



Research article

Journal of Innovative Healthcare Practices (JOINIHP) 7(1), 25-41, 2026

Received: 11-Nov-2025

Accepted: 10-Feb-2026

<https://doi.org/10.58770/joinihp.1821593>



SAKARYA UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES

Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Çalışanlarının Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi

Filiz KOÇ^{1*}, Ayşe OKANLI²

¹ Psikiyatri Hemşireliği Doktora Programı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Türkiye

² Psikiyatri Hemşireliği, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Türkiye

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde kilit rol oynayan birinci basamak sağlık hizmeti çalışanlarının ruh sağlığı okuryazarlığı (RSO) düzeylerini belirlemek ve ilişkili faktörleri ortaya koymaktır. Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte tasarlanmış olup, ruh sağlığı birimleri dışında çalışan 139 hekim dışı sağlık personeli ile yürütülmüştür. Veriler, Kişisel Bilgi Formu ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOÖ) aracılığıyla toplanmıştır. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri de değerlendirilmiştir. Katılımcıların %93,5'i kadın, %79,9'u evli, %33,8'si hemşire, yaş ortalaması 40,32±8,18, meslekte ortalama hizmet süresi 17,43±8,85 yıl, %77'si önlisans/lisans mezunu ve %61,2'si gelirlerinin giderlerine denk olduğunu belirtmiştir. RSO düzeyleri genel olarak yüksek bulunmuş; ölçekten alınan toplam puan ortalaması 120,63±9,99'dur. Ölçek puanı ile genel sağlık durumu, ailesinde veya çevresinde ruhsal hastalık bulunması, ruh sağlığı eğitimi alma durumu, ruh sağlığı alanında çalışmayı isteme ve meslek değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış fakat cinsiyet, yaş, eğitim durumu, meslekte geçirilen süre, medeni durum ve gelir durumu ile ölçek puanı arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Birinci basamak sağlık çalışanları, ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesinde erken müdahale açısından stratejik bir öneme sahiptir. Hastalarla doğrudan temas hâlinde olan bu personelin ruhsal bozukluklara dair bilgi düzeylerinin yeterli olması, tanı ve tedavi süreçlerinde daha etkin rol almalarını sağlamaktadır. Bu doğrultuda, RSO'nın artırılmasına yönelik sürekli mesleki gelişim eğitimlerinin planlanması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Birinci basamak sağlık hizmetleri, ruh sağlığı okuryazarlığı, sağlık personeli eğitimi

* Sorumlu Yazar e-postası: 220903001@ismu.edu.tr

Cite as: Filiz Koç, F & Ayşe Okanlı, A. (2026). Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Çalışanlarının Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi, *Journal of Innovative Healthcare Practice*, 7(1), 25-41. <https://doi.org/10.58770/joinihp.1821593>

Determination of Mental Health Literacy Knowledge Levels of Primary Health Care Workers

ABSTRACT

The aim of this study is to determine the mental health literacy (MHL) levels of primary healthcare workers, who play a key role in community-based mental health services, and to identify related factors. The study was designed as descriptive and cross-sectional and was conducted with 139 non-physician healthcare personnel working outside mental health units. Data were collected using a Personal Information Form and the Mental Health Literacy Scale (MHLS). Participants' socio-demographic characteristics were also assessed. Of the participants, 93.5% were female, 79.9% were married, 33.8% were nurses, the mean age was 40.32 ± 8.18 , the mean length of service in the profession was 17.43 ± 8.85 years, 77% were associate degree/bachelor's degree graduates, and 61.2% stated that their income was sufficient to cover their expenses. MHL levels were generally found to be high; the mean total score on the scale was 120.63 ± 9.99 . Statistically significant differences were found between the scale score and general health status, presence of mental illness in the family or environment, mental health training status, desire to work in the field of mental health, and occupational variable; however, no significant differences were found between gender, age, educational status, length of service in the profession, marital status, income status, and scale score. Primary healthcare workers are of strategic importance in terms of early intervention for the protection and promotion of mental health. The adequate level of knowledge of this personnel, who are in direct contact with patients, regarding mental disorders enables them to play a more effective role in the diagnosis and treatment processes. In this regard, it is recommended that continuous professional development training programmes aimed at increasing mental health literacy be planned.

Keywords: Primary health care services, mental health literacy, healthcare personnel education

1 Giriş

Ruhsal bozukluklar toplum genelinde yaygın bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization, WHO) tarafından 2019 yılında yayımlanan küresel tahminlere göre, dünya nüfusunun yaklaşık %3,8'i depresif bozukluklardan, %4,1'i ise anksiyete bozukluklarından etkilenmektedir (WHO 2019). Ruhsal bozukluklara sahip bireylerin önemli bir bölümünün ilk ve en sık başvuru noktası olarak birinci basamak sağlık hizmetlerini kullandığı, yüksek etkili epidemiyolojik çalışmalarla ortaya konmuştur (Goldberg 2010; Archer vd., 2012; Kessler vd., 2009). Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimler sürekli başvuran vakaların üçte birinden fazlasında, önemli düzeylerde psikolojik sıkıntı bulunduğu ve bu hastaların ancak %15-25'ine spesifik olarak anksiyete ya da depresyon tanısı konabildiği gösterilmiştir (Ocaktan vd.,2004). Ruhsal bozukluklara sahip bireylerin başvuru yerinin çoğunlukla birinci basamak sağlık hizmetleri olması, hastalıkların erken tanınması ile uygun tedavi ve izlemin sağlanması açısından birinci basamağa özgün ve kritik bir konum kazandırmaktadır.

Ruhsal bozuklukların yaygınlığına rağmen birinci basamakta yeterince tanınamaması ve RSO'daki yetersizlikler, tedavi boşluğunu artırarak ruhsal bozuklukların bireysel, toplumsal ve ekonomik yükünün büyümesine neden olmaktadır (WHO 2022; Vigo vd., 2016). Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularının, koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetlerini sağlamak için yeterli zaman bulamadıkları, ruh sağlığı sorunlarına yönelik eğitim eksikliği yaşadıkları ve algılanan yetkinlik konusunda eksiklik yaşadıkları belirtilmektedir (Keeley vd., 2018). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde, ruhsal hastalıkların düşük tanı ve tedavisi, psikososyal müdahalelere ilişkin yetersiz bilgi, ruh sağlığı sorunlarına yönelik eğitim ve farkındalık eksikliği, yeterli tarama araçlarının bulunmamasına bağlı yeterli ruh sağlığı hizmeti verilememektedir (Khatrı vd., 2023). Bu engellerin üstesinden gelmek için,

sağlık çalışanlarının eğitimi ve bilgilendirilmesi, tarama araçlarının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması gibi önlemler alınmalıdır (Rameez&Nasir, 2023). Ruhsal hastalıklara yönelik en önemli önleme stratejisi RSO düzeyinin yükseltilmesidir (Jorm 2012). RSO'nın yüksek düzeyde olması, ruhsal hastalıklara yönelik koruyucu yaklaşımların güçlendirilmesi ve erken tanı süreçlerinin etkinliğini artırarak toplum sağlığına önemli katkılar sağlamaktadır (Jorm 2012; Kutcher vd., 2016). Bu bağlamda, birinci basamak sağlık hizmeti çalışanlarının ruhsal hastalıkları tanıma, güvenilir bilgiye erişim, risk faktörlerini değerlendirme, kendi kendine yardım ve profesyonel yönlendirme ile yardım aramayı destekleyen tutumlar açısından incelenmesi, RSO'nın çok boyutlu yapısının anlaşılmasına katkı sunmaktadır (Kitchener & Jorm, 2008; Morgan vd., 2018).

2 Metodoloji

2.1 Araştırmanın Deseni, Yeri ve Zamanı

Bu araştırmanın amacı toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde kilit rol oynayan birinci basamak sağlık hizmeti çalışanlarının RSO düzeylerini belirlemek ve ilişkili faktörleri ortaya koymaktır. Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel olarak tasarlanmış olup 01.07.2024–31.12.2024 tarihleri arasında, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı bir İlçe Sağlık Müdürlüğü ve bağlı kuruluşları olan Aile Sağlığı Merkezleri ile Sağlıklı Hayat Merkezinde gerçekleştirilmiştir.

2.2 Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı bir ilçe sağlık müdürlüğü ve bağlı aile sağlığı merkezlerinde görev yapan hekim dışı 156 sağlık personeli oluşturmuştur. Örneklemi ise evreni bilinen örneklem yöntemi ile %5 hata payı ve %95 güven aralığında belirlenen hedef örneklem sayısında evrenin tamamına ulaşmak hedeflenmiş olup araştırma 139 hekim dışı sağlık çalışanları ile (hemşire, ebe, diyetisyen, fizyoterapist, sağlık memuru/teknikeri/teknisyeni, çocuk gelişimci, tıbbi sekreter, veri hazırlama kontrol işletmeni, çevre sağlığı teknisyeni) tamamlanmıştır. Araştırmaya dahil olma kriterleri; 18 yaş üstü olmak ve araştırmaya katılmaya gönüllü sağlık profesyoneli olmak şeklinde belirlenmiştir. Araştırmadan dışlanma kriterleri ise hekim olmak, ruh sağlığı profesyoneli olmak ve araştırmaya katılmayı kabul etmemek şeklinde belirlenmiştir.

2.3 Veri Toplama Araçları

2.3.1 Kişisel Bilgi Formu; Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirlemek için araştırmacı tarafından oluşturulan kişisel bilgi formu cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir durumu, meslek ve ruhsal hastalıklarla ilgili sorulardan oluşturulan bir formdur.

2.3.2 Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOÖ); O'Connor ve Casey tarafından geliştirilen ve toplam 35 maddeden oluşan bir ölçme aracıdır. Ölçekte yer alan maddelerin bir kısmı dörtlül, bir kısmı ise beşli Likert tipi derecelendirme ile yanıtlanmaktadır (O'Connor & Casey 2015). Ölçekten alınabilecek en düşük puan 35, en yüksek puan ise 160'tır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında Cronbach's alpha iç tutarlılık katsayısı 0,89 olarak bildirilmiştir. Belirlenen kesim noktasına göre, $\leq 109,50$ puan düşük ruh sağlığı okuryazarlığını, $> 109,50$ puan ise yüksek ruh sağlığı okuryazarlığını göstermektedir. RSOÖ altı faktörlü bir yapıya sahiptir. Bu faktörler; Hastalıkları Tanıyabilme (1–8. maddeler), Bilgiye Nasıl Ulaşabileceğine Yönelik Bilgi (16–19. maddeler), Risk Faktörleri ve Nedenlerine Yönelik Bilgi (9–10. maddeler), Kendi Kendine Yardım ve Tedavi Müdahalelerine Yönelik Bilgi (11–12. maddeler), Profesyonel Yardıma Ulaşabilmeye Yönelik Bilgi (13–15. maddeler) ile

Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Uygun Yardım Aramayı Kolaylaştıran Tutumlar (20–35. maddeler) şeklinde tanımlanmıştır (Tokur-Kesgin vd. 2020).

2.4 Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 27.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken, nicel değişkenler ortalama, standart sapma, medyan, min ve max değerleriyle, nitel değişkenler frekans ve yüzde gibi tanımlayıcı istatistiksel metodlar ile gösterildi. Verilerin normal dağılıma uygunluklarının değerlendirilmesinde Shapiro Wilks test ve Box Plot grafiklerden yararlanıldı. Normal dağılım gösteren niceliksel iki grup değerlendirmelerinde Student t-test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki gruba göre değerlendirmelerinde Mann Whitney U test; üç grup ve üzeri karşılaştırmalarında Kruskal Wallis test ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Dunn test kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde dağılıma göre Pearson veya Spearman's korelasyon analizi kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,76 olarak bulunmuştur.

3 Bulgular

Bu araştırma toplam 139 sağlık personelinin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların çoğunluğunu %93,5'i (n=130) kadınlar oluşturmuş, yaş ortalaması $40,32 \pm 8,18$ olup eğitim durumu %77,0'ı (n=107) önlisans/lisans mezunudur. Katılımcıların %79,9'u (n=111) evli ve %61,2'si (n=85) gelirlerinin giderlerine eşit olduğunu belirtmiştir. Meslek grubu olarak katılımcıların çoğunluğunu ebe (%35,3) ve hemşire (%33,8) oluşturmuş, meslekte geçirdikleri süre ortalama $17,43 \pm 8,85$ yıl olarak saptanmıştır. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 1' de verilmiştir.

Tablo 1: Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

Özellikler		n (%)
Cinsiyet	Kadın	130 (93,5)
	Erkek	9 (6,5)
Yaş	Ort±Ss	40,32±8,18
	Medyan (Min-Maks)	39 (24-64)
Eğitim Durumu	Lise	11 (7,9)
	Önlisans/lisans	107 (77,0)
	Yüksek lisans/doktora	21 (15,1)
Medeni Durum	Evli	111 (79,9)
	Bekar	24 (17,3)
	Boşanmış	4 (2,9)
Gelir Durumu	Gelir giderden az	48 (34,5)
	Gelir gidere eşit	85 (61,2)
	Gelir giderden çok	6 (4,3)
Meslek	Ebe	49 (35,3)
	Hemşire	47 (33,8)
	Sağlık memuru/teknikeri	15 (10,8)
	Veri hazırlama kontrol işletmeni	12 (8,6)
	*Diğer	16 (11,5)
Mesleğinizde Geçirdiğiniz Süre	Ort±Ss	17,43±8,85
	Medyan (Min-Maks)	17 (1-37)

*Diğer; Çevre sağlığı teknisyeni, diyetisyen, fizyoterapist, çocuk gelişimci)

Katılımcıların %83,5'i (n=116) yaşamlarının bir döneminde ruhsal sağlıklarının yolunda gitmediğini düşündüklerini belirtirken, %63,3'ü (n=88) ruh sağlığı ile ilgili destek almadığını, %79,1'i (n=110) ruhsal sağlık konularına ilgisinin olduğunu, %41,7'si (n=58) ailesinde veya yakın çevresinde ruhsal hastalığı olan bir kişi bulunduğunu, %71,9'u (n=100) ruhsal hastalıkların tanınması ve önlenmesine yönelik bir eğitim aldığını, %62,6'sı (n=87) ruh sağlığı ve hastalıkları ile ilgili eğitim alma ihtiyacı duyduğunu, %67,6'sı (n=94) ruh sağlığı ile ilgili bilgi edinmek için kitap veya dergileri kullandığını, %64,7'si (n=90) internet/sosyal medya/TV'den faydalandığını, %64 'ü (n=89) dijital yayınları tercih ettiğini ifade etmiş ve genel sağlık durum puanı ortalamaları $7,14 \pm 1,39$ olarak saptanmıştır. Katılımcıların ruh sağlığı ile ilgili sorulara verilen yanıtların dağılımı Tablo 2' de verilmiştir.

Tablo 2: Ruh Sağlığı ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtların Dağılımı

Ruh Sağlığı ile İlgili Sorular		n (%)
Yaşamınızın bir döneminde ruh sağlığınızın yolunda gitmediğinin düşündüğünüz bir dönem oldu mu?	Hayır	21 (15,1)
	Evet	116 (83,5)
	Hatırlamıyorum	2 (1,4)
Yaşamınızın bir döneminde ruh sağlığınız ile ilgili destek aldınız mı?	Hayır	88 (63,3)
	Evet	51 (36,7)
Ruhsal sağlıkla ilgili konulara ilginiz var mı?	Hayır	29 (20,9)
	Evet	110 (79,1)
Ailenizde veya yakın çevrenizde ruhsal hastalığı olan var mı?	Hayır	81 (58,3)
	Evet	58 (41,7)
Ruhsal hastalığı tanılama ve önlemeye yönelik bir eğitim aldınız mı?	Hayır	100 (71,9)
	Evet	39 (28,1)
Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ruh sağlığı ve hastalıkları ile ilgili eğitim alma ihtiyacı duyuyor musunuz?	Hayır	22 (15,8)
	Evet	87 (62,6)
	Farketmez	30 (21,6)
*Ruh sağlığı bilgi edinme kaynaklarınız nelerdir?	İnternet/sosyal medya/TV	90 (64,7)
	Ruh sağlığı uzmanları	46 (33,1)
	Sosyal çevre- arkadaşlar	38 (27,3)
	Kitap/dergi	94 (67,6)
	Dijital yayınlar	89 (64,0)
Ruh sağlığı ve hastalıkları ile bir alanda çalışmayı ister miydiniz?	Hayır	89 (68,5)
	Evet	41 (31,5)
Genel sağlık durumunuzu 1 ile 10 arasında değerlendiriniz	Ort±Ss	$7,14 \pm 1,39$
	Medyan (Min-Maks)	7 (2-10)
Kronik bir hastalığınız var mı?	Hayır	109 (78,4)
	Evet	30 (21,6)
Fiziksel bir hastalığınız var mı?	Hayır	125 (89,9)
	Evet	14 (10,1)

*Ruh Sağlığı bilgi edinme kaynaklarınız nelerdir? sorusu birden fazla seçenek olarak işaretlenmiştir.

Katılımcıların RSOÖ'den aldıkları toplam puan 98 ile 146 arasında değişmekte olup; ortalama puan $120,63 \pm 9,99$ 'dir. *Hastalıkları Tanıyabilme* (F1) alt boyutundan alınan puanlar 21 ile 40 arasında değişmekte olup; ortalama puan $31,42 \pm 3,26$ 'dır. *Bilgiye Nasıl Ulaşabileceğine Yönelik Bilgi* (F2) alt boyutundan alınan puanlar 9 ile 20 arasında değişmekte olup; ortalama puan $15,36 \pm 1,99$ 'dir. *Risk Faktörlerine ve Nedenlerine Yönelik Bilgi* (F3) alt boyutundan alınan puanlar 2 ile 10 arasında değişmekte olup; ortalama puan $6,71 \pm 1,64$ 'tür. *Kendi Kendine Yardım / Tedavi Müdahaleleri Hakkında Bilgi* (F4) alt boyutundan alınan puanlar 5 ile 10 arasında değişmekte olup; ortalama puan $6,49 \pm 1,00$ 'dir. *Profesyonel Yardıma Ulaşabilmeye Yönelik Bilgi* (F5) alt boyutundan alınan puanlar 7 ile 15 arasında

değişmekte olup; ortalama puan $10,87 \pm 1,72$ 'dir. *Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Uygun Yardım Aramayı Kolaylaştıran Tutumlar* (F6) alt boyutundan alınan puanlar 35 ile 68 arasında değişmekte olup; ortalama puan $49,78 \pm 7,36$ 'dır. Katılımcıların RSOÖ puan dağılımı Tablo 3' de verilmiştir.

Tablo 3: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Puan Dağılımı

Ölçek Alt Boyut Dağılımı	Soru Sayısı	Ort±SS	Medyan (Min-Maks)	Cronbach's Alpha
Toplam Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği	35	120,63±9,99	120 (98-146)	0,767
Hastalıkları Tanıyabilme (F1)	8	31,42±3,26	32 (21-40)	
Bilgiye Nasıl Ulaşabileceğine Yönelik Bilgi (F2)	4	15,36±1,99	16 (9-20)	
Risk Faktörlerine ve Nedenlerine Yönelik Bilgi (F3)	2	6,71±1,64	6 (2-10)	
Kendi Kendine Yardım / Tedavi Müdahaleleri Hakkında Bilgi (F4)	2	6,49±1,00	6 (5-10)	
Profesyonel Yardıma Ulaşabilmeye Yönelik Bilgi (F5)	3	10,87±1,72	10 (7-15)	
Tutumlar (F6)	16	49,78±7,36	48 (35-68)	

RSOÖ toplam puanı; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, meslekte geçirilen süre, medeni durum, gelir durumu ve mesleki değişkenler ile ruhsal sağlıkla ilgili öznel deneyim, destek alma, ilgi ve eğitim gereksinimine ilişkin değişkenlere göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Genel sağlık durumu puanı ile ölçek toplam puanı arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0,170$; $p<0,05$). Ailesinde veya yakın çevresinde ruhsal hastalığı bulunan katılımcıların ölçek toplam puanları daha düşük, ruhsal hastalıkların tanınması ve önlenmesine yönelik eğitim alanların puanları ise daha yüksek bulunmuştur ($p<0,01$).

Ruh sağlığına ilişkin bilgi kaynakları açısından, internet/sosyal medya/televizyon kullananların ölçek puanları daha düşük; sosyal çevre/arkadaşlar, kitap/dergi ve dijital yayınları kullananların puanları daha yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Ruh sağlığı alanında çalışmayı isteyen katılımcıların ölçek puanları anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0,01$).

Ölçeğin alt boyut analizlerinde, medeni duruma göre F4 ve F5 alt boyutlarında; gelir durumuna göre ise F6 alt boyutunda anlamlı farklılıklar belirlenmiş olup, diğer alt boyutlar ve değişkenler açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Tanımlayıcı özelliklere göre ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4: Tanımlayıcı Özelliklere Göre RSOÖ Toplam Puan ve Ölçek Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırması

Özellikler			Toplam Puan	Hastalıkları tanıyabilme (F1)	Bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi (F2)	Risk faktörlerine ve nedenlerine yönelik bilgi (F3)	Kendi kendine yardım / tedavi müdahaleleri hakkında bilgi(F4)	Profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi (F5)	Tutumlar (F6)
Cinsiyet	Kadın	Ort±Ss	120,77±9,79	31,42±3,29	15,37±1,99	6,78±1,65	6,49±1,01	10,88±1,74	49,83±7,08
		Medyan (Min-Maks)	119,5 (99-146)	32 (21-40)	16 (9-20)	6 (2-10)	6 (5-10)	10 (7-15)	48 (35-68)
	Erkek	Ort±Ss	118,67±13,05	31,44±2,96	15,22±1,99	5,78±1,09	6,44±0,73	10,78±1,48	49±11,14
		Medyan (Min-Maks)	120 (98-135)	32 (24-34)	16 (11-17)	6 (4-8)	6 (6-8)	10 (9-14)	48 (37-62)
^a p			0,634	0,506	0,763	0,051	0,884	0,974	0,767
Eğitim Durumu	Lise	Ort±Ss	116,64±8,54	31,82±1,6	15,18±1,4	5,45±2,3	7,09±1,3	10,82±1,33	46,27±6,39
		Medyan (Min-Maks)	115 (105-131)	32 (30-36)	16 (13-17)	6 (2-9)	6 (6-9)	10 (10-14)	45 (41-61)
	Önlisans/lisans	Ort±Ss	120,95±10,38	31,56±3,39	15,36±2,13	6,89±1,36	6,4±0,89	10,83±1,79	49,92±7,81
		Medyan (Min-Maks)	120 (98-146)	32 (21-40)	16 (9-20)	6 (4-10)	6 (5-9)	10 (7-15)	50 (35-68)
	Yüksek lisans/doktora	Ort±Ss	121,1±8,43	30,52±3,19	15,48±1,47	6,48±2,23	6,62±1,24	11,1±1,61	50,9±4,64
		Medyan (Min-Maks)	121 (110-144)	32 (23-36)	15 (13-20)	8 (3-10)	6 (6-10)	10 (9-15)	50 (45-60)
^b p			0,398	0,472	0,975	0,104	0,258	0,688	0,118
Medeni Durum	Evli	Ort±Ss	120,54±10,26	31,43±3,24	15,38±2,05	6,8±1,72	6,34±0,91	10,74±1,75	49,85±7,51
		Medyan (Min-Maks)	119 (98-146)	32 (21-40)	16 (9-20)	6 (2-10)	6 (5-10)	10 (7-15)	48 (35-68)
	Bekar	Ort±Ss	122,5±8,82	31,29±3,67	15,5±1,82	6,42±1,32	6,92±1,14	11,63±1,56	50,75±6,58
		Medyan (Min-Maks)	125 (99-137)	32 (23-37)	16 (12-20)	6 (5-8)	6 (6-9)	12 (9-15)	50,5 (38-62)
	Boşanmış	Ort±Ss	112,00±0,00	32,00±0,00	14,00±0,00	6,00±0,00	8,00±0,00	10,00±0,00	42,00±0,00
		Medyan (Min-Maks)	112 (112-112)	32 (32-32)	14 (14-14)	6 (6-6)	8 (8-8)	10 (10-10)	42 (42-42)
^b p			0,083	0,868	0,167	0,198	0,001**	0,006**	0,062
Gelir Durumu	Gelir giderden az	Ort±Ss	117,92±10,56	31,46±4,25	15,75±1,66	6,52±1,8	6,42±0,96	10,65±1,77	47,13±6,37
		Medyan (Min-Maks)	118 (98-133)	32 (21-40)	16 (13-20)	6 (2-10)	6 (5-9)	10 (8-15)	48 (35-59)
	Gelir gidere eşit	Ort±Ss	122,35±9,54	31,38±2,7	15,14±2,18	6,87±1,53	6,48±0,97	10,96±1,74	51,52±7,49
		Medyan (Min-Maks)	123 (103-146)	32 (24-37)	15 (9-20)	8 (3-10)	6 (5-10)	10 (7-15)	51 (39-68)
	Gelir giderden çok	Ort±Ss	118±6,69	31,83±0,98	15,33±0,82	6±1,67	7,17±1,47	11,33±1,03	46,33±5,99
		Medyan (Min-Maks)	119 (108-128)	32 (30-33)	15,5 (14-16)	5,5 (4-8)	6,5 (6-9)	12 (10-12)	46 (39-55)
^b p			0,082	0,943	0,318	0,221	0,415	0,118	0,006**

Veriler ortalama ± standart sapma ve medyan (minimum–maksimum) olarak sunulmuştur.

a: Mann–Whitney U testi, **b:** Kruskal–Wallis testi (Dunn–Bonferroni post-hoc analizi), **c:** Student t testi, ** $p<0,01$, * $p<0,05$

Meslek durumuna göre ölçeğin F1, F3 ve F5 alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). F1 alt boyutunda, *diğer* olarak belirtilen meslek grubunda yer alan katılımcıların puanlarının ebe ve hemşirelere kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük olduğu; hemşirelerin puanlarının ise ebelerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. F3 alt boyutunda, hemşirelerin puanlarının ebelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. F5 alt boyutunda ise diğer meslek grubunda yer alan katılımcıların puanlarının veri hazırlama kontrol işletmeni, sağlık memuru/teknikeri, ebe ve hemşirelere kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olduğu; sağlık memuru/teknikerlerinin puanlarının hemşire, ebe ve diğer meslek gruplarına göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklere göre RSOÖ puanlarının karşılaştırması Tablo 5’de verilmiştir.

Tablo 5: Tanımlayıcı Özelliklere Göre RSOÖ Toplam Puan ve Ölçek Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırması

Özellikler			Toplam Puan	Hastalıkları tanıyabilme (F1)	Bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi (F2)	Risk faktörlerine ve nedenlerine yönelik bilgi (F3)	Kendi kendine yardım / tedavi müdahaleleri hakkında bilgi (F4)	Profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi (F5)	Tutumlar (F6)
Meslek	Ebe	Ort±Ss	121,59±10,22	31,02±3,26	15,29±2,21	6,55±1,5	6,61±1,06	10,63±1,6	51,49±7,59
		Medyan (Min-Maks)	120 (103-146)	32 (24-39)	16 (12-20)	6 (3-9)	6 (5-9)	10 (7-14)	50 (42-68)
	Hemşire	Ort±Ss	121,83±9,29	32,19±2,74	15,19±2,22	7,32±1,77	6,36±0,99	10,83±1,54	49,94±6,75
		Medyan (Min-Maks)	121 (105-144)	32 (21-37)	15 (9-20)	8 (2-10)	6 (5-10)	10 (8-15)	50 (39-68)
	Sağlık memuru/teknikeri	Ort±Ss	116±12,72	33,13±3,89	16,07±1,28	6,47±1,41	6,13±0,99	10,8±2,27	43,4±7,84
		Medyan (Min-Maks)	109 (99-133)	32 (25-40)	16 (15-20)	6 (4-9)	6 (5-9)	10 (9-15)	39 (35-61)
	Veri hazırlama kontrol işletmeni	Ort±Ss	116,42±8,8	30,33±3,06	15,92±1,24	5,17±0,39	6,83±0,94	10,25±0,87	47,92±4,54
		Medyan (Min-Maks)	118 (98-125)	32 (24-32)	16 (13-17)	5 (5-6)	7 (6-9)	10 (9-12)	48 (40-54)
	Diğer	Ort±Ss	121,69±8,15	29,63±3,18	15±1,37	6,81±1,64	6,56±0,81	12,25±1,98	51,44±6,7
		Medyan (Min-Maks)	122,5 (110-135)	30 (23-34)	15,5 (11-16)	8 (4-8)	6 (6-9)	12 (10-15)	52 (41-62)
^b p			0,293	0,008**	0,211	0,001**	0,068	0,020*	0,012*

Veriler ortalama ± standart sapma ve medyan (minimum–maksimum) olarak sunulmuştur.

a: Mann–Whitney U testi; **b:** Kruskal–Wallis testi (Dunn–Bonferroni post-hoc analizi), **c:** Student t testi, * $p<0,05$, ** $p<0,01$

Ruh sağlığına ilişkin destek alma durumuna göre, RSOÖ toplam puanı ve F1, F2, F3, F5 ve F6 alt boyutlarında anlamlı bir farklılık saptanmamış; F4 alt boyutunda ise yaşamının herhangi bir döneminde ruh sağlığı desteği alan katılımcıların puanlarının, destek almayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). Ailesinde veya yakın çevresinde ruhsal hastalığı bulunan katılımcıların ölçek toplam puanlarının daha düşük olduğu; bu grubun F3 ve F6 alt boyut puanlarının da anlamlı düzeyde daha düşük saptandığı görülmüştür ($p<0,05$). Ruhsal hastalıkların tanınması ve önlenmesine yönelik eğitim alan katılımcıların ölçek toplam puanlarının daha yüksek olduğu; bu grubun F2 ve F6 alt boyut puanlarının da anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ölçek toplam puanı ve alt boyut puanları ile yaş ve meslekte geçirilen süre arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların ruh sağlığına ilişkin sorulara göre RSOÖ puanlarının karşılaştırılması Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6: Ruh Sağlığı ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtlara Göre RSOÖ Toplam Puan ve Ölçek Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırması

			Toplam Puan	Hastalıkları tanıyabilme (F1)	Bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi (F2)	Risk faktörlerine ve nedenlerine yönelik bilgi (F3)	Kendi kendine yardım tedavi müdahaleleri hakkında bilgi (F4)	Profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi (F5)	Tutumlar (F6)
Yaşamınızın bir döneminde ruh sağlığınız ile ilgili destek aldınız mı?	Hayır	Ort±Ss	119,56±9,44	31,38±3,13	15,23±1,9	6,73±1,46	6,26±0,78	10,77±1,74	49,19±6,97
		Medyan (Min-Maks)	118 (98-146)	32 (24-39)	15,5 (11-20)	6 (4-9)	6 (5-9)	10 (7-15)	49 (35-68)
	Evet	Ort±Ss	122,49±10,71	31,51±3,51	15,59±2,12	6,69±1,92	6,88±1,19	11,04±1,7	50,78±7,95
		Medyan (Min-Maks)	121 (99-144)	32 (21-40)	16 (9-20)	6 (2-10)	6 (5-10)	10 (8-15)	48 (36-68)
P			^a 0,095	^a 0,684	^a 0,389	^a 0,889	^a 0,002**	^a 0,389	^a 0,285
Ailenizde veya yakın çevrenizde ruhsal hastalığı olan var mı?	Hayır	Ort±Ss	122,93±9,17	31,73±3,33	15,36±2,1	7,05±1,52	6,46±1,04	10,8±1,65	51,53±6,8
		Medyan (Min-Maks)	124 (99-144)	32 (21-39)	16 (9-20)	8 (4-10)	6 (5-10)	10 (7-15)	50 (38-68)
	Evet	Ort±Ss	117,43±10,27	31±3,14	15,36±1,83	6,24±1,69	6,53±0,94	10,97±1,83	47,33±7,46
		Medyan (Min-Maks)	116 (98-146)	32 (23-40)	15,5 (13-20)	6 (2-9)	6 (5-9)	10 (8-15)	47 (35-68)
P			^a 0,001**	^a 0,253	^a 0,404	^a 0,014*	^a 0,491	^a 0,976	^a 0,002**
Ruhsal hastalığı tanılama ve önlemeye yönelik bir eğitim aldınız mı?	Hayır	Ort±Ss	119,23±10,1	31,1±3,13	14,93±1,98	6,67±1,73	6,51±1,01	10,95±1,88	49,07±7,48
		Medyan (Min-Maks)	119 (98-146)	32 (21-38)	15 (9-20)	6 (2-10)	6 (5-9)	10 (7-15)	48 (35-68)
	Evet	Ort±Ss	124,23±8,82	32,26±3,48	16,46±1,54	6,82±1,39	6,44±0,97	10,67±1,24	51,59±6,79
		Medyan (Min-Maks)	124 (107-144)	32 (24-40)	16 (14-20)	6 (4-10)	6 (5-10)	10 (9-14)	51 (37-62)
P			^a 0,008**	^a 0,085	^a 0,001**	^a 0,847	^a 0,909	^a 0,504	^a 0,040*

Veriler ortalama ± standart sapma ve medyan (minimum–maksimum) olarak sunulmuştur.

a: Mann–Whitney U testi, b: Kruskal–Wallis testi (Dunn–Bonferroni post-hoc analizi), c: Student t testi, *p<0,05, **p<0,01

4 Tartışma

Bu araştırmada, birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan sağlık personelinin RSO düzeyleri ve ilişkili faktörler incelenmiştir. Katılımcıların RSOÖ'nden aldıkları toplam puanlar 98 ile 146 arasında değişmekte olup, ortalama puan $120,63 \pm 9,99$ 'dur. Ölçeğin olası puan aralığı (35–160) dikkate alındığında, hekim dışı birinci basamak sağlık çalışanlarının ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin görece yüksek olduğu değerlendirilmektedir. Bulgular, RSO'nın birçok sosyodemografik değişkenden bağımsız olduğunu; buna karşın sağlık algısı, yakın çevresinde ruhsal bozukluğu bulunan bireylerin varlığı, eğitim deneyimi ve bilgiye erişim biçimleri gibi yapısal ve deneyimsel faktörlerle anlamlı biçimde ilişkili olduğunu göstermektedir.

Araştırmada RSOÖ toplam puanının cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, gelir durumu ve meslekte geçirilen süreye göre anlamlı farklılık göstermemesi, ruh sağlığı okuryazarlığının yalnızca bireysel demografik özelliklerle açıklanamayacağını ortaya koymaktadır. Bu bulgu, RSO'nın bilgiye erişim, mesleki rol ve sistematik eğitim fırsatları ile şekillendiğini vurgulayan önceki çalışmalarla uyumludur (Jorm, 2012; Kutcher vd., 2016). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan personelin benzer görev tanımları ve hizmet yükümlülüklerine sahip olması, demografik değişkenlerin bulgular üzerindeki ayırt edici etkisini sınırlayan bir unsur olarak değerlendirilebilir.

Genel sağlık durumu ile RSO arasında saptanan pozitif yönlü ilişki, bireyin kendi sağlık algısı ile ruh sağlığı bilgisi ve farkındalığı arasında bütüncül bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, algılanan sağlık durumunun sağlık okuryazarlığı, öz-yeterlik ve yardım arama davranışı ile ilişkili olduğunu bildiren çalışmalarla örtüşmektedir (Sørensen vd., 2012; Rajkumar, 2020). Birinci basamak sağlık çalışanlarının kendi sağlık algılarının güçlenmesinin, ruh sağlığı alanında daha bilinçli ve etkin müdahalelerde bulunmalarını destekleyebileceği düşünülmektedir.

Ailesinde veya yakın çevresinde ruhsal hastalığı bulunan katılımcıların RSOÖ toplam puanlarının ve özellikle risk faktörleri (F3) ile ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve uygun yardım aramayı kolaylaştıran tutumlar (F6) alt boyut puanlarının daha düşük olması, ruhsal hastalıkla temasın tek başına ruh sağlığı okuryazarlığını artırmada yeterli olmadığını düşündürmektedir. Nitekim literatürde, ruhsal hastalıkla yakın temasın bazı durumlarda bilgi ve farkındalığı artırmak yerine; duygusal yük, bakım veren rolüne bağlı stres ve içselleştirilmiş damgalama nedeniyle kaçınma ve savunmacı tutumları pekiştirebildiği bildirilmektedir (Corrigan & Watson, 2002; Thornicroft vd., 2016). Bu bulgu, temas temelli yaklaşımların yapılandırılmış, kanıta dayalı eğitimlerle desteklenmediği sürece özellikle risk algısı ve yardım arama tutumları gibi bilişsel ve tutumsal boyutlarda sınırlı etki gösterebileceğine işaret etmektedir.

Ruhsal hastalıkların tanınması ve önlenmesine yönelik eğitim alan katılımcıların RSOÖ toplam puanlarının ve özellikle bilgiye erişim (F2) ile tutumlar (F6) alt boyut puanlarının daha yüksek olması, eğitimin RSO'nı geliştirmedeki merkezi rolünü desteklemektedir. Bu bulgu, Mental Health First Aid (MHFA) ve benzeri yapılandırılmış eğitim programlarının bilgi düzeyi, tutumlar ve damgalamanın azaltılması üzerindeki olumlu etkilerini ortaya koyan güçlü kanıtlarla uyumludur (Kitchener & Jorm, 2008; Morgan vd., 2018). Özellikle tutumlar boyutunda gözlenen iyileşme, eğitim programlarının yalnızca bilgi aktarmaya değil, tutum ve davranış değişikliğine de odaklanması gerektiğini göstermektedir.

Bilgi edinme kaynaklarına ilişkin bulgular, RSO'nın niteliğinin kullanılan kaynağa bağlı olarak değiştiğini ortaya koymaktadır. İnternet, sosyal medya ve televizyonu bilgi kaynağı olarak kullanan katılımcıların daha düşük RSO puanlarına sahip olması, bu mecralarda yer alan içeriklerin bilimsel

doğruluk ve derinlik açısından sınırlı olabileceğini düşündürmektedir. Nitekim önceki çalışmalar, dijital ve sosyal medya kaynaklı ruh sağlığı bilgilerinin yanlış yönlendirici olabileceğini ve damgalayıcı tutumları pekiştirebildiğini göstermektedir (Furnham & Swami, 2018). Buna karşılık kitap/dergi, dijital akademik yayınlar ve sosyal çevre temelli bilgi kaynaklarını kullanan katılımcıların daha yüksek RSO puanlarına sahip olması, kanıta dayalı, güvenilir, yapılandırılmış bilgiye erişimin RSO'nın bilişsel ve tutumsal bileşenlerini güçlendirdiğini düşündürmektedir. Bu bulgular, ruhsal okuryazarlığı artırmaya yönelik müdahalelerde bilginin niceliğinden çok niteliğinin ve kaynağının belirleyici olduğuna işaret etmektedir.

RSOÖ alt boyut analizlerinde medeni durum, gelir durumu ve meslek değişkenlerine bağlı olarak belirli alt boyutlarda farklılıkların saptanması, ruhsal okuryazarlığın çok boyutlu yapısını ortaya koymaktadır. Özellikle meslek grupları arasında hastalıkları tanıyabilme, risk faktörleri ve profesyonel yardıma erişim boyutlarında gözlenen farklılıklar, mesleki eğitim içeriklerinin ve rollerin RSO'nın belirli bileşenlerini farklı biçimlerde etkilediğini düşündürmektedir. Bu bulgu, ruhsal okuryazarlık düzeyini artırmaya yönelik müdahalelerin mesleğe özgü olarak yapılandırılması gerektiğini savunan yaklaşımlarla uyumludur (Kutcher vd., 2016).

Son olarak, ruh sağlığı alanında çalışmayı isteyen katılımcıların daha yüksek RSOÖ puanlarına sahip olması, motivasyon ve ilginin öğrenme süreçlerinde belirleyici rol oynadığını göstermektedir. Bu durum, gönüllülük ve ilgi temelli eğitim modellerinin RSO'nu artırmada etkili olabileceğini sunan kanıtlarla örtüşmektedir (Wei vd., 2015).

5 Sonuçlar

5.1 Sonuç

Bu araştırma, birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan sağlık personelinin RSO düzeylerinin sosyodemografik özelliklerden büyük ölçüde bağımsız olduğunu; buna karşın genel sağlık algısı, ruh sağlığı alanına yönelik eğitim alma durumu, bilgiye erişim kaynakları ve mesleki bağlam gibi yapısal ve deneyimsel faktörlerle anlamlı biçimde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Ruhsal hastalıkların tanınması ve önlenmesine yönelik eğitimlerin ruhsal okuryazarlık düzeyini artırdığı, özellikle tutum ve bilgiye erişim boyutlarında olumlu etkiler sağladığı belirlenmiştir. Buna karşılık, ailesinde veya yakın çevresinde ruhsal hastalığı bulunan bireylerde RSO düzeylerinin daha düşük olması, deneyimin tek başına koruyucu ya da geliştirici bir unsur olmadığını göstermektedir.

Bilgi kaynaklarına ilişkin bulgular, ruhsal okuryazarlık düzeyinin kullanılan kaynağa bağlı olarak anlamlı biçimde değiştiğini ortaya koymuş; yapılandırılmış ve güvenilir bilgi kaynaklarının RSO'nu güçlendirdiği, sosyal medya ve kitle iletişim araçlarının ise daha düşük ruhsal okuryazarlık düzeyleriyle ilişkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca meslek grupları ve sosyoekonomik özelliklere göre bazı alt boyutlarda saptanan farklılıklar, ruhsal okuryazarlığın tek boyutlu bir yapıdan ziyade bağlamsal faktörlere duyarlı, çok boyutlu bir özellik taşıdığını ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak, birinci basamak sağlık hizmetlerinde RSO'nın güçlendirilmesinde demografik değişkenlerden ziyade, hedefe yönelik ve yapılandırılmış eğitimler ile güvenilir bilgiye erişimi önceleyen müdahalelerin temel belirleyiciler olduğu görülmektedir.

5.2 Öneriler

- Birinci basamak sağlık çalışanlarına yönelik RSO eğitimleri, standart hizmet içi eğitimlerin ayrılmaz bir parçası haline getirilmelidir.

- Eğitim programları, yalnızca bilgi aktarımına değil; damgalamayı azaltma, risk faktörlerini tanıma ve profesyonel yardıma yönlendirme becerilerini geliştirmeye odaklanmalıdır.
- Mental Health First Aid (MHFA) gibi kanıta dayalı, yapılandırılmış eğitim modellerinin birinci basamakta yaygınlaştırılması önerilmektedir.
- Gelecek çalışmaların, RSO artırmaya yönelik müdahalelerin uzun dönemli etkilerini değerlendiren deneysel tasarımlarla yürütülmesi önerilmektedir.

6 Beyanname

6.1 Çalışmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek merkezli olarak yürütülmesi ve meslek grubunun yoğun olarak hemşire, ebe ile sınırlı kalması çalışmanın sonuçların genellenebilirliği açısından dikkatli olunması gerekmektedir. Geniş ve daha çeşitli bir örnekleme yapılacak ileri çalışmalar, elde edilen bulguların geçerliliğini artırabilir. RSOÖ'nin bu çalışmadaki iç tutarlılık katsayısının, özgün Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışmasında bildirilen değerden daha düşük olması, örneklem özelliklerine bağlı bir sınırlılık olarak değerlendirilmelidir. Verilerin öz bildirime dayalı ölçekler aracılığıyla toplanması, sosyal beğenirlik ve yanıt yanlılığı riskini beraberinde getirebilir.

6.2 Teşekkür

Bu araştırma için, yazarlar dışında katkı yapan kişi veya kurum bulunmamaktadır.

6.3 Finansman Kaynağı

Bu araştırma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

6.4 Çıkar Çatışması

Bu çalışmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

6.5 Yazarların Katkıları

Sorumlu Yazar Filiz KOÇ: Araştırma fikri ve tasarımı, veri toplama, sonuçların analizi ve yorumlanması, araştırma metnini hazırlama

Yazar Ayşe OKANLI: Araştırma fikri ve tasarımı, sonuçların analizi ve yorumlanması, araştırma metnini hazırlama

6.6 Etik Onay

Araştırma Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul/Sancaktepe Şehit Prof.Dr.İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (Karar no:2024/71) tarafından onaylanmış olup, çalışmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin alınmıştır. Araştırmada kullanılan ölçek için, geçerlik güvenirlik çalışması yapan yazarlardan E-mail yoluyla izin alınmıştır. Araştırmada Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun davranılmıştır.

6.7 Bilgilendirilmiş Onam

Çalışma için tüm katılımcılardan çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır

Kaynakça

- Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., & Coventry, P. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD006525. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006525.pub2>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16–20. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1489832/>
- Furnham, A., & Swami, V. (2018). Mental health literacy: A review of what it is and why it matters. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 7(4), 240–257. <https://doi.org/10.1037/ipp0000094>
- Goldberg D. (2010). The detection and treatment of depression in the physically ill. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 9(1), 16–20. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00256.x>
- 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>
- Keeley, R., Engel, M., Reed, A., Brody, D., & Burke, B. L. (2018). Toward an emerging role for motivational interviewing in primary care. *Current Psychiatry Reports*, 20(6), 41. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0901-3>
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., Ustün, T. B., & Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiologia E Psichiatria Sociale*, 18(1), 23–33. <https://doi.org/10.1017/s1121189x00001421>
- Khatri, R., Endalamaw, A., Erku, D., Wolka, E., Nigatu, F., Zewdie, A., & Assefa, Y. (2023). Continuity and care coordination of primary health care: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 23(1), 750. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09718-8>
- Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2008). Mental health first aid: An international programme for early intervention. *Early Intervention in Psychiatry*, 2(1), 55–61. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2007.00056.x>
- Kutcher, S., 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>
- Morgan, A. J., Ross, A., & Reavley, N. J. (2018). Systematic review and meta-analysis of Mental Health First Aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. *PloS One*, 13(5), e0197102. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197102>
- Ocaktan, M., Özdemir, O., & Akdur, R. (2004). Birinci basamakta ruh sağlığı hizmetleri. *Kriz Dergisi*, 12(2), 63–73. https://doi.org/10.1501/Kriz_00000000206
- O'Connor, M., & Casey, L. (2015). The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Research*, 229(1-2), 511–516. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.064>
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*, 52, 102066. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
- Rameez, S., & Nasir, A. (2023). Barriers to mental health treatment in primary care practice in low- and middle-income countries in a post-covid era: A systematic review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 12(8), 1485–1504. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_391_22
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., Koschorke, M., Shidhaye, R., O'Reilly, C., & Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, 387(10023), 1123–1132. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00298-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6)
- Tokur-Kesgin, M., Pehlivan, Ş., ve Uymaz, P. (2020). Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe uyarlaması: Geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 21(2), 5-13. doi: 10.5455/apd.102104

- Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 3(2), 171–178. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00505-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2)
- 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, 291. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0681-9>
- World Health Organization. (2019). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>



© 2020 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)