

Yetişkinlerde Psikolojik Sıkıntı ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Durumlarının Belirlenmesi

Determination of Psychological Distress and Mental Health Literacy in Adults

Esra ÖZKAN¹, Makbule TOKUR KESGİN², Şenay AKGÜN³

ÖZ

Araştırmanın amacı yetişkinlerde psikolojik sıkıntı ve ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerini belirlemektir. Kesitsel tipte olan araştırma 27.11.2020-30.12.2020 tarihleri arasında çevrimiçi olarak uygulanmıştır. Araştırmanın örneklemini kartopu yöntemi ile ulaşılan 531 birey oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında kişisel bilgi formu, Kessler Psikolojik Sıkıntı Ölçeği ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede tanımlayıcı analizler, karşılaştırma ve ilişki analizleri yapılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 33,7±13,6, %75,7'si kadın, %58,0'ı lise ve altı eğitim düzeyine sahiptir. Katılımcıların %16,8'i kronik hastalığa sahip iken, %10,4'ü ruh sağlığı ile ilgili en az bir hastalığa sahiptir. Araştırma sonucunda katılımcıların %65,2'sinin psikolojik sıkıntı puan ortalaması 30-50 aralığındadır. Bu puan aralığı, katılımcıların ruh sağlığı ile ilgili tanımlanabilir bir hastalığı olduğunu işaret etmektedir. Araştırmaya katılanların ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması 107,5±13,1'dir. Araştırmada, erkeklerin, yaşı büyük olanların, çalışanların, eğitim düzeyi ön lisans ve üstünde olanların, kronik hastalığı olanların psikolojik sıkıntı puanları daha yüksek saptanmıştır. Araştırma sonucu; katılımcıların neredeyse her beşinden üçünün en az bir tanımlanabilir ruh sağlığı sorununa işaret edecek düzeyde psikolojik sıkıntı puanına sahip olduğunu, yarısından fazlasının ise ruh sağlığı okuryazarlığı puanlarının düşük olduğunu göstermektedir. Psikolojik sıkıntı düzeyi ile ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Sonuçlar doğrultusunda toplumda psikolojik sıkıntı düzeyinin planlanacak daha geniş örnekleme sahip araştırmalar ile belirlenmesi ve ruh sağlığı okuryazarlığının geliştirilmesi için müdahale programlarının oluşturulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yetişkin, Psikolojik sıkıntı, Ruh sağlığı, Ruh sağlığı okuryazarlığı

ABSTRACT

The aim of the study is to determine the levels of psychological distress and mental health literacy in adults. This cross-sectional study was conducted online between 27.11.2020 and 30.12.2020. Its sample consisted of 531 individuals reached by snowball sampling. A personal information form, the Kessler Psychological Distress Scale and Mental Health Literacy Scale were used to collect data. In the statistical evaluation, descriptive analyses, comparison and correlation analyses were performed. The mean age of the participants was 33.7±13.6 years, 75.7% women, 58.0% had high school or lower education level. While 16.8% of the individuals had a chronic illness, 10.4% had at least one mental health illness. The results of the study showed that the mean psychological distress score of 65.2% of the individuals ranged between 30 and 50. This score indicates that the participants have a diagnosable mental health illness. The mean score of the participants from the mental health literacy scale was 107.5±13.1. Men, older people, employees, those with an associate degree or higher education level, and those with chronic diseases had higher psychological distress scores. The results of the study show that almost three out of five participants have a psychological distress score that indicates at least one diagnosable mental health problem and more than half of them have low mental health literacy scores. There was no statistically significant relationship between the levels of psychological distress and mental health literacy. Taking into account the results, the level of psychological distress in the society should be determined with further studies including larger samples and intervention programs should be established to improve mental health literacy.

Keywords: Adults, Psychological distress, Mental health, Mental health literacy

*Bu Makale Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezinden Üretilmiştir. Araştırmanın Etik Onayı Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'ndan (24.11.2020 tarih ve 278 sayı) alınmıştır.

¹ Uzman Hemşire, Esra ÖZKAN, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Ünitesi, eposta: eozkangti@hotmail.com, ORCID: 0000-0001-7346-1148

² Doç. Dr., Makbule TOKUR KESGİN, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, eposta: mtkesgin@gmail.com, ORCID: 0000-0003-2729-8612

³ Doç. Dr., Şenay AKGÜN, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, eposta: senay.akgun@alanya.edu.tr, ORCID: 0000-0002-6604-4343

İletişim / Corresponding Author: Şenay AKGÜN
e-posta/e-mail: senay.akgun@alanya.edu.tr

Geliş Tarihi / Received: 27.03.2023
Kabul Tarihi/Accepted: 27.08.2023

GİRİŞ

Psikolojik sıkıntı, stresli uyaranlarla karşılaşıldığında zihinsel performans yetersizliğini ifade eden bir kavramdır ve bazı durumlarda moral bozukluğu, gelecek kaygısı, aşağılık duygusu hissetme, toplumdaki çekilme, izolasyon ve fiziksel bozukluklara eş değer kabul edilmektedir.¹ Psikolojik sıkıntıya üzüntü, hareketsizlik, uykusuzluk, huzursuzluk, sinirlilik, öfke, hızlı nefes alma ve hızlı kalp atışı gibi belirti ve bulgular da eşlik edebilmektedir.² Bu ruhsal sıkıntılardan kaynaklanan fiziksel belirtiler bireyler tarafından tanımlanamadığı için, genellikle fizyolojik semptomlar için tedavi almaya çalışırlar.³ Ancak, ruhsal hastalıklar için profesyonel yardım almak uzun zaman alır ve bu nedenle ruh sağlığı problemleri her geçen gün daha da kötüye gidebilir.⁴

Psikolojik sıkıntı, kötü bir psikolojik fonksiyon ve düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olup, aynı zamanda yüksek psikiyatrik morbidite ve intihar oranlarının da öngörücüsüdür.⁴ Dünyada her dört kişiden biri yaşamı boyunca bir ya da daha fazla ruhsal ya da davranışsal sorun yaşayabilmektedir.⁵ Bu nedenle pozitif ruh sağlığı öne çıkmaktadır. Pozitif ruh sağlığı, her toplumun sosyal, beşerî ve ekonomik sermayesine katkıda bulunur. Ruh sağlığını iyileştirmek; pozitif ruh sağlığını artırmak, eşitsizlikleri azaltmak, sosyal kazanç sağlamak ve sağlık farklılıklarını azaltmak için önemlidir.⁶ Dünyada yeti kaybı ve erken ölüme yol açan 10 hastalıktan 5'i ruhsal bozukluklardan kaynaklıdır.⁷ Ruhsal bozukluklar fiziksel hastalık riskini de arttırarak sağlık hizmetlerinde ekonomik kayıplara yol açmaktadır. Literatürde ruh sağlığı ile ilgili olarak yaşanan sağlık problemlerinde artış meydana geldiği belirtilmektedir.⁸

Yüzyılımızda artan stres ve zorlu yaşam koşulları nedeniyle toplumların ruhsal iyilik halleri bozulmuş ve COVID-19 pandemisiyle daha da ciddi boyutlara ulaşmıştır.⁹ Bu durum depresyon tanısı alan kişi sayısının %27,6, anksiyete tanısı alan kişi sayısının ise %25,6 oranında artış göstermesi ile kendini ortaya koymuştur.¹⁰

Psikolojik sıkıntı düzeyinin ruh sağlığı problemlerine yol açmadan bireyler tarafından tanımlanması hem bireyler hem de toplum açısından önemlidir. Bu noktada bireylerin ruh sağlıklarını koruyup geliştirebilmeleri için psikolojik sıkıntıyı ve ruh sağlığı problemlerini tanıma yeteneklerinin artırılması gerekmektedir. İyi bir ruh sağlığı, toplumların sosyal, beşerî ve ekonomik sermayesine katkıda bulunur. Ruh sağlığını iyileştirmek, pozitif ruh sağlığını artırmak, eşitsizlikleri azaltmak, sosyal kazanç sağlamak, sağlığı iyileştirmek, ülkeler ve gruplar arasındaki sağlık farklılıklarını azaltmak için önemlidir.⁶

Pozitif ruh sağlığı sosyoekonomik ve çevresel faktörlerden etkilendiği ve bireylerin davranışları ile bağlantılı olduğu için etkin bir halk sağlığı mücadelesi ile korunup geliştirilebilmektedir. Bu nedenle, koruyucu ruh sağlığı uygulamaları için risk altındaki kişileri belirleme, erken tanı ve tedavi programları oluşturma, toplum eğitimleri yapma, psikolojik ilkyardım sağlama ve ruhsal bozuklukların yönetimi ile önlenmesini kapsayan ruh sağlığı okuryazarlığı (RSO) artırılmalıdır.^{9,11-13}

Halk sağlığı için öncelikli sorunlar arasında yer alan ruhsal bozuklukların önlenmesi; zihinsel, fiziksel ve psikolojik risklerin ortadan kaldırılmasını, sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasını, sağlığın iyileştirilmesini ve ülkeler arasındaki farklılıkların giderilmesini amaçlar. Ayrıca, ruh sağlığı problemleri nedeniyle iş günü kaybı, uzun tedavi masrafları ve toplumsal huzurun bozulması gibi etkilerin önüne geçilmesi de hedeflenmektedir.^{6,7}

Araştırma, yetişkin bireylerin psikolojik sıkıntı ve RSO durumlarının belirlenmesini sağlayarak toplum ruh sağlığı çalışmalarına katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın Şekli

Kesitsel tipte olan araştırma 27.11.2020-30.12.2020 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma, sosyal medya (Whatsapp, Facebook, Instagram) uygulamaları aracılığıyla çevrimiçi olarak yapılmıştır. Araştırmanın evreni Türkiye'nin farklı bölgelerinde ikamet eden, 18 yaşını doldurmuş ve çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü bireylerden oluşmuştur. Araştırmanın örneklemini kartopu yöntemi ile ulaşılan 531 birey oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından literatür incelenerek oluşturulmuş Kişisel Bilgi Formu, Kessler Psikolojik Sıkıntı Ölçeği (K10) ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOÖ) kullanılarak toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür incelenerek oluşturulan ve katılımcılara yönelik kişisel bilgi formu ile katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, yaşanan il / ilçe, meslek, gelir düzeyi, kronik hastalık olma durumu, ilaç kullanma durumu sigara, alkol gibi madde kullanım durumu gibi sorulardan oluşan toplam 16 soruluk bir formdur.

Kessler Psikolojik Sıkıntı Ölçeği (K10)

Kessler ve ark. (2002) tarafından geliştirilen K10 adlı ölçek, klinik olarak psikolojik sıkıntının hassasiyetini ve duyarlılığını optimize etmek için tasarlanmıştır.¹⁴ Spesifik olmayan psikolojik sıkıntı hakkında ilk 10 soru dikkate alınmaktadır (K10 kısaltması da bu nedenle kullanılmaktadır). Beşli likert yapısındaki ölçekten alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan 50'dir. Yüksek puanlar daha fazla psikolojik sıkıntıya işaret etmektedir.

Altun ve ark. (2019) ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaparak Cronbach's Alpha değerini 0,95 olarak bulmuşlardır.¹⁵ Yapılan çalışmada ise ölçeğin Cronbach's Alpha değeri ise 0,93'tür.

Altun ve ark. (2019) ölçeğin kesim noktasını %92 duyarlılık ve %90,4 seçicilik ile "K10 skoru >20 olarak belirlemiştirler.¹⁵ Ölçeğin saptadığı psikolojik sıkıntı düzeyinin yorumlanmasında ise aşağıdaki puan aralıkları kullanılmaktadır:

- 10-19 Arası Puan: 'Muhtemel İyi'
- 20-24 Arası Puan: 'Muhtemel Hafif Ruhsal Rahatsızlık'
- 25-29 Arası Puan: 'Muhtemel Orta Ruhsal Rahatsızlık'
- 30-50 Arası Puan: 'Muhtemel Ağır Ruhsal Rahatsızlık'.¹⁵

Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOÖ)

Ölçek, O'Connor ve Casey (2015)'in geliştirdiği 35 maddelik RSO ölçeğinin maddelerinin bir kısmı dördü, bir kısmı da beşli likert yapısındadır.¹⁶ Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Tokur Kesgin ve ark. (2020)¹⁷ tarafından yapılmıştır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 35, en yüksek puan 160'tur. Ölçeğin orijinal dildeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması bulgularına göre Cronbach's Alpha katsayısı 0,87,¹⁵ Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach's Alpha katsayısı 0,89'dur.¹⁷ Bu çalışmada belirlenen Cronbach's Alpha değeri 0,78'dir. Akgün ve ark. (2022)'nin yaptığı çalışmada Türk toplumu için %70,9 duyarlılık ve % 65,2 seçicilik ile RSOÖ puanı kesim noktası 109,5 olarak belirlenmiştir.¹⁸ Kesim noktasının ($\leq 109,50$) altında kalan puan ortalamaları düşük RSO'yu gösterirken, kesim noktasının ($> 109,50$) üzerindeki değerler yüksek RSO'yu göstermektedir. Ölçek altı faktörlü bir yapıya sahiptir. Bunlar; Faktör 1 (F1): Hastalıkları tanıyabilme (1-8 arası maddeler), Faktör 2 (F2): Bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi (16-19 arası maddeler), Faktör 3 (F3): Risk faktörlerine ve

nedenlerine yönelik bilgi (9. ve 10. maddeler), Faktör 4 (F4): Kendi kendine yardım / tedavi müdahaleleri hakkında bilgi (11. ve 12. maddeler), Faktör 5 (F5): Profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi (13-15arası maddeler) ve Faktör 6 (F6): Ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik uygun yardım aramayı kolaylaştıran tutumlar ve ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar (20-35 arası maddeler) (damgalama) şeklindedir.¹⁷

Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmanın Ön Uygulanması

Veri toplama formlarının oluşturulmasından sonra, örnekleme dâhil edilmeyen 20 yetişkin bireyle yüz yüze ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda anketin anlaşılır ve tamamlanma süresinin yaklaşık 20 dakika olduğu saptanmıştır.

Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın uygulanması 27.11.2020-30.12.2020 tarihleri arasında çevrimiçi (Google Forms aracılığıyla) gerçekleştirilmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler “IBM SPSS Statistics Version 22” istatistik paket programı ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı analizlerde frekans, yüzde, aritmetik ortalama, minimum -maksimum değerler, standart sapma; karşılaştırma analizlerinde bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans analizi, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Parametrik testlere ilişkin varsayımlar RSOÖ ölçeğinde sağlandığı için parametrik testler kullanılmış, K (10) ölçeğinde parametrik varsayımlar karşılanamadığı için non-parametrik testler kullanılmıştır. İç tutarlılık Cronbach’s Alpha ile değerlendirilmiştir. Ölçekler arasındaki ilişki Spearman Korelasyon testi ile incelenmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan (24.11.2020 tarih ve 278 sayı) onay alınmıştır. Katılımcıların onayı bilgilendirilmiş onam açıklamasına eklenen bir seçenekle çevrimiçi olarak alınmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerin kullanım izinleri geçerlik ve güvenilirlik araştırmalarını yapan araştırmacılardan elektronik posta yolu ile alınmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmada katılımcıların %75,7’si kadın, yaş ortalaması 33,7±13,6, %58,0’i lise ve altında eğitime sahiptir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireylerin %50,8’i evli, %28,0’i iki çocuğa sahip ve %55,6’sı çalışmaktadır. Kronik hastalığı olan katılımcıların oranı %16,8’dir (Tablo 1). Akgün ve ark. (2022)’nin benzer bir çalışmada katılımcıların %72,6’sı kadın, yaş ortalaması 30’un üzerinde, %82,1’i lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir.¹⁸ Aynı araştırmada bireylerin %10’unun bir kronik hastalığı olduğu ve %5,9’unun ruh sağlığı ile ilgili bir sorunu olduğu belirtilmektedir.¹⁸ Akgün ve ark. (2021)’nin başka bir araştırmasında da kronik hastalığı olan katılımcıların oranının %13,4 ve ruh sağlığı

ile ilgili bir hastalığı olanların oranının ise %8,4 olduğu belirtilmiştir.¹⁹

Dünya Sağlık Örgütü tarafından ruhsal sorunların artmasında COVID-19 salgınının önemli bir etkisi olduğu, özellikle 2020’de anksiyete ve depresyonun yaygınlaştığı rapor edilmiştir. Pandeminin, dünya genelinde ruhsal sağlık üzerinde büyük bir stres ve baskı yarattığı belirtilmektedir.²⁰

Araştırma sonucunda bireylerin %10,4’ünün ruh sağlığı ile ilgili bir hastalığı olduğu ve yaklaşık olarak katılımcıların her 5’inden 3’ünün şiddetli bir psikolojik sıkıntı içerisinde olduğu saptanmıştır (Tablo 1, Tablo 2). Hacıoğlu ve ark. (2019)’nin öğrencilerle yaptıkları çalışmada “her dört kişiden en az birinin teşhis ve tedavi

edilmemiş ruhsal bozukluğu olduğu, bunların da yaklaşık %69'unun fiziksel şikâyetlerle başvurduğu için fark edilemediği belirtilmiştir".²¹ Bu sonuç toplumda tanılanmamış ciddi ruhsal problemlili bireylerin olabileceğini düşündürmektedir. Önemli kronik rahatsızlığı (kalp-damar hastalığı, kanser, diyabet ve solunum sistemi hastalıkları) olan bireylerin kendinde ruhsal hastalık olduğunu düşünme durumunun somatizasyon düzeyini anlamlı olarak arttırdığı da belirtilmektedir.^{22,23}

Türkiye'de toplam kronik hastalık prevalansına ilişkin veriler net olmamakla birlikte hastalıklar ve risk faktörleri bazında yapılan araştırmalar bulunmaktadır.^{24,25} Kronik hastalıklar açısından risk faktörleri arasında olan sigara ve alkol tüketimi araştırma sonuçlarında da yerini almıştır. Katılımcıların %23,4'ü sigara ve %76,6'sının alkol kullandığı belirlenmiştir (Tablo 1). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 Araştırması bireylerin %31,6'sının halen tütün ürünü kullandığı erkeklerde bu değer %43,6 olduğu saptanmıştır.²⁵ Literatürde toplumda özellikle pandemi sürecinde alkol tüketiminin arttığı belirtilmektedir.²⁶

Tablo 1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri (n=531)

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

Araştırma COVID-19 pandemisinin dünya gündemini sarstığı bir yılın ardından

yapıldığından katılımcıların %65,2'sinin muhtemel ağır ruhsal rahatsızlık durumlarının olduğunu işaret eden puan aralığında bir değer alması şaşırtıcı değildir (Tablo 2). COVID-19'un bireylerde çok etkili bir stres faktörü olduğu ve psikolojik sıkıntı yaşayanların fazla olduğu bildirilmektedir.^{27,28}

Tablo 1.(devamı) Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri (n=531)

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Meslek		
Çalışmayan	174	32,0
Sağlık sektörü	117	22,0
Eğitim sektörü	126	24,0
Diğer*	114	21,0
Birlikte Yaşanan Kişiler		
Yalnız	35	6,7
Ebeveynler (Anne, baba)	202	38,0
Aile (Eş, çocuk)	264	49,7
Diğer**	30	5,6
Kronik Hastalığı Olma Durumu		
Evet	89	16,8
Hayır	442	83,2
Ruhsal Hastalık Olma Durumu		
Evet	55	10,4
Hayır	476	89,6
Madde Kullanma Durumu		
Sigara	124	23,4
Alkol	407	76,6
Uyku Problemi Yaşama Durumu		
Evet	205	38,6
Hayır	326	61,4
Son Altı Ayda Evdeki İş Yükü Durumu		
Arttı	236	44,4
Azaldı	26	4,9
Değişmedi	269	50,7

Kısaltmalar: n=Sayı, %=Yüzde

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

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

Tablo 1'de bireylerin %38,6'sının uyku problemi yaşamalarının yüksek psikolojik sıkıntının bir bulgusu olabileceği düşünülmektedir.² Akgün ve ark. (2021)'nin çalışmasında bireylerin %28'inin tanılanabilir bir ruh sağlığı problemi gösteren psikolojik sıkıntı düzeyine sahip olduğu bulunmuştur.¹⁹ Bu araştırmada da bireylerin psikolojik olarak yardıma ihtiyaçları olabileceğini, katılımcıların % 65,2'sinin tanılanabilir ruh sağlığı problemi düzeyinde bir sıkıntı yaşamalarına rağmen tanı almadıklarını da göstermektedir (Tablo 2). Buradaki problemin katılımcıların psikolojik sıkıntıyı ve ruh sağlığı ile ilgili sorunlara ilişkin semptomlarını tanınamaları olduğu düşünülmektedir.

Nitekim araştırmada katılımcıların RSOÖ puan ortalamaları $107,5 \pm 13,1$ 'dir (Tablo 2). Tokur Kesgin ve ark. (2020)'nin araştırmada da RSOÖ puan ortalaması $107,37 \pm 15,94$ olarak saptanmıştır.¹⁷ Bu iki araştırmanın sonuçları birbiri ile uyumludur ve toplumda RSO'nun istenilen durumda olmadığını göstermektedir. Araştırma sonucu Akgün ve ark. (2022)'nin belirlediği $109,5$ kesim noktasının altında olduğunu göstermektedir.¹⁸ Araştırmada saptanan ortalama katılımcıların %53,9'unun düşük bir RSO düzeyini sahip olduğunu işaret etmektedir (Tablo 2). Ruh sağlığı okuryazarlığı konusundaki bilgi eksikliklerinin ve damgalayıcı tutumların olması, "ruhsal bozuklukların erken dönemde etkili bir şekilde tedavi edilememesine sebep olmaktadır".⁹ Bu konuda kaydedilen iyileştirmeler ise "hem sağlık alanındaki eşitsizlikleri ortadan kaldıracak hem de sağlık ve sosyal hizmetler alanındaki harcamaların azalmasını sağlayacaktır".²⁹ Avustralya'da yapılan bir araştırmaya göre, ruh sağlığı okuryazarlığının bireylerin ruh sağlığı üzerinde potansiyel bir etkiye sahip olabileceği tespit edilmiştir. Buna göre "ruh sağlığı okuryazarlığı seviyesini yükseltmek gençlerin ruh sağlığı problemleri üzerinde önemli bir önleyici mekanizma olarak değerlendirilmiştir".³⁰

Tablo 2. Katılımcıların K (10) ve RSOÖ Durumlarının Dağılımları (n= 531)

Ölçeklerin Puan Aralıklarına Göre Dağılımları	n(%)	$\bar{x} \pm SS$
K (10) Puanları ($\bar{x} \pm SS=33,65 \pm 10,08$; Medyan=34,00; IQR=40; Min-Max= 10-50)		
10-19 puan muhtemel iyi	58 (10,9)	16,06 \pm 2,8
20-24 puan muhtemel hafif ruhsal rahatsızlık	56 (10,5)	22,33 \pm 1,4
25-29 puan muhtemel orta ruhsal rahatsızlık	71 (13,4)	26,97 \pm 1,4
30-50 puan muhtemel ağır ruhsal rahatsızlık (Tanılanabilir ruh sağlığı ile ilgili bir hastalık düzeyi)	346 (65,2)	33,62 \pm 10,1
RSOÖ Puanları ($\bar{x} \pm SS=107,5 \pm 13,1$; Medyan=108,0; IQR=40; Min-Max= 71-152)		
$\leq 109,5$	286 (53,9)	
$> 109,5$	245 (46,1)	

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

Tablo 3'te katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile K10 ve RSOÖ puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Erkeklerin

(medyan=39,0; IQR=6,0) psikolojik sıkıntı düzeyinin kadınlara göre (medyan=33,0; IQR=6,3) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,001$) (Tablo 3). Psikolojik sıkıntı durumları bireylerin ruh sağlığı problemlerini ne derecede yaşadıklarının da bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Erol ve ark. (1998), ruhsal bozuklukların "kadınlarda, erkeklere göre iki kat daha fazla" görüldüğünü bildirmiştir.³¹ Öte yandan mevcut çalışmada da belirtildiği gibi erkeklerde psikolojik sıkıntının varlığı da göz ardı edilmemelidir. Erkeklerin sağlık sorunlarının tespitine yönelik sağlık kurumlarını kadınlardan daha az kullanıyor olması bunun önemli nedenlerinden biri olabilir.³² Tablo 3'e göre kadınların RSOÖ puan ortalamaları ($109,0 \pm 13,1$) erkeklere göre ($102,7 \pm 13,1$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p < 0,05$). Ölçeğin alt boyutlarının tamamında kadınların puan ortalamaları erkeklerin ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Özellikle kadınların erkeklere oranla "hastalıkları tanıyabilme" ($25,3 \pm 4,7$), "bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi" ($16,5 \pm 3,4$), "profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi" ($9,1 \pm 1,6$) ve "ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik uygun yardım aramayı kolaylaştıran tutumlar ve ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar" ($46,8 \pm 8,4$) alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p < 0,05$) daha yüksektir (Tablo 3). Öztaş ve Aydoğan (2021) tarafından yapılan araştırmada da kadınların RSO puan ortalamaları erkeklerden daha yüksek bulunmuştur ($p > 0,05$).³³ Bu sonuç erkeklerin ruh sağlığı ile ilgili problemlerinin buz dağının görünmeyen kısmını oluşturabileceğini düşündürmektedir. Türk toplumunda erkek olmak ruh sağlığı ile ilgili konularda bir risk faktörü olarak düşünülebilir. Arslantaş ve ark. (2019)'nin araştırma sonuçları "kadınların ruhsal hastalıklara karşı daha esnek, hoşgörülü ve insancıl baktığı, hastaların normal insanlardan yalnızca küçük bir farkla ayrıldığını belirttikleri, damgalama eğilimlerinin daha az olduğunu" göstermiştir. Literatürde bunun nedeni kadının toplumdaki

cinsiyet rolü ile de ilgili olduğu şeklinde açıklanmaktadır.³⁴

Psikolojik sıkıntı durumu medyan puanın 46 yaş ve üzerindeki yetişkinlerde (40,0) diğer yaş grubundakilere (30,5-34,5) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Katılımcıların yaşları arttıkça psikolojik sıkıntı düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı bir artış göstermiştir (Tablo 3). Araştırmanın bu sonucu COVID-19 pandemisinde ileri yaştaki bireylerin daha fazla dışarı çıkma kısıtlamalarına maruz kalmasıyla ilgili olabilir. İleri yaştaki bireyler yaklaşık dokuz ay hiç dışarı çıkamamışlardır. Bunun yanında kronik hastalığı olan ileri yaştaki bireylerin COVID-19 korkusunu en fazla yaşayan grup olmaları da psikolojik sıkıntı düzeyi ortalamalarının bu yaş grubunda yüksek olmasını açıklayabilir. Ayrıca temel ihtiyaçlarını alacak bir yakını olmayan ileri yaştaki bireylerin günlük yaşamlarında farklı konularda zorluklar yaşadıkları da belirtilmektedir.³⁵

Katılımcıların RSOÖ puan ortalamaları incelendiğinde; 39-45 yaş grubundaki bireylerin en yüksek değeri aldığı (17,2±2,9) 18-24 yaş grubundaki bireylerin ise en düşük puanı aldığı (15,6±3,5) görülmüştür (Tablo 3). Öztaş ve Aydoğan (2021) tarafından yapılan çalışmada yaş ile RSOÖ puanları arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır (p<0,05).³³ Ruh sağlığı okuryazarlığının yeterli düzeyde olmaması ile çocukluk ve ergenlik dönemindeki ruh sağlığı bozuklukları genellikle tanınmaz ve tedavi edilmez hale gelmektedir.^{36,37} Bu dönemde tedavi edilmeyen ruh sağlığı sorunları yetişkinlikte de karşımıza çıkarak hem fiziksel hem de ruhsal sorunların oluşmasına neden olabilmektedir.³⁸ Ruh sağlığı hastalıklarına ve bunlar için yardım aramaya yönelik tutumların erken yaşlarda edinildiği bilinmektedir ancak “yeni deneyimler ve öğrenmelerle tutumların değişmesi mümkün olabilmektedir”.²⁹ Türkiye’de Sağlık Bakanlığı verilerine göre “10 kişiden 7’sinin sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük”tür.³⁹ Bireylerin okur-yazarlık düzeyleri ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerini de etkilemektedir. Bu nedenle

RSO düzeylerinin toplumda yükseltilebilmesi için okuryazarlık çalışmalarıyla paralel olması gerektiği düşünülmektedir.

Araştırma sonucu bu dönemdeki bireylerin RSO düzeylerinin düşük olduğunu göstermesi açısından önemli bir bulgudur. Çünkü ruh sağlığı ile ilgili hastalıkların ortaya ilk çıkış yaşlarının bu döneme denk geldiği düşünüldüğünde bu dönem kaçırılmış bir fırsat olarak düşünülmektedir.

Araştırmada psikolojik sıkıntı puanlarının medyan değerleri evlilerde (35,8) bekârlardan (31,4) istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (p=0,001). Mevcut araştırma sonucunun aksine başka bir çalışmada bekâr/boşanmış olanların, evli/birlikte yaşayanlara göre depresyon, anksiyete ve uyku bozuklukları bakımından ruh sağlığı durumlarının daha kötü olduğu bulunmuştur.⁴⁰ Aynı çalışmada bekârların %30,5’inin depresyonda olduğu, %28,2’inin anksiyete bozukluğu yaşadığı ve 44,7’sinin uyku bozuklukları yaşadığı tespit edilmiştir.⁴⁰ Bu iki araştırma arasındaki farklılıkların araştırmaların yapıldığı ülkelerin kültürel özelliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Katılımcılardan bekâr olanların RSOÖ puan ortalamaları (108,6±13,5), evlilere (106,4±12,7) oranla daha yüksektir (Tablo 3) (p=0,049). Ölçeğin alt boyutlarında da bekârların aldığı puan ortalamaları -iki alt boyut dışında-evlilere göre istatistiksel olarak daha yüksek saptanmıştır.

Bu bulgular, literatürdeki diğer bir çalışma ile çelişmektedir. Literatüre göre evli olan katılımcıların ölçek puan ortalamaları daha yüksekken, bu çalışmada bekâr katılımcıların daha yüksek puan aldığı saptanmıştır.³²

Bu durumun sebebi olarak, evli bireylerin üstlendikleri sorumluluklar nedeniyle bilgiye erişim için sınırlı zamanlarının kalması gösterilebilir. Ayrıca, katılımcıların büyük bir kısmının evdeki yüklerinin arttığını belirtmeleri de bu düşüncüyü desteklemektedir (Tablo 2).

Tablo 3. Katılımcıların bazı özellikleri ile K 10 ve RSOÖ puanlarının karşılaştırılması (n=531)

Özellikler	K 10 Medyan (IQR)	F1 $\bar{x} \pm SS$	F3 $\bar{x} \pm SS$	F4 $\bar{x} \pm SS$	F5 $\bar{x} \pm SS$	F2 $\bar{x} \pm SS$	F6 $\bar{x} \pm SS$	RSOÖ $\bar{x} \pm SS$
Cinsiyet								
Erkek	39,0 (6,0)	23,8±5,3	5,9±6,2	5,1±0,9	8,4±1,6	15,7±3,5	43,7±8,3	102,7±13,1
Kadın	33,0 (6,3)	25,3±4,7	6,2±1,4	5,2±1,0	9,1±1,6	16,5±3,4	46,8±8,4	109,0±13,1
İstatistiksel Analiz	U=20397,50 Z=-3,650 p=0,001	t=-2,885 df=529 p=0,004	t=-1,895 df=529 p=0,059	t=-1,984 df=529 p=0,325	t=-3,920 df=529 p=0,001	t=-2,320 df=529 p=0,021	t=-3,635 df=529 p=0,001	t=-4,875 df=529 p=0,001
Yaş								
18-24 (1)	32,0 (14,0)	25,1±4,2	6,10±1,4	5,7±1,0	9,0±1,6	15,6±3,5	46,6±8,7	107,6±13,1
25-31 (2)	30,5 (17,0)	24,5±5,4	6,2±1,3	5,5±1,2	8,6±1,8	16,7±3,4	45,7±7,4	107,4±13,9
32-38 (3)	34,5 (16,3)	24,6±5,38	6,1±1,7	5,3±1,0	8,7±1,4	16,6±3,0	45,2±9,4	106,4±13,9
39-45 (4)	33,0 (17,8)	25,4±5,0	6,5±1,4	5,0±0,7	9,0±1,6	17,2±2,9	45,1±7,8	108,8±11,9
46-52 (5)	40,0 (12,0)	24,0±5,8	6,1±1,5	5,0±0,9	8,9±1,9	16,9±3,9	46,4±8,1	107,3±13,2
>52 (6)	40,0 (17,0)	25,3±5,27	5,80±1,6	5,0±0,9	9,0±1,5	17,0±3,4	46,0±8,4	108,1±13,3
İstatistiksel Analiz	KWH=37,920 t=5 p=0,001	F=0,939 df=5 p=0,455	F=1,538 df=5 p=0,176	F=2,488 df=5 p=0,031	F=0,704 df=5 p=0,621	F=3,896 df=5 p=0,001	F=0,577 df=5 p=0,718	F=0,175 df=5 p=0,972
Post-hoc*	1-6,2-6,2-5,3-5			2-4		1-4		
Medeni Durum								
Evlü	35,8 (16,0)	24,6±5,4	6,1±1,5	5,0±0,9	8,8±1,6	16,8±3,3	45,1±7,9	106,4±12,7
Bekâr	31,4 (9,9)	25,2±4,5	6,1±1,4	5,3±1,1	9,1±1,6	15,91±3,6	46, ±9,0	108,6±13,5
İstatistiksel Analiz	U=26502,500 Z=-4,943 p=0,001	t=-1,536 df=529 p=0,125	t=-0,082 df=529 p=0,935	t=-2,815 df=529 p=0,005	t=-2,354 df=529 p=0,019	t=2,928 df=529 p=0,004	t=-2,586 df=529 p=0,010	t=-1,976 df=529 p=0,049
Çalışma Durumu								
Evet	37,0 (16,0)	24,7±5,4	6,1±1,5	5,1±0,9	8,8±1,7	16,6±3,5	44,8±8,0	106,2±13,3
Hayır	32,0 (15,0)	25,2±4,3	6,1±1,4	5,2±1,0	9,0±1,6	16,1±3,3	47,6±9,0	109,2±12,8
İstatistiksel Analiz	U=30992,000 Z=-2,174 p=0,030	t=-1,132 df=529 p=0,258	t=-0,059 df=529 p=0,953	t=-1,294 df=529 p=0,196	t=1,407 df=529 p=0,160	t=-1,741 df=529 p=0,082	t=-3,740 df=529 p=0,001	t=-2,653 df=529 p=0,008
Eğitim Durumu								
Ön Lisans ve Üstü	35,5 (17,0)	24,7±5,4	24,7±5,4	24,7±5,4	24,7±5,4	24,7±5,4	24,7±5,4	24,7±5,4
Lise ve Altı	33,0 (15,0)	25,2±4,3	25,2±4,3	25,2±4,3	25,2±4,4	25,2±4,3	25,2±4,3	25,2±4,3
İstatistiksel Analiz	U=32502,500 Z=-1,435 p=0,151	t=0,235 df=529 p=0,814	t=0,443 df=529 p=0,656	t=-0,148 df=529 p=0,251	t=0,385 df=529 p=0,700	t=3,410 df=529 p=0,001	t=-2,804 df=529 p=0,005	t=-0,845 df=529 p=0,398
Birlikte Yaşanan Kişiler								
Yalnız (1)	34,0(19,0)	25,7±5,1	6,1±1,5	5,3±1,4	9,0±1,8	17,2±3,5	48,0±10,0	111,3±14,9
Anne Baba Kardeşler(2)	31,0(15,0)	25,1±4,4	6,0±1,5	5,2±1,1	9,1±1,6	15,5±3,6	46,5±8,5	107,5±12,9
Eş ve Çocuklar(3)	37,0(16,0)	24,7±5,2	6,2±1,5	5,0±0,8	8,8±1,6	15,6±3,4	45,1±7,9	106,6±12,6
Diğer (4)**	34,0(15,3)	25,0±4,9	6,6±1,2	5,4±1,2	8,7±2,1	16,4±3,6	48,3±10,7	110,8±16,0
İstatistiksel Analiz	KWH=14,93 df=3 p=0,002	F=0,635 df=3 p=0,593	F=0,635 df=3 p=0,593	F=1,580 df=3 p=0,193	F=2,108 df=3 p=0,098	F=6,271 df=3 p=0,001	F=2,480 df=3 p=0,060	F=1,978 df=3 p=0,116
Post-hoc*	2-3					1-2, 1-3		
Ruh Sağlığı ile İlgili Hastalık Tanısı Alma								
Evet	29,0 (12,0)	25,9±12,2	6,4±1,5	5,4±1,9	9,3±1,7	17,7±2,8	49,5±8,2	113,7±12,2
Hayır	35,0 (16,0)	24,8±5,0	6,1±1,5	5,1±1,0	8,9±1,6	16,2±3,5	45,6±8,4	106,7±13,1
İstatistiksel Analiz	U=30992,000 Z=-2,174 p=0,030	t=1,637 df=528 p=0,102	t=1,461 df=528 p=0,145	t=1,843 df=528 p=0,066	t=1,935 df=528 p=0,054	t=1,867 df=528 p=0,062	t=3,791 df=528 p=0,001	t=3,791 df=528 p=0,001

* Adjusted Bonferroni

** Diğer: Ev arkadaşı, yurt arkadaşı vb.

Kısaltmalar; $\bar{x} \pm SS$: Ortalama±Standart Sapma, **IQR**: Interquartile Range (Çeyreklikler Arası Genişlik), **Min-Max**: Minimum-Maximum, **KWH**: Kruskal-Wallis test **F1**: Hastalıkları tanıyabilme, **F2**: Bilgiye nasıl ulaşılabilmesine yönelik bilgi, **F3**: Risk faktörlerine ve nedenlerine yönelik bilgi, **F4**: Kendi kendine yardım/tehdavi müdahaleleri hakkında bilgi, **F5**: Profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi, **F6**: ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik uygun yardım aramayı kolaylaştıran tutumlar ve ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar(damgalama)

Eş ve çocuklarıyla yaşayanların psikolojik sıkıntı durumu medyan puanları (37,0) anne-baba ve kardeşleriyle yaşayan yetişkinlere (31,0) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir (p=0,002) (Tablo 3). Eş ve çocuklarıyla yaşayan kişilerin ebeveyn rolü; annesiyle, babasıyla ve kardeşiyle yaşayıp evlat rolünde olanlara göre çok daha fazla sorumluluk yüklediğinden bu durumun psikolojik sıkıntı düzeylerinin daha fazla olmasını açıklayabileceği düşünülmektedir.

Daha önce herhangi bir ruhsal hastalık tanısı almayanların (medyan=35,0;

IQR=16,0) K10 puanlarının hastalık tanısı alanlara (medyan=29,0; IQR=12,0) göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,030) (Tablo 3). Bu çalışmada katılımcıların %16,8'inin kronik hastalığı olduğu ve %10,4'ünün ruh sağlığı ile ilgili bir hastalık geçirdiği saptanmıştır (Tablo 1). Ciddi kronik rahatsızlığı (kalp-damar hastalığı, kanser, diyabet ve solunum sistemi hastalıkları) olan bireylerin kendinde psikiyatrik hastalık olduğunu düşünme durumunun somatizasyon düzeyini anlamlı olarak arttırdığı belirtilmektedir.²²

Araştırmaya göre, katılımcıların ruh sağlığı ile ilgili hastalık tanısı alma ile RSOÖ puanları karşılaştırıldığında tanı alanların RSOÖ puan ortalamaları(113,7±12,2) tanı almayanlara göre (106,7±13,1) istatistiksel bakımdan anlamlı olarak daha yüksektir (p=0,001). Alt boyutlar incelendiğinde ise “Hastalıkları tanıyabilme” bakımından, ruh sağlığı ile ilgili hastalık tanısı alanların (25,9±12,2) almayanlara (24,8±5,0) göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha

yüksek olduğu bulunmuştur (p=0,001). “Ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik uygun yardım aramayı kolaylaştıran tutumlar ve ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar” alt boyutu incelendiğinde, katılımcılardan hastalık tanısı alanların puan ortalamalarının (49,5±8,2) almayanlara göre (45,6±8,4) istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (p=0,001) (Tablo 3).

Tablo 4. Katılımcıların K 10 Sonuçları ile RSOÖ Sonuçları Korelasyon Tablosu (n=531)

Ölçekler ve Alt Boyutları	K10	F1	F3	F4	F5	F2	F6	RSOÖ
K10	1							
F1	-0,45	1						
F3	-0,080	0,233**	1					
F4	0,006	0,107*	0,051	1				
F5	0,028	0,382**	0,187	0,061	1			
F2	0,109*	0,341*	0,118**	0,072	0,304**	1		
F6	-0,016	0,160**	0,071	0,039	0,148**	0,252**	1	
RSOÖ	0,000	0,636**	0,317**	0,160**	0,462**	0,587**	0,770**	1

Spearman Korelasyon *p<0,05, **p<0,01

Katılımcıların K10 ile RSOÖ sonuçları arasında istatistik olarak anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır (p>0,05; r=0,000). Sadece psikolojik sıkıntı durumu ile RSOÖ alt boyutu olan bilgiye ulaşma durumu arasında zayıf anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (p<0,05; r= 0,109).

Araştırma kapsamında K10 ile RSOÖ arasında pozitif ya da negatif yönde herhangi bir ilişki tespit edilememiştir. Akgün ve ark. (2022) bu iki ölçek arasında çok zayıf bir ilişki tespit etmişlerdir.¹⁸

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda yetişkinlerin muhtemel ağır ruhsal rahatsızlık durumlarının olduğunu işaret eden psikolojik bir sıkıntı düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir. Her beş kişiden üçünün psikolojik sıkıntı durumunun tanılanabilir ruh sağlığı problemini işaret edecek bir noktada olduğu görülmüştür. Özellikle erkeklerin, kadınlara göre daha fazla psikolojik sıkıntı yaşadığı tespit edilmiştir. Araştırmada yetişkinlerin yaklaşık yarısının RSO durumlarının ortalamasının altında oldukları saptanmıştır.

Araştırma sonuçları doğrultusunda ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesini içeren müdahale programlarıyla hem mevcut durumun saptanması hem de bireylerin RSO düzeylerinin artırılması önerilmektedir. Aynı zamanda RSO'nun artırılmasına yönelik eğitimlerinin verilmesi ve bu eğitimlerin farklı yaş ve eğitim düzeyindeki her bireye ulaştırılması da önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Hatef, F, Maleki, A, Amini, K. and Khodadadi, E. (2020). "Investigating Psychological Distress Level and Its Association with Demographic Characteristics in Nurses". *J Psychiatr Nurs*, 11 (3), 195–200.
- Ridner, S.H. (2004). Psychological distress: concept analysis. *J Adv Nurs*,45,536–45.
- Reavley, N.J. and 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. *Aust N Z J Psychiatry*, 45,947-956.
- Tay, L.J, Tay, Y.F. and Yobas, P.K. (2018). Mental health literacy levels. *Arch Psychiatr Nurs*, 32,757-763.
- Zou, G, Shen, X, Tian, X, Liu, C, Li., G, Kong, L. and Li., P. (2016). "Correlates of Psychological Distress, Burnout, and Resilience among Chinese Female Nurses". *Ind. Health*, 54 (5), 538–550. <https://doi.org/10.2486/indhealth.2015-0103>.
- Gültekin, B.K. (2010). "Ruhsal Bozuklukların Önlenmesi: Kavramsal Çerçeve ve Sınıflandırma". *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2 (4), 583–594.
- Murray, C.J.L. and Lopez, A.D. (1996). The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injury and risk factors in 1990 projected to 2020. Geneva, World Bank, World Health Organization and Harvard School of Public Health. Page 21.
- Wei, Y, McGrath, P.J., Hayden, J. and Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: A scoping review. *BMC Psychiatry*, 15,291.
- Özer, D. ve Şahin Altun, Ö. (2022). Ruh Sağlığı Okuryazarlığı: Farkındalık ile Toplum Ruh Sağlığını Güçlendirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 14(2), 284-289.
- COVID-19 Mental Disorders Collaborators. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*, 398,1700-1712.
- Kutcher, S, Wei, Y. and Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: past, present, and future. *Can J Psychiatry*, 61,154-158.
- Lo, K, Gupta, T. and Keating, J.L. (2018). Interventions to promote mental health literacy in university students and their clinical educators. A systematic review of randomised control trials. *Health Prof Educ*, 4,161-175.
- Ratnayake, P. and Hyde, C. (2019). Mental health literacy, helpseeking behaviour and wellbeing in young people: implications for practice. *The Educational and Developmental Psychologist*, 36,16-21.
- Kessler, R.C, Andrews, G, Colpe, L J, Hiripi, E, Mroczek, DK, Normand, S.-L, Walters, E. E, and Zaslavsky, A. M. (2002). "Short Screening Scales to Monitor Population Prevalences and Trends in Non-Specific Psychological Distress". *Psychol. Med.*, 32 (6), 959–976.
- Altun, Y, Özen ,M. ve Kuloğlu, M. (2019). Psikolojik Sıkıntı Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması". *Anadolu Psikiyatri Derg.*, 20, 23-31.
- O'Connor, M. and Casey, L. (2015). "The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A New Scale-Based Measure of Mental Health Literacy". *Psychiatry Res.*, 229 (1), 511–516. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.064>.
- Tokur- Kesgin, M, Pehlivan, Ş. ve Uymaz, P. (2020). "Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması". *Anatol. J. Psychiatry Anadolu Psikiyatri Derg.*, 21, 5-13.
- Akgün, Ş, Tokur Kesgin, M. ve Hançer, T. (2022). The correlation between health literacy and mental health literacy in Turkish Society. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58 (4), 2950-2961. <https://doi.org/10.1111/ppc.13146>
- Akgun, S, Kesgin, M.T, Tok, H. H ve Uzun, L. N. (2021). "Comparison of Psychological Distress and Mental Health Literacy Levels of Hospitalized Covid-19 Patients, Individuals Under Quarantine, and Healthy Individuals of Society in The Pandemic". *ASEAN J. Psychiatry*, 22 (8), 149-458.
- World Health Organization (2022). Mental Disorders. Erişim Tarihi:22.09.2022 Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders#:~:text=İn%202019%2C%201%20in%20every,of%20the%20COVID%2D19%20pandemic> (Erişim tarihi: 23.09.2022).
- Hacıoğlu, N, Tedik, S. ve Yaralı, S. (2019). Hemşirelik Öğrencilerinin Ruhsal Sorunları Ve İlişkili Faktörler. *Anadolu Hemşire ve Sağlık Bilim Derg.* 22(3),196-204.
- Kayhan, F. (2011). "Bir Üniversite Hastanesinde Yatarak Tedavi Gören Hastalarda Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarının Yaygınlığı". Selçuk Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Konya
- Burak, K. ve Akbaba, M. (2018). Çukurova yöresinde kırsal bir bölgedeki yetişkinlerin ruh sağlığı durumu ve etkileyen faktörler. *Sak Tıp Derg.* 8(3),538-50.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2018). Ölüm Nedeni İstatistikleri-2017. Haber Bülteni Sayı: 27620, 26 Nisan 2018. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27620> (Erişim tarihi: 23.09.2022).
- Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi (2018). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS). S. ÜNER, M. Balcılar, T. Ergüder (Ed.) T. Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara. Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Raporlar/turkey-risk-factors-tur_STEPS-2017.pdf (Erişim Tarihi:22.09.2022)
- Arpacioğlu, S. ve Ünübol, B. (2020). "Koronavirüs Salgınında Alkol-Sigara Kullanımındaki Değişiklikler ve İlişkili Durumların Araştırılması". *Kıbrıs Türk Psikiyatri Ve Psikol Derg.* 2 (3), 128–138.
- Baltacı, N.N. ve Coşar, B. (2020). COVID-19 pandemisi ve ruh beden ilişkisi. B. Coşar (Ed.) *Psikiyatri ve COVID-19*. s.1-6. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Aşkin, R, Bozkurt, Y. ve Zeybek, Z. (2020). "Covid-19 Pandemisi: Psikolojik Etkileri ve Terapötik Müdahaleler". *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sos. Bilim. Derg.*, 19 (37), 304–318.
- Jorm, A. F, Korten, A. E, Jacomb, P. A, Christensen, H, Rodgers, B. and 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". *Med J Aust*, 166 (4), 182–186.
- Lam, L.T. (2014). "Mental Health Literacy and Mental Health Status in Adolescents: A Population-Based Survey. *Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health*, 8 (1), 26. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-8-26>.
- Erol, N, Kılıç, C, Ulusoy, M., Keçeci, M. ve Şimşek, Z. (1998). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*". Birinci Baskı Ank..

32. Leone, J.E, Rovito, M.J, Mullin, E.M, Mohammed. S.D. and Lee, C.S. (2017). Development and Testing of a Conceptual Model Regarding Men's Access to Health Care. *American Journal of Health*, 11(2),262-274. doi:10.1177/1557988316671637
33. Arslantaş, H, Koyak, H. ve Sarı, E. (2019). "Lise Öğrencisi Ergenlerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç ve Sosyal Mesafelerini Etkileyen Faktörler". *Cukurova Med. J.*, 44 (4), 1272–1283.
34. Altın, Z. (2020). "Elderly People in Covid-19 Outbreak". *J. Tepecik Educ. Res. Hosp.*. <https://doi.org/10.5222/terh.2020.93723>.
35. Öztaş, B. ve Aydoğan, A. (2021) sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi. *J Psychiatric Nur*, 12 (3), 198-204.
36. Hurley, D, Swann, C, Allen, M.S, Ferguson, H.L. and Vella, S.A. (2020). A Systematic Review of Parent and Caregiver Mental Health Literacy. *Community Ment Health J*,56,2-21.
37. Attygalle, U.R, Perera, H. and Jayamanne, B.D.W. (2017). Mental health literacy in adolescents: ability to recognise problems, helpful interventions and outcomes. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*,11,38.
38. Seedaket, S, Turnbull, N, Phajan, T. and Wanchai, A. (2020). Improving mental health literacy in adolescents: systematic review of supporting intervention studies. *Trop Med Int Health*25,1055-1064.
39. Sleep Disturbances in Italy". *Int. J Environ Res Public Health*, 17 (13), 4779.