

Bir İl Merkezinde Yaşayan Bireylerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığının İncelenmesi

Investigation of Mental Health Literacy of Individuals Living In A City Center

Hilal SEKİ ÖZ^[1]

Başvuru Tarihi: 15 Eylül 2021

ÖZET

Kabul Tarihi: 15 Ekim 2021

Ruh sağlığı okuryazarlığı bireyin ruhsal hastalıkları anlama, tanıma ve yönetmedeki yetkinliği olarak tanımlanabilir. Toplum ruh sağlığını koruma ve geliştirmede önemli olan bu kavrama yönelik ülkemizde yeterli sayıda araştırma olmadığı görülmektedir. Tanımlayıcı türde yapılan bu araştırmayla bir il merkezinde yaşayan bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinin incelenmesi amaçlanmıştır. İç Anadolu'da bir il merkezinde yaşayan 388 bireye gelişigüzel kartopu yöntemiyle ulaşılmış, araştırma verileri çevrimiçi form ile toplanmıştır. Veriler için Tanıtıcı Bilgi Formu ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği kullanılmıştır. Veri analizinde tanımlayıcı istatistikler, Bağımsız Örneklemelerde t Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve Tukey testi yapılmıştır. Araştırmada bireylerin Bilgi Odaklı alt boyut puan ortalaması 7.20 ± 2.39 , İnanç Odaklı alt boyutu 4.76 ± 1.76 , Kaynak Odaklı alt boyutu 2.80 ± 1.25 ve ölçek toplamının 14.76 ± 3.67 olduğu; cinsiyetin, eğitim düzeyinin, çalışma durumunun, ruhsal konulara ilgili olmanın ve ruhsal hastalığı olan bireyi tanımanın önemli farklılık yarattığı saptanmıştır ($p < 0.05$). Araştırmada yaş, medeni durum, ekonomik durum ve kronik hastalığa sahip olmanın ise önemli bir fark yaratmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$). Ölçek maddelerinden alınan ortalama puan incelendiğinde şizofreni, depresyon, hastalık oluşumu, intihar, iyileşme, tedaviler ve hizmet kullanımına yönelik maddelerin diğerlerine göre daha düşük puan aldığı görülmüştür. Araştırma sonucunda katılımcıların ruh sağlığı okuryazarlığının yüksek düzeyde olduğu ve sosyodemografik değişkenlerden etkilendiği saptanmış olup, ruh sağlığı okuryazarlığının incelendiği ileri düzey araştırmalar önerilir.

Anahtar Kelimeler: ruh sağlığı, ruh sağlığı okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı

Received Date: 15 September 2021

ABSTRACT

Accepted Date: 15 October 2021

Mental health literacy can be defined as an individual's competence in understanding, recognizing, and managing mental illnesses. It is seen that there is not enough research in our country on this concept, which is important in protecting and improving community mental health. With this descriptive study, it was aimed to examine the mental health literacy level of individuals living in a city center. 388 individuals living in a city center in Central Anatolia were reached by random snowball method, and the research data were collected with an online form. Introductory Information Form and Mental Health Literacy Scale were used for the data. Descriptive statistics, Independent Samples t-Test, One-Way ANOVA and Tukey's test were used in data analysis. In the study, the Knowledge-oriented sub-scale mean score of the individuals was 7.20 ± 2.39 ; the Belief-oriented sub-scale was 4.76 ± 1.76 , the Resource-oriented sub-scale was 2.80 ± 1.25 , and the total scale was 14.76 ± 3.67 , and gender, education level, working status, being interested in mental issues and knowing the individual with mental illness made a significant difference ($p < 0.05$). In the study, it was found that age, marital status, economic status and having a chronic disease did not make a significant difference ($p > 0.05$). When the items of the scale were examined, it was seen that the items related to schizophrenia, depression, disease occurrence, suicide, recovery, treatments, and service use had lower scores than the others. As a result of the research, it was determined that the participants had a high level of mental health literacy and were affected by sociodemographic variables, and advanced studies examining mental health literacy are recommended.

Keywords: mental health, mental health literacy, health literacy

Atıf
Cite

Seki Öz, H. (2021). Bir il merkezinde yaşayan bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığının incelenmesi. *Humanistic Perspective*, 3 (3), 660-675. <https://doi.org/10.47793/hp.993929>

GİRİŞ

Ruh sağlığı ile ilgili sorunların artışı tüm dünya için bir endişe kaynağı olabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) (2011) göre, her dört kişiden biri yaşamı boyunca bir nöropsikiyatrik bozukluktan etkilenecektir. Türkiye nüfusunu yansıtan ruhsal hastalıklarla ilgili ilk geniş çaplı araştırma olan Ruh Sağlığı Profili çalışmasında ruhsal hastalıkların ülkemizdeki yaygınlığının %17,2 olduğu, ruhsal hastalığı olan bireylerin sadece %14'ünün tedavi için başvurduğu bildirilmiştir (Kılıç, 1998). Yardım arama davranışında özellikle kişinin ruhsal hastalıklara ve tedavilere yönelik bilgi, tutum ve inançları belirleyici olurken, toplumun ruhsal hastalığı olan bireylere negatif tutumu ve damgalama düzeyi de önemli bir etkiye sahiptir (Jung vd., 2016). Genel olarak toplumda ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklardan daha fazla mitleri, streotipleri, olumsuz ve yanlış inançları barındıran, bu etkiyle erken tanı ve etkin tedavinin aksadığı hastalıklar olup, mücadelede ruh sağlığı okuryazarlığının gelişmesi kritik öneme sahiptir (Vimalanathan ve Furnham, 2019; Reavley ve Jorm, 2011).

Sağlık okuryazarlığının bir bileşeni olan ruh sağlığı okuryazarlığı bireysel ve toplumsal olarak sağlığı iyileştirme potansiyeliyle ruh sağlığının önemli bir belirleyicisidir (Özel, 2018). Ruh sağlığı okuryazarlığı "Ruhsal bozuklukların tanınmasına, yönetilmesine veya önlenmesine yardımcı olan bilgi ve inançları" ifade eden bir kavramdır (Jorm vd., 1997). Ülke sağlık politikalarını kapsayan bir bakış açısıyla toplumu oluşturan bireylerin ruhsal hastalıkların önlenmesi, tanınması, tedavi ve rehabilitasyonu hakkında bilgi sahibi olması ve damgalamanın azaltılarak yardım arama davranışının geliştirilmesi hedeflenir (Reavley ve Jorm, 2011). Düşük sağlık okuryazarlığına sahip hastalar, bilgileri iyi anlayamayacakları veya daha az koruyucu sağlık hizmeti alabilecekleri için yardım aramada dezavantajlı olabilmektedir (Naidu, 2008). Herhangi bir ruhsal hastalığı olan bireylerin yalnızca yarısının ruh sağlığı hizmetlerini kullandığı bildirilmekte (Bjørnsen vd., 2017) ve bu durum hastalığın ileri evresinde yardım aranması nedeniyle ruhsal hastalıkların kronikleşmesi ve ağırlaşması ile sonuçlanmaktadır (Kutcher vd., 2016; Li, 2012).

Bir toplumda ruh sağlığı okuryazarlığının artması olumsuz inançların değişmesini sağlayarak ruh sağlığına ilişkin parametreleri olumlu etkileyecektir (Jorm, 2012). Ruh sağlığı hizmetlerinin faydalı ve etkili olduğuna inanan bireyler, yardım aramak için daha olumlu tutumlara sahip olacak ve ruh sağlığı hizmetlerini kullanmada daha istekli davranacaklardır (Jung vd., 2016). Aynı zamanda ruh sağlığı okuryazarlığının artışı ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik davranışların da iyileşmesine, damgalamanın azalmasına ve ruhsal hastalığı olan bireylerin sağlık hizmetlerinden optimal düzeyde faydalanmasına imkân sunacaktır (Yap vd., 2012; Evans-Lacko vd., 2013; Corrigan vd., 2015). Bu bağlamda ruh sağlığı okuryazarlığının geliştirilmesi için

öncelikle toplumdaki bireylerin ruhsal hastalıklara yönelik bakış açılarının tanımlanmasına yönelik bilgilere ihtiyaç duyulmaktadır.

Araştırmanın Önemi

Toplum ruh sağlığına yönelik hizmetlerin planlanmasında ve politikaların oluşturulmasında o toplumu oluşturan bireylerin ruhsal sorunlara yönelik bilgi, inanç ve tutumlarının tanımlanması ilk adımdır. Böylece bireylerin yaşına, cinsiyetine, yaşadığı yer gibi değişkenlere göre özel müdahaleler yapılarak bireylerin ve dolayısıyla toplumun ruh sağlığı okuryazarlığının artması sağlanacaktır. İlk kez 1997’de tanımlanan ruh sağlığı okuryazarlığı kavramı batılı ülkelerde daha erken dönemlerde incelenmeye başlanmış olsa da ülkemizde son yıllarda gündeme gelmiştir ve bu doğrultuda araştırmaların azlığı dikkat çeken düzeydedir. Yapılan alanyazın incelemesinde ülkemizde ölçek geliştirme çalışmaları dışında az sayıda araştırmanın yapıldığı görülmüştür (Öztaş ve Aydoğan, 2021; Göktaş vd., 2019). Ruh sağlığı okuryazarlığına yönelik araştırmalar ile destek duyan grupların belirlenmesi ve önceliklerin oluşturulması mümkün olacaktır.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırma ile ülkemizde sınırlı sayıda araştırma yapılmış olan ruh sağlığı okuryazarlığı ile ilgili alanyazına katkı sağlamak ve bir il merkezinde yaşayan bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerini incelenmek amaçlanmıştır. Bu doğrultuda araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır;

1. Bir il merkezinde yaşayan bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı ne düzeydir?
2. Araştırmaya katılan bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinde yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, ekonomik durumu, kronik hastalık varlığı, ruhsal konulara ilgili olma ve ruhsal hastalığı olan bireyi tanıma durumu gibi tanıtıcı özelliklerine göre farklılık var mıdır?
3. Katılımcıların yanıtlarına göre ruh sağlığı okuryazarlığında hangi maddeler daha düşük puan almıştır?

YÖNTEM

Araştırmanın Modeli

Bu araştırma, bir durumun bulunması/görülmesi hakkında genel bir bakış açısı oluşturan araştırma türü olan tanımlayıcı türde (Karasar, 2017) tasarlanmış olup evreni belli örneklem hesaplaması ile örneklem büyüklüğü belirlenmiş ve gelişigüzel kartopu yöntemi (Baştürk ve Taştepe, 2013) ile veriler toplanmıştır. COVID-19 pandemisi nedeniyle veriler yüz yüze yöntemlerle toplanmamış, çevirimci form aracılığı ile katılımcılara ulaştırılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Kırşehir il merkezinde yaşayan 18-65 yaş aralığındaki yetişkin bireyler oluşturmaktadır. Kırşehir ili İç Anadolu bölgesinde yer alan, başkente yakın mesafede olan, farklı kültürleri barındıran küçük bir ildir. Kırşehir’de 2020-2021 yılı resmi nüfus kayıtlarına göre il merkezinde yaşayan birey sayısı 158.954 olarak bildirilmiştir (Kırşehir Nüfusu, 2021). Evreni belli örneklem hesaplaması kullanılarak %95 güven düzeyi ve %5 güven aralığı ile 383 kişi araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmaya dahil olma kriterleri; 18-65 yaş aralığında olma, il merkezinde yaşama ve araştırmaya katılmayı kabul etmedir.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri Tanıtıcı Bilgi Formu ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOY) ile toplanmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu. Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form demografik verileri ve ruh sağlığına yönelik bazı bilgileri içeren toplam 11 sorudan oluşmaktadır.

Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOY). Ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeğinin orijinal formu Jung ve arkadaşları tarafından (2016) geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik-güvenilirliği ise Göktaş ve arkadaşları tarafından (2019) yapılmıştır. RSOY Ölçeği 22 madde ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Bilgi Odaklı RSOY (ROSY-BO) alt boyutunda 10 madde, İnanç Odaklı RSOY (ROSY-İO) alt boyutunda 8 madde, Kaynak Odaklı RSOY (ROSY-KO) alt boyutunda 4 madde bulunmaktadır. Ölçeğin ilk iki alt boyutunda bulunan 18 madde altılı Likert tiptedir. RSOY-KO alt boyutunda bulunan dört madde ise “evet” ve “hayır” olarak cevaplanmaktadır. Ölçek değerlendirmesinde maddelere verilen “kesinlikle katılıyorum”, “katılıyorum” ve “evet” cevabından bir puan, diğer cevaplardan puan alınmamaktadır. Ölçeğin 11,12,13,14,15,16,17 ve 18’inci maddeleri ters kodlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0-22 arasında değişmektedir (Göktaş vd., 2019). Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında cronbach alfa katsayısı 0.71, bu çalışmada ise 0,72 olarak hesaplanmıştır.

Veri Toplama Süreci

Araştırma verileri ölçek kullanım izni ve etik kurul izni alındıktan sonra çevrimiçi formun katılımcılara gönderilmesi ile 8-10 Eylül 2021 tarihlerinde toplanmıştır. Anket uygulamasında gelişigüzel kartopu yöntemi ile katılımcılara ulaşılmıştır. Katılımcıların uygulamayı tamamlamaları yaklaşık 10 dakika sürmüştür. Veri kaybı düşünülerek 410 kişi araştırmanın uygulamasına katılmıştır. Araştırmaya katılma kriterlerini karşılamayan (ilçe ya da köyde ikamet etme ve 18 yaş altında olma gibi) 22 katılımcı araştırma dışında bırakılmış ve araştırma 388 katılımcı ile tamamlanmıştır.

Verilerin Analizi

Bu araştırmanın istatistiksel analizleri Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 25.0 for Windows programı ile yapılmıştır. Verilerin normal dağılıma uyup uymadığı Shapiro-Wilk-W Testi ile değerlendirilmiş ve normal dağılım gösterdiği saptanmıştır. Verilerin sunumunda tanımlayıcı istatistikler, analizler için Bağımsız Örneklemde t Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve ileri analizler için Tukey testi kullanılmıştır. İstatistiksel kararlarda $p<0,05$ önemli farklılığın göstergesi olarak kabul edilmiştir.

Etik Onay

Araştırmaya katılmadan önce araştırma hakkında detaylı bilgi içeren ve araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayalı olduğunu bildiren bir açıklama çevrimiçi forma yerleştirilmiş ve katılımcılar onaylarını verdikten sonra anketin uygulaması başlatılmıştır. Helsinki Bildirgesine uygun olarak gerçekleştirilen araştırma için Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan 07.09.2021/ 2021- 14/159 karar nosu ile etik onay alınmıştır.

BULGULAR VE YORUM

Araştırmaya katılan bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde %54.6'sının kadın, %34.5'inin 18-25 yaş aralığında ve yaş ortalamasının 33.84 ± 11.56 olduğu, %59.8'i üniversite mezunu, %50.7'si bekar ve %59'unun bir işte çalıştığı görülmektedir. Katılımcıların çoğunluğunun ekonomik durumunu orta olarak değerlendirdiği, kronik hastalığı olmadığı ve ruh sağlığına yönelik konulara ilgi duydukları görülmüştür. Katılımcıların çoğunluğunun ruhsal hastalığa sahip bireyleri tanımadıkları belirlenmiş, tanıyanların ise en çok aileden veya akrabalarından olduğunu bildirmiştir (Tablo 1).

Tablo 1*Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n=388)*

Değişkenler		n	%
Cinsiyet	Erkek	176	45.4
	Kadın	212	54.6
Yaş	18-25	134	34.5
	26-34	76	19.6
	35-42	88	22.7
	43 ve üstü	90	23.2
Eğitim durumu	İlköğretim	26	6.7
	Lise	65	16.8
	Üniversite	232	59.8
	Lisansüstü	65	16.7
Medeni durum	Bekar	197	50.7
	Evli	191	49.3
Çalışma durumu	Çalışan	229	59.0
	İş arayan	22	5.7
	Öğrenci	93	23.9
	Ev hanımı	44	11.4
Ekonomik durumu	Kötü	111	28.6
	Orta	191	49.2
	İyi	86	22.2
Kronik hastalık varlığı	Evet	352	90.7
	Hayır	36	9.3
Ruhsal sağlıkla ilgili konulara ilgisi olma	Evet	345	88.9
	Hayır	43	21.1
Ruhsal hastalığı olan bireyi tanıma	Hayır, tanıımıyor	258	66.5
	Evet, aile ya da akraba	89	23.0
	Evet, arkadaş ya da komşu	41	10.5
Yaş	Ort. ± SS	33.84 ± 11.56	

Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre RSOY ölçeği puan dağılımları ikili gruplar için Bağımsız Örneklemde t Testi, üç ve üstü gruplar için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) testi ile incelenmiştir. RSOY-BO alt boyutunda erkek olanların, öğrenci olanların ve ruhsal hastalığı olan bireyi tanımayanların; RSOY-İO alt boyutunda erkek olanların, öğrenci olanların ve ruhsal sağlıkla ilgili konulara ilgisi olmayanların; RSOY-KO alt boyutunda ise ruhsal sağlıkla ilgili konulara ilgisi olmayanların puan ortalamalarının düşük düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucuna göre RSOY ölçek toplamında erkeklerin, lise mezunu olanların, öğrenci olanların, ruhsal sağlıkla ilgili konulara ilgisi olmayan ve ruhsal hastalığı olan bireyi tanımayanların puan ortalamalarının düşük düzeyde olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 2).

Tablo 2

Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre RSOY alt boyut ve ölçek toplam puanları

	Bilgi Odaklı RSOY		İnanç Odaklı RSOY		Kaynak Odaklı RSOY		Ölçek Toplamı	
	X±SD	Test P	X±SD	Test P	X±SD	Test P	X±SD	Test P
Cinsiyet								
Kadın	7.51±2.26	t= -2.852	4.93±1.69	t= -2.108	2.90±1.26	t= 1.533	15.16±3.71	t= -2.334
Erkek	6.82±2.49	.005	4.55±1.82	.036	2.71±1.25	.126	14.28±3.59	.020
Yaş								
18-25	7.04±2.45		4.52±1.86		2.74±1.21		14.31±3.90	
26-34	7.40±2.42	F=.551	4.90±1.83	F=2.652	2.71±1.34	F=.458	14.68±3.42	F=1.336
35-42	7.20±2.10	.647	5.06±1.58	.055	2.88±1.29	.712	15.05±3.73	.262
43 ve üstü	7.35±2.21		4.98±1.63		2.87±1.23		15.22±3.45	
Eğitim durumu								
İlköğretim	7.31±2.38		5.00±2.09		2.75±1.00		15.05±3.38	
Lise	7.35±2.21	F=1.818	4.70±1.78	F=2.637	2.67±1.31	F=.769	14.61±3.38 ^a	F=3.632
Üniversite	7.02±2.38	.243	4.61±1.72	.050	2.78±1.26	.512	14.82±3.64	.013
Lisansüstü	7.80±2.21		5.29±1.72		3.00±1.26		16.09±3.97 ^a	
Medeni durum								
Bekar	7.18±2.43	t= -.144	4.59±1.82	t= -1.891	2.70±1.22	t= -1.540	14.47±3.70	t= -1.526
Evli	7.21±2.35	.886	4.92±1.68	.059	2.89±1.28	.124	15.04±3.64	.128
Çalışma durumu								
Çalışan	7.37±2.34		4.98±1.76		2.89±1.24		15.24±3.56 ^a	
İş arayan	7.63±2.10 ^a	F=3.058	5.36±1.76 ^a	F=6.152	2.81±1.40	F=1.577	15.81±3.59 ^b	F=7.563
Öğrenci	6.55±2.58 ^a	.028	4.12±1.63 ^a	.000	2.55±1.24	.195	13.24±3.73 ^{a,b}	.000
Ev hanımı	7.43±2.21		4.72±1.71		2.81±1.28		14.97±3.42	
Ekonomik durumu								
Kötü	7.27±2.46		4.76±1.78		2.76±1.28		14.81±3.74	
Orta	7.12±2.40	F=.212	4.70±1.70	F=.357	2.84±1.22	F=.203	14.66±3.53	F=.165
İyi	7.27±2.30	.809	4.89±1.87	.700	2.75±1.31	.816	14.93±3.93	.848
Kronik hastalık varlığı								
Evet	7.50±2.94	t= -.786	5.05±1.60	t= -1.046	2.94±1.06	t= -.713	15.50±2.90	t= -1.259
Hayır	7.17±2.43	.432	4.73±1.77	.296	2.78±1.27	.496	14.69±3.74	.209
Ruhsal sağlıkla ilgili konulara ilgili olma								
Evet	7.20±2.42	t= .048	4.83±1.71	t=2.619	2.84±1.23	t= 2.388	14.88±3.67	t=2.096
Hayır	7.18±2.09	.962	4.00±2.09	.009	2.30±1.44	.017	13.48±3.51	.030
Ruhsal hastalığı olan bireyi tanıma								
Hayır, tanımıyor	6.96±2.41 ^a		4.53±1.79 ^a		2.79±1.71		15.25±3.61 ^a	
Evet, aileden, akrabamdan	7.64±2.25	F=3.810	5.12±1.60	F=6.741	2.86±1.22	F=.852	15.62±3.67	F=8.032
Evet, arkadaşım, komşum	7.73±2.43 ^a	.023	5.39±1.65 ^a	.001	3.00±1.09	.457	16.12±3.46 ^a	.000

a,b: fark yaratan alt gruplar

Katılımcıların RSOY ölçek toplam puan ortalaması 14.76±3.67'dir. Ölçek toplam puan ortalaması, ölçekte yer alan 22 maddeye bölünmüş ve katılımcıların 1 soru için doğru yanıt

ortalaması 0.670 olarak hesaplanmıştır. Bu doğrultuda düşük ortalamaya sahip ölçek maddeleri incelendiğinde RSOY-BO alt boyutunda 'Şizofreni'ye ve 'Depresyon'a yönelik, RSOY-İO alt boyutunda 'Hastalık oluşumu', 'Depresyon', 'İntihar', 'İyileşme' ve 'Tedavi' kavramlarına yönelik, RSOY-KO alt boyutunda ise 'İntihar' ve 'Hizmet kullanımı' na yönelik maddelerin olduğu görülmüştür (Tablo 3).

Tablo 3

RSOY ölçeğinden alınan ortalama puanın altında kalan ölçek maddeleri

Alt Ölçek	Ortalama puanın altında kalan ölçek maddesi	Puan (<0.670)
Bilgi Odaklı RSOY	R2.Şizofreni olan insanlar gerçekte ortada olmayan şeyleri görürler.	0.662
	R5.Açıklanamayan fiziksel ağrı veya yorgunluk depresyon belirtisi olabilir.	0.662
İnanç Odaklı RSOY	R11.İnançlarına daha çok bağlı olan kişilerde ruh sağlığı bozukluğu gelişmez.	0.559
	R12.Ruh sağlığı hastalıkları kısa süreli hastalıklardır.	0.662
	R14.Depresyonda olan birine intihar düşüncesinin olup olmadığı sorulmamalıdır.	0.252
	R16.Ruh sağlığı hastalıklarından kurtulmak iyileşmekle aynı şeydir.	0.180
	R17.Bir kişi istediği zaman biriktirme hastalığını (eşya vs) durdurabilir.	0.419
	R18.Depresyonda olan kişi hiç tedavi edilmeden kendi başına iyileşir.	0.603
Kaynak Odaklı RSOY	R20.Bir intiharı önlemek için nereyi arayacağımı biliyorum.	0.543
	R22.Yaşadığım yerdeki ruh sağlığı hastalıkları hizmet birimiyle nasıl iletişim kurabileceğimi biliyorum	0.623

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Gelişen sağlık sistemleri ve teknolojileriyle bireylerin sağlık sisteminden beklentileri değişirken, bireylere yüklenen sorumluluklar da değişmekte ve artmaktadır. Sağlık hizmetinden faydalanan bireylerin temel sağlık hizmetleri konusunda bilgi edinmesi, bu bilgiler ışığında kendi sağlık sorumluluğunu alarak davranışlarını yönlendirmesi beklenmektedir (Sezgin, 2013). Sağlık okuryazarlığının önemli bir bileşeni olan ruh sağlığı okuryazarlığı bu doğrultuda ruhsal sağlığa ilişkin farkındalığa sahip olma, tanı ve tedavi süreçlerine etkin katılma gibi sorumlulukları içermesi kadar ruh sağlığına yönelik damgalamayla mücadeleyi de kapsayan bir önemli kavramdır.

Bir il merkezinde yaşayan bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinin incelendiği araştırmada RSOY ölçek toplam puan ortalamasının 14.76 ± 3.67 olduğu saptanmıştır. RSOY alt boyutları ve ölçek toplam puanında erkeklerin kadınlara göre, lise mezunu olanların lisansüstü eğitime sahip olanlara göre, öğrenci olanların olmayanlara göre daha düşük düzeyde ruh sağlığı okuryazarlığı olduğu saptanmıştır ($p < .005$). Ülkemizde 239 sağlık çalışanı ile yapılan bir

çalışmada katılımcıların ölçek toplam puanının 16.96 ± 3.30 olduğu saptanmış, sağlık çalışanlarının yaşının, eğitim düzeyinin, medeni durumu ve mesleğinin önemli fark yarattığı saptanırken, cinsiyetin fark yaratmadığı bildirilmiştir (Öztaş ve Aydoğan, 2021). Toplum bazında ruh sağlığı okuryazarlığını etkileyen değişkenler incelendiğinde erkek olma ve düşük eğitim düzeyine sahip olma ile düşük düzey ruh sağlığı okuryazarlığı arasında güçlü bir ilişki olduğu bulunmuştur (Kaneko ve Motohashi, 2007). Başka bir çalışmada kadın öğrencilerin ruh sağlığı okur yazarlığı düzeyinin erkeklerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Miles vd., 2020). Erkeklerin kadınlara göre ruh sağlığına yönelik olumlu tutumlarının da daha düşük olduğu belirlenmiştir (Lee vd., 2020a). Eğitim düzeyi yüksek olan katılımcıların, daha az eğitime sahip olanlardan daha yüksek ruh sağlığı okuryazarlığı seviyesi gösterdiği, sağlık okuryazarlığı ile ruh sağlığı okuryazarlığı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Lee, vd., 2020b). 520 üniversite öğrencisinin katıldığı bir çalışmada ise sağlık okuryazarlığının düşük düzeyde olduğu, yaş, cinsiyet, sigara içme durumu, çalışma yılı ve çalışma alanının önemli bir fark yarattığı, kız öğrencilerin, sağlıkla ilgili fakülte öğrencilerinin ve sigara içmeyenlerin daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu ortaya koymuştur (Rababh, vd., 2019). Araştırma bulguları alanyazın ışığında değerlendirildiğinde katılımcıların ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinin yüksek olduğu, bunun da katılımcıların bir il merkezinde yaşama, eğitim düzeyinin yüksek olması ve çoğunluğunun kadın olması ile ilgili olduğu söylenebilir. Yine araştırmada erkeklerin daha düşük ruh sağlığı okuryazarlığına sahip olmalarının, ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutumlarından kaynaklandığı, eğitim düzeyi yükseldikçe ruh sağlığı okuryazarlığının artmasının ise eğitim-öğretim programları içinde verilen ruh sağlığı ve hastalıklarına yönelik bilgiler nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Öğrenci olan katılımcıların diğerlerine göre eğitim süreçlerini tamamlamamış olması ya da sağlıkla ilgili olmayan bir alanda eğitim görmeye devam etmesinin ruh sağlığı okuryazarlığının düşük düzeyde olmasına neden olduğu söylenebilir.

Araştırma kapsamında ele alınan katılımcıların ruh sağlığıyla ilgili konulara ilgisiz olma ve ruhsal sorunu olan bireyleri tanımama durumlarının ruh sağlığı okuryazarlığını olumsuz etkilediği ve puan ortalamalarının düşük olduğu bulunmuştur ($p < .005$). Ruhsal konulara ilgili olma ya da ruhsal hastalığı olan bireyi tanıma durumları bu konuya yönelik bilgi düzeyini artırmada etkili olabilmektedir. Miles ve arkadaşları (2020) tarafından 1213 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada klinik psikoloji ile ilgili en az bir ders almış, psikoloji ve uygulamalı sağlık bilimleri alanlarında eğitim gören, kişisel, aile ya da akran geçmişi yoluyla psikolojik bozukluklarla daha fazla deneyime sahip olanların ve ruh sağlığı konularını tartışmaya açık aileleri bulunan öğrencilerin ruh sağlığı okuryazarlığının daha yüksek olduğunu bulmuştur. Ruhsal hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin 1993 ile 2016 yılları arasındaki 23 yıllık bir dönemdeki ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyini karşılaştırmak için yapılan bir çalışmada bakım veren aile üyelerinin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinin artış yönünde önemli bir pozitif eğilim

gösterdiği saptanmıştır (Mehrotra, vd., 2018). Kanada'da 3047 katılımcı ile yapılan bir çalışmada depresyona yönelik ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi araştırılmış, depresyon vakasını tanıma, tedavi konusunda sağlık profesyonelleri ile anlaşma, depresyonlu bireyle kişisel temas ve damgalanma arasındaki ilişkilerin ruh sağlığı okuryazarlığını etkilediği gösterilmiştir (Wang ve Lai, 2008). Araştırma bulgusunun alanyazınla uyumlu olduğu görülmektedir. Ruhsal hastalığı olan bireyin aile üyesinden, akrabasından, arkadaşından ya da komşusundan olması ile ruhsal hastalığın tanınması, hastalık belirtileri ve tedavi yöntemlerine yönelik kişisel deneyimin artması, ek olarak ruhsal hastalığı olan yakınına yardımcı olmak için ruhsal hastalıklara yönelik araştırma yapılması gibi durumların ve ruhsal sağlıkla ilgili konulara ilgi duymanın doğal bir sonucu olarak ruh sağlığı okuryazarlığının arttığı düşünülebilir.

Özellikle toplumsal düzeyde hizmetlerin planlamasında toplumdaki bireylerin gereksinimlerinin belirlenmesi ve önceliklerin bu doğrultuda oluşturulması önemlidir. Araştırmada ölçek maddeleri ortalama puanları değerlendirildiğinde 'Şizofreni', 'Depresyon', 'Hastalık oluşumu', 'İntihar', 'İyileşme', 'Tedaviler' ve 'Hizmet kullanımına' yönelik maddelerin diğerlerine göre daha düşük ortalamaya sahip olduğu görülmüştür. Depresyona yönelik ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyini araştıran bir çalışmada katılımcıların %25.2'si depresyon hakkında yetersiz bilgiye, %12.5'i depresyona karşı yetersiz tutuma sahip olduğu ve %13.1'inin intiharı doğal kabul ettiğini göstermiştir (Wang ve Lai, 2008). Avustralya'da hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada katılanların çoğu (%66,7) farklı ruhsal hastalık türleri, tedavileri, ruh sağlığı üzerindeki damgalanmanın nasıl azaltılacağı, ruhsal hastalığı olan kişilere nasıl bakılacağı ve onlarla nasıl iletişim kurulacağı hakkında daha fazla bilgi ihtiyacı olduğunu bildirmiştir (Saito ve Creedy, 2021). Ruhsal hastalıklara yönelik mitlerin fiziksel hastalıklara yönelik mitlerden daha fazla olduğu, şizofrenin de ruhsal hastalıklara içinde en fazla mite ve yanlış bilgilere sahip olan hastalık olduğu bildirilmektedir (Vimalanathan ve Furnham, 2019; Sungur, 2020). Mitlerin toplum içinde yaygın olması ve nesilden nesile aktarılmasıyla, hastaların anlaşılması ve yardım arayışı engellemekte, damgalamanın etkisi ile tanı ve tedavi süreci olumsuz etkilemektedir (Sungur, 2000). Yine bu tarz mitlerin depresyon ve intihara yönelik olarak da oldukça yaygın olduğu ve bu durumun ölçekte verilen yanıtlarla uyumlu olduğu görülmektedir. İntihar girişiminde bulunan bireyin dikkat çekmek istediği ve intihar niyetinin sorgulanmasının intihar niyetini artıracığına dair mitler, intihar niyetinde olan bireye yardımcı güçleştirmekte ve intiharla mücadeleyi olumsuz etkilemektedir (Bowers, vd., 2010). Araştırmada depresyona yönelik bilgi eksikliği, intiharın sorgulanması, intihar için nereye arayacağını bilmemek ve ruhsal hizmet kullanımı konusunda bilgi eksikliğinin de geliştirilmesi gereken alanlar olduğu saptanmıştır. Bu doğrultuda kökenini eski çağlardan alan ruhsal hastalıklara yönelik mitlerin ve yanlış inançların etkisinin hala devam ettiği ve ruh sağlığı okuryazarlığını olumsuz etkilediği söylenebilir.

Sonuç olarak bir il merkezinde yaşayan bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinin incelendiği bu araştırmada ruh sağlığı okuryazarlığının yüksek düzeyde olduğu, sosyodemografik değişkenlerden etkilendiği ve özellikle şizofreni, depresyon ve intihar gibi konular hakkında toplumun desteklenmesi gerektiği saptanmıştır. Toplumun ruh sağlığı okuryazarlığının incelendiği farklı popülasyonlara yönelik çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Araştırmanın sınırlılıkları olarak verilerin online form ile toplanması nedeniyle kişisel beyana bağlı bilgilerin toplanması, online yöntemin il merkezinde yaşayan ve akıllı telefonu olmayan bireylerin katılımını sınırlaması olarak sıralanabilir.

KAYNAKÇA

- Baştürk, S., & Taştepe, M. (2013). Evren ve örneklem. *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Vize Yayıncılık.
- Bjørnsen, H. N., Eilertsen, M., Ringdal, R., Espnes, G. A., & Moksnes, U. K. (2017). Positive mental health literacy: development and validation of a measure among Norwegian adolescents. *BMC Public Health*, 17(1), 717-727. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4733-6>
- Bowers, L., Banda, T., & Nijman, H. (2010). Suicide inside: a systematic review of inpatient suicides. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(5), 315-328. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181da47e2>
- Corrigan, P. W., Powell, K. J., & Al-Khouja, M. A. (2015). Examining the Impact of Public Service Announcements on Help Seeking and Stigma: Results of a Randomized Controlled Trial. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(11), 836-842. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000376>
- Evans-Lacko, S., Malcolm, E., West, K., Rose, D., London, J., Rüşch, N., Little, K., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2013). Influence of Time to Change's social marketing interventions on stigma in England 2009-2011. *The British Journal of Psychiatry Supplement*, 202(S55), 77-88. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.126672>
- Göktaş, S., Işıklı, B., Önsüz, M., Yenilmez, Ç., Metintaş, S. (2019). Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin (Rsoy Ölçeği) Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliğinin Değerlendirilmesi. *Konuralp Medical Journal*, 11(3), 424-431. <https://doi.org/10.18521/ktd.453411>
<https://doi.org/10.1186/s12889-019-7781-2>
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *The American Psychologist*, 67(3), 231-243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4), 182-186.
- Jung, H., Von Sternberg, K., & Davis, K. (2016). Expanding a measure of mental health literacy: Development and validation of a multicomponent mental health literacy measure. *Psychiatry Research*, 243, 278-286. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.034>
- Kaneko, Y., & Motohashi, Y. (2007). Male gender and low education with poor mental health literacy: a population-based study. *Journal of Epidemiology*, 17(4), 114-119. <https://doi.org/10.2188/jea.17.114>
- Karasar, N. (2017). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. Nobel Yayınevi.
- Kılıç, C. (1998). *Erişkinlerle ilgili sonuçlar*. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: ana rapor (Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z, Ed.). Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 61(3), 154-158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
- Lee, H. Y., Hwang, J., Ball, J. G., Lee, J., & Albright, D. L. (2020b). Is health literacy associated with mental health literacy? Findings from Mental Health Literacy Scale. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(2), 393-400. <https://doi.org/10.1111/ppc.12447>
- Lee, H. Y., Hwang, J., Ball, J. G., Lee, J., Yu, Y., & Albright, D. L. (2020a). Mental Health Literacy Affects Mental Health Attitude: Is There a Gender Difference?. *American Journal of Health Behavior*, 44(3), 282-291. <https://doi.org/10.5993/AJHB.44.3.1>

- Li, H. (2012). *Mental health literacy, stigma, and early intervention*. Elsevier Science BV.
- Mehrotra, K., Nautiyal, S., & Raguram, A. (2018). Mental health literacy in family caregivers: A comparative analysis. *Asian Journal of Psychiatry*, 31, 58–62. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.01.021>
- Miles, R., Rabin, L., Krishnan, A., Grandoit, E., & Kloskowski, K. (2020). Mental health literacy in a diverse sample of undergraduate students: demographic, psychological, and academic correlates. *BMC Public Health*, 20(1), 1699-1712. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09696-0>
- Naidu, A. (2008). Health literacy. *Whitireia Nursing Journal*, 15, 39–46.
- Özel, Y. (2018). Ruh Sağlığı Okuryazarlığı. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 77, 380-387.
- Öztaş, B., & Aydoğan, A. (2021). Sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. <https://doi.org/10.14744/phd.2021.43265>
- Rababah, J. A., Al-Hammouri, M. M., Drew, B. L., & Aldalaykeh, M. (2019). Health literacy: exploring disparities among college students. *BMC Public Health*, 19(1), 1401-1414. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7781-2>
- Reavley, N.J., Jorm, A.F. (2011). *National survey of mental health literacy and stigma*. Canberra: Department of Health and Ageing.
- Saito, A. S., & Creedy, D. K. (2021). Determining mental health literacy of undergraduate nursing students to inform learning and teaching strategies. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(5), 1117–1126. <https://doi.org/10.1111/inm.12862>
- Sezgin, D. (2013). Sağlık okuryazarlığını anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, 72-92.
- Sungur, M. Z. (2000). Şizofreni: Mitler ve gerçekler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 3(1), 5-12.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2021, Şubat). *Kırşehir Nüfusu 2020*. TÜİK Kurumsal (tuik.gov.tr)
- Vimalanathan, A., & Furnham, A. (2019). Comparing physical and mental health literacy. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 28(3), 243–248. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1466050>
- Wang, J., & Lai, D. (2008). The relationship between mental health literacy, personal contacts and personal stigma against depression. *Journal of Affective Disorders*, 110(1-2), 191–196.
- Yap, M. B., Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2012). Associations between awareness of beyondblue and mental health literacy in Australian youth: Results from a national survey. *The Australian and New Zealand journal of Psychiatry*, 46(6), 541–552. <https://doi.org/10.1177/0004867411435288>

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Mental health literacy, which is a component of health literacy, is an important determinant of mental health with its potential to improve health individually and socially (Ozel, 2018). Mental health literacy is a concept that expresses “knowledge and beliefs that help to recognize, manage or prevent mental disorders” (Jorm et al., 1997). With a perspective that covers the health policies of the country, it is aimed that the individuals who make up the society have information about the prevention, recognition, treatment and rehabilitation of mental illnesses, and that the behavior of seeking help is reduced by reducing stigma (Reavley and Jorm, 2011). Patients with low health literacy may be disadvantaged in seeking help because they may not understand the information well or receive less preventive health care (Naidu, 2008). It is reported that only half of individuals with any mental illness use mental health services (Bjensan et al., 2017), and this results in the chronicity and aggravation of mental illnesses due to seeking help in the advanced stage of the disease (Kutcher et al., 2016; Li, 2012).

The first step is to define the knowledge, beliefs and attitudes of the individuals who make up the community towards mental problems in the planning of services and policies for community mental health. Thus, by making special interventions according to variables such as the age, gender and place of residence of the individuals, the mental health literacy of the individuals and therefore the society will be increased. Although the concept of mental health literacy, which was first defined in 1997, was started to be examined in western countries in earlier periods, it has come to the fore in our country in recent years and the scarcity of research in this direction is at a remarkable level. In the literature review, it was seen that there is a research for healthcare professionals in our country apart from scale development studies (Öztaş and Aydoğan, 2020). It will be possible to identify support groups and establish priorities through research on mental health literacy.

Method

The research is of descriptive type. The population of the research consists of adult individuals between the ages of 18-65 living in the city center of Kırşehir. 383 people constituted the sample of the research with 95% confidence level and 5% confidence interval by using a specific population sample calculation. Inclusion criteria for the research; being between the ages of 18-65, living in the city center and agreeing to participate in research. Due to the Covid 19 pandemic, the data were collected using the online platform, using the random snowball method. Research data were collected with the Introductory Information Form and the Mental Health

Literacy Scale (MHLS). Descriptive statistics were used to present the data, Independent t-test for analysis, One-way ANOVA and Tukey test for further analysis were used.

Results

When the distribution of the individuals participating in the research according to their descriptive characteristics is examined, 54.6% of them are female, 34.5% are between the ages of 18-25, and the average age is 33.84 ± 11.56 , 59.8% are university graduates, 50.7% are single. It was determined that the mean mental health literacy score of individuals was 14.76 ± 3.67 . In the MHLS sub-dimensions and the total score of the scale, it was determined that men had lower mental health literacy than women, those who were high school graduates than those with postgraduate education, and those who were students compared to those who did not have a lower level of mental health literacy ($p < 0.05$). It was found that the participants' indifference to mental health issues and not knowing individuals with mental health problems negatively affected their mental health literacy and their average score was low ($p < 0.005$). When the mean scores of the scale items were evaluated in the study, it was seen that the items for "Schizophrenia", "Depression", "Illness formation", "Suicide", "Recovery", "Treatments" and "Service use" had a lower average than the others.

Discussion & Conclusion

In the MHLS sub-dimensions and the total score of the scale, it was determined that men had lower mental health literacy than women, those who were high school graduates than those with postgraduate education, and those who were students compared to those who did not have a lower level of mental health literacy ($p < 0.005$). In a study conducted with 239 healthcare professionals in our country, the scale total score of the participants was found to be 16.96 ± 3.30 , and it was reported that the age, education level, marital status and profession of the healthcare professionals made a significant difference, while gender did not make a difference (Öztaş and Aydoğan, 2020). When the variables affecting mental health literacy on a community basis were examined, it was found that there was a strong relationship between being male and having a low education level and low mental health literacy (Kaneko & Motohashi, 2007). In another study, it was reported that the mental health literacy level of female students was higher than that of males (Miles et al., 2020). When the research findings are evaluated in the light of the literature, it can be said that the mental health literacy level of the participants is high, which is related to the fact that the participants live in a city center, have a high education level, and the majority of them are women. Again in the study, it is thought that the fact that men have lower mental health literacy is due to their negative attitudes towards mental illnesses, and that the increase in mental health literacy as the education level increases is due to the information on mental health and diseases given in the education-training programs. It can be said that the fact that the participants, who are

students, have not completed their education process or that they continue to study in a field that is not related to health, causes a low level of mental health literacy.

As a result, in this study, which examined the mental health literacy level of individuals living in a city center, it was determined that mental health literacy was at a high level, affected by sociodemographic variables, and the society should be supported especially about issues such as schizophrenia, depression and suicide. In this direction, it is recommended to carry out advanced studies to improve the mental health literacy of the society.