., Karakaş, M., Gürhan, N., Demircan, Ü., & Kaya, H. M. (2021). Psikiyatri kliniklerinde hemşire/hekim, hasta ve hasta yakınlarının damgalamaya yönelik inanç ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi, 24*(4), 499-512.
- Filik, A. (2022). *Kadınlarda ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalamanın kuşaklararası aktarımı* (Yayın No: 741643) [Yüksek lisans tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/>.
- Freñian, A. M., Graf, P., Kirchhoff, S., Glinphratum, G., Bollweg, T. M., Sauzet, O., & Bauer, U. (2021). The long-term effectiveness of interventions addressing mental health literacy and stigma of mental illness in children and adolescents: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health, 66*, 1604072. <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.1604072>.

- Ghuloum, S., Bener, A., & Burgut, F. T. (2010). Epidemiological survey of knowledge, attitudes, and health literacy concerning mental illness in a national community sample: a global burden. *Journal of Primary Care & Community Health, 1*(2), 111-118. <https://doi.org/10.1177/2150131910372970>.
- Goffman, E. (1963). *Embarrassment and social organization*. In N. J. Smelser & W. T. Smelser (Eds.), *Personality and social systems* (pp. 541–548). *John Wiley & Sons, Inc.*. <https://doi.org/10.1037/11302-050>
- Gouniai, J. M., Smith, K. D., & Leonte, K. G. (2022). Do clergy recognize and respond appropriately to the many themes in obsessive-compulsive disorder?: Data from a Pacific Island community. *Mental Health, Religion & Culture, 25*(1), 33-46. <https://doi.org/10.1080/13674676.2021.2010037>.
- Göktaş, S., Işıklı, B., & Metintaş, S. (2018). Ruh sağlığı okuryazarlığı. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi, 3*(2), 68-75.
- Göktaş, S., Işıklı, B., Önsüz, M. F., Yenilmez, Ç., & Metintaş, S. (2019). Ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeğinin (RSOY ölçeği) türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. *Konuralp Medical Journal, 11*(3), 424-431. <https://doi.org/10.18521/ktd.453411>.
- Gözlü, K. (2020). Sağlığın sosyal bir belirleyicisi: Sağlık okuryazarlığı. *Med J SDU/SDÜ Tıp Fak Derg., 27*(1), 137-144. <https://doi.org/10.17343/sdutfd.569301>.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry, 10*(1), 1-9. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/10/113>.
- Gurung, D., Poudyal, A., Wang, Y. L., Neupane, M., Bhattarai, K., Wahid, S. S., ... & Kohrt, B. (2022). Stigma against mental health disorders in Nepal conceptualised with a 'what matters most' framework: A scoping review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 31*, e11. <https://doi.org/10.1017/S2045796021000809>.
- Güleç, H., Yavuz, A., Topbaş, M., Ak, İ., & Kaygusuz, E. (2006). Psikiyatri hastalarında tıp dışı çare arama davranışı: Türkiye'de ve Almanya'da yaşayan Türkler arasında karşılaştırmalı bir ön çalışma. *Klinik Psikiyatri, 9*, 36-44.
- Gümüş, C.S. (2022). *Akademisyenlerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi ile ruhsal hastalıklara yönelik inançları arasındaki ilişki* (Yayın No: 756524) [Yüksek lisans tezi, Bandırma On yedi Eylül Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/>.
- Hadjimina, E., & Furnham, A. (2017). Influence of age and gender on mental health literacy of anxiety disorders. *Psychiatry Research, 251*, 8-13. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.089>.
- Hançer, N. G., Özdemir, N., & Şahin, Ş. (2020). Bipolar bozukluğu olan evli kadın hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin evlilik uyumu ve aile içi süreçler ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry, 21*(3), 292-300.
- Hine, R., Maybery, D., & Goodyear, M. (2018). Resourcefulness and resilience: The experience of personal recovery for mothers with a mental illness. *British Journal of Social Work, 48*(5), 1257-1276. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcx099>.
- Hurley, D., Swann, C., Allen, M.S.Ferguson, H.L. & Vella, S.A. (2020). A systematic review of parent and caregiver mental health literacy. *Community Mental Health Journal, 56*, 2-21. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00454-0>.
- Hussein, S. H., Almajran, A., & Albatineh, A. N. (2018). Prevalence of health literacy and its correlates among patients with type II diabetes in Kuwait: A population based study. *Diabetes Research and Clinical Practice, 141*, 118-125. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2018.04.033>.
- Jafari, A., Nejatian, M., Momeniyan, V., Barsalani, F. R., & Tehrani, H. (2021). Mental health literacy and quality of life in Iran: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry, 21*(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03507-5>.
- Jang, Y., Park, N. S., Yoon, H., Ko, J. E., Jung, H., & Chiriboga, D. A. (2017). Mental health literacy in religious leaders: a qualitative study of Korean American Clergy. *Health & Social Care in The Community, 25*(2), 385-393. <https://doi.org/10.1111/hsc.12316>.
- Janoušková, M., Weissová, A., Formánek, T., Pasz, J., & Bankovská Motlová, L. (2017). Mental illness stigma among medical students and teachers. *The International Journal of Social Psychiatry, 63*(8), 744–751. <https://doi.org/10.1177/0020764017735347>.
- Johnson, M., Mills, T. L., DeLeon, J. M., Hartzema, A. G., & Haddad, J. (2009). Lives in isolation: Stories and struggles of low-income African American women with panic disorder. *CNS Neuroscience & Therapeutics, 15*(3), 210-219. <https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2009.00079.x>.

- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177(5), 396-401. doi:10.1192/bjp.177.5.396.
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67, 231–243. doi:10.1037/a0025957.
- Jorm, A.F. (2015). Why we need the concept of “mental health literacy”. *Health Communication*, 30(12), 1166-1168. <https://doi.org/10.1080/10410236.2015.1037423>.
- Jorm, AF., Korten, AE., Jacomb, PA., Christensen, H., Rodgers, B., et al. (1997). "Mental health literacy": A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *MJA*, 166, 182-186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>.
- Kanj, M., & Mitic, W. (2009). Working document for discussion at the 7th global conference on health promotion ‘promoting health and development: Closing the Implementation Gap’, Nairobi, Kenya, 26-30 October 2009. In *World Health Organization. Available at: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf*.
- Karadzov, D., & White, R. (2020). Between the "whispers of the devil" and "the revelation of the word": Christian clergy's mental health literacy and pastoral support for BME congregants. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 22(2), 147- 172. <https://doi.org/10.1080/19349637.2018.1537755>
- Kaya, Z. (2022). *Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı okuryazarlığına ilişkin görüşleri* (Yayın No: 713965) [Yüksek lisans tezi, Akdeniz Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/>.
- Kılıç, C. (2020). Türkiye’de ruhsal hastalıkların yaygınlığı ve ruhsal tedavi ihtiyacı konusunda neredeyiz? *Toplum ve Hekim*, 35(3), 179–187.
- Korkutan, M., Menteş, N., & Korkutan, M. (2023). COVID-19 sürecinde üniversite öğrencilerinin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin incelenmesi üzerine bir araştırma: Bitlis örneği. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 32 (Dicle Üniversitesi'nin 50. Yılına Özel 50 Makale), 300-323.
- Kutcher, S., Wei, Y., Costa, S., Gusmão, R., Skokauskas, N., et. al. (2016). Andre Sourander Enhancing mental health literacy in young people. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 25, 567–569. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0867-9>.
- Lanfredi, M., Macis, A., Ferrari, C., Rillosi, L., Ughi, E. C., Fanetti, A., ... & Rossi, R. (2019). Effects of education and social contact on mental health-related stigma among high-school students. *Psychiatry Research*, 281, 112581. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112581>.
- Leblebici, M. (2022). *Ruhsal hastalığa sahip bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yayın No: 745847) [Yüksek lisans tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/>.
- Link, B. G., & Cullen, F. T. (1986). Contact with the mentally ill and perceptions of how dangerous they are. *Journal of Health and Social Behavior*, 289-302. <https://doi.org/10.2307/2136945>.
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150-2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>.
- Mackey, LM., Doody, C., Werner, EL., Fullen, B. (2016). Self-management skills in chronic disease management: What role does health literacy have? *Medical Decision Making*, 36, 741-759. <https://doi.org/10.1177/0272989X16638330>.
- MacLeod, S., Musich, S., Gulyas, S., Cheng, Y., Tkatch, R., et al. (2017). The impact of inadequate health literacy on patient satisfaction, healthcare utilization, and expenditures among older adults. *Geriatric Nursing*, 38(4), 334-341. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.12.003>.
- Mantell, P. K., Baumeister, A., Christ, H., Ruhrmann, S., & Woopen, C. (2020). Peculiarities of health literacy in people with mental disorders: A cross-sectional study. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(1), 10-22. <https://doi.org/10.1177/0020764019873683>.
- Manwell, L. A., Barbic, S. P., Roberts, K., Durisko, Z., Lee, C., Ware, E., & McKenzie, K. (2015). What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ Open*, 5(6). <https://doi.org/10.1136%2Fbmjopen-2014-007079>.
- Memon, A., Taylor, K., Mohebat, L. M., Sundin, J., Cooper, M., Scanlon, T., & De Visser, R. (2016). Perceived barriers to accessing mental health services among black and minority ethnic (BME) communities: a qualitative study in Southeast England. *BMJ Open*, 6(11). <https://doi.org/10.1136%2Fbmjopen-2016-012337>.

- Mental Health Atlas. (2020). Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Merhej, R. (2019). Stigma on mental illness in the Arab world: beyond the socio-cultural barriers. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 12(4), 285-298. <https://doi.org/10.1108/IJHRH-03-2019-0025>.
- Munawar, K., Abdul Khaiyom, J. H., Bokhary, I. Z., Park, M. S. A., & Choudhry, F. R. (2020). A systematic review of mental health literacy in Pakistan. *Asia-Pacific Psychiatry*, 12(4), e12408. <https://doi.org/10.1111/appy.12408>.
- Nobre, J., Oliveira, A. P., Monteiro, F., Sequeira, C., & Ferré-Grau, C. (2021). Promotion of mental health literacy in adolescents: a scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), 9500. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189500>.
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>.
- Oban, G., L. Küçük. (2011). Ergenlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı etkileyen etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(1), 31-39.
- Ordu, F. (2023). Ruhsal hastalıkların damgalanmasının değerlendirilmesi: Bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 15(1), 38-49. doi: 10.18863/pgy.1079332.
- Önder, D., & Keskin, G. (2023). Ruhsal bozukluğu olan hastalarda damgalanma ve suç. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(1), 217-224. <https://doi.org/10.46237/amusbfd.996965>.
- Önol, S., & Dönmez, A. (2021). Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde Mesleki Rehabilitasyon: Toplum Ruh Sağlığı Hemşiresi Neler Yapabilir? *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 37(1), 87-94.
- Özdamar, K. (2003). *Modern bilimsel araştırma yöntemleri: araştırma planlama, toplum ve örnek seçimi, güç analizi, proje hazırlama, veri toplama, veri analizi, bilimsel rapor yazımı*. Kaan Kitabevi.
- Özel, Y., Duzcu, T. (2018). Ruh sağlığı okuryazarlığı. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 6(77), 380-387.
- Özer, D., Şahin Altun, Ö. (2022). Ruh sağlığı okuryazarlığı: Farkındalık ile toplum ruh sağlığını güçlendirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 14(2), 284-289.
- Özkan, E. (2022). *Yetişkinlerde psikolojik sıkıntı ve ruh sağlığı okuryazarlığı durumlarının belirlenmesi* (Yayın No: 764562) [Yüksek lisans tezi, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/>.
- Öztaş, B., & Aydoğan, A. (2021). Sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 12(3), 198-204. <https://dx.doi.org/10.14744/phd.2021.43265>.
- Parker, RM., Williams, MV., Weiss, BD., Baker, DW., Davis, TC., et al. (1999). Health literacy-report of the council on scientific affairs. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 281(6), 552-557.
- Piper, S. E., Bailey, P. E., Lam, L. T., & Kneebone, I. I. (2018). Predictors of mental health literacy in older people. *Archives of gerontology and geriatrics*, 79, 52-56. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.07.010>.
- Poreddi, V., Bİrudu, R., Thimmaiah, R., & Math, S. B. (2015). Mental health literacy among caregivers of persons with mental illness: A descriptive survey. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 6(03), 355-360. DOI: 10.4103/0976-3147.154571.
- Ran, M. S., Peng, M. M., Yau, Y. Y., Zhang, T. M., Li, X. H., et al. (2022). Knowledge, contact and stigma of mental illness: Comparing three stakeholder groups in Hong Kong. *The International Journal of Social Psychiatry*, 68(2), 365-375. <https://doi.org/10.1177/0020764021997479>.
- Reavley, N. J., Morgan, A. J., & Jorm, A. F. (2014). Development of scales to assess mental health literacy relating to recognition of and interventions for depression, anxiety disorders and schizophrenia/psychosis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(1), 61-69. <https://doi.org/10.1177/0004867413491157>.
- Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2011). Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: findings from an Australian national survey of mental health literacy and stigma. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(11), 947-956. <https://doi.org/10.3109/00048674.2011.621060>.
- Reupert, A., Gladstone, B., Helena Hine, R., Yates, S., McGaw, V., et al. (2021). Stigma in relation to families living with parental mental illness: An integrative review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(1), 6-26. <https://doi.org/10.1111/inm.12820>.
- Rüsch, N., Evans-Lacko, S. E., Henderson, C., Flach, C., & Thornicroft, G. (2011). Knowledge and attitudes as predictors of intentions to seek help for and disclose a mental illness. *Psychiatric Services*, 62(6), 675-678.

- Sağlık Bakanlığı (2018). Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörleri Araştırması (S. Özkan, Ed.; Vol. 1103). Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. www.saglik.gov.tr.
- Resmi Gazete. (2011). Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik (Sayı. 27910). T.C. 19 Nisan 2011. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419>.
- Salkım, Ö. Ö., & Özbiçakcı, Ş. (2021). Ruh sağlığı okuryazarlığı eğitim girişiminin öğrenci ve ebeveynlerin ruh sağlığı okuryazarlığı bilgi düzeylerine etkisi: Kapsam araştırması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 21(3), 70-84.
- Samari, E., Seow, E., Chua, B. Y., Ong, H. L., Abdin, E., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2018). Stigma towards people with mental disorders. Perspectives of Nursing Students. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(6), 802-808. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.06.003>.
- Schnyder N, Panczak R, Groth N, Schultze-Lutter F. (2017). Association between mental health-related stigma and active help-seeking: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 210(4), 261-268. doi:10.1192/bjp.bp.116.189464.
- Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., et al. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(6), 440-452. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x>.
- Seki Öz, H. (2021). Bir il merkezinde yaşayan bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığının incelenmesi. *Humanistic Perspective, Uluslararası Psikolojik Danışma ve Rehberlik Araştırmaları Dergisi*, 3(3), 660-675. <https://doi.org/10.47793/hp.993929>.
- Shalhafan, M., El Hayek, S., & de Filippis, R. (2023). Mental-health-related stigma and discrimination: Prevention, role, and management strategies. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1136995. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1136995>.
- Solak, Y., Kaya, E., Durmuş, H., & Canbolat, H. (2023). Öğrencilerdeki ruh sağlığı bozuklukları fark edilebiliyor mu? öğretmenlerin ruh sağlığı okuryazarlık durumları. *Turkish Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 30(1), 53-60. DOI: 10.4274/tjcamh.galenos.2022.03016.
- Smith, C., & Shochet, I. (2011). The impact of mental health literacy on help-seeking intentions: Results of a pilot study with first year psychology students. *International Journal of Mental Health Promotion*, 13(2), 14-20.
- Sorensen, K., Pelikan, J.M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., et al. (2015). on behalf of the HLS-EU Consortium, Health literacy in Europe: Comparative Results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6),1053-1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>.
- Sorensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. (2012). (HLS EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>.
- Stansbury, K. L., Marshall, G. L., Harley, D. A., & Nelson, N. (2010). Rural African American clergy: An exploration of their attitudes and knowledge of Alzheimer's disease. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(4), 352- 365. <https://doi.org/10.1080/01634371003741508>.
- Subramaniam, M., Abdin, E., Picco, L., Pang, S., Shafie, S., et al. (2017). Stigma towards people with mental disorders and its components—a perspective from multi-ethnic Singapore. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(4), 371-382. doi:10.1017/S2045796016000159.
- Šumskienė, E., & Nemanys, M. (2020). Discursive exploitation or actual impact: Mental health anti-stigma campaigns in the post-communist area. *Archives of Psychiatry & Psychotherapy*, 22(1), 22-33. DOI: 10.12740/APP/116654.
- Sweileh, W. M. (2021). Global research activity on mental health literacy. *Middle East Current Psychiatry*, 28, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s43045-021-00125-5>.
- Taghva, A., Noorbala, A. A., Khademi, M., Shahriari, A., Nasr Esfahani, M., et al. (2022). Clergy's viewpoint change toward mental health and stigma on mental illness: A short course training. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.864806>
- Tanrıöver, M., Yıldırım, H.H., Demiray Ready, N., Çakır, B., Akalın, H.E. (2014). *Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması sonuç raporu* (1. Baskı). Ankara, Sağlık Sen Yayınları.
- Taşkın, E.O. (2007). *İçselleştirilmiş damga ve damgalanma algısı, Stigma, Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama* (1. Baskı, s.31-40). Meta Basım Matbaacılık.

- Tay, J. L., Tay, Y. F., & Klainin-Yobas, P. (2018). Mental health literacy levels. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(5), 757-763. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.04.007>.
- Taylor, R.J., Ellison, C.G., Chatters, L.M., Levin, J.S., Lincoln, K.D. (2000). Mental health service in faith communities: The role of clergy in black churches. *Social Work*, 45(1), 73-87. <https://doi.org/10.1093/sw/45.1.73>.
- Tonsing, K. N. (2018). A review of mental health literacy in Singapore. *Social Work in Health Care*, 57(1), 27-47. <https://doi.org/10.1080/00981389.2017.1383335>.
- Tunç Karaman, S., Altun, Ç., & Basat, O. (2022). Evaluation of Mental Health Literacy Status of Patients Admitted to the Family Medicine Outpatient Clinic. *Namik Kemal Tıp Dergisi*, 10(3). DOI: 10.4274/nkmj.galenos.2022.43265.
- Vermaas, J. D. (2016). *Clergy characteristics as predictors of mental health literacy* (Order No. 10145413). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (1811943412). Retrieved from <https://www.proquest.com/dissertations-theses/clergy-characteristics-as-predictors-mental/docview/1811943412/se-2>.
- Vimalanathan, A., Furnham, A. (2018). Comparing physical and mental health literacy. *Journal of Mental Health*, 1-6, DOI: 10.1080/09638237.2018.1466050.
- Waldmann, T., Staiger, T., Oexle, N., & Rüsçh, N. (2019). Mental health literacy and help-seeking among unemployed people with mental health problems. *Journal of Mental Health*, 29(3), 270-276, DOI: 10.1080/09638237.2019.1581342.
- Weaver, A.J, Koenig, H.G ve Ochberg, F.M (1996). Travma sonrası stres, akıl sağlığı uzmanları ve din adamları: İş birliği, eğitim ve araştırma ihtiyacı. *Journal of Traumatic Stress*, 9(4), 847-856. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090412>.
- Wei, Y., Mcgrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1-20. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0681-9>.
- World Health Organization (WHO). (2013). Health Literacy The Solid Facts. World Health Organization, Regional Office for Europe. Copenhagen: WHO Publications.
- World Health Organization. (2013). Mental Health Action Plan 2013–2020; World Health Organization: Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2023, Mayıs 18). https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_2, .
- World Health Organization. (2023, Ağustos 15). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.
- Yalçın Akman, Y. (2022). *Bir halk eğitim merkezine gelen bireylere uygulanan ruh sağlığı ilk yardımı eğitiminin ruhsal hastalığa yönelik inançlara ve ruh sağlığı okuryazarlığına etkisi* (Yayın No. 761216) [Doktora tezi, Gazi Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/>.
- Yalçın Balçık, P., Taşkaya, S., Şahin, B. (2014). Sağlık okur-yazarlığı. *TAF Prev Med Bull*, 13(4), 321-326.
- Yamaguchi, S., Foo, J. C., Kitagawa, Y., Togo, F., & Sasaki, T. (2021). A survey of mental health literacy in Japanese high school teachers. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03481-y>.
- Yaman, E., Güngör H. (2013). Damgalama (Stigma) ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 11(25), 251-70.
- Yaman, E., & Güngör, H. (2013). Relationship between stigma tendencies of school administrators' and teachers' and organizational culture. *International Online Journal of Educational Sciences*, 5(3), 783-797.
- Yener Özcan, F., & Ceylan, B. (2021). Lawyers' beliefs about mental illnesses and their tendency to stigmatize people with mental illnesses. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(4), 1303-1309.
- Yener Özcan, F. (2019). *Avukatların ruhsal hastalıklara yönelik inançları ve damgalama eğilimleri* (Yayın No. 566075) [Yüksek lisans tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/>.
- Zerin, E. (2022). *Psikiyatri klinikleri ile genel kliniklerde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı okuryazarlığı* (Yayın No. 733630) [Yüksek lisans tezi, Düzce Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/>.
- Zubiri-Esnaola, H., Racionero-Plaza, S., Fernández-Villardón, A., & Carbonell, S. (2023). "It was very liberating". Dialogic Literary Gatherings Supporting Mental Health Literacy. *Community Mental Health Journal*, 59(5), 869-880. <https://doi.org/10.1007/s10597-022-01071-0>.



8. EKLER

EK 1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1) Yaşınız:

2) Cinsiyetiniz: Kadın Erkek

3) Medeni durumunuz? Bekar Evli

4) Eğitim durumunuz? İlkokul Ortaokul Lise Ön lisans Lisans Yüksek Lisans Doktora

5) Algılanan gelir durumu? Düşük Orta Yüksek

6) Göreviniz: İmam-Hatip Müezzin Kur'an kursu öğreticisi

7) Kaç yıldır çalışıyorsunuz:yıl...ay

8) Daha önce psikiyatrik bir tedavi aldınız mı? Evet Hayır

9) Ailenizde ya da yakın akrabanızda herhangi bir ruhsal hastalık var mı?

Evet Hayır

10) Ruhsal hastalığı olan bir bireyle tanıştınız mı? Evet Hayır

11) Ruhsal problemler yaşayan bir birey size yardım aramak için başvurdu mu?

Evet Hayır

12) Daha önce ruh sağlığı ile ilgili bir eğitim aldınız mı? Evet Hayır

13) İnternete erişiminiz var mı?

İnternete erişimim yok Telefonumda var Evde var İş yerinde var

14) Kitle iletişim araçları (telefon, bilgisayar, televizyon vb.) ile bir günde geçirdiğiniz süre ne kadardır?

Kitle iletişim araçlarını takip etmiyorum.saat kullanıyorum

EK 2. RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIK ÖLÇEĞİ (RSOY ölçeği)

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Bilmiyorum
1.Bilgi Odaklı RSOY						
R1.Psikolojik danışmanlık depresyon için faydalı bir tedavi yöntemidir.						
R2.Şizofreni olan insanlar gerçekte ortada olmayan şeyleri görürler.						
R3.Ruh sağlığı hastalıklarının erken tanısı iyileşme şansını arttırabilir.						
R4.Akran destek gruplarına katılmak ruh sağlığı hastalıklarından kurtulmaya yardım eder.						
R5.Açıklanamayan fiziksel ağrı veya yorgunluk depresyon belirtisi olabilir.						
R6.Bilişsel davranışçı terapi kişinin düşünme şeklini ve strese tepkisini değiştirebilir.						
R7.Bipolar bozukluğu olan bir kişinin ruh halinde çok büyük değişimler görülebilir.						
R8.Ruh sağlığı hastalıkları için doktorların yazdığı ilaçları kullanmak faydalıdır.						
R9.Alkol kullanmak ruh sağlığı hastalıklarının belirtilerini kötüleştirir.						
R10.Anksiyete bozukluğu olan kişi aşırı endişe ve korkuya sahiptir.						
2.İnanç Odaklı RSOY						
R11.İnançlarına daha çok bağlı olan kişilerde ruh sağlığı bozukluğu gelişmez.						
R12.Ruh sağlığı hastalıkları kısa süreli hastalıklardır.						

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

EK 3. DAMGALAMA ÖLÇEĞİ (DÖ)

Damgalama Ölçeği						
<p>Bu anketlerden elde edilen sonuçlar bilimsel bir çalışmada kullanılacaktır. Sizden istenilen bu ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirmeniz ve sizin için en uygun seçeneğin karşısına çarpı (X) işareti komanızdır. Her sorunun karşısında bulunan; (1) Kesinlikle katılmıyorum (2) Katılmıyorum (3) Kısmen katılıyorum (4) Katılıyorum (5) Kesinlikle katılıyorum anlamına gelmektedir. Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederim.</p>		1	2	3	4	5
1	Adli suça karışmış biriyle aynı ortamda çalışmak istemem.					
2	Aynı dünya görüşünü paylaşmayan kişiler birbirine adaletsiz davranır.					
3	Seçme şansım olsa evlilik dışı doğan bir kişiyle çalışmak istemezdim.					
4	Cinsel tercihleri farklı olduğunu düşündüğüm biriyle iletişim kurmak istemem.					
5	Yaşlı personelin iş ortamında verimleri oldukça düşüktür.					
6	Kıdemi fazla olan çalışanlar genç olanlar üzerinde otorite kurmayı sever.					
7	Bayan personel iş ortamında daha fazla sorun çıkarır.					
8	İnsanların kökenine göre farklı tavırlar takımlabilir.					
9	Boşanmış personelin iş ortamına negatif etkileri olabilir.					
10	İş ortamında dini inancı farklı olan birinin bulunması beni rahatsız eder.					
11	Psikolojik yardım alan bireylerin kişilik problemleri vardır.					
12	Psikolojik yardım aldığı bilinen kişilere güven azalır.					
13	Toplum kurallarına aykırı yaşantısı olan bir kişiyle aynı ortamda çalışmaktan rahatsız olurum.					
14	Yaşam tarzı bana uymayan bir kişiyle iş dışında görüşmem.					
15	Performansı kıskanılan bir kişi iş ortamında yalnız kalır.					
16	Meslektaşlarıyla sosyal paylaşımında bulunamayan bir kişi sorunludur.					
17	Çalışanlar arasında ayırım yapılması doğaldır.					
18	Farklı şivesi olan kişiler küçümsenebilir.					
19	Kılık-kıyafeti aykırı kişiler dışlanmayı hak eder.					
20	Tarzi taşralı olan birinin sosyal kabul görmemesi doğaldır.					
21	Güzel/yakışıklı olan kişiler daha başarılıdır.					
22	İletişime kapalı kişiler sorunludur.					

EK 4. AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

“Din Görevlilerinin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Düzeylerinin Belirlenmesi” adlı yüksek lisans tezi olarak planlanmış olan bu araştırma, din görevlilerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyleri ile damgalama düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılacaktır. Araştırmaya katılırsanız sizden “Kişisel Bilgi Formu” ve “Ruh Sağlığı Okuryazarlık Ölçeği” ve “Damgalama (Stigma) Ölçeği” doldurmanız istenecektir. Çalışmaya katılanların kimlik bilgileri gizli tutulacak ve elde edilen veriler yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Kişisel herhangi bir değerlendirme yapılmayacaktır. Araştırma boyunca hiçbir maddi yükümlülük bulunmamaktadır. Araştırmanın sonunda, toplanan tüm veriler analiz edilerek, özetlenecektir.

Yukarıdaki metni okudum. Konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama **Mahsum KORKUTAN** tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı-Soyadı..... **İmzası** **Tarih:**.../.../...

Araştırmacıların Adı-Soyadı

1. Yüksek Lisans Öğrencisi Mahsum KORKUTAN
Sağlık Bakanlığı, Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Erzincan.

1. Doç. Dr. Nesibe GÜNAY MOLU, Necmettin Erbakan Üniversitesi,
Hemşirelik Fakültesi, Konya.

EK 5. ETİK KURUL KARARI



T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı: 28

Toplantı Tarihi: 07.12.2022

Karar Sayısı:2022/329:(Başvuru ID:12111) N.E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Nesibe Günay MÖLÜ'nün "Din Görevlilerinin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Düzeylerinin Belirlenmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili başvurusu görüşüldü, Öğrenci Mahsun KORKUTAN'ın yüksek lisans tez çalışmasının N.E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Nesibe Günay MÖLÜ'nün sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oyçokluğu ile karar verilmiştir.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacıya aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Nesibe Günay MÖLÜ

Yardımcı Araştırmacılar : Yüksek Lisans Öğrencisi Mahsun KORKUTAN

ASLI GİBİDİR
07.12.2022

Prof. Dr. Emine GEÇKİL
Etik Kurulu Başkanı

EK 6. KURUM İZİNİ



T.C.
ERZİNCAN VALİLİĞİ
İl Müftülüğü

Sayı : E-97272998-730.08.03-3412854
Konu : Anket İzni (Mahsum KORKUTAN)

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 04.01.2023 tarihli ve 42384932-286158 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Mahsum KORKUTAN'ın "*Din Görevlilerinin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalama Düzeylerinin Belirlenmesi*" konulu anket çalışması yapmak istediği ilgi yazıda belirtilmektedir.

Bu itibarla; Müftülüğümüz bünyesinde çalışan din görevlilerinin katılımıyla bahse konu çalışmanın yapılmasında sakınca bulunmayıp, gerekli anket çalışmasının 20.02.2023 tarihi saat 09:30'da Müftülüğümüz Konferans Salonunda yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Muharrem GÜL
Vali a.
İl Müftüsü

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu: 2CB0A64E-4FC8-4E5E-8EC6-DD2BE9040D23

Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/>

Adres: Atatürk Mah. Fevzipaşa Cad. No:33 24030 ERZİNCAN

Telefon: 0 446 223 08 07 Belgegeçer: 0 446 214 87 37

Eposta:

KEP:

Bilgi için: Ümit BAKACAK
Veri Haz.ve Kont.İşl.



EK 7. RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIK ÖLÇEĞİ İZİNİ



ben 7 Kas 2022

alıcı: doktorsaniye v



Saniye hocam merhaba, ben **Necmettin Erbakan** Üniversitesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisi Mahsum KORKUTAN. Ölçeğinizi yüksek lisans tezimde yapacağım çalışmamda kullanmak üzere izninizi istiyorum. Saygılar.



Saniye Balcı 7 Kas 2022

alıcı: ben v



Merhabalar,
Ölçeği araştırmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyarım. Ölçekle ilgili bilgiler ektedir. Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim. Saygılarımla

7 Kas 2022 Pzt, saat 13:26 tarihinde Mahsum Korkutan < > şunu yazdı:



RSOY Ölçeği
tanıtım güncel.d...

W Doküman



ben 8 Kas 2022

alıcı: Saniye v






Teşekkürler hocam.




EK 8. DAMGALAMA ÖLÇEĞİ İZİNİ

Gelen kutusu

< [İçerik] [İçerik] [İçerik] [İçerik]

 **ben** 6 Kas 2022  
alıcı: halime_gngr v

Halime hocam merhaba, ben **Necmettin Erbakan** Eniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisi Mahsum Korkutan. Damgalama ölçeğinizi din görevlileri ile yapacağım çalışmamda kullanmak üzere izninizi istiyorum. Saygılar.

 **Halime GÜNGÖR** 7 Kas 2022  
alıcı: ben v

Merhaba,
Damgalama Ölçeği'ni çalışmanızda kullanabilirsiniz. Çalışmanızda kolaylıklar diler saygılarımı sunarım. Sağlıklı günler dilerim

Dr. Halime GÜNGÖR


Bursa Osmangazi

Rehberlik ve Araştırma Merkezi
Müdür Yardımcısı

[Android'de Yahoo Postadan gönderildi](#)

11:12"6e' 6 Kas 2022 Pzr tarihinde, Mahsum Korkutan < > şunu yazdı:

...

ARAŞTIRMACILAR İÇİN-DAMGALAMA ÖLÇEĞİ
 Doküman