T.C.
LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

YETİŞKİN BİREYLERİN RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ İLE BAĞIMLILIK YAPICI MADDE KULLANAN BİREYLERE YÖNELİK TUTUM VE DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

Selma ÖZDEMİR

EYLÜL, 2024

T.C.
LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

YETİŞKİN BİREYLERİN RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ İLE BAĞIMLILIK YAPICI MADDE KULLANAN BİREYLERE YÖNELİK TUTUM VE DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

Selma ÖZDEMİR

DANIŞMAN
Doç. Dr. Meltem MERİÇ

EYLÜL, 2024

ONAY

Tez Başlığı: Yetişkin Bireylerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Düzeyi ile Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanan Bireylere Yönelik Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi

Tezi Hazırlayan: Selma ÖZDEMİR

Tez Savunma Tarihi: 09.09.2024

İmza
Üye (Jüri Başkanı): Prof. Dr. Fatma ÖZ
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Hemşirelik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Lokman Hekim Üniversitesi
Bu tez, tarafımdan incelenmiş ve yüksek lisans tezi olarak uygun bulunmuştur.

İmza
Üye: Doç. Dr. Emine Öksüz
Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Bu tez, tarafımdan incelenmiş ve yüksek lisans tezi olarak uygun bulunmuştur.

İmza
Üye (Danışman): Doç. Dr. Meltem MERİÇ
Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Hemşirelik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Lokman Hekim Üniversitesi
Bu tez, tarafımdan incelenmiş ve yüksek lisans tezi olarak uygun bulunmuştur.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. Belgin Akın

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Lokman Hekim Üniversitesi'ne verdiğimi bildiririm.

Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

( ) Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir. (Bu seçenekte teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etseniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir.)

( ) Tezimin/Raporumun ……. tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını istemiyorum (İç kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) (Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.)

( ) Tezimin/Raporumun…… tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.

( ) Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi

09/09/2024

Selma ÖZDEMİR

ETİK BEYAN

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Bu belge ile tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu beyan ederim. Bu kural ve ilkelerin gereği olarak, tez çalışmamda bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları bilimsel etik kurallar gözeterek ifade ettiğimi ve kaynağını gösterdiğimi ayrıca beyan ederim.

Selma ÖZDEMİR

ÖZET

YETİŞKİN BİREYLERİN RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ İLE BAĞIMLILIK YAPICI MADDE KULLANAN BİREYLERE YÖNELİK TUTUM VE DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

Selma ÖZDEMİR

Yüksek Lisans Tezi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

Tez Danışmanı Doç. Dr. Meltem Meriç

Ankara, EYLÜL, 2024

Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde yapılmış olup, amacı; yetişkin bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi ile bağımlılık yapıcı madde kullanan bireylere yönelik tutum ve davranışlarının incelenmesi ve aralarındaki ilişkiyi ortaya koymaktır. Araştırmanın örneklemini Ankara ilinde yaşayan TUİK 2022 verilerine göre belirlenen 65 yaş ve altı 411 yetişkin oluşturmuştur. Araştırmada veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu, Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOÖ) ve Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanan Bireylere Yönelik Tutum ve Davranışlar Ölçeği **(**BYMTÖ**)** kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan veriler SPSS paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılıp dağılmadığını belirlemek için Kolmogorov Smirnov Testi kullanılmıştır. Bağımsız iki değişken ortalaması arasındaki fark için veriler normal dağılıyor ise t-testi, veriler normal dağılmıyor ise Mann-Whitney U testi, ikiden fazla değişkenin ortalamaları arasındaki fark için veriler normal dağılıyor ise Tek Yönlü Anova Testi, normal dağılıma uymayan veriler için Kruskal-wallis Testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda yetişkinlerin ölçek toplam puan ortalamaları RSOÖ 123,922± 13,807, BYMTÖ 73,319±17,157 olarak belirlenmiştir. RSOÖ alt boyutlarından ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar ile madde kullanan bireylere yönelik tutum ve davranış toplam puanı arasında r=0.133 pozitif çok zayıf (p=0,007<0.05) düzeyde korelasyon bulunmuştur. Sonuç olarak; ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi ile damgalama tutumu arasında zayıf düzeyde ilişki belirlenmiştir. İlişkili faktörleri araştırmaya yönelik çalışmaların yapılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Yetişkinler, Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Bağımlılık, Damgalama, Psikiyatri Hemşireliği

ABSTRACT

DETERMINATION OF MENTAL HEALTH LITERACY LEVEL OF ADULT INDIVIDUALS AND THEIR ATTITUDES AND BEHAVIORS TOWARDS INDIVIDUALS WHO USE ADDICTIVE SUBSTANCES

Selma ÖZDEMİR

Master's Thesis

Graduate School of Health Sciences

Department of Nursing

Thesis Advisor Assoc. Prof. Dr. Meltem Meriç

Ankara, SEPTEMBER, 2024

The aim of this descriptive and correlational study is to examine the level of mental health literacy of adult individuals and their attitudes and behaviors towards individuals who use addictive substances and to reveal the relationship between them. The sample of the study consisted of 411 adults aged 65 and under living in Ankara province according to TUIK 2022 data. Personal Information Form, Mental Health Literacy Scale (MHLS) and Attitudes and Behaviors Towards Individuals Using Addictive Substances Scale (ASAS) were used as data collection tools in the study. The data used in the study were analyzed using the SPSS package program. Kolmogorov Smirnov Test was used to determine whether the data were normally distributed. For the difference between the averages of two independent variables, t-test was used if the data were normally distributed, Mann-Whitney U test was used if the data were not normally distributed, One-Way Anova Test was used if the data were normally distributed for the difference between the averages of more than two variables, and Kruskal-wallis Test was used for the data that did not fit the normal distribution. As a result of the study, the mean total scale scores of the adults were found to be MHLS 123,922± 13,807 and ASAS 73,319±17,157. A positive correlation of r=0.133 at a very weak ($p=0.007<0.05$) level was found between attitudes towards mental health-related diseases and attitudes and behaviours towards substance users. As a result, a weak relationship was found between mental health literacy level and stigmatisation attitude. It is recommended to carry out studies to investigate the related factors.

Keywords: Adults, Mental Health Literacy, Addiction, Stigma, Psychiatric Nursing

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim ve tez çalışmamın planlanması ve yürütülmesi aşamasında bilgi ve birikimini benimle paylaşan, desteğini her zaman hissettiğim, her aşamada yol gösteren, motivasyonumu sağlayan, bir akademisyen olarak örnek aldığım danışman hocam Sayın Doç. Dr. Meltem MERİÇ'e,

Yüksek lisans eğitim döneminde deneyim ve tecrübesiyle desteğini esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Fatma ÖZ'e,

Hayatımın her aşamasında olduğu gibi beni destekleyen ve yanımda olan her zaman şanslı hissettiren biricik aileme, oğlum Bilal Kayra'ya ve değerli arkadaşım Ayşe YÜCESAN'a teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI..... iii

ETİK BEYAN..... iv

ÖZET..... v

ABSTRACT..... vi

TEŞEKKÜR..... vii

İÇİNDEKİLER..... viii

TABLOLAR LİSTESİ..... xi

KISALTMALAR LİSTESİ..... xii

1. GİRİŞ..... 1

2. GENEL BİLGİLER..... 5

2.1.Sağlık Okuryazarlığı..... 5

2.1.1. Sağlık Okuryazarlığı ile İlgili Çalışmalar..... 7

2.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı..... 8

2.2.1. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ile İlgili Çalışmalar..... 9

2.3. Bağımlılık..... 10

2.3.1. Madde Bağımlılığı..... 11

2.3.2. Madde Bağımlılığı ile İlgili Çalışmalar..... 12

2.4. Damgalama (Stigmatizasyon)..... 13

2.4.1. Toplumsal ve İçselleştirilmiş Damgalama..... 15

2.4.2. Madde Bağımlılığı ve Damgalama..... 16

2.5. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Damgalama..... 18

2.6. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Madde Bağımlılığında Damgalama ve Psikiyatri Hemşireliği..... 19

3. GEREÇ VE YÖNTEM..... 22

3.1. Araştırmanın Türü..... 22

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 22
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri 22
3.5. Veri Toplama Araçları 22
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (KBF) 23
3.5.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOÖ) 23
3.5.3. Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanan Bireylere Yönelik Tutum ve Davranışlar Ölçeği (BYMTÖ) 24
3.6. Araştırmanın Uygulanması 24
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi 24
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu 25
4. BULGULAR 26
5. TARTIŞMA 51
5.1. Yetişkin Bireylerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalaması ile Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması 51
5.2. Yetişkin Bireylerin Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanan Bireylere Yönelik Tutum ve Davranış Ölçeği Puan Ortalaması ile Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması 54
5.3. RSOÖ ve BYMTÖ Puan Ortalamalarının Korelasyon Analizi Sonuçlarının Tartışılması 56
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 58
6.1. Sonuçlar 58
6.2. Öneriler 60
7. KAYNAKÇA 61
8. EKLER 76
Ek-1: Kişisel Bilgi Formu 76
Ek-2: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği 78

Ek-3: Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanan Bireylere Yönelik Tutum ve Davranışlara İlişkin Soru Formu Ölçeği 80
Ek-4: Etik Kurul Onayı 81
Ek-5: Anket Araştırmaları İçin Aydınlatılmış Onam Formu 83
Ek-6: Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu 84
Ek-7: Ölçek İzinleri 85
Ek-8: Orjinallik Raporu 86
Ek-9: Özgeçmiş 93

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Yetişkin Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri..... 26
Tablo 4.2. Yetişkinlerin RSOÖ ve BYMTÖ Puan Ortalamaları..... 29
Tablo 4.3. Yetişkin Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre RSOÖ Puan Ortalamaları..... 30
Tablo 4.4. Yetişkin Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre BYMTÖ Puan Ortalamaları.....46
Tablo 4.5. RSOÖ ve BYMTÖ Puan Ortalamaları Arasında Korelasyon Analizi.....50

KISALTMALAR LİSTESİ

WHO	World Health Organization
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
TUBİM	Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
TUİK	Türkiye İstatistik Kurumu
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
RSOÖ	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği
BYMTÖ	Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanan Bireylere Yönelik Tutum ve Davranışlar Ölçeği

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ruh sağlığını; toplumun her bir ferdinin içindeki gücü açığa çıkardığı, yaşam rutinlerini sürdürebildiği, üretebilen, ulaşılması istenen sonuç odaklı çalışan, kendisine ve çevresine fayda sağladığı bir iyilik hali olarak ifade etmektedir. Ruh sağlığı, yalnız ruhsal hastalıkların olmaması durumu değil, kişilerin ruhsal iyilik durumu olarak da ifade edilmektedir (Patel, Saxena, Lund, Thornicroft, Baingana, Bolton, Chisholm, Collins, Cooper ve Eaton, 2018). Ruhsal hastalıklar bireyin duygu, düşünce, davranış sürecini, kişilerarası iletişim becerilerini olumsuz etkileyen tıbbi durumlardır. Bireylerin işlevselliğini, sosyal rollerini önemli ölçüde etkilemesi nedeniyle, ekonomik ve rol kayıplarına neden olmaktadır (Allen, Balfour, Bell ve Marmot, 2014).

DSÖ'nün birey ve toplum odaklı ruh sağlığı güçlendirme çalışmaları, ruhsal iyilik hali farkındalığının oluşturulması, ruhsal problemlerin engellenmesi, ruhsal hastalıklı bireylerde kişilik haklarının korunarak saygı gösterilmesi ve bu hastalıklardan etkilenen bireylerin ihtiyaç halinde ilgili sağlık hizmetine ulaşabilmesini içermektedir. DSÖ, mevcut ruhsal bozukluğu olan kişilerin üçte ikisinin toplum tarafından maruz kaldıkları damgalama, önyargı ve ihmal nedeniyle sağlık hizmeti talep edemediğini öngörmekte ve bu nedenle bireylerin bakım, tedavi ve hizmete ulaşım süreçlerinin olumsuz etkilendiğine dikkat çekmektedir (WHO, 2020). Ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi eksikliği, önyargı, korku ve damgalayıcı tutumlar en önemli tanı ve tedavi engellerindendir (Olçun ve Altun, 2017). Ülkemizde yapılan bir çalışmada toplumun ruhsal hastalığa sahip bireylerle ilgili, zararlı, agresif ve toplum açısından tehlikeli oldukları yönünde önyargılara sahip olduğu belirlenmiştir (Çapar ve Kavak, 2019). Damgalamaya maruz kalan ruhsal bozukluğa sahip bireyler, toplum tarafından dışlanacaklarına, kendilerine önem verilmeyeceğine inanmakta ve bunun sonucunda da benlik saygısında bozulma, rol kaybı, gelir kaybı ve tedaviye uyumsuzluk gibi birçok problemle karşılaşmaktadırlar (Fox, Earnshaw, Taverna ve Vogt, 2018).

Ülkelerin sosyal bir sorun olarak karşılaştığı madde bağımlılığı problemi, kişileri, dahil oldukları aile, çevre ve toplumu psikolojik, kültürel, sosyolojik ve ekonomik anlamda etkilemektedir. Gelişen ve zaman içinde değişip yozlaşan toplumsal çatıda yaygınlaşan madde kullanımı günümüzde; kentleşme, göç, medyanın

madde kullanımını teşvik etmeye yönelik rol model olması ve madde kullanımının popüler olan eğlence sektörüne dahil olmasıyla birlikte maddeye ulaşım kolaylaşmış ve kullanımı artış göstermiştir (Barrett, Terry, Lê ve Hoang, 2016; Karataşoğlu, 2013; Vatandaş, Can, Mahitapoğlu, Yaman ve Kırbaşoğlu, 2016). Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (UNODC) tarafından yayınlanan Dünya Uyuşturucu Raporu verilerine bakıldığında, 2021 yılında 15-64 yaş aralığındaki 17 bireyden 1'i dünyada son bir yıl içinde uyuşturucu madde kullanmıştır. Verilere göre öngörülen kullanıcı sayısı 2011 yılında 240 milyon iken 2021 yılında 296 milyona (15-64 yaş arası küresel nüfusun yüzde 5,8'i) yükselmiştir. Bu, nüfus artışına bağlı olarak yüzde 23'lük bir artış anlamına gelmektedir (UNODC, 2016, 2018).

Ülkemizdeki veriler değerlendirildiğinde, madde kullanımı ve buna bağlı dolaylı nedenlerle ölen kişi sayısının her yıl artarak 2015' de 590, 2016'da 920 ve 2017' de ise 941 olduğu görülmektedir. Doğrudan madde bağlantılı ölümler 2018 yılından itibaren düşüşe geçmiş ve 2022 yılında %8.9 düşüşle 246 olmuştur (TUBİM, 2018). Ölen kişi sayısının azalmasına rağmen madde kullanımının giderek artması bu konu ile ilgili riskli durumları açığa çıkarmakta ve bu alan üzerine yapılacak çalışmalar önem arz etmektedir. Çok bileşenli bir yapı olan madde bağımlılığı sorunu biyopsikososyal etmenlerden etkilenmekle birlikte, çıktıları nedeni ile de aileyi, toplumu, kültürel yapıyı, ekonomiyi etkilemektedir (Kalin, 2020; Ögel, 2017). Bu nedenle madde kullanımı sorunu kişisel bir sorun olmanın yanında, toplumsal bir sorun olarak karşımıza çıkmakta ve bu konu ile ilgili mücadelede kişinin işbirliği ile birlikte kişinin dahil olduğu aile ve toplumun da işbirliğinin önemini ortaya koymaktadır. Toplum tarafından madde bağımlısı bireylere yönelik suç işleme potansiyeli yüksek, ahlaki değerlerden yoksun, kişiliksiz gibi damgalayıcı tutumlarından dolayı, bu kişilerin barınma, eğitim, istihdam ve sağlık hizmetlerine ulaşımı engellenmekte ve tedavi ve topluma kazandırılma süreci olumsuz etkilenmektedir (McGinty, Goldman, Pescosolido ve Barry, 2015; Pennington, Monk, Heim, Rose, Gough, Clarke, Knibb, Patel, Rai, ve Ravat, 2023).

Damgalama tutumu ile mücadelede de önemli faktörlerden biri ruh sağlığı okuryazarlık düzeyinin arttırılmasıdır. Ruh sağlığı okuryazarlığı ile ilgili yapılan bir çalışmada ruh sağlığı okuryazarlık düzeyi yüksek olan kişilerin damgalayıcı davranışlarının düşük olduğu bulunmuştur (Cheng, Wang, McDermott, Kridel ve Rislin, 2018). Ruh sağlığı okuryazarlığı; ruh sağlığı ile ilgili kişisel ve toplumsal olarak

farkındalık oluşturulması, gelişip devamlılığın sağlanması yönünden belirleyicidir (Özel ve Duzcu, 2018). Jorm ve diğerleri (1997) tarafından ilk kez tanımlanan ruh sağlığı okuryazarlığı kavramı; özellikli hastalıkları tanıyabilme, ruh sağlığına ilişkin bilgilere ulaşabilme, ruh sağlığına ilişkin riskli durumları ve sebeplerini fark edebilme, kendi kendine baş etme becerilerini kullanma, ihtiyaç halinde profesyonel desteğe ulaşma, profesyonel destek arama ve farkındalık oluşturma unsurlarından oluşur (Jorm, Barney, Christensen, Highet, Kelly ve Kitchener, 2006; Jorm, Korten, Jacomb, Christensen, Rodgers ve Pollitt, 1997).

Günümüzde ruh sağlığı okuryazarlığı kavramının dört bileşeninden bahsedilir. Bunlar; ruh sağlığında iyi oluş haline ulaşma ve bu halin devamlılığını sağlama, ruhsal hastalıkları ve tedavilerini tanıma, ruhsal hastalıklara karşı damgalamanın azalması ve profesyonel destek arama girişiminin artmasıdır (Kutcher, Wei ve Coniglio, 2016). Bu kavramlar doğrultusunda ruh sağlığı okuryazarlığını artırmak ve farkındalık oluşturmak önleyici ruh sağlığı hizmetlerinin en önemli bileşenidir. Ruh sağlığı okuryazarlığı ile ruhsal bozukluklarla karşılaşma durumunda yardım arayışında bulunma arasında olumlu bir ilişki vardır (Jorm ve diğerleri, 1997). Ruh sağlığı okuryazarlığı düşük olan toplumlarda, ruh sağlığı toplum tarafından yeterli düzeyde ilgi görmemekte, ruhsal bozukluğa sahip bireylere karşı olumsuz tutum ve davranışlar nedeniyle kişiler damgalama ve ayrımcılığa maruz kalmaktadır (Kutcher ve diğerleri, 2016; Reavley ve Jorm, 2011). Bu tutum nedeniyle ruh sağlığı bozuk bireyler sosyal yaşamlarında güçlüklerle karşılaşmakta, yardım arama girişiminde bulunmamakta, ulaşılabilir profesyonel bakım ve destekten faydalanamamaktadır (Gerlinger, Hauser, De Hert, Lacluyse, Wampers ve Correll, 2013). Bu nedenle birey, ailesi ve bakım verenler olumsuz yönde etkilenmekte, alkol/madde kullanımı gibi yetersiz baş etme becerilerinin kullanılması ve tedavinin yarıda bırakılması, tedaviye uyumsuzluk gibi durumlar gelişmektedir (Jorm, 2019; Jung, Von Sternberg ve Davis, 2016).

Tüm bu veriler doğrultusunda toplumsal bir sorun olan madde bağımlılığı ile mücadelede, yetişkin bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı ve bağımlılık yapıcı madde kullanan bireylere yönelik tutum ve davranışlarının belirlenmesi ve aralarındaki ilişkinin ortaya konmasının madde kullanan bireylerin topluma kazandırılması ve yapılacak çalışmalara veri sağlaması açısından önemli olduğu değerlendirilmektedir. Bu araştırmanın amacı yetişkin bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi ile

bağımlılık yapıcı madde kullanan bireylere yönelik tutum ve davranışlarının belirlenmesi ve aralarındaki ilişkinin ortaya konmasıdır. Bu doğrultuda araştırma soruları şu şekildedir:

Yetişkin Bireylerin;

- Ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi nedir?
- Bağımlılık yapıcı madde kullanan bireylere yönelik tutum ve davranışları nasıldır?
- Ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi ve madde kullanan bireylere yönelik tutum ve davranışları sosyodemografik özelliklerine göre farklılık göstermekte midir?
- Ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi ile bağımlılık yapıcı madde kullanan bireylere yönelik tutum ve davranışları arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık bakım sisteminin önemli belirleyicilerinden olan sağlık okuryazarlığı, sağlık davranışının teşvik edilerek geliştirilip sürdürülmesi, hastalıkların önlenmesi ile ilgili doğru bilgiye ulaşmak, karar almak, bu bilgileri anlayıp değerlendirerek uygulamaya geçirme davranışı geliştirebilmek için gerekli olan yeterlilik ve motivasyon olarak tanımlanır (Cajita, Denhaerynck, Dobbels, Berben, Russell, Davidson, De Geest, Crespo-Leiro, Cupples ve De Simone, 2017; Quaglio, Sørensen, Rübig, Bertinato, Brand, Karapiperis, Dinca, Peetso, Kadenbach ve Dario, 2017). Diğer bir ifadeyle yeterli sağlık okuryazarlığı, randevuları takip etme, reçeteleri, ilaç kullanım talimatları ve yan etkilerini, evde bakım yönergeleri gibi sağlık materyallerini okuyup yazma, anlama ve uygulama becerilerini kapsar (Nutbeam ve Lloyd, 2021). Dünya Sağlık Örgütü sağlık okuryazarlığı kavramını; "sağlığın korunması ve sürdürülmesi için bireyin sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve kullanma becerisi" olarak tanımlamıştır (WHO, 1998). Amerikan Tıp Derneği (The American Medical Association) ise sağlık okuryazarlığı kavramını "bireylerin sağlıkla ilgili mesajları okuyabilmesi, ilaç kutularının üzerini okuyup anlaması, sağlık çalışanları tarafından söylenenleri anlayıp yapabilmesi" şeklinde ifade etmiştir (AMA, 1999).

Gelişen ve değişen teknoloji ile birlikte günümüz sağlık sistemi, hizmetten faydalanan bireylere de sorumluluklar yüklemektedir. Bu doğrultuda bireylerin, sağlık problemleri ve aldıkları hizmetlerle ilgili bilgi sahibi olmaları, hasta hak ve yükümlülüklerini bilmeleri ve tüm bu süreçlerle ilgili karar alabilmeleri beklenmektedir (Yılmaz ve Tiraki, 2016). Sağlık okuryazarlığı, hizmet veren ve hizmet alan arasındaki sorumlulukların paylaştırılmasına, birbirini daha iyi anlayarak ilişkinin güçlenmesine ve etkili iletişime olanak sağlamaktadır (Yalçın Balçık, Taşkaya ve Şahin, 2014). Sağlık okuryazarlığı kavramı bireyin öz bakım gereksinimini fark etme ve yeterli düzeyde karşılama, gerekli sağlık hizmetine kolay ulaşabilme ile birlikte sağlık hizmeti sunan ekiple kurduğu iletişim başta olmak üzere birçok alanda sağlık çıktılarını etkilemektedir (Yılmaz ve Tiraki, 2016). Bireylerin sağlıklı ve kaliteli yaşam konusunda farkındalıklarının artması sağlık okuryazarlığı becerisinin efektif kullanımıyla ilişkilidir (Akran, 2021). Sağlık okuryazarlığı kavramının en önemli

bileşenlerinden biri bireylerin eğitim durumudur. Yüksek eğitim düzeyi, sağlık okuryazarlığına ilişkin bulguları pozitif etkilemektedir (Uğurlu ve Akgün, 2019).

Dünya genelinde sağlık okuryazarlığı düzeyine bakılacak olursa Amerika'da yapılan Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Değerlendirmesine göre yetişkin popülasyonun %53'ünün sağlık okuryazarlığı düzeyinin orta seviyede, %36'sının yetersiz seviyede, %22'sinin ise temel seviyede olduğu belirlenmiştir (Kutner, Greenburg, Jin ve Paulsen, 2006). Amerika'da yaşlı popülasyonun katılımıyla yapılan araştırmada, katılımcıların %59'unun sağlık okuryazarlığının temel düzeyde ya da temel düzeyin altında olduğu tespit edilmiştir (Cutilli, Simko, Colbert ve Bennett, 2018). Amerika'da yapılan başka bir araştırmada sağlık okuryazarlığı yeterli olmayan hastaların memnuniyet oranının daha düşük olduğu, koruyucu sağlık hizmetlerinden yeterli düzeyde faydalanamadığı için daha sık sağlık hizmeti veren kurumlara başvurduğu ve sağlık harcamaları için daha çok bütçe ayırdığı belirlenmiştir (Macleod, Woolford, Hobbs, Gross, Hayne ve Patterson, 2017)

Avrupa Birliği'ne üye ülkelerde yapılan sağlık okuryazarlığı çalışmasında ülkelerin aldığı puanlar göz önünde bulundurularak yeterli, çok iyi, sorunlu, yetersiz olmak üzere dört gruba ayrılmıştır. Ülkelerin %2 ile %27 oranları sağlık okuryazarlığı puanının yetersiz olduğu saptanmıştır. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülen ülkelerden Hollanda'nın oranı %29, Bulgaristan'ın ise %62 olarak saptanmış olup, %50'den fazlasının sağlık okuryazarlığı yeterli düzeyde olduğu belirlenmiştir. En düşük orana sahip ülkeler İspanya (%42) ve Bulgaristan (%37) olmakla birlikte sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli ve yüksek olan ülkeler daha fazladır (Consortium, 2011). Ülkemizde ise ilk geniş kapsamlı çalışma 2014 yılında yapılmış olup, yetişkin nüfusun %64,6'sının yani 35 milyon kişinin "yetersiz ya da sorunlu" sağlık okuryazarlığı grubunda bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sorunlu sağlık okuryazarlığının nedenleri yaş, eğitim seviyesinin düşük olması ve sosyoekonomik durum olarak saptanmıştır (Tanrıöver, Yıldırım, Ready, Çakır ve Akalın, 2014).

Dünya geneline bakıldığında kardiyovasküler hastalıklar başta olmak üzere ölüm sebeplerinin başında kronik hastalıklar gelmektedir (Zhang, Or ve Chung, 2021). Kronik hastalıkların oluşumu ve tanı konmuş kronik hastalıklarla uyumlu yaşam konusunda bireylerin sağlıklı davranış tutumları önemlidir. Bireylerin hastalıkla baş etme becerilerinin geliştirilmesi ve sağlıklı davranış tutumlarının kazanılması yeterli sağlık okuryazarlık düzeyi ile mümkündür (Pelikan, Röthlin ve Ganahl, 2012;

Yılmazel ve Çetinkaya, 2016). Yapılan çalışmalarda yetersiz sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam davranışı geliştirme, tedaviye ulaşım ve uyumu, sağlık sonuçlarını ve sağlık hizmeti maliyetini olumsuz etkilediği görülmektedir (Tözün ve Sözmen, 2015). Bireyler sağlık hizmeti alım sürecinde karmaşık bir yapıyla karşılaşmaktadırlar. Düşük sağlık okuryazarlığı tanı ve tedavi sürecini olumsuz etkiler, hastanede yatış süresinin uzamasına neden olur (Çopurlar ve Kartal, 2016). Sağlık okuryazarlığının yetersiz olması, toplumda sağlık hizmetlerinden doğru faydalanma konusunda engel teşkil etmekle birlikte; bireylerin sağlık bilgi düzeylerinin ve koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanma oranlarının düşük, acil servis kullanımının fazla, hastaneye yatış ve kalma sürelerinin uzun, kronik hastalık yönetiminin yetersiz olması, sağlıklı davranış ve çözüm arayışına ulaşmada gecikme, sağlık profesyonellerinin öneri ve talimatlarına uyumsuzluk, öz bakım yetersizliği, sağlık giderleri ve mortalitede artış gibi etkileri olmaktadır (Carignan, Beaudry, Roy-Charland, Buckner, Nazair ve Atoui 2021; Koç, Tayaz, Uysal ve Öztaş, 2020; Tobin, Rogers, Winterburn, Tullie, Kalyanasundaram, Kuhn ve Barclay, 2022).

2.1.1. Sağlık Okuryazarlığı ile İlgili Çalışmalar

Han ve diğerleri (2017) tarafından ABD' de 21-65 yaş arası kadınlarda yapılan randomize kontrollü çalışmada müdahale grubuna kişiye özel hazırlanmış kanser tarama tanıtım kitapçığı ve ardından sağlık profesyoneli liderliğinde sağlık okuryazarlığı eğitimi ve aylık telefonda danışmanlık hizmeti verilmiştir. Kontrol grubuna ise kanser (meme ve serviks kanseri) ile ilgili ihtiyaç halinde herkesin ulaşabileceği eğitim materyali verilmiştir. Çalışma sonucunda müdahale grubunda olan kadınların mamografi çektirme (18,5 kat), pap-smear testi yaptırma (13,3 kat) ve iki testi yaptırma olasılığı (17,4 kat) daha yüksek bulunmuştur. 6. ay sonunda müdahale grubundaki kadınların %50' den fazlası mamografi çektirmiş ve pap smear testi yaptırmıştır. Diğer grubuna bakıldığında ise kadınların %10'u kadarı her iki testi de yaptırmıştır. Müdahale grubu ve kontrol grubundaki kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki fark 7 puan olarak bulunmuştur (Han, Song, Kim, Hedlin, Kim, Ben Lee ve Roter, 2017). Abdollahi ve Peyman tarafından 2017'de İran' da 0-3 ay arasında doğum sonrası dönemde olan 20-35 yaş aralığındaki annelerle yapılan araştırmada ise müdahale grubuna sağlık okuryazarlığı üzerine üç ders teorik, üç ders uygulamalı olmak üzere toplamda 80 dakika eğitim verilirken, kontrol grubuna rutin prosedür

uygulanmıştır. Çalışma verileri eğitim öncesi ve eğitimden 8 hafta sonra değerlendirilmiş olup sonuç olarak müdahale grubunda sağlık okuryazarlığı düzeyi ve fiziksel aktivite seviyelerinin arttığı tespit edilmiştir (Abdollahi ve Peyman, 2017).

Khandehroo ve diğerleri (2022) tarafından İran'da yapılan başka bir çalışmada ise 40-60 yaş aralığındaki menopozal dönemde olan kadınlar örneklem grubu olarak seçilmiştir. Müdahale grubuna dört hafta süren kaliteli yaşamı hedefleyen sağlık okuryazarlığı eğitimi ve menopoz bakımı ve yönetimi eğitimi verilmiştir. Kontrol grubuna rutin bakım uygulanmıştır. Çalışmada veri toplama araçları her iki gruba başlangıçta, eğitim sonrası ve eğitimden 3 ay sonra tekrar uygulanmıştır. Sonuç olarak sağlık okuryazarlığı ve menopoz belirtileri arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiş olup, yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyinin kaliteli yaşamı önemli ölçüde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca eğitimler sonrasında gruplar arasında sağlık okuryazarlığı düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur (Khandehroo, Tavakoly Sany, Oakley ve Peyman, 2022). Kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olması, doğum öncesi, doğum sonrası, emzirme ve bebek bakımı ile ilgili yetkin olma, kanserden korunma, yeterli fiziksel aktivite düzeyi ile birlikte dengeli beslenme gibi konuları olumlu yönde etkilediği bulunmuştur (Dağlar ve Oskay, 2022).

2.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı

Bireyin kendisine, çevresine ve dolayısıyla topluma büyük külfet oluşturan, derin etki eden şizofreni, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları, madde ve alkol bağımlılığı, depresyon gibi hastalıklar ruhsal bozukluklar arasındadır (APA, 2021). Yaş arttıkça olumsuz etkileri artma eğiliminde olan ruhsal bozukluklar, mevcut sağlık sistemindeki müdahalelere ihtiyacın artması nedeniyle ülkelerde ve dolaylı olarak dünyada maliyet yükünün artması anlamına gelmektedir (Kessler, Aguilar-Gaxiola, Alonso, Benjet Bromet, Cardoso, Degenhardt, De Girolamo, Dinolova ve Ferry, 2017). Ruh sağlığı okuryazarlığı; ruh sağlığının kişisel ve toplumsal olarak farkındalık oluşturulması, gelişip devamlılığın sağlanması yönünden belirleyicidir (Özel ve Düzcü, 2018). Günümüzde ruh sağlığı okuryazarlık kavramının dört bileşeninden bahsedilir. Bunlar; ruh sağlığında iyi oluş haline ulaşma ve bu halin devamlılığını sağlama, ruhsal hastalıkları ve tedavilerini tanıma, ruhsal hastalıklara karşı damgalamanın azalması ve profesyonel destek arama girişiminin artmasıdır (Kutcher ve diğerleri, 2016). Bu kavramlar doğrultusunda ruh sağlığı okuryazarlığını artırmak

ve farkındalık oluşturmak önleyici ruh sağlığı hizmet basamaklarının en önemli bileşenidir. Ruh sağlığı okuryazarlığı ile ruhsal bozukluklarla karşılaşma durumunda yardım arayışında bulunma arasında olumlu bir ilişki vardır (Nutbeam, McGill ve Premkumar, 2018).

Ruh sağlığı okuryazarlık düzeyinin artmasıyla birlikte ruhsal bozukluklara sahip bireyler erken dönemde tanı ve tedavi hizmetlerinden faydalanacak, yardım arama davranışı gelişecek, bireysel yaşamlarında işlevselliğini koruyabilecek ve damgalama tutumunun azalması sağlanacaktır. Toplumun ruh sağlığı okuryazarlığı kavramı ile ilgili olumlu tutum ve davranış geliştirmesi ruhsal iyi oluş halini pozitif etkilemektedir (Wei, McGrath, Hayden ve Kutcher, 2015). Bireyin sağlık sonuçlarını iyileştirme ve sosyal becerilerini geliştirmek için ruh sağlığı okuryazarlığını artırmaya yönelik eğitim programları planlanmalıdır (Göktaş, Işıklı ve Metintaş, 2018).

2.2.1. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ile İlgili Çalışmalar

Toplumun ruhsal hastalıklardan korunması ve gelişen ruhsal bozukluklarla baş edebilmesinin güçlenmesi amacıyla 2000 yılında Avustralya'da Jorm ve Betty Kitcher tarafından Ruh Sağlığı İlk Yardım Merkezi (Mental Health First Aid-MHFA) kurulmuştur. Bu merkez toplumun ruhsal iyilik hali ile ilgili eğitimine ve ruh sağlığı araştırmalarına olanak sağlamıştır. Merkezde yapılan eğitimler sonrasında bulgular ruhsal problemlerin ön görülebilmesi için gerekli bilgiye sahip olunması, daha fazla yardım arayışı davranışına sebep olur yönünde olmuştur (Jorm, 2012; Lee, Hwang, Ball, Lee, Yu ve Albright 2020; Miles, Rabin, Krishnan, Grandoit ve Kloskowski, 2020). Bu konuda düzenlenen ruh sağlığı eğitim programları ve ruh sağlığı ile ilgili verilerin gelişmesiyle birlikte, ruh sağlığı okuryazarlığı kavramının bireylerin farkındalık düzeylerini geliştirdiği, bireysel ve toplumsal düzeyde ruhsal hastalıklara karşı damgalama davranışını azaltarak, ruhsal bozuklukların teşhis ve tedavisini kolaylaştırdığı, ruh sağlığı hizmet kullanımını artırdığını belirlenmiştir (Hart, Mason, Kelly, Cvetkovski ve Jorm, 2016; McGinty, Goldman, Pescosolido ve Barry, 2018; Reavley, Morgan, Fischer, Kitchener, Bovopoulos ve Jorm, 2018; Tomczyk, Schomerus, Stolzenburg, Muehlan ve Schmidt, 2018).

Jung ve diğerleri (2017) tarafından yapılan çalışmada, ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi ile bireyin destek arama tutumu arasında yüksek oranda ilişki bulunmuştur (Jung, Von Sternberg ve Davis, 2017). Bununla birlikte sosyo ekonomik

durum, yaş gibi hizmetlere ulaşım güçlüğüne neden olan eşitsizliklerin, verilen ruh sağlığı eğitim programları ile eşitlendiğini ortaya koyan çalışmalar vardır (Chen, Wu, Qi, Deng, Wang, He, Long, Xiong ve Liu, 2017; Holman, 2015). Pretorius ve diğerleri (2019) tarafından gençlerin ruhsal problemlere yönelik yardım arama davranışı üzerine yapılan çalışmada online ruh sağlığı geliştirme eğitiminin çalışmaya katılan bireylerde ruh sağlığı okuryazarlığını, yardım arama davranışını artırdığı ve damgalama davranışını azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (Pretorius, Chambers ve Coyle, 2019). Bu konu ile ilgili Türkiye'de yapılan bir çalışma sonucunda hemşirelik öğrencilerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyi arttıkça, damgalama tutumlarının azaldığı saptanmıştır (Çinçinoğlu ve Okanlı, 2021).

2.3. Bağımlılık

Bağımlılık, bir ya da daha çok maddeyle eş zamanlı ortaya çıkabilen maddeye erişilemediği zaman kişide ruhsal ve fiziksel semptomlara neden olan, tedavisi mümkün fakat yeniden kullanımla birlikte tekrarlayan bir hastalıktır (Tanriverdi, Çuhadar, Durmaz, Kaplan ve Özkan, 2020). Türkiye Bağımlılıkla Mücadele (TBM) Eğitim Programı'na göre tanımlanacak olursa, bireyin kullandığı bir madde ya da yaptığı bir davranışla ilgili öz denetimini kaybetmesidir. Madde kullanımı ya da kontrolsüz davranış durumu engellendiğinde ya da kısıtlama getirildiğinde öfke, huzursuzluk, uykusuzluk gibi yoksunluk belirtileri görülür (TBM, 2016). Amerikan Psikiyatri Derneği'ne göre, insanların daha iyi hissetme ve performans sergileme arzusu kimyasal veya davranışsal bağımlılıklar geliştirmesine neden olur. Madde bağımlılıkları genellikle kişinin kendi iradesiyle başlar. Kişi başlangıçta bağımlı olma isteğiyle maddeyi kullanmaz fakat tekrarlı kullanımda, madde kullanımı üzerindeki iradesini kaybeder. Günlük yaşam becerilerini engellediğinin farkında olmasına rağmen madde kullanımının önüne geçemez. Bu nedenle madde kullanımında, gönüllü kullanım evresinden zorunlu kullanım evresine geçilir. Bağımlılık, beynin yapı ve işlevlerinde kimyasal değişikliklere neden olur. Bu değişiklikler nedeniyle, kişinin düşünce, duygu ve eylemlerinde dengesizlikler görülür. Yapılan beyin görüntülemelerinde; bağımlılığa bağlı olarak özellikle yargılama, düşünebilme karar alma, öğrenme, hatırlama ve dürtü kontrolü gibi alanlarda patolojik sorunlar saptanmıştır (APA, 2021).

Bağımlılığın; alkol, madde, kumar, teknoloji ve tütün bağımlılığı gibi çeşitleri bulunmaktadır. Tüm bunlar bireysel ve toplumsal olarak maddi, manevi kayıplara sebep olmakla birlikte yaşam kalitesini de düşürmektedir (Ögel ve Çetin-Şeker, 2018). Bağımlılık yapıcı madde kullanan bireylerde madde kullanımını önleme; bireye yaşam boyu ilaç ve psikososyal tedavi ile mümkündür. Bu doğrultuda; bilişsel davranışçı terapi, sosyal beceri eğitimi, toplum güçlendirme çalışmaları, egzersiz uygulama çalışmaları, motivasyonel görüşme ve vaka yönetimi gibi psikososyal müdahaleler uygulanmaktadır. Uygulanan psikososyal müdahaleler, tekrar sıklığını azaltmakla birlikte, bireylerin fiziksel ve ruh sağlığını pozitif yönde etkilemektedir. Bununla birlikte uygulanan psikososyal müdahalelerin dengeli ve kaliteli bir yaşam tarzı benimsenmesini kolaylaştıracağı vurgulanmaktadır (Coates, Gullo, Feeney, Young, Dingle ve Connor, 2018; Weinstock, Petry, Pescatello, Henderson ve Nelson, 2020).

2.3.1. Madde Bağımlılığı

Madde bağımlılığı, vücudun fiziksel ve ruhsal birçok yeti kaybına neden olan maddelerin kullanılması, bu maddelerin zararlı olduğu bilinmesine rağmen maddelerin kullanımına devam edilmesidir. Madde bağımlılığı baş etmesi zor bir hastalıktır. Bağımlılığı olan birey hangi koşulda olursa olsun maddeyi kullanmak için önlenemeyen bir heves ve istek duyar. Bu istek doğrultusunda zamanla madde kullanım dozunu arttırır. Zamanının çoğunu madde arayışına ayırır (TBM, 2016).

Psikososyokültürel ve ekonomik anlamda bireyleri ve dahil oldukları aile, çevre ve toplumu olumsuz etkileyen madde bağımlılığı problemi küresel çevrede sosyal bir sorun oluşturmaktadır. Gelişen ve dönüşen toplumsal yapıda giderek yaygınlaşan madde kullanımı; kentleşme, göç etme, basın yayın organlarının madde kullanımını teşvik etmeye yönelik kötü örnek sunması ve madde kullanımının popüler olan eğlence sektörüne dahil olmasıyla birlikte maddeye ulaşım kolaylaşmış ve kullanımı artış göstermiştir (Şamar ve Sema, 2022; Yılmaz ve Kaylı, 2020). Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (UNODC)'nin açıkladığı verilere göre bağımlılık yapıcı madde kullanan kişi sayısı 2016' da 250 milyon iken giderek artan bir ivmeyle 2018' de 275 milyona yükseldiği belirlenmiştir (UNODC, 2016, 2018).

Ülkemizdeki verilere bakıldığında ise madde kullanımı ve buna bağlı sağlık sorunlarından dolayı ölen kişi sayısı 2015 yılında 590 olarak belirlenmiş olup her geçen yıl artarak 2016 yılında 920, 2017 yılında ise 941 olduğu saptanmıştır (TUBİM,

2018). Madde kullanımının ve buna bağlı ölen kişi sayısının giderek artması bu konunun ne kadar çok risk barındırdığını ortaya koymakta ve yapılacak çalışmaları önemli hale getirmektedir (Kaylı, Yılmaz ve İyilikçi, 2020). Biyopsikososyal etkenlerden etkilenen ve çok bileşenli bir yapıya sahip olan madde bağımlılığı kavramının sonuçları değerlendirildiğinde aileyi, toplumu, kültürel yapıyı ve ekonomiyi olumsuz etkilemektedir (Ögel, 2017). Tüm bağımlılıklarda olduğu gibi madde bağımlılığında da risk faktörlerinin bilinmesi, uygulanacak tedavinin belirlenmesi ve tedaviyi olumlu ya da olumsuz yönde etkilemesi açısından önemli olduğu belirtilmektedir. Bu risk faktörleri; yaş, eğitim durumu, cinsiyet, medeni hal, bir işte çalışıp çalışmadığı, yaşamını sürdürdüğü yer, ruhsal durum, aile desteği ve geçmiş yaşantı, kötü alışkanlıklar, arkadaş grubu, inanç ve kullanılan maddenin türü gibi çoklu bileşenden oluşmaktadır (Öztürk, Kırlıoğlu ve Kıraç, 2015).

2.3.2. Madde Bağımlılığı ile İlgili Çalışmalar

Stead ve diğerleri (2017) tarafından Amerika'da 225 kişinin katılımıyla yapılan çalışmada madde bağımlılığı olan bireylerin dahil olduğu birey, aile ve toplumu birlikte ele alan rehabilitasyon uygulamalarında sigarayı bırakma yönteminin etkinliği değerlendirilmiştir. Deney grubuna duygudurum kontrolü ve bilişsel davranışçı terapi yöntemleri kullanılarak madde bağımlılığı tedavisi ile sigarayı bırakma programı, kontrol grubuna ise standart madde bağımlılığı tedavisi uygulanmıştır. Yapılan çalışma sonucunda deney grubunun günlük kullanılan sigara miktarı ve sigara içme isteğinde azalma olduğu saptanmış olup sigara bırakma oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Stead, Carroll ve Lancaster, 2017). Blondell ve diğerleri (2011) tarafından Amerika'da 150 katılımcıyla yapılan başka bir çalışmada alkol bağımlılığı olan bireylerde detoks programı sonrası tedavi olma ve kendi kendine yardım gruplarına dahil olma uygulamalarının etkisi değerlendirilmiştir. Çalışmada katılımcılar üç deney gruba ayrılmıştır. İlk gruba madde bağımlılığı tedavisi, ikinci gruba madde bağımlılığı tedavisi ile birlikte motivasyon görüşmeleri ve son gruba ise oniki adım programı ile birlikte madde bağımlılığı tedavisi uygulanmıştır. Tedaviden 1 ay sonra bu üç grup değerlendirilmiş ve 3 grup arasında profesyonel destek alma oranlarında belirgin bir fark saptanmamıştır fakat katılımcıların çoğunluğunun kendi kendine yardım grubu toplantısına katıldığı saptanmıştır. Üç aylık takip sonucunda ise motivasyonel görüşme yapılan deney

grubunun rehabilitasyon programına katılım oranları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur (Blondell, Frydrych, Jaanimägi, Ashrafioun, Homish Foschio ve Bashaw, 2011).

Giorgi ve diğerleri (2015) tarafından İtalya' da 560 katılımcıyla yapılan başka bir çalışmada alkol bağımlılığı nedeni ile bağımlılık merkezinde yatmakta olan bireylere uygulanan 28 günlük programın sonucu değerlendirilmiştir. Uygulama hem bireysel hem de grup terapilerini içermekle birlikte, alkol bağımlılığı ile ilgili eğitimler, grup egzersiz çalışmaları ve aile üyelerinin katılımlarıyla gerçekleşen toplantılardan oluşmaktadır. Çalışma sonucunda bireylerin depresyon ve anksiyete seviyelerinde azalma, psikolojik iyi hal, kendini kabul ve benlik saygısında artış olduğu belirlenmiştir (Giorgi, Ottonello, Vittadini ve Bertolotti, 2015). Contalbrigo ve diğerleri (2017) tarafından İtalya'da cezaevinde yapılan 22 kişinin katıldığı bir çalışmada hayvan destekli terapinin depresyon ve sosyal beceri üzerine etkileri değerlendirilmiştir. Çalışmada deney grubuna evcil hayvanların dahil olduğu terapi uygulanmış, kontrol grubuna ise rutin eğitim planı verilmiştir. Rutin eğitim planı bireysel görüşmeler, duygu ve düşünce yönetimi ve grup terapisi, nefes egzersizleri ve stresle baş etme uygulamaları, spor ve tiyatro etkinlikleri, tasarım ve resim çalışmalarını içermektedir. Çalışmanın sonucunda deney grubundaki mahkumların, kontrol grubuna oranla toplumsal becerilerde gelişim gösterdiği ve depresyona bağlı belirtilerde azalma olduğu belirlenmiştir (Contalbrigo, De Santis, Toson, Montanaro, Farina, Costa ve Nava, 2017). Madde bağımlılığı ile ilgili yapılan rehabilitasyon çalışmalarında, bireylerin sosyal becerileri, yaşam kalitesi, umut duygusu, gelecek beklentisi, profesyonel destek arayışını ve fiziksel iyileşmeyi olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir (Yalçıntürk, Dikeç ve Ata, 2019).

2.4. Damgalama (Stigmatizasyon)

İlk olarak Eski Yunan'da karşımıza çıkan damgalama kavramı kelime anlamı olarak yara, iz, delmek ve delik anlamına gelmektedir. En sık kullanılan ve kabul edilen tanımı Amerikan Sosyolog Goffman tarafından yapılmıştır. Goffman' a göre damgalama; gözden düşürme, hor görme ve itibar kaybına yol açan tutum anlamına gelmektedir (Goffman, 2014). Başka bir ifade ile kişinin ya da topluluğun farklı özellikleri nedeniyle dışlanması, bulunduğu konumu ve değer kaybına uğramasıdır (Özmen ve Erdem, 2018). Geçmişten günümüze bütün toplumlarda sıklıkla

karşılaşılan damgalama tutumu, son elli yılda daha da önemli hale gelmiştir. Geçmişe bakıldığında kolera, veba gibi bulaşıcı salgın hastalıklara sahip bireyler damgalama tutumu ile karşılaşmış ve toplumdan dışlanarak cezalandırılmıştır. Lepra (cüzzam) tanısı alan bireyler toplumdan uzaklaştırılıp, onlar için yapılan cüzzamhanelere kapatılmıştır. Yakın geçmişte yaşanan COVID-19 küresel salgınında da benzer şekilde tanı alan bireyler etiketlenmiş ve dışlanmıştır (Saiz, Muñoz, Ausín, González-Sanguino, Ángel Castellanos, Vaquero, Ugidos ve López-Gómez, 2021). Bu hastalıkların tedavi imkanlarının artması hastalıklara karşı oluşan kaygı ve korkunun zaman içinde azalmasına neden olmuştur. Damgalama, bu tutuma maruz kalan bireylerde benlik saygısında azalma, sosyal izolasyon gibi olumsuzluklara neden olmakta ve yaşam kalitesini düşürmektedir. Bu durumdan olumsuz etkilenen, en çok damgalamaya maruz kalan birey olmakla birlikte ailesi, arkadaşları ve içinde bulunduğu topluluk da etkilenmektedir (Avcil, Bulut ve Sayar, 2016). Damgalama tutumunun temelinde negatif inançlar ve bunun sonucu ortaya çıkan önyargı bulunmaktadır. Bu önyargılı davranışlara ayrımcılık ve dışlama davranışları eşlik eder (Yüksel, Yılmaz ve Örekici Temel, 2015). Damgalama kişilerarası ilişkilerde ayrımcılık davranışına neden olmakta ya da bireyin kabul görmemesi boyutuyla ele alınmaktadır. Ayrımcılık, toplumdaki birey ya da toplulukların başka gruba dahil olanları damgalama ve önyargı tutumu nedeniyle bir takım hak ve çıkarlardan faydalanmasına engel olunmasıdır. Bu boyutuyla damga, bireylerin yaşamında en az hastalığı kadar tehlikeli olmaktadır (Cook, Trinh, Li, Hou ve Progovac, 2017).

Damgalama nedenleri arasında dört kavramdan bahsedilir. Bunlar:

1. Tutum: Bireylerin bakış açısı, içine doğduğu aile, çevre ve toplum tarafından şekillenir. Bu bakış açısı karşılaştığı olaylar karşısındaki duygusal tepkilerini de etkiler. Bu tepkiler olumlu ya da olumsuz olabilir. Bireylerin karşılaştıkları durumlara karşı verdikleri tepki ve dünya görüşünün birleşmesiyle ortaya çıkan bakış açısına 'tutum' denir. İnsanlar ruhsal hastalığa sahip bireylere karşı genellikle olumsuz tutuma sahiptirler.
2. Stereotipiler: Stereotipi kavramı toplumların ortak bakış açısını yansıtır. Belirli bir konu üzerinde toplumun önceden üzerinde aynı düşündüğü kavramdır. Durumun algılanmasına öncelikle stereotipiler eşlik eder. Stereotipiler negatif ya da pozitif olabilir. Yapılan bir çalışmada ruhsal bozukluğa sahip bireyler

için oluşan stereotipi 'tehlikeli' ve 'nasıl davranacağı belli olmayan birey' şeklindedir.

3. Önyargılar: Önyargılar, stereotipi pekiştirir ve sonucunda farklı duygusal tepkiler gelişebilir. Önyargılar hasta bireylere karşı negatif duygular gelişmesine neden olur.
4. Ayrımcılık: Karşılaşılan bir durumda ortaya çıkan duygusal ve bilişsel yanıtlar davranışlara yansır. Ruhsal bozukluğa sahip bireylerin karşılaştığı bu davranışlar genellikle dışlayıcı davranışlardır. Önyargılar ya da negatif stereotipiler sonucu ayrımcılık kavramı ortaya çıkabilir (Jensen, 2018).

Damgalama davranışına maruz kalan bireyler toplum içinde değersizleştirilir, yalnızlaşır, daha az kabul görür ve giderek insan özelliklerinden bağımsız algılanırlar (Avcil ve diğerleri, 2016). Damgalama kavramı birçok alanda görülmekle birlikte en çok ruhsal bozukluklarla birlikte anılmakta ve en çok toplumsal damgalama olarak karşılaşılmaktadır (Dikeç, Sarıtaş ve Oban, 2022).

2.4.1. Toplumsal ve İçselleştirilmiş Damgalama

Toplumsal damgalama, toplum tarafından benzer özelliklere sahip bir gruba karşı temelini stereotipilerin oluşturduğu davranış ve tutumları kapsamaktadır. Örnek verilecek olursa; toplumda ruhsal hastalığa sahip bireyler tehlikeli olarak algılanıyorsa, bu özellikteki bireylerden kaçınma davranışı geliştirilir (Leblebici, 2022). Dünya geneline bakıldığında toplumların ruhsal hastalıklara yönelik davranış ve tutumları genellikle olumsuzdur. Bu nedenle birçok hasta hastalığını saklama ihtiyacı duyar (Atılgan, 2022).

Araştırmalara bakıldığında, 'ruhsal hastalığa sahip bireyler tehlikelidir', 'ruhsal hastalıklar diğer hastalıklar gibi gerçek hastalık değildir', ' ruhsal hastalığa sahip bireyler kilit altında tutulmalıdır', 'ruhsal hastalığa sahip birey normal yaşantısına dönemez', 'ruhsal hastalığa sahip bireyler acı hissetmez', 'bu bireyler kendi hataları nedeni ile hastalanırlar', 'iyileşen bireyler sorumluluk gerektiren önemli pozisyonlara uygun olmadıkları için bu pozisyonda çalışamazlar' gibi yaygın ve olumsuz inanışların olduğu görülmektedir. Ruhsal bozukluklara ilişkin damgalama sürecinde medyanın etkisi yadsınamaz. Haberlerde genellikle şiddet suçu işleyenlerin, suçu işleme nedeni olarak ruhsal hastalıklar vurgulanır. Bununla birlikte komedyenler ruhsal bozukluğa sahip bireylerin yetersiz davranışlarını gösterilerine konu ederken,

muhabirler de haberlerine ilgi çekmek için damgalayıcı görseller kullanırlar (Pavlova ve Berkers, 2022).

İçselleştirilmiş damgalama ya da kendini damgalama; damgalayıcı davranışa maruz kalan bireylerin, damgalayıcı tutum ve tepkileri normalleştirip kendilerine çevirmeleridir. Toplumun negatif tutum ve yargılarını kabul etmesi sonucunda örselenme, utanç ve değersizlik gibi duyguların eşliğinde kendisini toplumdan izole etmesidir. Toplumsal damgalamanın içselleştirilmesi ile birey ciddi şekilde zarar görür. Bireyin kendini damgalama süreci tanı almasıyla birlikte başlar. Bu bireyler kendilerine karşı olan olumsuz tutum ve davranışların farkındadır. Bireyler bu tutumları benimsedikleri takdirde yetersizlik duygusuyla birlikte benlik saygısında azalmaya neden olur (Bekiroğlu, 2021). Psikolojik yardım arama davranışı içsel ve toplumsal damgalama, benlik saygısı, cinsiyet, eğitim durumu, gelir düzeyi, hastanede yatış süresi gibi birçok faktörden etkilenmektedir (Sarıkoç ve Öz, 2016). Yapılan çalışmalarda içselleştirilmiş damgalama, benlik saygısı ve psikolojik destek aramaya isteklilik arasında ilişki olduğu saptanmıştır (Gürsoy ve Gizir, 2018; Sezer ve Gülleroğlu, 2016).

Kendi kendini damgalama tutumuyla birlikte utanç duygusu ortaya çıkar. Bireyin sosyal becerileri ve kendine güveni azalırken, yaşam kalitesi düşer. Kendi kendine yetebilme ile ilgili motivasyonu azalır. Bu süreç karşısında toplumla iletişim kurmaktan korku duyan birey baş etme yöntemi olarak yalnız kalmayı, sosyal izolasyonu tercih edecektir. Bu bireylerde, hastalığından dolayı suçlu hissetme, değer kaybı, benlik saygısında azalma, sosyal ilişkilerden uzaklaşma gibi depresyon belirtileri görülmekte ve mevcut duruma sekonder bir depresyon eklenmektedir.

2.4.2. Madde Bağımlılığı ve Damgalama

Bağımlı bireyler genellikle toplum tarafından başına gelenleri hak eden, suç işleme eğilimi olan, toplumun zarar görmemesi adına toplumdan uzaklaşması gereken, zayıf iradeleri nedeniyle bağımlılıkla baş edemeyen, tedavi hakkı olmayan gibi olumsuz yargılar nedeniyle damgalama davranışına maruz kalmaktadır ve bu davranış bireye bireysel ve toplumsal alanlarda probleme yol açmaktadır (Crapanzano, Hammarlund, Ahmad, Hunsinger ve Kullar, 2018; Tool, 2014). İş kaybı ya da iş bulamama, toplumdan dışlanma, bireyler arası iletişim sorunları gibi problemler ortaya çıkmaktadır (Crapanzano ve diğerleri, 2018). Toplumsal damgalamanın sonucunda bu

durumu içselleştirip kendini damgalayan bireyler, hastalıklarını gizlemekle birlikte madde kullanımına devam etmekte ve tedavi süreci olumsuz etkilenmektedir (Cameron, 2022; Tsai, Kiang, Barnett, Beletsky, Keyes, McGinty, Smith, Strathdee, Wakeman ve Venkataramani, 2019). Birey yaşam deneyimleri sonucunda kendi ve diğerleri için tehlike oluşturduğunu, yaşamını idame ettirme konusunda yetersiz olduğunu düşünür ve bu durumu içselleştirir (Crapanzano ve diğerleri, 2018). Bireylerin karşılaştıkları ve buna eşlik eden içselleştirilmiş damgalama; sosyal becerilerde bozulma, iş ve okul başarısında düşüş, yaşam kalitesinde azalma, kaygı, utanç, mutsuzluk, kişilerarası iletişimde bozukluk, benlik saygısında azalma gibi olumsuz durumlara neden olmaktadır (Cameron, 2022; Tsai ve diğerleri, 2019; Bekiroğlu, 2021; Picco, Abdin, Chong, Pang, Vaingankar, Sagayadevan, Kwok ve Subramaniam, 2016). Toplumsal damgalamayı içselleştiren bireylerde suçluluk, utanç gibi olumsuz duygular oluşmaktadır. Bu duygularla baş edebilmek için madde kullanımına yönelim artmaktadır (Olcay ve Dağlı, 2017).

Bireylerin hastalıklarının damgalayıcı etkisinin arttığı oranda bu belirtilerin görülme şiddeti artmaktadır. İçselleştirilmiş damgalamanın birçok etkisi olduğu bilinmekle birlikte bağımlılarda tedavi engellerinden biridir. Bireylerde yardım arayışında bulunma davranışının azalmasına, tedaviyi reddetmeye ve iyileşmenin gecikmesine neden olmaktadır. Bağımlı bireylerin sosyal izolasyonu onları kendi dar çevresinde kalmaya mecbur bırakmakta, madde kullanımını tekrarlama davranışı ile birlikte, utanç, suçluluk duygularına neden olmakta ve kendisi gibi bağımlı bireylerden oluşan çevreye hapsetmektedir. Bu çevreye maruziyetin artmasıyla birey kendini kısır döngüde hissetmekte ve işlevsellikte bozulmaya yol açmaktadır (Malas, 2019). Olumsuz duygu, düşünce ve davranışların eşlik ettiği bu durum madde kullanımında artmaya neden olmakta, tedaviyi olumsuz etkileyerek, relapsları artırmaktadır (Crapanzano ve diğerleri, 2018; Luoma, Guinther, Potter ve Cheslock, 2017; Türkmen, Özdemir ve Akyol, 2015). Madde bağımlısı bireylerin öz saygısını ve baş etme gücünü artırmak için ailelere yönelik sosyal desteğin önemi ile ilgili bilinçlendirme eğitimleri ve çalışmalar artırılmalı, sosyal hizmet kurumları ile iş birliği içerisinde uygun programların geliştirilmesi desteklenmelidir. Madde bağımlısı bireylerin ailelerine yönelik yapılan bilinçlendirme eğitimleri, madde bağımlısı bireylerde çevresel desteğin ve dolaylı olarak öz saygının artmasına neden olmaktadır (Avşar, Filiz ve Aslan, 2016).

2.5. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Damgalama

Dünya Sağlık Örgütü' nün birey ve toplum odaklı ruh sağlığı güçlendirme çalışmaları, ruhsal iyilik hali farkındalığının oluşturulması, ruhsal problemlerin önlenmesi, ruhsal hastalıklı bireylerde kişilik haklarının korunması ve bu hastalıklardan etkilenen bireylerin gerekli sağlık bakım hizmetine ulaşabilmesini içermektedir. DSÖ, mevcut ruhsal bozukluğu olan kişilerin üçte ikisinin toplum tarafından maruz kaldıkları damgalama, önyargı ve ihmal nedeniyle sağlık hizmeti talep etmediğini öngörmekte ve bu nedenle bireylerin bakım, tedavi ve hizmete ulaşım süreçlerinin olumsuz etkilendiğine dikkat çekmektedir (WHO, 2020). Ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi eksikliği, önyargı, korku ve damgalayıcı tutumlar en önemli tanı ve tedavi engellerindendir (Olçun ve Altun, 2017). Ülkemizde ruhsal hastalığa sahip bireylerle ilgili, zararlı, agresif ve toplum açısından tehlikeli oldukları yönünde önyargılar olduğu bilinmektedir (Çapar ve Kavak, 2019). Damgalamaya maruz kalan ruhsal bozukluğa sahip bireyler, toplum tarafından dışlanacaklarına, kendilerine değersiz davranılacağına inanmakta bunun sonucunda da benlik saygısında bozulma, rol kaybı, gelir kaybı ve tedaviye uyumsuzluk gibi birçok problemle karşılaşmaktadır (Dubreucq, Plasse ve Franck, 2021). Damgalama tutumu ile mücadelede de önemli faktörlerden biri ruh sağlığı okuryazarlık düzeyinin arttırılmasıdır. Ruh sağlığı okuryazarlığı ile ilgili yapılan bir çalışmada ruh sağlığı okuryazarlık düzeyi yüksek olan kişilerin damgalayıcı davranışlarının düşük olduğu bulunmuştur (Cheng ve diğerleri, 2018). Ruh sağlığı okuryazarlığı; ruh sağlığının kişisel ve toplumsal olarak farkındalık oluşturulması, gelişip devamlılığın sağlanması yönünden belirleyicidir (Özel ve Düzcü, 2018).

Ruh sağlığı okuryazarlığı düşük olan toplumlarda, ruh sağlığı toplum tarafından yeterli düzeyde ilgi görmemekte, ruhsal problemi olan bireylere karşı negatif tutum ve davranışlar nedeniyle kişiler damgalama ve ayrımcılığa maruz kalmaktadır (Kutcher ve diğerleri, 2016; Morgan, Ross ve Reavley, 2018). Bu tutum nedeniyle ruh sağlığı bozuk bireyler sosyal yaşamlarında güçlüklerle karşılaşmakta, yardım arama girişiminde bulunmamakta, ulaşılabilir profesyonel bakım ve destekten faydalanamamakta ve birey, ailesi ve bakım verenler olumsuz yönde etkilenmekte, alkol/madde kullanımı gibi yetersiz baş etme becerilerinin kullanılması ve tedavinin yarıda bırakılması, tedaviye uyumsuzluk gibi durumlar gelişmektedir (Dubreucq ve diğerleri, 2021; Jung ve diğerleri, 2016; Picco, Pang, Lau, Jeyagurunathan, Satghare,

Abdin, Vaingankar, Lim, Poh ve Chong, 2016). Yapılan çalışmalarda düşük ruh sağlığı okuryazarlığının toplumda kötü sonuçlara yol açan sağlık tutumlarının ve yüksek intihar davranışının nedeni olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Kutcher ve diğerleri, 2016). Ruh sağlığı okuryazarlık farkındalığı geliştirmek, ruh sağlığıyla ilgili bilgi eksikliğinin giderilmesiyle birlikte, ruhsal hastalığı olan kişilere karşı tutumları iyileştirir ve damgalayıcı davranışları azaltır (Bonabi, Müller, Ajdacic-Gross, Eisele, Rodgers, Seifritz, Rössler ve Rüsch, 2016). Pretorius ve diğerleri (2019) tarafından yapılan bir çalışmada online ruh sağlığı geliştirme programında çalışmaya katılan bireylerde ruh sağlığı okuryazarlığını, yardım arama davranışını artırdığı ve damgalama davranışını azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (Pretorius ve diğerleri, 2019). Bu konu ile ilgili ülkemizde yapılan bir çalışma sonucunda hemşirelik öğrencilerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyi arttıkça, damgalama tutumlarının azaldığı saptanmıştır (Çinçinoğlu ve Okanlı, 2021). Yapılan bir diğer çalışmada ise bireyin ruh sağlığı okuryazarlığının, yardım arama davranışını etkilediği bulunmuştur. Bu olumlu tutumun geliştirilmesi yüksek ruh sağlığı okuryazarlığı ile mümkündür (Gorczynski, Sims-Schouten, Hill ve Wilson, 2017). Ülkemizde tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan bir çalışmada psikiyatri eğitimini tamamlamış olmanın öğrencilerin ruhsal bozukluklara yönelik damgalama tutumu üzerine etkisi değerlendirilmiştir. Bilgi düzeyinde farklılık göstermekle birlikte, tutum ve davranışlarda anlamlılık tespit edilememiştir (Demirören, Şenol, Aytuğ Koşan ve Saka, 2015).

2.6. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Madde Bağımlılığında Damgalama ve Psikiyatri Hemşireliği

Ruhsal hastalıklara yönelik damgalama tutumu ile mücadelede anahtar rol oynayan meslek grupları bulunmaktadır. Özellikle sağlık profesyonellerinin toplumun bakış açısını ve tutumunu bilmesi hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonu açısından önemlidir (Açıkgöz ve Akkuş, 2018). Toplumun okuma yazma oranı önemli olmakla birlikte, sağlık hizmetinin bireye ulaşmasında kilit görevde olan hemşirelerin de sağlık okuryazarlığı ile ilgili farkındalığı artırılmalıdır (Elif ve Sivrikaya, 2019). Sağlık ve sağlık hizmeti eşitliğinin bir belirleyicisi olarak ruh sağlığı okuryazarlığının önemi giderek daha belirgin hale gelmektedir. Bu kapsamda hemşirelerin hastaların bakım ihtiyaçlarını belirledikleri gibi sağlık okuryazarlığı ihtiyaçlarını da doğru bir şekilde belirleyebilmeleri, temel sağlık bilgilerini aktarabilmeleri ve hastaların sonuçlarını ve

sağlık sisteminin kullanımını iyileştirebilmeleri önemlidir (Saito ve Creedy, 2021). Hemşireler ruh sağlığı okuryazarlığının geliştirilmesinde ve hastalara süreçle ilgili eğitim verilmesinde önemli role sahiptir (Mosley ve Taylor, 2017).

Çok çeşitli kliniklerde yatarak tedavi gören hastalara hizmet veren hemşirelerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinin yeterli seviyede olması beklenmekte olup**,** ruh sağlığı okuryazarlık düzeyi bakım verilen hasta ve yakınlarında var olan ruhsal bozuklukların saptanması açısından önemli olduğu bilinmektedir. Erken dönemde saptanan problemler bakım kalitesini artırmakla birlikte suicid ve homisid gibi olumsuz tutumların önlenmesini sağlar (Jung ve diğerleri, 2016). Bunun yanında sağlık profesyonellerinin de ruhsal hastalığı olan bireylere karşı damgalayıcı tutum içinde olduklarını ortaya koyan çalışmalar yapılmıştır. Hemşirelerle yapılan bir çalışmada hemşirelerin ruhsal hastalıklara karşı negatif tutumlarının olduğu saptanmıştır (Demir ve Ercan, 2018). 2021 yılında yapılan bir başka çalışmada ise sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlığının orta seviyede olduğu saptanmıştır (Öztaş ve Aydoğan, 2021).

Ruhsal hastalıklarda tedavi başvurusunu ve uyumunu bozabilen içselleştirilmiş damgalama davranışının değerlendirilmesi, sağlık çalışanlarının olası ihtimalleri ön görmesi ve tedavi yanıtı açısından önemlidir (Kamış, Erden Aki, Yıldız, Varan ve Dolgun, 2019). Damgalama tutum ve davranışlarına yönelik yapılan çalışmalar, sağlık profesyonellerinin ve toplumun bu kavrama benzer bakış açısı ile yaklaşımının önemi üzerinde durmuştur (Çam ve Bilge, 2013). Hemşireler, madde kullanımı konusunda sağlığı koruma ve geliştirme davranışını desteklemek için gerekli girişimleri planlamalı ve uygulamalıdır. Hastaneye yatış, tedavi, taburculuk süreçleriyle birlikte koruyucu politikaların geliştirilmesinde aktif rol almaları oldukça önemlidir. Ülkemizde ve dünyada yaygın olarak karşılaşılan ruhsal hastalıklar ve madde bağımlılığı evrensel bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Toplum tarafından en çok damgalanan ve örselenen gruplar arasında olması nedeniyle tanı, tedavi ve takip sürecinde birçok zorluklarla karşılaşmaktadır. Sağlık ekibinin önemli bir parçası olan psikiyatri hemşireleri bu zorluklarla baş etmede önderlik etmektedir. Koruyucu uygulamalardan başlayarak kendi meslektaşları başta olmak üzere toplumda bu zorluklarla ilgili farkındalık oluşturma, tanı, tedavi ve takip sürecinin her aşamasında, gerekli politikaların geliştirilmesinde, taburculuk sonrası bireyin topluma

kazandırılmasında, sosyal becerilerini geliştirmesinde aktif rol oynamalıdır (Karakaş ve Ersöğütçü, 2016).

Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin kaliteli bir şekilde uygulanabilmesi için ekip çok değerlidir ve psikiyatri hemşiresi bu ekibin önemli bir parçasıdır. Alanda yaptıkları ev ziyaretleri ile birlikte bireyi, ailesi ve yaşadığı çevre ile bütüncül değerlendirme fırsatı bulur. Ekip üyeleri ile birlikte sağlık hizmetlerinde özellikle koruyucu ve önleyici girişimlerde bulunur. Bu girişimler tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarını içerir ve hemşire bu süreçte aktif rol alır (Ünsal, Dilek ve Duran, 2023). Ruhsal hastalıklarda olduğu gibi madde bağımlılığında da birey ve ailesi damgalama davranışına maruz kalmaktadır. Bütüncül hemşirelik yaklaşımının damgalama ile mücadelede birey ve ailenin bu tutumla baş etmesini sağladığı düşünülmektedir (Ünal ve Koçak Uyaroğlu, 2022). Yapılan çalışmalarda ruhsal hastalıklar hakkında gerekli bilgilendirme ve eğitimler yapıldığında toplumun bakış açısında olumlu değişikliklere neden olduğu ve damgalama tutumunda azalma görüldüğü belirlenmiştir. Bu doğrultuda muhtarlara ruhsal hastalıklarda damgalama ile mücadele eğitimi verilmiştir. Ön test ve son test değerlendirmeleri sonucunda muhtarların damgalama tutumlarında anlamlı farklılık olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Çam, Bilge, Engin, Akmeşe, Tutgut ve Çakır, 2014). Türkiye' de ruhsal hastalıklara yönelik damgalama konusunda yapılan sistematik derlemede bu konuda yapılan çalışmaların %54' ü psikiyatri hemşireleri tarafından yapıldığını ortaya koymuştur. Damgalama ile mücadelede psikiyatri hemşirelerinin farkındalığının yüksek olduğu belirlenmiştir (Çam ve Bilge, 2013).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma; yetişkin bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi ile bağımlılık yapıcı madde kullanan bireylere yönelik tutum ve davranışlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak tasarlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, 01 Kasım 2023-01 Mart 2024 tarihleri arasında Ankara ilinde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Ankara ilinde yaşayan 65 yaş ve altı yetişkinler araştırmanın evrenini oluşturmuştur. TUİK 2022 verilerine göre Ankara'da yaşayan 18-65 yaş arası kişi sayısı 396667'dir (TUİK, 2022). Salant ve Dillman'nın (1994) formülü ile örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır. Homojen olmayan evren için % 95 güven aralığında, ± % 5 örnekleme hatası ile gerekli örneklem büyüklüğü 384 olarak hesaplanmıştır. Ancak araştırmada 384 ve üzeri kişiye ulaşılarak evreni temsil oranı ve testin gücü yüksek tutularak 411 kişi ile çalışma tamamlanmıştır. Araştırmaya dahil olma kriterleri, Ankara' da yaşayan 65 yaş ve altı yetişkin olmak ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmak olarak belirlenmiştir.

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri yetişkinlerin ruh sağlığı okuryazarlığı ve bağımlılık yapıcı madde kullanan bireylere yönelik tutum ve davranışları ölçek puanlarıdır. Bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi sosyodemografik özellikleri ile ruh sağlığına ve bağımlılık yapıcı madde kullanımıyla ilgili değişkenlerin tümü bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, yetişkin bireylerin sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik araştırmacıların geliştirmiş olduğu Kişisel Bilgi Formu (Ek-1),

Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (Ek-2) ve Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanan Bireylere Yönelik Tutum ve Davranışlar Ölçeği **(**Ek-3**)** kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (KBF)

Verilerin toplanmasında kullanılacak KBF araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda hazırlanmıştır (Akdoğan 2018; Kesgin, Pehlivan ve Uymaz, 2020). KBF, katılımcıların sosyo demografik özellikleri, ruh sağlığı ve bağımlılık yapıcı madde kullanımına ilişkin bilgilerini değerlendirmek üzere oluşturulan 20 soruluk bir formdur.

3.5.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOÖ)

RSOÖ O'Connor ve diğerleri (2015) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması Kesgin ve diğerleri (2020) tarafından yapılmış olup, kişilerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyini, desteğe ihtiyaç duydukları alanların belirlenmesi ile birlikte, ruh sağlığı okuryazarlık düzeyini geliştirmeye yönelik uygulamaların saptanmasına ve bu uygulamaların etkinliğinin değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır. Toplamda 35 madde, altı alt boyuttan oluşan ölçek likert tipi bir değerlendirme aracıdır. Ölçekte dörtlü ve beşli Likert tipi değerlendirme aracı kullanılmıştır. 1. ve 15. maddeler dörtlü likert tipinde, 16.- 35. maddeler ise beşli likert tipinde olup kesinlikle katılmıyorum (1) ve kesinlikle katılıyorum (5) aralığındaki ifadelerden oluşmaktadır. Ölçeğin orjinali tek boyutlu olmasına rağmen Gorczynki ve diğerleri (2017) tarafından yapılan araştırmada ortaya çıktığı gibi hastalıkları tanıyabilme, bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi, risk faktörlerine ve nedenlerine yönelik bilgi, kendi kendine yardım ve tedavi müdahaleleri hakkında bilgi, profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi, ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar olmak üzere altı boyutunun olduğu görülmüştür (Gorczynki ve diğerleri, 2017). Ölçekte 10,12,15,20 ve 28. maddeler tersine kodlanmıştır. Ölçek puanı ölçek maddelerine verilen cevaplardaki puanların tamamının toplanması ile elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek total puan en düşük 35, en yüksek 160 puandır. Ölçeğin kesme puanı olmamasına karşın Ratnayake ve Hyde, O'Connor ve Casey'in araştırma sonuçları kullanılarak ölçeğin kesme puanı 130 olarak belirlenmiştir (Ratnayake ve Hyde, 2019). Bu puanın altında olanların düşük ruh sağlığı okuryazarlığına, bu puanın üstünden olanların ise yüksek ruh sağlığı okuryazarlığına

sahip olduğunu bildirmiştir. Ölçeğin orijinalindeki geçerlik ve güvenirlik çalışması sonuçlarına göre, Cronbach's Alpha katsayısı toplamda 0.87, Kesgin ve diğerlerinin (2020) Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında 0.89, bu çalışmada ise 0,846 olarak bulunmuştur.

3.5.3. Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanan Bireylere Yönelik Tutum ve Davranışlar Ölçeği (BYMTÖ)

Şaşman Kaylı ve diğerleri (2020) tarafından geliştirilen ölçek beşli likert tipinde olup tamamen katılıyorum ile hiç katılmıyorum arasında seçenekler barındıran 27 sorudan oluşmaktadır (Kaylı ve diğerleri, 2020). Ölçekte toplam puanın yükselmesi, bağımlılık yapıcı madde kullanan bireylere karşı daha olumsuz bir tutum sergilemek anlamına gelmektedir. Ölçekte 7, 11, 12, 15, 19 ve 20 numaralı maddeler dışındaki olumsuz ifade içeren maddeler ters kodlanmıştır. Ölçek tek boyutlu olup, geçerlik güvenirlik çalışmasında Cronbach Alpha katsayısı bu çalışmadaki gibi .923 olarak bulunmuştur.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Veriler, etik kurul onayı sonrası araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan bireylere araştırmacılar tarafından gerekli açıklamalar yapılıp ve onamları alınarak toplanmıştır. Veri toplama formları Google forma aktarılmış ve bir bağlantı linki oluşturulmuştur. Bağlantı linkinin araştırmacı tarafından Whatsapp, mail, sosyal medya hesapları aracılığı ile yetişkin bireylerle paylaşılıp, kişilerden anketi doldurmaları istenmiştir. Veri toplama formlarının doldurulması toplam 15-20 dakika sürmüş, ihtiyaç halinde kişilerin olası sorularının yanıtlanabilmesi için gerekli iletişim adresleri paylaşılmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin analizi SPSS paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı veriler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırma verilerini normal dağılıp dağılmadığını belirlemek için Kolmogorov Smirnov Testi kullanılmış ve çarpıklık-basıklık değerlerine bakılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacıyla t-testi, Mann-Whitney U testi ve değişkenler ortalamaları arasındaki fark için Tek Yönlü Anova Testi ve Kruskal-

Wallis Testi kullanılmıştır. Belirlenen farklılıkların nedenini anlamak için post-hoc analizi yapılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Bu yüksek lisans tez çalışması; Lokman Hekim Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu' ndan 23.10.2023 tarihli 2023/202 sayılı yazısı ile yazılı onam alınmıştır (Ek-4). Çalışmada kullanılan ölçeklerin izinleri alınmış (Ek-7), katılımcılar için çalışmaya gönüllü olduklarına dair Araştırma Amaçlı Çalışma için Aydınlatılmış Onam Formu (Ek-6) ve anket araştırmaları için Aydınlatılmış Onam Formu (Ek-5) ile onam alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde yetişkin bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi ile bağımlılık yapıcı madde kullanan bireylere yönelik tutum, davranışları ve aralarındaki ilişkiye ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4. 1. Yetişkinlerin Tanıtıcı Özellikleri (n=411)

Özellikler	Sayı	Yüzde (%)
Yaş (Ort=37,443±11,120; Min=18; Maks=67)		
30 ve Altı	123	29,9
31-40	152	37
41-50	74	18
51 ve Üzeri	62	15,1
Cinsiyet		
Erkek	56	13,6
Kadın	355	86,4
Eğitim Durumu		
Lise ve Altı	71	17,3
Üniversite	232	56,4
Lisansüstü	108	26,3
Anne Eğitim Durumu		
Okuryazar Değil	32	7,8
İlkokul	204	49,6
Ortaokul	53	12,9
Lise	84	20,4
Üniversite	38	9,2
Baba Eğitim Durumu		
İlkokul ve Altı	141	34,3
Ortaokul	60	14,6
Lise	117	28,5
Üniversite	93	22,6
Ekonomik Durum		
Gelir Giderden Az	75	18,2
Gelir Gidere Denk	247	60,1
Gelir Giderden Fazla	89	21,7

Tablo 4.1' de çalışmaya katılan yetişkin bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Yetişkinlerin %37'si 31-40 yaş aralığında olup yaş ortalamaları 37,443±11,120 olarak hesaplanmıştır. Yetişkinlerin %86,4'ünün kadın, %56,4'ünün üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Yetişkinlerin %49,6'sının anne eğitim düzeyi

ilkokul, %34,3'ünün ise baba eğitim düzeyi ilkokuldur. Yetişkinlerin %60,1'i ekonomik durumlarını gelir gidere denk olarak belirtmiştir.

Tablo 4. 1. Yetişkinlerin Tanıtıcı Özellikleri (n=411) (Devamı)

Özellikler	Sayı	Yüzde (%)
Ruhsal Hastalık Varlığı		
Evet	20	4,9
Hayır	391	95,1
Var Olan Ruhsal Hastalık		
Anksiyete Bozukluğu	11	55
Depresyon	5	25
Okb	4	20
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü Varlığı		
Evet	51	12,4
Hayır	360	87,6
Ruhsal Hastalıklar Hakkında Bilgi Sahipliği		
Evet	307	74,7
Hayır	104	25,3
Ruhsal Sorun Yaşadığında Yardım İsteme Durumu		
Evet	374	91
Hayır	37	9
Ruh Sağlığı ile İlgili Konferansa Katılma Durumu		
Evet	171	41,6
Hayır	240	58,4
Ruh Sağlığı ile İlgili Bilgi Edinme Başvuru Kaynağı		
İnternet Sosyal Medya	99	24,1
Sağlık Personeli	275	66,9
Aile Arkadaş	26	6,3
Kitap Makale	11	2,7
Daha Önce Psikolojik Destek Alma Durumu		
Evet	164	39,9
Hayır	247	60,1
Daha Önce Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanma Durumu		
Evet	74	18
Hayır	337	82
Daha Önce Bağımlılık Yapıcı Kullanılan Madde		
Sigara	64	86,5
Alkol	7	9,5
Esrar	3	4,1

Tablo 4. 1. Yetişkinlerin Tanıtıcı Özellikleri (n=411) (Devamı)

Özellikler	Sayı	Yüzde (%)
Ailede Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanan Biri Varlığı		
Evet	99	24,1
Hayır	312	75,9
Ailede Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanan Kişi		
Birinci Derece Yakın	82	82,8
İkinci Derece Yakın	17	17,2

Yetişkinlerin %95,1'inin ruhsal hastalığı bulunmamakta olup, ruhsal hastalığa sahip olanların %55'inde anksiyete bozukluğu mevcuttur. Yetişkinlerin %87,6'sı ailesinde ruhsal hastalık öyküsünün olmadığını, %74,7'si ruhsal hastalıklar hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir. Yetişkinlerin %91'i ruhsal sorun yaşadığında yardım arama davranışında bulunduğunu, %58,4'ü ruh sağlığı ile ilgili bir konferansa katılmadığını belirtmiştir. Yetişkinlerin %66,9'u ruh sağlığı ile ilgili bilgi edinmek için başvuru kaynağını sağlık personeli olarak belirtmiş, %60,1'i daha önce psikolojik destek almamıştır.

Yetişkinlerin %82'si daha önce bağımlılık yapıcı herhangi bir madde kullanmadığını belirtmiş olup kullananların ise %86,5'i sigara kullandığını belirtmiştir. Yetişkinlerin %24,1'inin ailesinde bağımlılık yapıcı madde kullanan birey bulunmakta olup, bunların %82,8'i birinci derece yakınıdır.

Tablo 4.2. Yetişkinlerin RSOÖ ve BYMTÖ Puan Ortalamaları (n=411)

Ölçek		X̄ ± SS	Min-Max
Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği	Hastalıkları Tanıyabilme	35,496±5,670	8-40
	Bilgiye Nasıl Ulaşabileceğine Yönelik Bilgi	9,153±1,422	2-10
	Risk Faktörlerine ve Nedenlerine Yönelik Bilgi	7,153±2,119	2-10
	Kendi Kendine Yardım	8,779±2,015	2-10
	Profesyonel Yardıma Ulaşabilmeye Yönelik Bilgi	12,711±2,480	3-15
	Ruh Sağlığı ile İlgili Hastalıklara Yönelik Tutumlar	41,798±7,716	23-72
	RSOÖ Toplam	123,922± 13,807	43-157
Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanan Bireylere Yönelik Tutum ve Davranışlar Ölçeği	**BYMTÖ Toplam**	73,319±17,157	30-134

Tablo 4.2'de yetişkinlerin ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları ve madde kullanan bireylere yönelik tutum ve davranış puan ortalamaları verilmiştir. Yetişkinlerin ruh sağlığı okuryazarlığı toplam puan ortalaması 123,922±13,807 (Min=43; Maks=157)'dir. Yetişkinlerin madde kullanan bireylere yönelik tutum ve davranış ölçeği toplam puan ortalaması 73,319±17,157 (Min=30; Maks=134) olarak saptanmıştır.

RSOÖ alt ölçeklerinden alınan puanlar değerlendirildiğinde; "hastalıkları tanıyabilme" puan ortalaması 35,496±5,670 (Min=8; Maks=40), "bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi" puan ortalaması 9,153±1,422 (Min=2; Maks=10), "risk faktörlerine ve nedenlerine yönelik bilgi" puan ortalaması 7,153±2,119 (Min=2; Maks=10), "kendi kendine yardım" puan ortalaması 8,779±2,015 (Min=2; Maks=10), "profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi" puan ortalaması 12,711±2,480 (Min=3; Maks=15), "ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar" puan ortalaması 41,798±7,716 (Min=23; Maks=72) olarak saptanmıştır

Tablo 4.3. Yetişkinlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre RSOÖ Puan Ortalamaları (n:411)

Demografik Özellikler	n	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Toplam	Hastalıkları Tanıyabilme	Bilgiye Nasıl Ulaşabileceğine Yönelik Bilgi	Risk Faktörlerine ve Nedenlerine Yönelik Bilgi	Kendi Kendine Yardım	Profesyonel Yardıma Ulaşabilmeye Yönelik Bilgi	Ruh Sağlığı ile İlgili Hastalıklara Yönelik Tutumlar
Yaş		X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS
30 Ve Altı	123	126,374±16,105	35,650±5,513	9,057±1,527	7,317±2,369	8,927±1,908	12,935±2,495	43,813±9,600
31-40	152	124,211±12,965	36,296±5,104	9,230±1,344	7,184±1,893	8,763±2,074	12,612±2,493	41,105±7,801
41-50	74	122,095±12,421	34,189±6,465	9,243±1,333	7,027±2,152	8,730±2,135	12,635±2,491	41,257±4,930
51 Ve Üzeri	62	120,532±11,567	34,790±6,047	9,048±1,509	6,903±2,102	8,581±1,955	12,597±2,439	40,145±4,865
F=		3,038	2,703	0,546	0,629	0,437	0,48	4,379
p=		**0,029**	**0,045**	0,651	0,596	0,727	0,696	**0,005**
PostHoc=		1>3, 1>4 (p<0.05)	2>3 (p<0.05)					1>2, 1>3, 1>4 (p<0.05)
Cinsiyet								
Erkek	56	122,232±16,672	33,839±7,410	8,857±1,710	6,643±2,354	8,411±2,122	12,232±2,815	43,982±6,929
Kadın	355	124,189±13,307	35,758±5,310	9,200±1,368	7,234±2,072	8,837±1,995	12,786±2,419	41,454±7,786
t=		-0,986	-2,366	-1,68	-1,946	-1,472	-1,555	2,291
p=		0,406	0,067	0,157	0,052	0,142	0,121	**0,022**

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Yetişkinlerin tanıtıcı özelliklerine göre RSOÖ puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.3'te verilmiştir. Tablo incelendiğinde yetişkinlerin ruh sağlığı okuryazarlığı toplam puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,038$; $p=0.029<0.05$). Bu farklılığın nedenini ortaya koymak için Post-Hoc (Tukey HSD) test analizi yapılmış ve farklılığın 30 yaş ve altı olan yetişkinlerin ruh sağlığı okuryazarlığı toplam puanlarının 41-50 yaş ve 51 ve üzeri olan yetişkinlerin ruh sağlığı okuryazarlığı toplam puanlarından yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Alt boyutlar incelendiğinde yetişkinlerin hastalıkları tanıyabilme puanları da yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=2,703$; $p=0.045<0.05$). Yapılan Post-Hoc (Tukey HSD) test analizinde farkın 31-40 yaş aralığında olan yetişkinlerin hastalıkları tanıyabilme puanlarının 41-50 yaş aralığında olanların hastalıkları tanıyabilme puanlarından daha yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Yetişkinlerin bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi, risk faktörlerine ve nedenlerine yönelik bilgi, kendi kendine yardım, profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo incelendiğinde erkeklerin ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar puanları ($x=43,982$), kadınların ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar puanlarından ($x=41,454$) yüksek bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=2,291$; $p=0.022<0.05$). Yetişkinlerin RSOÖ toplam ve diğer alt ölçek puan ortalamaları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.3. Yetişkinlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre RSOÖ Puan Ortalamaları (n:411) (Devamı)

Demografik Özellikler	n	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Toplam	Hastalıkları Tanıyabilme	Bilgiye Nasıl Ulaşabileceğine Yönelik Bilgi	Risk Faktörlerine ve Nedenlerine Yönelik Bilgi	Kendi Kendine Yardım	Profesyonel Yardıma Ulaşabilmeye Yönelik Bilgi	Ruh Sağlığı ile İlgili Hastalıklara Yönelik Tutumlar
Eğitim Durumu		X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS
Lise Ve Altı	71	123,479±14,107	34,000±6,417	8,986±1,526	7,887±2,032	8,718±2,044	12,648±2,798	42,845±6,073
Üniversite	232	124,293±14,633	35,785±5,553	9,017±1,535	7,108±2,075	8,897±1,929	12,819±2,506	41,918±8,192
Lisansüstü	108	123,417±11,718	35,861±5,280	9,556±0,960	6,769±2,169	8,565±2,171	12,519±2,198	40,852±7,582
F=		0,192	3,025	6,017	6,249	1,037	0,567	1,497
p=		0,825	**0,05**	**0,003**	**0,002**	0,355	0,568	0,225
PostHoc=			2>1, 3>1 (p<0.05)	3>1, 3>2 (p<0.05)	1>2, 1>3 (p<0.05)			
Anne Eğitim Durumu								
Okuryazar Değil	32	121,188±15,784	34,250±7,207	9,063±1,950	6,750±2,286	8,688±1,857	12,094±3,020	41,969±7,168
İlkokul	204	123,868±11,688	35,843±5,198	9,235±1,299	7,049±2,002	8,647±2,155	12,799±2,266	41,294±6,926
Ortaokul	53	126,038±17,448	35,528±5,925	9,113±1,552	7,585±2,240	9,208±1,621	13,019±2,515	43,000±9,047
Lise	84	123,893±14,888	35,048±5,927	8,905±1,518	7,345±2,170	8,869±2,029	12,464±2,735	42,512±8,875
Üniversite	38	123,632±14,703	35,632±5,819	9,395±1,079	7,026±2,284	8,763±1,822	12,868±2,451	41,105±7,529
F=		0,628	0,713	1,129	1,171	0,876	1,01	0,798
p=		0,643	0,584	0,342	0,323	0,478	0,402	0,527

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Yetişkinlerin hastalıkları tanıyabilme puanları eğitim durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir (F=3,025; p=0.05<0.05). Farkın nedeni üniversite ve lisansüstü mezunu bireylerin hastalıkları tanıyabilme puanlarının, eğitim durumu lise ve altı olanların hastalıkları tanıyabilme puanlarından yüksek olmasıdır (p<0.05). Yetişkinlerin bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir (F=6,017; p=0.003<0.05). Farkın nedeni lisansüstü mezunlarının bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi puanlarının eğitim durumu üniversite, lise ve altı olanların bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi puanlarından yüksek olmasıdır (p<0.05). Yetişkinlerin risk faktörlerine ve nedenlerine yönelik bilgi puanları eğitim durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir (F=6,249; p=0.002<0.05). Yapılan Post-Hoc (Tukey HSD) test analizinde farkın nedeni lise ve altı olanların risk faktörlerine ve nedenlerine yönelik bilgi puanlarının üniversite ve lisansüstü mezunlarının risk faktörlerine ve nedenlerine yönelik bilgi puanlarından yüksek olmasıdır (p<0.05).

Yetişkinlerin RSOÖ ve diğer alt ölçek toplam puan ortalamaları eğitim durumuna göre, kendi kendine yardım, profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi, ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar ve profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi boyutunda anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05)

Tablo 4.3. Yetişkinlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre RSOÖ Puan Ortalamaları (n:411) (Devamı)

Demografik Özellikler	n	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Toplam	Hastalıkları Tanıyabilme	Bilgiye Nasıl Ulaşabileceğine Yönelik Bilgi	Risk Faktörlerine ve Nedenlerine Yönelik Bilgi	Kendi Kendine Yardım	Profesyonel Yardıma Ulaşabilmeye Yönelik Bilgi	Ruh Sağlığı ile İlgili Hastalıklara Yönelik Tutumlar
Baba Eğitim Durumu		X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS
İlkokul Ve Altı	141	123,206±12,519	35,298±5,911	9,213±1,477	7,220±2,007	8,723±2,132	12,837±2,489	41,021±6,420
Ortaokul	60	124,117±16,889	34,950±6,239	8,933±1,656	7,067±2,138	8,767±1,872	12,933±2,490	42,900±8,612
Lise	117	125,453±14,046	36,333±5,043	9,180±1,343	7,248±2,157	8,812±2,030	12,470±2,644	42,479±8,453
Üniversite	93	122,957±13,216	35,097±5,636	9,172±1,274	6,989±2,243	8,828±1,932	12,677±2,251	41,409±7,906
F=		0,76	1,249	0,577	0,342	0,065	0,654	1,269
p=		0,517	0,291	0,63	0,795	0,978	0,581	0,285
Ekonomik Durum								
Gelir Giderden Az	75	124,667±13,747	35,880±5,016	9,107±1,341	7,467±2,292	8,720±1,942	12,653±2,576	41,907±7,978
Gelir Gidere Denk	247	124,717±13,332	35,530±5,655	9,178±1,400	7,223±2,055	8,891±1,938	12,834±2,416	42,219±7,700
Gelir Giderden Fazla	89	121,090±14,902	35,079±6,240	9,124±1,558	6,697±2,097	8,517±2,267	12,416±2,575	40,539±7,486
F=		2,407	0,416	0,097	3,049	1,166	0,954	1,563
p=		0,091	0,66	0,908	**0,048**	0,313	0,386	0,211
PostHoc=					1>3, 2>3 (p<0.05)			

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Yetişkinlerin RSOÖ toplam ve alt ölçek puanları anne ve baba eğitim durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Yetişkinlerin risk faktörlerine ve nedenlerine yönelik bilgi puanları ekonomik duruma göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,049$; $p=0.048<0.05$). Farkın nedenini belirlemeye yönelik yapılan Post-Hoc (Tukey HSD) test analizinde geliri giderden az olanların ve gelir gidere denk olanların risk faktörlerine ve nedenlerine yönelik bilgi puanlarının, geliri giderden fazla olanların risk faktörlerine ve nedenlerine yönelik bilgi puanlarından yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Yetişkinlerin RSOÖ toplam ve alt ölçek puanları hastalıkları tanıyabilme, bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi, kendi kendine yardım, profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi, ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar alt boyut puanları ekonomik duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$)

Tablo 4.3. Yetişkinlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre RSOÖ Puan Ortalamaları (n:411) (Devamı)

Demografik Özellikler	n	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Toplam	Hastalıkları Tanıyabilme	Bilgiye Nasıl Ulaşabileceğine Yönelik Bilgi	Risk Faktörlerine ve Nedenlerine Yönelik Bilgi	Kendi Kendine Yardım	Profesyonel Yardıma Ulaşabilmeye Yönelik Bilgi	Ruh Sağlığı ile İlgili Hastalıklara Yönelik Tutumlar
Ruhsal Hastalık Varlığı		X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS
Evet	20	127,700±11,003	37,150±3,617	9,350±1,387	7,100±1,997	8,750±1,860	13,000±2,294	43,250±8,012
Hayır	391	123,729±13,919	35,412±5,746	9,143±1,425	7,156±2,128	8,780±2,025	12,696±2,491	41,724±7,704
t=		1,255	1,339	0,634	-0,115	-0,065	0,535	0,862
p=		0,21	0,054	0,527	0,908	0,948	0,593	0,389
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü Varlığı								
Evet	51	125,177±9,674	35,726±4,980	9,471±1,065	7,098±2,274	8,961±1,612	12,765±2,214	42,020±7,336
Hayır	360	123,744±14,298	35,464±5,766	9,108±1,461	7,161±2,100	8,753±2,066	12,703±2,519	41,767±7,778
t=		0,693	0,308	1,706	-0,199	0,689	0,167	0,219
p=		0,489	0,758	**0,034**	0,843	0,491	0,868	0,827

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Yetişkinlerin RSOÖ toplam ve alt ölçek puanları, hastalıkları tanıyabilme, bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi, risk faktörlerine ve nedenlerine yönelik bilgi, kendi kendine yardım, profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi, ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar alt boyut puanları ruhsal hastalık varlığına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Ailede ruhsal hastalık öyküsü olan bireylerin bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi puanları ($x=9,471$), ailede ruhsal hastalık öyküsü olmayan bireylerin bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi puanlarından ($x=9,108$) yüksek bulunmuştur ($t=1,706$; $p=0.034<0.05$). Yetişkinlerin RSOÖ toplam ve alt ölçek puanları, hastalıkları tanıyabilme, risk faktörlerine ve nedenlerine yönelik bilgi, kendi kendine yardım, profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi, ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar alt boyut puanları ailede ruhsal hastalık öyküsü varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.3. Yetişkinlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre RSOÖ Puan Ortalamaları (n:411) (Devamı)

Demografik Özellikler	n	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Toplam	Hastalıkları Tanıyabilme	Bilgiye Nasıl Ulaşabileceğine Yönelik Bilgi	Risk Faktörlerine ve Nedenlerine Yönelik Bilgi	Kendi Kendine Yardım	Profesyonel Yardıma Ulaşabilmeye Yönelik Bilgi	Ruh Sağlığı ile İlgili Hastalıklara Yönelik Tutumlar
Ruhsal Hastalıklar Hakkında Bilgi Sahipliği		X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS
Evet	307	124,420±13,186	35,873±5,235	9,349±1,288	7,065±2,022	8,798±1,963	12,648±2,357	41,642±7,758
Hayır	104	122,452±15,472	34,385±6,699	8,577±1,635	7,414±2,375	8,721±2,170	12,894±2,818	42,260±7,609
t=		1,257	2,326	4,915	-1,451	0,336	-0,874	-0,705
p=		0,209	**0,041**	**0**	0,182	0,737	0,425	0,481
Ruhsal Sorun Yaşadığında Yardım İsteme Durumu								
Evet	374	123,762±13,349	35,487±5,627	9,211±1,358	7,112±2,123	8,741±2,040	12,727±2,447	41,570±7,431
Hayır	37	125,541±17,938	35,595±6,171	8,568±1,879	7,568±2,062	9,162±1,724	12,541±2,824	44,108±9,997
t=		-0,747	-0,11	2,645	-1,247	-1,214	0,436	-1,915
p=		0,455	0,912	**0,049**	0,213	0,17	0,663	0,056

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Tablo incelendiğinde ruhsal hastalıklar hakkında bilgi sahibi olan bireylerin hastalıkları tanıyabilme puanları (x=35,873), ruhsal hastalıklar hakkında bilgi sahibi olmayanların hastalıkları tanıyabilme puanlarından (x=34,385) yüksek bulunmuştur (t=2,326; p=0.041<0.05). Ruhsal hastalıklar hakkında bilgi sahibi olanların bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi puanları (x=9,349), ruhsal hastalıklar hakkında bilgi sahibi olmayanların bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi puanlarından (x=8,577) yüksek bulunmuştur (t=4,915; p=0<0.05). Yetişkinlerin RSOÖ toplam ve alt ölçek puanları, risk faktörlerine ve nedenlerine yönelik bilgi, kendi kendine yardım, profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi, ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar alt boyut puanları ruhsal hastalıklar hakkında bilgi sahipliğine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

Yetişkinlerin ruhsal sorun yaşadığında yardım isteyenlerin bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi puanları (x=9,211), ruhsal sorun yaşadığında yardım istemeyenlerin bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi puanlarından (x=8,568) yüksek bulunmuştur (t=2,645; p=0.049<0.05). Yetişkinlerin RSOÖ toplam ve alt ölçek puanları, hastalıkları tanıyabilme, risk faktörlerine ve nedenlerine yönelik bilgi, kendi kendine yardım, profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi, ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar alt boyut puanları ruhsal sorun yaşadığında yardım isteme durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

Tablo 4.3. Yetişkinlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre RSOÖ Puan Ortalamaları (n:411) (Devamı)

Demografik Özellikler	n	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Toplam	Hastalıkları Tanıyabilme	Bilgiye Nasıl Ulaşabileceğine Yönelik Bilgi	Risk Faktörlerine ve Nedenlerine Yönelik Bilgi	Kendi Kendine Yardım	Profesyonel Yardıma Ulaşabilmeye Yönelik Bilgi	Ruh Sağlığı ile İlgili Hastalıklara Yönelik Tutumlar
Ruh Sağlığı İle İlgili Konferansa Katılma Durumu		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Evet	171	124,310±11,747	36,409±4,636	9,380±1,209	7,023±1,958	8,602±2,141	12,509±2,261	41,205±7,119
Hayır	240	123,646±15,123	34,846±6,232	8,992±1,539	7,246±2,226	8,904±1,915	12,854±2,621	42,221±8,103
t=		0,48	2,778	2,751	-1,049	-1,499	-1,393	-1,317
p=		0,631	**0,004**	**0,004**	0,284	0,142	0,154	0,189
Ruh Sağlığı İle İlgili Bilgi Edinme Başvuru Kaynağı								
İnternet Sosyal Medya	99	125,000±13,870	35,475±4,976	8,849±1,431	7,354±2,130	8,980±1,714	12,596±2,634	43,131±8,358
Sağlık Personeli	275	123,902±14,317	35,575±5,930	9,229±1,433	7,160±2,069	8,735±2,089	12,756±2,451	41,593±7,566
Aile Arkadaş	26	121,462±8,613	34,308±5,850	9,231±1,366	6,500±2,596	9,231±1,451	12,923±2,314	40,192±5,993
Kitap Makale	11	120,546±9,459	36,546±4,612	9,818±0,603	6,727±1,954	7,000±2,898	12,091±2,343	38,727±7,901
F=		0,694	0,523	2,634	1,27	3,739	0,392	2,021
p=		0,556	0,667	**0,05**	0,284	**0,011**	0,759	0,11
PostHoc=				2>1, 4>1 (p<0.05)		1>4, 2>4, 3>4 (p<0.05)		

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Ruh sağlığı ile ilgili konferansa katılan yetişkinlerin hastalıkları tanıyabilme puanları (x=36,409), ruh sağlığı ile ilgili konferansa katılmayanların hastalıkları tanıyabilme puanlarından (x=34,846) yüksek bulunmuştur (t=2,778; p=0.004<0.05). Ruh sağlığı ile ilgili konferansa katılanların bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi puanları (x=9,380), ruh sağlığı ile ilgili konferansa katılmayanların bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi puanlarından (x=8,992) yüksek bulunmuştur (t=2,751; p=0.004<0.05). Yetişkinlerin RSOÖ toplam ve alt ölçek puanları, risk faktörlerine ve nedenlerine yönelik bilgi, kendi kendine yardım, profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi, ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar alt boyut puanları ruh sağlığı ile ilgili konferansa katılma durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

Yetişkinlerin bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi puanları ruh sağlığı ile ilgili bilgi edinme başvuru kaynağına göre anlamlı farklılık göstermektedir (F=2,634; p=0.05<0.05). Yapılan Post-Hoc (Tukey HSD) test analizinde farkın nedeni ruh sağlığı ile ilgili bilgi edinme başvuru kaynağı sağlık personeli ve kitap makale olanların bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi puanlarının ruh sağlığı ile ilgili bilgi edinme başvuru kaynağı internet sosyal medya olanların bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi puanlarından yüksek olmasıdır (p<0.05). Yetişkinlerin kendi kendine yardım puanları ruh sağlığı ile ilgili bilgi edinme başvuru kaynağına göre anlamlı farklılık göstermektedir (F=3,739; p=0.011<0.05). Yapılan Post-Hoc (Tukey HSD) test analizinde farkın nedeni ruh sağlığı ile ilgili bilgi edinme başvuru kaynağı internet-sosyal medya, aile-arkadaş ve sağlık personeli olanların kendi kendine yardım puanlarının ruh sağlığı ile ilgili bilgi edinme başvuru kaynağı kitap makale olanların kendi kendine yardım puanlarından yüksek olmasıdır (p<0.05). Yetişkinlerin RSOÖ toplam ve alt ölçek puanları, hastalıkları tanıyabilme, risk faktörlerine ve nedenlerine yönelik bilgi, profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi, ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar alt boyut puanları ruh sağlığı ile ilgili bilgi edinme başvuru kaynağına göre istatistiksel bakımdan anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

Tablo 4.3. Yetişkinlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre RSOÖ Puan Ortalamaları (n:411) (Devamı)

Demografik Özellikler	n	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Toplam	Hastalıkları Tanıyabilme	Bilgiye Nasıl Ulaşabileceğine Yönelik Bilgi	Risk Faktörlerine ve Nedenlerine Yönelik Bilgi	Kendi Kendine Yardım	Profesyonel Yardıma Ulaşabilmeye Yönelik Bilgi	Ruh Sağlığı ile İlgili Hastalıklara Yönelik Tutumlar
Daha Önce Psikolojik Destek Alma Durumu		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Evet	164	123,226±11,986	35,561±5,485	9,250±1,308	7,024±2,131	8,695±2,082	12,543±2,460	41,024±6,746
Hayır	247	124,385±14,899	35,453±5,800	9,089±1,493	7,239±2,112	8,834±1,972	12,822±2,492	42,312±8,272
t=		-0,833	0,188	1,124	-1,005	-0,684	-1,118	-1,66
p=		0,405	0,851	0,262	0,316	0,494	0,264	0,098
Daha Önce Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanma Durumu								
Evet	74	123,622±11,746	35,324±5,048	9,297±1,279	7,338±1,918	8,622±1,998	12,811±2,274	41,432±6,413
Hayır	337	123,988±14,235	35,534±5,804	9,122±1,452	7,113±2,161	8,813±2,020	12,688±2,526	41,878±7,980
t=		-0,207	-0,288	0,962	0,827	-0,74	0,384	-0,45
p=		0,836	0,774	0,337	0,409	0,46	0,701	0,653

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Yetişkinlerin RSOÖ toplam ve alt ölçek puanları, daha önce psikolojik destek alma durumuna ve daha önce bağımlılık yapıcı madde kullanma durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$)

Tablo 4.3. Yetişkinlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre RSOÖ Puan Ortalamaları (n:411) (Devamı)

Demografik Özellikler	n	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Toplam	Hastalıkları Tanıyabilme	Bilgiye Nasıl Ulaşabileceğine Yönelik Bilgi	Risk Faktörlerine ve Nedenlerine Yönelik Bilgi	Kendi Kendine Yardım	Profesyonel Yardıma Ulaşabilmeye Yönelik Bilgi	Ruh Sağlığı ile İlgili Hastalıklara Yönelik Tutumlar
Ailede Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanan Biri Varlığı		X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS	X̄ ± SS
Evet	99	123,717±11,248	35,808±5,310	9,273±1,268	6,677±2,132	8,737±2,083	12,616±2,184	41,455±7,271
Hayır	312	123,987±14,541	35,397±5,784	9,115±1,468	7,305±2,096	8,792±1,996	12,740±2,570	41,907±7,861
t=		-0,169	0,627	0,959	-2,586	-0,233	-0,434	-0,508
p=		0,866	0,531	0,338	**0,01**	0,816	0,665	0,612
Ailede Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanan Kişi								
Birinci Derece Yakın	82	123,646±11,982	36,012±4,930	9,171±1,341	6,768±2,063	8,683±2,171	12,793±2,065	41,098±7,704
İkinci Derece Yakın	17	124,059±6,923	34,824±6,957	9,765±0,664	6,235±2,463	9,000±1,620	11,765±2,587	43,177±4,419
t=		-0,137	0,839	-1,777	0,937	-0,569	1,786	-1,074
p=		0,891	0,404	**0,009**	0,351	0,571	0,077	0,286

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Ailede bağımlılık yapıcı madde kullanan yakını olanların risk faktörlerine ve nedenlerine yönelik bilgi puanları (x=6,677), ailede bağımlılık yapıcı madde kullanan yakını olmayanların risk faktörlerine ve nedenlerine yönelik bilgi puanlarından (x=7,305) düşük olduğu saptanmıştır (t=-2,586; p=0.01<0.05). Yetişkinlerin RSOÖ toplam ve alt ölçek puanları, hastalıkları tanıyabilme, bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi, kendi kendine yardım, profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi, ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar alt boyut puanları ailede bağımlılık yapıcı madde kullanan biri varlığına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

Ailede bağımlılık yapıcı madde kullanan kişi birinci derece yakın olanların bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi puanları (x=9,171), ailede bağımlılık yapıcı madde kullanan kişi ikinci derece yakın olanların bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi puanlarından (x=9,765) düşük bulunmuştur (t=-1,777; p=0.009<0.05). Yetişkinlerin RSOÖ toplam ve alt ölçek puanları, hastalıkları tanıyabilme, risk faktörlerine ve nedenlerine yönelik bilgi, kendi kendine yardım, profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi, ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar alt boyut puanları ailede bağımlılık yapıcı madde kullanan kişiye göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

Tablo 4.4. Yetişkinlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre BYMTÖ Puan Ortalamaları (n:411)

Demografik Özellikler	n	Madde Kullanan Bireylere Yönelik Tutum ve Davranış Toplam
Yaş		Ort ± SS
30 Ve Altı	123	74,333±18,285
31-40	152	72,493±17,548
41-50	74	75,987±15,949
51 Ve Üzeri	62	70,145±14,849
F=		1,571
p=		0,196
Cinsiyet		Ort ± SS
Erkek	56	77,000±20,037
Kadın	355	72,738±16,615
t=		1,732
p=		0,135
Eğitim Durumu		Ort ± SS
Lise ve Altı	71	68,169±18,323
Üniversite	232	73,556±16,753
Lisansüstü	108	76,194±16,623
F=		4,826
p=		**0,008**
PostHoc=		2>1, 3>1 (p<0.05)
Anne Eğitim Durumu		Ort ± SS
Okuryazar Değil	32	72,656±17,091
İlkokul	204	73,539±16,684
Ortaokul	53	69,472±17,241
Lise	84	74,393±17,343
Üniversite	38	75,684±19,158
F=		0,949
p=		0,436
Baba Eğitim Durumu		Ort ± SS
İlkokul Ve Altı	141	72,624±16,728
Ortaokul	60	71,633±17,793
Lise	117	73,530±18,353
Üniversite	93	75,194±15,877
F=		0,644
p=		0,587
Ekonomik Durum		Ort ± SS
Gelir Giderden Az	75	75,640±16,818
Gelir Gidere Denk	247	73,409±17,724
Gelir Giderden Fazla	89	71,112±15,679
F=		1,429
p=		0,241

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Tablo 4.4. Yetişkinlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre BYMTÖ Puan Ortalamaları (n:411) (Devamı)

Demografik Özellikler	n	Madde Kullanan Bireylere Yönelik Tutum ve Davranış Toplam
Ruhsal Hastalık Varlığı		Ort ± SS
Evet	20	71,750±19,913
Hayır	391	73,399±17,029
t=		-0,419
p=		0,676
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü Varlığı		Ort ± SS
Evet	51	73,804±17,020
Hayır	360	73,250±17,198
t=		0,216
p=		0,829
Ruhsal Hastalıklar Hakkında Bilgi Sahipliği		Ort ± SS
Evet	307	74,482±17,031
Hayır	104	69,885±17,148
t=		2,375
p=		**0,018**
Ruhsal Sorun Yaşadığında Yardım İsteme Durumu		Ort ± SS
Evet	374	72,853±16,732
Hayır	37	78,027±20,651
t=		-1,754
p=		0,08
Ruh Sağlığı ile İlgili Konferansa Katılma Durumu		Ort ± SS
Evet	171	75,561±16,659
Hayır	240	71,721±17,361
t=		2,248
p=		**0,025**
Ruh Sağlığı ile İlgili Bilgi Edinme Başvuru Kaynağı		Ort ± SS
İnternet Sosyal Medya	99	74,283±16,152
Sağlık Personeli	275	72,175±17,412
Aile Arkadaş	26	79,000±16,810
Kitap Makale	11	79,818±17,960
F=		2,003
p=		0,113

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Tablo 4.4. Yetişkinlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre BYMTÖ Puan Ortalamaları (n:411) (Devamı)

Demografik Özellikler	n	Madde Kullanan Bireylere Yönelik Tutum ve Davranış Toplam
Daha Önce Psikolojik Destek Alma Durumu		Ort ± SS
Evet	164	74,518±16,408
Hayır	247	72,522±17,624
t=		1,155
p=		0,249
Daha Önce Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanma Durumu		Ort ± SS
Evet	74	83,811±19,531
Hayır	337	71,015±15,708
t=		6,057
p=		**0**
Ailede Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanan Biri Varlığı		Ort ± SS
Evet	99	81,596±19,451
Hayır	312	70,692±15,495
t=		5,719
p=		**0**
Ailede Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanan Kişi		Ort ± SS
Birinci Derece Yakın	82	81,378±19,569
İkinci Derece Yakın	17	82,647±19,426
t=		-0,244
p=		0,808

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Yetişkinlerin tanıtıcı özelliklerine göre BYMTÖ puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.4'te yer almaktadır. Yetişkinlerin BYMTÖ toplam puanları yaş, cinsiyet, anne-baba eğitim durumu, ekonomik durum, kendisinde ve ailede ruhsal hastalık varlığı durumu, ruhsal sorun yaşadığında yardım isteme durumu, ruh sağlığı ile ilgili bilgi edinme başvuru kaynağı, daha önce psikolojik destek alma durumu ve ailede bağımlılık yapıcı madde kullanan kişi varlığına göre istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Yetişkinlerin BYMTÖ toplam puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir (F=4,826; p=0.008<0.05). Yapılan Post-Hoc (Tukey HSD) test analizinde farkın nedeni üniversite ve lisansüstü mezunlarının madde kullanan bireylere yönelik tutum ve davranış toplam puanlarının lise ve altı olanların madde kullanan bireylere yönelik tutum ve davranış toplam puanlarından yüksek olmasıdır (p<0.05). Ruhsal hastalıklar hakkında bilgi sahibi yetişkinlerin madde kullanan bireylere yönelik tutum ve davranış toplam puanları (x=74,482), ruhsal hastalıklar hakkında bilgi sahibi olmayan yetişkinlerin madde kullanan bireylere yönelik tutum ve davranış toplam puanlarından (x=69,885) yüksek bulunmuştur (t=2,375; p=0.018<0.05).

Ruh sağlığı ile ilgili konferansa katılan yetişkinlerin BYMTÖ toplam puanları (x=75,561), ruh sağlığı ile ilgili konferansa katılmayanların BYMTÖ toplam puanlarından (x=71,721) yüksek bulunmuştur (t=2,248; p=0.025<0.05). Daha önce bağımlılık yapıcı madde kullanan yetişkinlerin BYMTÖ toplam puanları (x=83,811), daha önce bağımlılık yapıcı madde kullanmayanların BYMTÖ toplam puanlarından (x=71,015) yüksek bulunmuştur (t=6,057; p=0<0.05). Ailede bağımlılık yapıcı madde kullanan biri olanların BYMTÖ toplam puanları (x=81,596), ailede bağımlılık yapıcı madde kullanan biri olmayanların BYMTÖ toplam puanlarından (x=70,692) yüksek bulunmuştur (t=5,719; p=0<0.05).

Tablo 4.5. RSOÖ ve BYMTÖ Puan Ortalamaları Arasında Korelasyon Analizi

		Madde Kullanan Bireylere Yönelik Tutum ve Davranış Toplam
Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Toplam	r	0,056
	p	0,257
Hastalıkları Tanıyabilme	r	0,001
	p	0,989
Bilgiye Nasıl Ulaşabileceğine Yönelik Bilgi	r	0,047
	p	0,344
Risk Faktörlerine ve Nedenlerine Yönelik Bilgi	r	-0,088
	p	0,073
Kendi Kendine Yardım	r	-0,086
	p	0,082
Profesyonel Yardıma Ulaşabilmeye Yönelik Bilgi	r	-0,055
	p	0,267
Ruh Sağlığı ile İlgili Hastalıklara Yönelik Tutumlar	r	0,133**
	p	0,007

*<0,05; **<0,01; Pearson Korelasyon Analizi

Tablo 4.5'te RSOÖ ve BYMTÖ puan ortalamaları arasında korelasyon analizi verilmiştir. Madde kullanan bireylere yönelik tutum ve davranış toplam, ruh sağlığı okuryazarlığı toplam, hastalıkları tanıyabilme, bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi, risk faktörlerine ve nedenlerine yönelik bilgi, kendi kendine yardım, profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi, ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar puanları arasında korelasyon analizleri incelendiğinde; ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar alt ölçeği ile madde kullanan bireylere yönelik tutum ve davranış toplam puanı arasında r=0.133 pozitif çok zayıf (p=0,007<0.05) düzeyde korelasyon bulunmuştur. Diğer değişkenler arasındaki korelasyon ilişkileri istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05).

5. TARTIŞMA

5.1. Yetişkin Bireylerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalaması ile Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması

Bu araştırmada Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeğinden elde edilen toplam puan 123,922±13,807 (Min=43; Max=157) olarak belirlenmiştir. Ölçeğin kesme puanı 130'dur. Bu puanın altında kalanların ruh sağlığı okuryazarlığı düşük, üstünde olanların ise yüksek olduğu kabul edilmektedir (Ratnayake ve Hyde, 2019). Bu bağlamda katılımcıların ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi kesme puanın altında olduğundan düşük olarak değerlendirilmekle birlikte, ülkemize yapılan diğer çalışma sonuçlarına (107,50±13,13; 112.9±10.3; 107.37±15.94) göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Özkan, Kesgin ve Akgün, 2024; Öztaş, Ünal, Ölçer, Çal ve Hazir, 2023; Kesgin ve diğerleri, 2020). Vietnam, Çin, İran ve Nijerya' da yapılan çeşitli çalışmaların sonuçları, yetişkinlerin çoğunun düşük ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu göstermiştir (Jafari, Nejatian, Momeniyan, Barsalani ve Tehrani, 2021; Aluh, Okonta ve Odili, 2019; Huang, Yang ve Pescosolido, 2019; Nguyen Thai ve Nguyen, 2018; Sayarifard, Ghadirian, Mohit, Eftekhar Badpa ve Rajabi, 2015). Literatürde gelişmiş toplumların yeterli olmamakla birlikte gelişmekte olan toplumlara göre ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Huang ve diğerleri, 2019; Pescosolido, Medina, Martin ve Long, 2013).

Yetişkinlerin ruh sağlığı okuryazarlığı toplam puanı ile hastalıkları tanıyabilme ve ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar alt boyut puan ortalamaları yaşa göre istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir. Bu farklılık 30 yaş ve altı olan yetişkinlerin ruh sağlığı okuryazarlığı toplam ve hastalıkları tanıyabilme, ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar alt boyut puanlarından kaynaklanmaktadır. Bu araştırmaya göre yaş azaldıkça ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi artmaktadır. Örneklemini aile hekimliğine başvuran yetişkin hastaların oluşturduğu bir çalışmada ilerleyen yaş ile birlikte ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinin olumsuz etkilendiği belirlenmiştir (Altun, Tunç Karaman ve Basat, 2022). Genç yetişkinlerin eğitim düzeyi, aktif teknoloji kullanımı nedeniyle bilgiye erişimlerinin hızlı ve kolay olması gibi nedenlerle farkındalıklarının yüksek olduğundan kaynaklanmış olabileceği değerlendirilmektedir.

Araştırmada cinsiyet ile ruh sağlığı okuryazarlığı toplam puan ortalaması arasında istatiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamakta fakat ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar alt boyutunda erkeklerin kadınlara göre daha fazla puan ortalamasına sahip olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Bu fark araştırmaya dahil olan kadın erkek oranının homojen olmamasından kaynaklanıyor olabilir. Literatürde cinsiyete göre anlamlılık göstermeyen sonuçlar bulunmakla birlikte (Nguyen Thai ve Nguyen, 2018; Sayarifard ve diğerleri, 2015); ruh sağlığı okuryazarlığının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlılık gösteren çalışmalar da mevcuttur (Eşkisu, 2018; Çevre, 2021; Doğrul, 2023).

Yetişkinlerin eğitim düzeyleri ile hastalıkları tanıyabilme, bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik ve risk faktörlerine ve nedenlerine yönelik bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık belirlenmiştir. Bu farklılık hastalıkları tanıyabilme alt boyutunda üniversite ve lisansüstü mezunu yetişkinlerin puan ortalamalarının lise ve altı olanlardan daha yüksek, bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi alt boyutunda lisansüstü mezunu yetişkinlerin diğer grupların puan ortalamalarından daha yüksek ve risk faktörlerine ve nedenlerine yönelik bilgi alt boyutunda ise lise ve altı mezunu olan yetişkinlerin puan ortalamasının diğerlerinden daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Jafari ve diğerleri (2021) tarafından İran'da yapılan kesitsel bir çalışmada eğitim düzeyi arttıkça ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinin de arttığını ortaya konmuştur (Jafari ve diğerleri, 2021). Picco ve diğerleri (2017) tarafından yapılan bir araştırmada eğitim düzeyi arttıkça hastalıkları tanıyabilme oranının arttığını ortaya koymuştur (Picco, Seow, Chua, Mahendran, Verma, Chong ve Subramaniam, 2017). Bu çalışmada yetişkinlerin eğitim düzeylerinin yüksek olması ve dolayısıyla yetişkinlerin eğitim seviyesi arttıkça sorunu saptama ve çözümü için bilgiye ulaşma konusunda daha aktif rol aldıkları söylenebilir.

Yetişkinlerin ekonomik durumu ile risk faktörlerine ve nedenlerine yönelik bilgi puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Farklılık geliri giderden az olan yetişkinlerin puan ortalamasının diğerlerinden yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Literatürde bu sonuçla paralel sonuca rastlanmamıştır. Bu araştırmada çıkan sonucun aksine gelir düzeyi arttıkça ruh sağlığı okuryazarlığının arttığını ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (Öztaş ve diğerleri, 2023; Kesgin ve diğerleri, 2020). Geliri giderden az olan yetişkinlerin kaygı

ve strese maruziyetinin artmış olabileceği bu nedenle bir baş etme yöntemi olarak daha fazla bilgi arayışına yönelmiş olabilecekleri düşünülebilir.

Yetişkinlerin ailesinde ruhsal hastalık öyküsü varlığı ile bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık belirlenmiştir. Ailede ruhsal hastalık öyküsü olanların puan ortalaması daha yüksektir. Yapılan çalışmalarda ailede ruhsal hastalık ya da kronik hastalık öyküsü olmasının bilgiye nasıl ulaşılabileceği konusunda pozitif etkide bulunduğu belirtilmektedir (Öztaş ve diğerleri, 2023; Jafari ve diğerleri, 2021). Ailede hastalık varlığı aile üyelerini çözüme odaklanmaya ve çözüm için gerekli olan bilgiye ulaşmak için ortak deneyime sahip kişilerle bilgi paylaşımı, kitap, internet, sağlık profesyonellerine ulaşma gibi araştırma yapmaya yönlendirmekte ve doğru bilgiye ulaşma konusunda bireyleri geliştirdiği düşünülebilir.

Ruhsal hastalıklar hakkında bilgi sahibi olan ve ruh sağlığı ile ilgili konferansa katılan yetişkinlerin hastalıkları tanıyabilme ve bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Yapılan araştırmalar bu sonucu desteklemektedir (Öztaş ve diğerleri, 2023; Jafari ve diğerleri, 2021; Huang ve diğerleri, 2019). Araştırmada ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinin yeterli olmamasına rağmen yetişkinlerin ruhsal hastalıklar hakkında bilgi sahibi olmaları bu konu ile ilgili farkındalıklarının oluşması nedeni ile hastalıkları tanıyabilme ve bilgiye nasıl ulaşabileceklerine yöneliklik bilgi becerilerini geliştirdikleri söylenebilir.

Çalışmamızda, ruhsal sorun yaşadığında yardım isteme durumu ile bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi düzeyi arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Öztaş ve diğerleri (2023) tarafından 18 yaş üstü bireyler ile yapılan araştırmada ruhsal sorun yaşayan bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığının yüksek olduğu belirlenmiştir (Öztaş ve diğerleri, 2023). Yaşanan ruhsal sorunların farkına varıp, baş etme konusunda yardım kaynaklarını ihtiyaçları doğrultusunda belirleyip, kullanabilen bireylerin daha kolay baş edebildiği belirlenmiştir (Başoğlu, 2023; Tepeli Temiz ve Ulusoy Gökçek, 2020). Ruhsal sorun yaşadığında yardım isteyen bireylerin sorunu kabul edip çözüm arayışında bulunma deneyimleri, farkındalığının artmasına ve bilgiye ulaşmanın yollarını aramasına neden olabilir.

Yetişkinlerin ruh sağlığı ile ilgili bilgi edinme konusunda başvuru kaynağı ile bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi ve kendi kendine yardım puan ortalamaları

arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu anlamlı farklılık bilgi kaynağı olarak internet, sosyal medya kullananların bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi puan ortalamalarının diğerlerinden düşük ve bilgi kaynağı olarak kitap ve makale kullananların kendi kendine yardım puan ortalamalarının diğerlerinden düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Ruh sağlığı ile ilgili başvuru kaynağı olarak genellikle sosyal medyanın kullanıldığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Ilıman, Eşer ve Aktan, 2020; Naslund, Bondre, Torous ve Aschbrenner, 2020). Sosyal medya her ne kadar kolay ulaşılabilir olsa da edinilen bilgilerin doğruluğu yanıltıcı olabilir. Bu nedenle sağlık personeli ve kitap makaleyi bilgi kaynağı olarak seçmeleri anlaşılabilir bir bulgudur. Bunun yanında kendi kendine yardım konusunda yetişkinlerin bilgiye ulaşmak için sosyal medya, sağlık personeli ve aile arkadaş gibi başvuru kaynaklarının kullanmalarının nedeni bilgiye daha kolay ulaşabilme açısından zaman kazandırması, güvenilir yakın çevre desteği ve profesyonel destek alma konusunda istekli olmaları ile açıklanabilir.

5.2. Yetişkin Bireylerin Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanan Bireylere Yönelik Tutum ve Davranış Ölçeği Puan Ortalaması ile Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması

Bu araştırmada yetişkinlerin madde kullanan bireylere yönelik tutum ve davranış ölçeği toplam puan ortalamaları 73,319±13,80717,157 (Min=30; Max=134) olarak belirlenmiştir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 135 olmakla birlikte bireyin ölçekten aldığı puan arttıkça damgalama tutumu artmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin damgalama tutumunun yüksek olduğu söylenebilir. Kaylı ve diğerleri tarafından 2020'de yapılan araştırmada kadınların BYMTÖ toplam puan ortalamaları 92.15±19.36, erkeklerin ise 91.67±19.30 olarak belirlenmiştir (Kaylı ve diğerleri, 2020). Tuncel ve diğerleri (2023) tarafından yapılan başka bir araştırmada ise puan ortalaması 72,31±15.2, yine Tuncel ve diğerleri (2021) tarafından madde kullanım bozukluğu olan kadınlara yönelik yapılan bir araştırmada damgalama tutumu puan ortalaması 85.45±19.4 olarak belirlenmiş olup araştırma ile paralellik göstermektedir (Tuncel, Kaylı ve Yararbas, 2021; 2023). Dünyada en çok damgalamaya maruz kalan grubun ruhsal tanılı bireyler ve bağımlı bireyler olduğu bilinmektedir (WHO, 2020; Crapanzano ve diğerleri, 2018). Ülkemizde de bu durumu destekleyen çalışmalar vardır (Atılgan, 2022; Çapar ve Kavak, 2019). Toplumun

bağımlılık yapıcı madde kullanan bireyleri tehlikeli olarak değerlendirmesi ve zarar göreceği endişesi taşıdıklarını gösteren çalışmalar mevcuttur (Atılgan, 2022; Leblebici, 2022; Pavlova ve Berkers, 2022). Bu araştırmada da benzer yaklaşım nedeniyle yetişkinlerin damgalayıcı tutum puan ortalamasının yüksek bulunduğu söylenebilir.

Yetişkinlerin eğitim düzeyleri ile madde kullanan bireylere yönelik tutum ve davranış puanları eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Çalışmada eğitim durumu arttıkça olumsuz tutumunda arttığı ortaya konmuştur. Bu bulgunun aksine birçok ülkede yetişkinlerle yapılan çalışma sonuçlarına göre bireyin eğitim düzeyi arttıkça bağımlı bireye karşı olumsuz tutum ve davranışların azaldığı belirlenmiştir (Parnis, 2023; Richards, Broadus ve Yelderman, 2021; Yılmaz ve Kaylı, 2020). Sağlık profesyonelleri ile yapılan bir araştırmada çalışmaya katılan bireylerin eğitim seviyesi yüksek olmasına rağmen damgalayıcı tutumda oldukları belirlenmiştir (Ünal, 2023). Bu nedenle eğitim seviyesi önemli bir değişken olmakla birlikte tek başına ölçüt olamayacağı damgalayıcı tutumun içinde yaşanılan toplum, kültür ve değerlerden etkilendiği göz önünde bulundurulmalıdır.

Yetişkinlerin ruhsal hastalıklar hakkında bilgi sahipliği durumu ve ruh sağlığı ile ilgili konferansa katılma durumu ile bireylere yönelik tutum ve davranış puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Ruhsal hastalık hakkında bilgi sahibi olanların ve ruh sağlığı ile ilgili konferansa katılanların puan ortalamaları diğerlerine göre yüksektir. Literatür bulgularına göre konu hakkındaki bilgi sahipliği ve konferansa katılma durumunun, bu çalışma bulgularının aksine damgalama tutumunu azaltması beklenmektedir. Farklı meslek gruplarıyla yapılan çalışmalarda ruhsal hastalıklar hakkında bilgi düzeyi ve konferansa katılma oranı arttıkça damgalama tutumunun azaldığı belirtilmiştir (Kardaş, Gümüşsoy, Tanır ve Başkan, 2023; Uçkaç, 2023; Çelikel, 2020; Yener Özcan, 2019). Hekimlerle yapılan başka bir çalışmada katılımcıların kendilerini ruhsal hastalıklar hakkında yetersiz gördükleri ve konu ile ilgili bilgi düzeyini artırmaya yönelik faaliyetlere katılma isteği oranının yüksek olduğu belirlenmiştir (Akkaya, 2021). Damgalama tutumuna maruz kalan bir diğer grup ruhsal hastalığa sahip bireylerdir. Literatüre bakıldığında damgalama davranışında bulunan bireylerin yaş, eğitim durumu, mesleği gibi özellikleri ile damgalama tutumu arasında tutarsız bir ilişki saptanmıştır (Valery ve Prouteau, 2020). Damgalama tutumuna maruz kalan birey ve ailenin; ötekileşme,

ebeveynlerin rol kaybı, çevrede itibar ve iş fırsatı kaybına neden olacağı düşüncesi ile hastalığı gizleme gibi yaşadığı sorunları ve yakın çevre, sağlık profesyonelleri, içinde bulunduğu toplum tarafından destek ihtiyacını ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (Chen, Chen, Zhou ve Tong, 2023; Ouali, Jouini, Ouertani, Jomli ve Nacef, 2020; Ran, Peng, Yau, Zhang, Li, Wong, Thornicroft, Chan ve Lu, 2022; Samari, Teh, Roystonn, Devi, Cetty, Shahwan ve Subramaniam, 2022). Bu çalışmada yetişkinlerin konu hakkındaki bilgi düzeyi arttıkça bağımlılığın; bağımlı bireyleri, aileleri, sosyal çevrelerini ve toplumu olumsuz etkileyen örneklerle karşılaşması ve yaşadıkları güçlükler düşünüldüğünde uzun vadede etkileri ile ilgili farkındalıklarının artması nedeni ile damgalama tutumunun yüksek olduğu söylenebilir.

Yetişkinlerin daha önce bağımlılık yapıcı madde deneyimi ve ailesinde bağımlılık yapıcı madde kullanan birey varlığı ile bireylere yönelik tutum ve davranış toplam puan arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bağımlılık yapıcı madde kullananların ve ailesinde bağımlılık yapıcı madde kullanan birey olanların puan ortalamaları diğerlerine göre yüksektir. Tuncel ve diğerleri (2023, 2021) tarafından yapılan çalışmada bu çalışmanın aksine madde kullanım deneyimi olanların damgalama tutumu, denemeyenlere göre daha düşük, aile ve yakın çevresinde madde kullanan birinin olması damgalama tutumunu etkilemediği belirlenmiştir (Tuncel ve diğerleri, 2021; 2023). Bağımlılığı etkileyen faktörlerden birinin aile yapısı olduğu bilinmektedir. Bağımlılık; bağımlı birey ve aile arasında iletişim problemleri, çatışmalara, ebeveyn olarak üzüntü ve strese neden olarak ailenin çaresiz hissetmesine ve tekrarlayan bir hastalık olması nedeni ile maddi manevi bakım yüküne neden olduğu bilinmektedir (Cüceler, Yılmaz ve Türkleş, 2022; Duyan ve Gövebakan, 2021; Mardani, Alipour, Rafiey, Fallahi-Khoshknab ve Arshi, 2023). Bu nedenle damgalama tutumlarının yüksek bulunmasındaki faktör madde kullanılan ortamı ve bireyin madde kullanımı sonrası iş, aile, sosyal çevrede yaşadığı problemleri ve bağımlı birey yakını olarak karşılaşılan baş etmek zorunda kalınan sorunları, yardım etme konusunda çaresizliği deneyimlemeleri söylenebilir.

5.3. RSOÖ ve BYMTÖ Puan Ortalamalarının Korelasyon Analizi Sonuçlarının Tartışılması

Bu araştırmada ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeği alt boyutlarından ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar ile madde kullanan bireylere yönelik damgalama

tutumu arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde ilişki bulunmuştur. Ruh sağlığı okuryazarlığı ile bağımlılık yapıcı madde kullanan bireylere yönelik damgalama tutumu arasındaki korelasyon ilişkileri istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bağımlılığın tedavisi mümkün fakat tekrarlayan bir hastalık olduğu bilinmektedir (Tanriverdi ve diğerleri, 2020; TBM, 2016). Toplumda en çok damgalama tutumuna maruz kalan gruplar ruhsal hastalığa sahip bireyler ve bağımlılardır (Dikeç ve diğerleri, 2022; Crapanzano ve diğerleri, 2018; Tool, 2014). Yine damgalama tutumu ile mücadelede en önemli faktörün yüksek ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi olduğu bilinmektedir (Olçun ve Altun, 2017). Literatüre göre bağımlılığın birçok toplum tarafından hastalık olarak görülmediği, bireyin kendi tercihi olduğu şeklinde düşünüldüğü belirtilmiştir (Saçaklı ve Odabaş, 2023). Bağımlılığın bir hastalık olarak değil bireyin irade zayıflığından kaynaklandığı bireye, aileye, topluma külfet oluşturduğu ve ruhsal hastalıklardan bağımsız düşünülmesi sebebiyle ruh sağlığı okuryazarlığı ve damgalama tutumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Yetişkin bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi ile bağımlılık yapıcı madde kullanan bireylere yönelik tutum ve davranışlarının belirlenmesi ve aralarındaki ilişkinin incelenemsi amacıyla yapılan çalışmamızda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir. Çalışmaya katılan yetişkin bireylerin;

- Ruh sağlığı okuryazarlığı toplam puan ortalamasının (123,922±13,807) düşük olduğu,
- Madde kullanan bireylere yönelik tutum ve davranış ölçeği toplam puan ortalamasının (73,319±17,157) yüksek olduğu,
- RSOÖ toplam ve hastalıkları tanıyabilme, ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar alt boyut puan ortalamalarının yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği,
- RSOÖ alt boyutlarından ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar puan ortalamaları erkeklerin (x=43,982), kadınların ise (x=41,454) bulunmuş olup aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği,
- RSOÖ alt boyutlarından hastalıkları tanıyabilme, bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi, risk faktörlerine ve nedenlerine yönelik bilgi puan ortalamalarının eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği,
- RSOÖ alt boyutlarından risk faktörlerine ve nedenlerine yönelik bilgi puan ortalamalarının ekonomik duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği,
- RSOÖ alt boyutlarından bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi puan ortalamalarının ailede ruhsal hastalık öyküsü varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği,
- RSOÖ alt boyutlarından hastalıkları tanıyabilme puan ortalamalarının ruhsal hastalıklar hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği,
- RSOÖ alt boyutlarından bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi puan ortalamalarının ruhsal sorun yaşadığında yardım isteme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği,

- RSOÖ alt boyutlarından hastalıkları tanıyabilme puan ortalamalarının ruh sağlığı ile ilgili konferansa katılma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği,
- RSOÖ alt boyutlarından bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi, kendi kendine yardım puan ortalamalarının ruh sağlığı ile ilgili bilgi edinme başvuru kaynağına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği,
- RSOÖ alt boyutlarından risk faktörlerine ve nedenlerine yönelik bilgi puan ortalamalarının ailede bağımlılık yapıcı madde kullanan yakını olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği,
- RSOÖ alt boyutlarından bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi puan ortalamalarının ailede bağımlılık yapıcı madde kullanan kişinin yakınlık derecesine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği,
- RSOÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları anne-baba eğitim, ruhsal hastalık varlığı, daha önce psikolojik destek alma durumu ve daha önce bağımlılık yapıcı madde kullanma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği,
- BYMTÖ toplam puan ortalamasının eğitim durumu, ruhsal hastalıklar hakkında bilgi sahibi olma, ruh sağlığı ile ilgili konferansa katılma, daha önce bağımlılık yapıcı madde kullanma, ailede bağımlılık yapıcı madde kullanan biri varlığı durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği,
- BYMTÖ toplam puan ortalaması yaş, cinsiyet, anne-baba eğitim durumu, ekonomik durum, kendisinde ve ailede ruhsal hastalık varlığı durumu, ruhsal sorun yaşadığında yardım isteme durumu, ruh sağlığı ile ilgili bilgi edinme başvuru kaynağı, daha önce psikolojik destek alma durumu ve ailede bağımlılık yapıcı madde kullanan kişi varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği,
- RSOÖ ve BYMTÖ puan ortalamaları arasında ilişki olmadığı,
- RSOÖ alt boyutlarından ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar ile BYMTÖ toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Bu çalışmanın sonuçlarına göre;

- Yetişkinlerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin yetersiz, damgalama tutumunun yüksek olduğu değerlendirildiğinde, bu konu ile ilgili sivil toplum kuruluşları ile iş birliği içerisinde kamusal kampanyalar hazırlanarak daha çok kişiye ulaşılması ve farkındalık oluşturmak için eğitimlerin, konferansların ve çalıştayların düzenlenmesi,
- Kendi kendine yardım konusunda sosyal medyanın çoğunlukla tercih edildiği değerlendirildiğinde e-ruh sağlığı okuryazarlığını geliştirmeye yönelik her daim ücretsiz ve ulaşılabilir telefon uygulamaları, ruh sağlığı rehberine yönlendiren reklam panolarında karekod uygulamalarının geliştirilmesi,
- Eğitim seviyesi fark etmeksizin damgalama tutumunun yüksek olduğu düşünüldüğünde; bireylerin yetişkin döneme ulaştığında bu farkındalığın oluşması ve damgalama tutumunun azalması için, ruh sağlığı okuryazarlığı eğitimlerinin orta öğretimden başlayarak eğitim sistemine dahil edilmesi,
- Bağımlılığın bireyin ruhsal durumuyla ilişkili olmasıyla birlikte patolojik bir beyin hastalığı olduğunu ortaya koyan toplumun bilinçlendirilmesine yönelik eğitimlerin düzenlenmesi,
- Yetişkinlerin bağımlılık yapıcı madde kullanan bireylere yönelik tutum ve davranışlarının; bağımlılık yapıcı madde kullanma ve ailede bağımlılık yapıcı madde kullanan biri varlığından etkilendiği değerlendirildiğinde, koruyucu ruh sağlığı hizmetleri kapsamında bireylerin korunması ve ailelerin destek hizmetlerden faydalanması konusunda çalışmaların yapılması,
- Ruh sağlığı okuryazarlığı ile madde kullanan bireylere yönelik tutumlar arasındaki ilişkiyi derinlemesine inceleyen niteliksel çalışmalar ile bu ilişkilerin hasta sonuçları üzerindeki etkilerini değerlendiren müdahale çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKÇA

Abdollahi, M., & Peyman, N. (2017). The Effect of an Educational Program based on Health Literacy Strategies on Physical Activity in Postpartum Women. *Journal of Midwifery & Reproductive Health, 5*(4). https://doi.org/ 10.22038/JMRH.2017.9252

Açıkgöz, F., & Akkuş, D. (2018). Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ile Mücadele: Anahtar Rol Üstlenen Meslekler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 8*(3), 142-146.

Akkaya, Ö. (2021). *Hekimlerin Ruhsal bozukluğu Olan Hastalara yönelik damgalamalarının değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Uludağ Üniversitesi, Bursa.

Akran, S. K. (2021). Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Sistematik Derleme. *Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi, 7*(15), 143-168.

APA, A. P. A. (2021). *American Psychiatry Association what-is-addiction*. American Psychiatry Association. Erişim Tarihi 15.12.2023, https://www.psychiatry.org/patients-families/addiction/what-is-addiction

Allen, J., Balfour, R., Bell, R., & Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International review of psychiatry, 26*(4), 392-407.

Altun, Ç., Tunç Karaman, S., & Basat, O. (2022). Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Durumunun Değerlendirilmesi. *Namık Kemal Tıp Dergisi*, 10(3):241-247. https://doi.org10.4274/nkmj.galenos.2022.43265

Aluh, D. O., Okonta, M. J., & Odili, V. U. (2019). Cross-sectional survey of mental health literacy among undergraduate students of the University of Nigeria. *BMJ open, 9*(9), e028913. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-028913

Atılgan, H. A. (2022). *Psikopatolojiye yönelik inançlar ile psikolojik yardım almaya yönelik tutum arasındaki ilişkide içsel utanç, dışsal utanç ve toplulukçuluğun rolü,* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Avcil, C., Bulut, H., & Sayar, G. H. (2016). Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* (2), 175-202. https://doi.org/10.32739/uskudarsbd.2.2.4

Avşar, G., Filiz, K., & Aslan, G. (2016). Madde bağımlısı hastalarda sosyal destek ve benlik saygısı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* (1), 44-49.

Barrett, A., Terry, D. R., Lê, Q., & Hoang, H. (2016). Factors influencing community nursing roles and health service provision in rural areas: a review of literature. *Contemporary nurse, 52*(1), 119-135. https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1198234

Başoğlu, Ö. (2023). *Alkol-madde bağımlılığı olan bireylerin yakınlarında eş bağımlılık, tükenmişlik düzeyleri ve baş etme stratejilerinin ilişkisinin incelenmesi,* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep.

Bekiroğlu, S. (2021). Ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik damgalama: etkileyen faktörlere ve bireyler üzerindeki etkilerine dair kavramsal bir çalışma. *OPUS International Journal of Society Researches, 17*(33), 595-618. https://doi.org/10.26466/opus.825384

Blondell, R. D., Frydrych, L. M., Jaanimägi, U., Ashrafioun, L., Homish, G. G., Foschio, E. M., & Bashaw, H. L. (2011). A randomized trial of two behavioral interventions to improve outcomes following inpatient detoxification for alcohol dependence. *Journal of Addictive Diseases, 30*(2), 136-148. https://doi.org/10.1080/10550887.2011.554777

Bonabi, H., Müller, M., Ajdacic-Gross, V., Eisele, J., Rodgers, S., Seifritz, E., Rössler, W., & Rüsch, N. (2016). Mental health literacy, attitudes to help seeking, and perceived need as predictors of mental health service use: a longitudinal study. *The Journal of nervous and mental disease, 204*(4), 321-324. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000488

Cajita, M. I., Denhaerynck, K., Dobbels, F., Berben, L., Russell, C. L., Davidson, P. M., De Geest, S., Crespo-Leiro, M. G., Cupples, S., &De Simone, P. (2017). Health literacy in heart transplantation: Prevalence, correlates and associations with health behaviors—Findings from the international BRIGHT study. *The Journal of Heart and Lung Transplantation, 36*(3), 272-279. https://doi.org/10.1016/j.healun.2016.08.024

Cameron, D. (2022). *The COVID-19 pandemic and the opioid overdose crisis: the effects of intersecting public crises on vulnerable populations*. (Unpublished Master's Thesis). University Of The Fraser Valley. Canada.

Carignan, I., Beaudry, M.-C., Roy-Charland, A., Buckner, C., Nazair, A., & Atoui, R. (2021). Health literacy and cardiac surgery: a new perspective to better help patients.

Chen, S., Wu, Q., Qi, C., Deng, H., Wang, X., He, H., Long, J., Xiong, Y., & Liu, T. (2017). Mental health literacy about schizophrenia and depression: a survey among Chinese caregivers of patients with mental disorder. *BMC psychiatry, 17*(1), 1-8.

Chen, X., Chen, Y., Zhou, L., & Tong, J. (2023). The role of self-esteem as moderator of the relationship between experienced stigma and anxiety and depression among tuberculosis patients. *Scientific reports, 13*(1), 6889. https://doi.org/10.1038/s41598-023-34129-4

Cheng, H. L., Wang, C., McDermott, R. C., Kridel, M., & Rislin, J. L. (2018). Self-stigma, mental health literacy, and attitudes toward seeking psychological help.

Journal of Counseling & Development, 96(1), 64-74. https://doi.org/10.1002/jcad.12178

Coates, J. M., Gullo, M. J., Feeney, G. F., Young, R. M., Dingle, G. A., & Connor, J. P. (2018). Alcohol expectancies pre-and post-alcohol use disorder treatment: Clinical implications. *Addictive behaviors, 80*, 142-149. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.01.029

Consortium, H.-E. (2011). The European Health Literacy Project 2009–2012. *German Questionnaire NRW. Feldzeit, 7*, 27.

Contalbrigo, L., De Santis, M., Toson, M., Montanaro, M., Farina, L., Costa, A., & Nava, F. A. (2017). The efficacy of dog assisted therapy in detained drug users: A pilot study in an Italian attenuated custody institute. *International journal of environmental research and public health, 14*(7), 683. https://doi.org/10.3390/ijerph14070683

Cook, B. L., Trinh, N.-H., Li, Z., Hou, S. S.-Y., & Progovac, A. M. (2017). Trends in racial-ethnic disparities in access to mental health care, 2004–2012. *Psychiatric Services, 68*(1), 9-16. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500453

Crapanzano, K. A., Hammarlund, R., Ahmad, B., Hunsinger, N., & Kullar, R. (2018). The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes: a review. *Substance abuse and rehabilitation*, 1-12. https://doi.org/10.2147/SAR.S183252

Cutilli, C. C., Simko, L. C., Colbert, A. M., & Bennett, I. M. (2018). Health literacy, health disparities, and sources of health information in US older adults. *Orthopaedic Nursing, 37*(1), 54-65. https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000418

Cüceler, S., Yılmaz, M., & Türkleş, S. (2022). Madde bağımlısı bireylerin yaşadığı psikososyal sorunlar, uygulanan kanıt temelli müdahaleler ve hemşireliğin rolü. *Bağımlılık Dergisi, 23*(1), 105-110. https://doi.org/10.51982/bagimli.958710

Çam, M. O., Bilge, A., Engin, E., Akmeşe, Z. B., Tutgut, E. Ö., & Çakır, N. (2014). Muhtarlara Verilen Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama İle Mücadele Eğitiminin Etkililiğinin Araştırılması. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi, 5*(3). https://doi.org/10.5505/phd.2014.22931

Çam, O., & Bilge, A. (2013). Türkiye'de ruhsal hastalığa/hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: Sistematik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 4*(2), 91-101. https://doi.org/10.5505/phd.2013.92300

Çapar, M., & Kavak, F. (2019). Effect of internalized stigma on functional recovery in patients with schizophrenia. *Perspectives in psychiatric care, 55*(1), 103-111. https://doi.org/10.1111/ppc.12309

Çelikel, B. (2020*). Pilotların Pilot Akran Destek Programları Çerçevesinde Veya Bir Psikologdan Psikolojik Yardım Alma İle İlişkili Sosyal Damgalanma Korkusu Ve Psikoterapi Hakkındaki Düşünceleri İle Kendini Açma Eğilimleri Arasındaki İlişki,* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gelişim Üniversitesi, İstanbul.

Çevre, E. (2021). *Yetişkinlerde Ruh Sağlığı Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi,* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.

Çinçinoğlu G, Okanlı A (2021) Ruh sağlığı okuryazarlığı ile damgalama arasındaki ilişki. 6. Uluslararası 11. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 20-23 Ekim 2021. İzmir.

Çopurlar, C. K., & Kartal, M. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli? *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 10*(1). https://doi.org/10.5455/tjfmpc.193796

Dağlar, Ö. Ş., & Oskay, Ü. (2022). Sağlık Okuryazarlığının Kadın Sağlığı Üzerine Etkileri: Bir Sistematik Derleme. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 7*(3), 585-595.

Demir, S., & Ercan, F. (2018). The first clinical practice experiences of psychiatric nursing students: A phenomenological study. *Nurse Education Today, 61*, 146-152. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.11.019

Demirören, M., Şenol, Y., Aytuğ Koşan, A. M., & Saka, M. C. (2015). Tıp eğitiminde ruhsal bozukluklara karşı damgalama eğitimi gereksiniminin değerlendirilmesi: Nitel ve nicel yaklaşım. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi, 16*(1). https://doi.org/10.5455/apd.45731

Dikeç, G., Sarıtaş, M., & Oban, V. (2022). Türkiye'de Yapılmış Damgalama ile İlgili Yayınların Birliktelik Kuralına Göre Bibliyometrik Analizi: *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 14(Suppl 1):121-127. https://doi.org/10.18863/pgy.1168220

Doğrul, T. (2023). *Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı İle Ruhsal Bozukluklara Yönelik Damgalayıcı Tutumlarının Belirlenmesi,* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Lokman Hekim Üniversitesi, Ankara.

Dubreucq, J., Plasse, J., & Franck, N. (2021). Self-stigma in serious mental illness: A systematic review of frequency, correlates, and consequences. *Schizophrenia bulletin, 47*(5), 1261-1287. https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa181

Duyan, V., & Gövebakan, R. (2021). *Madde bağımlılığı ve aile*. Yeni İnsan Yayınevi.

Estrada, C., Barnes, V., Collins, C., & Byrd, J. C. (1999). Health literacy and numeracy. *Jama, 282*(6), 527-527.

Eşkisu, M., Ağırkan, M., & Haspolat, N. K. (2018). Üniversite öğrencilerinin psikolojik yardım aramaya ilişkin kendini damgalama tutumları ile bilişsel-davranışsal kaçınma düzeyleri arasındaki ilişki. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 6*(STEMES'18), 63-71. https://doi.org/10.18506/anemon.463839

Fox, A. B., Earnshaw, V. A., Taverna, E. C., & Vogt, D. (2018). Conceptualizing and measuring mental illness stigma: The mental illness stigma framework and critical review of measures. *Stigma and health, 3*(4), 348. https://doi.org/10.18506/anemon.463839

Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., & Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry, 12*(2), 155-164. https://doi.org/10.1002/wps.20040

Giorgi, I., Ottonello, M., Vittadini, G., & Bertolotti, G. (2015). Psychological changes in alcohol-dependent patients during a residential rehabilitation program. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 2989-2996. https://doi.org/10.2147/NDT.S93520

Goffman, E. (2014). Stigma. *Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität, 22*, 156-171. https://doi.org/10.1007/978-3-658-06504-1_10

Gorczynski, P., Sims-Schouten, W., Hill, D., & Wilson, J. C. (2017). Examining mental health literacy, help seeking behaviours, and mental health outcomes in UK university students. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice, 12*(2), 111-120.

Göktaş, S., Işıklı, B., & Metintaş, S. (2018). Ruh Sağlığı Okuryazarlığı-Mental Health Literacy. *Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi (ISSN: 2564-6311), 3*(2).

Gürsoy, O., & Gizir, C. A. (2018). Üniversite öğrencilerinin psikolojik yardım almaya yönelik tutumları: Sosyal damgalanma, kendini damgalama, öznel sıkıntıları açma, benlik saygısı ve cinsiyetin rolü. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal, 8*(49), 137-155.

Han, H.-R., Song, Y., Kim, M., Hedlin, H. K., Kim, K., Ben Lee, H., & Roter, D. (2017). Breast and cervical cancer screening literacy among Korean American women: A community health worker–led intervention. *American journal of public health, 107*(1), 159-165. https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303522

Hart, L. M., Mason, R. J., Kelly, C. M., Cvetkovski, S., & Jorm, A. F. (2016). 'teen Mental Health First Aid': a description of the program and an initial evaluation. *International journal of mental health systems, 10*, 1-18.

Holman, D. (2015). Exploring the relationship between social class, mental illness stigma and mental health literacy using British national survey data. *Health, 19*(4), 413-429. https://doi.org/10.1177/1363459314554316

Huang, D., Yang, L. H., & Pescosolido, B. A. (2019). Understanding the public's profile of mental health literacy in China: a nationwide study. *BMC psychiatry, 19*, 1-12. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1980-8

Ilıman, A. Y., Eşer, İ., & Aktan, G. G. (2020). Hemşirelik öğrencilerinin kullandıkları bilgi kaynaklarının incelenmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi, 3*(1), 19-24.

Jafari, A., Nejatian, M., Momeniyan, V., Barsalani, F. R., & Tehrani, H. (2021). Mental health literacy and quality of life in Iran: a cross-sectional study. *BMC psychiatry, 21*, 1-11. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03507-5

Jensen, K. (2018). *(Don't) Call Me Crazy: 33 Voices Start the Conversation about Mental Health*. Algonquin Books.

Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American psychologist, 67*(3), 231.

Jorm, A. F. (2019). The concept of mental health literacy. In *International Handbook of Health Literacy* (pp. 53-66). Policy Press.

Jorm, A. F., Barney, L. J., Christensen, H., Highet, N. J., Kelly, C. M., & Kitchener, B. A. (2006). Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 40*(1), 3-5. https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01734.x

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 Fability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical journal of Australia, 166*(4), 182-186. https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x

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

Jung, H., von Sternberg, K., & Davis, K. (2017). The impact of mental health literacy, stigma, and social support on attitudes toward mental health help-seeking. *International Journal of Mental Health Promotion, 19*(5), 252-267. https://doi.org/10.1080/14623730.2017.1345687

Kamış, G. Z., Erden Aki, Ş. Ö., Yıldız, M. İ., Varan, H. D., & Dolgun, A. B. (2019). Depresyonda Kendini Damgalama Ölçeği: Türkçe Formu, Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Turkish Journal of Psychiatry, 30*(3). https://doi.org/10.5080/u20545

Karakaş, S. A., & Ersöğütçü, F. (2016). Madde bağımlılığı ve hemşirelik. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 3*(2), 133-139. https://doi.org/10.17681/hsp.34389

Karataşoğlu, S. (2013). Sosyal politika boyutuyla madde bağımlılığı. *Türk İdare Dergisi, 476*, 321-352.

Kardaş, Ö., Gümüşsoy, A. S., Tanır, M. F., & Başkan, A. H. (2023). Pediatri Hekimlerinin Bağımlı Hastaları Damgalama Düzeylerine Bağımlılık Eğitiminin Etkisi. *Acta Medica Nicomedia, 6*(3), 403-408. https://doi.org/10.53446/actamednicomedia.1344279

Kaylı, D. S., Yılmaz, G., & İyilikçi, O. (2020). Toplumun bağımlılık yapıcı madde kullanan bireylere yönelik tutum ve davranışları üzerine ölçek çalışması. *Bağımlılık Dergisi, 21*(2), 115-128.

Kesgin, M. T., Pehlivan, Ş., & Uymaz, P. (2020). Ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeğinin Türkçe uyarlaması: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 21*(2), 5-13. https://doi.org/10.5455/apd.102104

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., & Ferry, F. (2017). Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *European journal of psychotraumatology, 8*(sup5), 1353383. https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383

Khandehroo, M., Tavakoly Sany, S. B., Oakley, D., & Peyman, N. (2022). Health literacy intervention and quality of life in menopausal women: a randomized controlled trial. *International Journal of Health Promotion and Education, 60*(2), 114-126. https://doi.org/10.1080/14635240.2020.1762502

Koç, A., Tayaz, E., Uysal, N., & Öztaş, D. (2020). Sağlık hizmetlerinde hizmet kullanım tarafının en önemli bileşeni: Sağlık okuryazarlığı. *Ankara Medical Journal, 20*(1), 205-213. https://doi.org/10.5505/amj.2020.21033

Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: Past, present, and future. *The Canadian Journal of Psychiatry, 61*(3), 154-158. https://doi.org/10.1177/0706743715616609

Kutner, M., Greenburg, E., Jin, Y., & Paulsen, C. (2006). The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. NCES 2006-483. *National Center for education statistics*.

Leblebici, M. (2022). *Ruhsal hastalığa sahip bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

Lee, H. Y., Hwang, J., Ball, J. G., Lee, J., Yu, Y., & Albright, D. L. (2020). 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

Luoma, J., Guinther, P., Potter, J., & Cheslock, M. (2017). Experienced-based versus scenario-based assessments of shame and guilt and their relationship to alcohol

consumption and problems. *Substance use & misuse, 52*(13), 1692-1700. https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1305416

Macleod, E., Woolford, J., Hobbs, L., Gross, J., Hayne, H., & Patterson, T. (2017). Interviews with children about their mental health problems: The congruence and validity of information that children report. *Clinical child psychology and psychiatry, 22*(2), 229-244. https://doi.org/10.1177/1359104516653642

Malas, E. M. (2019). Ruhsal bozukluklara karşı stigma-derleme. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi, 8*(1), 1170-1188. https://doi.org/10.33206/mjss.470932

Mardani, M., Alipour, F., Rafiey, H., Fallahi-Khoshknab, M., & Arshi, M. (2023). Challenges in addiction-affected families: a systematic review of qualitative studies. *BMC psychiatry, 23*(1), 439. https://doi.org/10.1186/s12888-023-04927-1

McGinty, E. E., Goldman, H. H., Pescosolido, B., & Barry, C. L. (2015). Portraying mental illness and drug addiction as treatable health conditions: effects of a randomized experiment on stigma and discrimination. *Social science & medicine, 126*, 73-85. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.010

McGinty, E. E., Goldman, H. H., Pescosolido, B. A., & Barry, C. L. (2018). Communicating about mental illness and violence: balancing stigma and increased support for services. *Journal of health politics, policy and law, 43*(2), 185-228. https://doi.org/10.1215/03616878-4303507

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), 1-13. https://doi.org/10.1186/s12889-020-09696-0

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

Mosley, C. M., & Taylor, B. J. (2017). Integration of health literacy content into nursing curriculum utilizing the health literacy expanded model. *Teaching and Learning in Nursing, 12*(2), 109-116. https://doi.org/10.1016/j.teln.2016.12.005

Naslund, J. A., Bondre, A., Torous, J., & Aschbrenner, K. A. (2020). Social media and mental health: benefits, risks, and opportunities for research and practice. *Journal of technology in behavioral science, 5*, 245-257. https://doi.org/10.1007/s41347-020-00134-x

Nguyen Thai, Q. C., & Nguyen, T. H. (2018). Mental health literacy: knowledge of depression among undergraduate students in Hanoi, Vietnam. *International journal of mental health systems, 12*, 1-8. https://doi.org/10.1186/s13033-018-0195-1

Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health, 42*(1), 159-173. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529

Nutbeam, D., McGill, B., & Premkumar, P. (2018). Improving health literacy in community populations: a review of progress. *Health promotion international, 33*(5), 901-911. https://doi.org/10.1093/heapro/dax015

Ouali, U., Jouini, L., Ouertani, H., Jomli, R., & Nacef, F. (2020). The stigma of severe mental illness: Beliefs and experiences of Tunisian patients Le stigma de la maladie mentale sévère: opinions et expériences des patients tunisiens. *La Tunisie Medicale, 98*(06), 488-495.

Olcay, Ç., & Dağlı, D. A. (2017). Alkol bağımlılarında içselleştirilmiş damgalama, suçluluk ve utanç duyguları. *Bağımlılık Dergisi, 18*(4), 145-151.

Olçun, Z., & Altun, Ö. Ş. (2017). The correlation between schizophrenic patients' level of internalized stigma and their level of hope. *Archives of psychiatric nursing, 31*(4), 332-337. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.03.001

Ögel, K. (2017). Bağımlılık ve tedavisi temel kitabı. *İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık*.

Ögel, K., & Çetin-Şeker, B. (2018). 101 soruda bağımlılık. *Yeşilay Yayınları*.

Özel, Y., & Duzcu, T. (2018). Ruh Sağlığı Okuryazarlığı. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 77*, 380-387.

Özkan, E., Kesgin, M. T., & Akgün, Ş. (2024). Yetişkinlerde Psikolojik Sıkıntı ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Durumlarının Belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 13*(2), 794-804. https://doi.org/10.37989/gumussagbil.1271456

Özmen, S., & Erdem, R. (2018). Damgalamanin kavramsal çerçevesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 23*(1), 185-208.

Öztaş, B., & Aydoğan, A. (2021). Sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 12*(3), 198-204. 1 https://doi.org/0.14744/phd.2021.43265

Öztaş, B., Ünal, N., Ölçer, Z., Çal, A., & Hazir, G. (2023). Üniversite öğrencilerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyi: kesitsel bir çalışma. *TOGÜ Sağlık Bilimleri Dergisi, 3*(2), 198-214. https://doi.org/10.52369/togusagbilderg.1127001

Öztürk, Y. E., Kırlıoğlu, M., & Kıraç, R. (2015). Alkol ve madde bağımlılığında risk faktörleri. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 18*(2), 97-118.

Parnis, S. (2023). *An exploration of attitudes about addiction: a mixed-methods study conducted amongst residents of Malta.* University of Malta, Malta.

Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J. L., & Eaton, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The lancet, 392*(10157), 1553-1598.

Pavlova, A., & Berkers, P. (2022). "Mental health" as defined by Twitter: Frames, emotions, stigma. *Health communication, 37*(5), 637-647. https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1862396

Pelikan, J., Röthlin, F., & Ganahl, K. (2012). The European Health Literacy Project, 2009-2012. *Ludwig Boltzmann Institut*.

Pennington, C. R., Monk, R. L., Heim, D., Rose, A. K., Gough, T., Clarke, R., Knibb, G., Patel, R., Rai, P., & Ravat, H. (2023). The labels and models used to describe problematic substance use impact discrete elements of stigma: A registered report. *Psychology of Addictive Behaviors, 37*(6), 723–733. https://doi.org/10.1037/adb0000919

Pescosolido, B. A., Medina, T. R., Martin, J. K., & Long, J. S. (2013). The "backbone" of stigma: identifying the global core of public prejudice associated with mental illness. *American journal of public health, 103*(5), 853-860.

Picco, L., Abdin, E., Chong, S. A., Pang, S., Vaingankar, J. A., Sagayadevan, V., Kwok, K. W., & Subramaniam, M. (2016). Beliefs about help seeking for mental disorders: Findings from a mental health literacy study in Singapore. *Psychiatric Services, 67*(11), 1246-1253. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500442

Picco, L., Pang, S., Lau, Y. W., Jeyagurunathan, A., Satghare, P., Abdin, E., Vaingankar, J. A., Lim, S., Poh, C. L., & Chong, S. A. (2016). Internalized stigma among psychiatric outpatients: Associations with quality of life, functioning, hope and self-esteem. *Psychiatry research, 246*, 500-506. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.041

Picco, L., Seow, E., Chua, B. Y., Mahendran, R., Verma, S., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2017). Recognition of mental disorders: findings from a cross-sectional study among medical students in Singapore. *BMJ open, 7*(12), e019038. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019038

Pretorius, C., Chambers, D., & Coyle, D. (2019). Young people's online help-seeking and mental health difficulties: Systematic narrative review. *Journal of medical Internet research, 21*(11), e13873. https://doi.org/10.2196/13873

Quaglio, G., Sørensen, K., Rübig, P., Bertinato, L., Brand, H., Karapiperis, T., Dinca, I., Peetso, T., Kadenbach, K., & Dario, C. (2017). Accelerating the health literacy agenda in Europe. *Health promotion international, 32*(6), 1074-1080. https://doi.org/10.1093/heapro/daw028

Ran, M.-S., Peng, M.-M., Yau, Y. Y., Zhang, T.-M., Li, X.-H., Wong, I. Y. L., Ng, S., Thornicroft, G., Chan, C. L.-W., & Lu, L. (2022). Knowledge, contact and stigma of mental illness: Comparing three stakeholder groups in Hong Kong.

International Journal of Social Psychiatry, 68(2), 365-375. https://doi.org/10.1177/0020764021997479

Ratnayake, P., & Hyde, C. (2019). Mental health literacy, help-seeking behaviour and wellbeing in young people: implications for practice. *The Educational and Developmental Psychologist, 36*(1), 16-21. https://doi.org/10.1017/edp.2019.1

Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2011). Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: findings from an Australian national survey of mental health literacy and stigma. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 45*(11), 947-956. https://doi.org/10.3109/00048674.2011.621060

Reavley, N. J., Morgan, A. J., Fischer, J.-A., Kitchener, B., Bovopoulos, N., & Jorm, A. F. (2018). Effectiveness of eLearning and blended modes of delivery of Mental Health First Aid training in the workplace: randomised controlled trial. *BMC psychiatry, 18*, 1-14. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1888-3

Richards, S. N., Broadus, A. D., & Yelderman, L. A. (2021). Treatment and non-treatment professionals in Texas: Race, sex, age, and level of education influencing attitudes about addiction. *Journal of Drug Issues, 51*(1), 218-235. https://doi.org/10.1177/0022042620971857

Saçaklı, G., & Odabaş, D. (2023). Kadınlarda Madde Bağımlılığı. *Advances in Women's Studies, 5*(2), 44-48. https://doi.org/10.5152/atakad.2023.22012

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

Saiz, J., Muñoz, M., Ausín, B., González-Sanguino, C., Ángel Castellanos, M., Vaquero, C., Ugidos, C., & López-Gómez, A. (2021). Effects of COVID-19 lockdown on perceived discrimination and internalized stigma in people with previous mental disorder diagnoses in Spain. *American Journal of Orthopsychiatry, 91*(3), 407. https://doi.org/10.1037/ort0000542

Samari, E., Teh, W. L., Roystonn, K., Devi, F., Cetty, L., Shahwan, S., & Subramaniam, M. (2022). Perceived mental illness stigma among family and friends of young people with depression and its role in help-seeking: a qualitative inquiry. *BMC psychiatry, 22*(1), 107. https://doi.org/10.1186/s12888-022-03754-0

Sarıkoç, G., & Öz, F. (2016). The effects and stigma of mental illness in Turkey. *Community mental health journal, 52*, 353-360. https://doi.org/10.1007/s10597-015-9960-7

Sayarifard, A., Ghadirian, L., Mohit, A., Eftekhar, M., Badpa, M., & Rajabi, F. (2015). Assessing mental health literacy: What medical sciences students' know about depression. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran, 29*, 161.

Sezer, S., & Gülleroğlu, D. (2016). Psikolojik yardım arama tutumlarını yordayan değişkenler: Kendini damgalama, özsaygı, psikolojik yardım almış olma. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 29*(1), 75-93. https://doi.org/10.19171/uuefd.52149

Stead, L. F., Carroll, A. J., & Lancaster, T. (2017). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews*(3). **https://doi.org/10.1002/14651858.**

Şamar, B., & Sema, B. (2022). Bağımlılık rehabilitasyonunda sosyal hizmet uygulamaları: Erenköy BAHAR Modeli. *Bağımlılık Dergisi, 23*(2), 221-232. https://doi.org/10.51982/bagimli.982856

T.C.S.B. (2018). *Eğitimciler için Eğitim Rehberi. Ruh Sağlığı Modülleri* T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü. Erişim Tarihi 15.12.2023, https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/203

Tanrıöver, M., Yıldırım, H., Ready, F., Çakır, B., & Akalın, H. (2014). Sağlık okuryazarlığı çalışmaları: Sınırlı sağlık okuryazarlığının prevalansı ve sonuçları. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Birinci Baskı. Sağlık-Sen Yayınları Ankara*, 21-27.

Tanriverdi, D., Çuhadar, D., Durmaz, H., Kaplan, V., & Özkan, S. (2020). Treatment motivation and social support levels among individuals with substance use disorders, and influencing factors. *Journal of Substance Use, 25*(3), 264-270. https://doi.org/10.1080/14659891.2019.1683903

TBM, T. B. M. (2016). *Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı* Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı. Erişim Tarihi 15.12.2023, https://tbm.org.tr/media/kitaplar/TBM_yetiskin_madde_icerik_web.pdf

Temiz, Z. T., & Gökçek, V. U. (2020). Yurtta Kalan Üniversite Öğrencilerinin Anksiyete, Sosyal Destek ve Yaşam Doyum Düzeyleri İle Baş Etme Stillerinin İncelenmesi. *FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*(15), 431-458. https://doi.org/10.16947/fsmia.758108

Tobin, J., Rogers, A., Winterburn, I., Tullie, S., Kalyanasundaram, A., Kuhn, I., & Barclay, S. (2022). Hospice care access inequalities: a systematic review and narrative synthesis. *BMJ supportive & palliative care, 12*(2), 142-151. https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002719

Tomczyk, S., Schomerus, G., Stolzenburg, S., Muehlan, H., & Schmidt, S. (2018). Who is seeking whom? A person-centred approach to help-seeking in adults with currently untreated mental health problems via latent class analysis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 53*, 773-783. https://doi.org/10.1007/s00127-018-1537-7

Tool, A. N. R. (2014). Relapse Prevention Planning. https://www.proquest.com/scholarly-journals/relapse-prevention-planning-new-recovery-tool/docview/1474325974/se-2

Tözün, M., & Sözmen, M. K. (2015). Halk sağlığı bakışı ile sağlık okuryazarlığı health Literacy with Perspective of Public Health. *Smyrna Tıp Dergisi, 2*, 48-54.

Tsai, A. C., Kiang, M. V., Barnett, M. L., Beletsky, L., Keyes, K. M., McGinty, E. E., Smith, L. R., Strathdee, S. A., Wakeman, S. E., & Venkataramani, A. S. (2019). Stigma as a fundamental hindrance to the United States opioid overdose crisis response. *PLoS medicine, 16*(11), e1002969. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002969

TUBİM, T. U. B. İ. M. (2018). *Bağımlılık Yapıcı Maddeler ve Bağımlılık İle Mücadele*. Erişim Tarihi 12.12.202, https://ab.gov.tr/turkiye-uyusturucu-ve-uyusturucu-bagimliligi-izleme-merkezinin-tubim-veri-toplama-kapasitesini-guclendirmek_52310.html

TUİK, (2022). Türkiye İstatistik Kurumu. *İstatistik Veri Portalı.* Erişim Tarihi 12.10.2023, https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=Nufus-ve-Demografi-109

Tuncel, G. Y., Kaylı, D. S., & Yararbas, G. (2021). Toplumun madde kullanım bozukluğu olan kadınlara yönelik tutum ve davranışları. *Bağımlılık Dergisi, 24*(4), 428-437. https://doi.org/10.51982/bagimli.1219073

Tuncel, G. Y., Kaylı, D. S., & Yararbas, G. (2023). Sosyal Hizmet Alanında Çalışan Meslek Elemanlarının Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanan Kişilere Yönelik Tutumları. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 21*(4), 13-24. https://doi.org/10.18026/cbayarsos.1092327

Türkmen, S., Özdemir, Ç., & Akyol, T. (2015). Internalized stigmatization and quality of life of patients in a unit of the Treatment and Education Center for Alcohol and Substance Dependence. *Journal of Dependence, 16*(4), 182-191.

Uçkaç, Ü. (2023). *Hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının belirlenmesi*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep.

Uğurlu, Z., & Akgün, H. S. (2019). Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına uygunluğunun değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 12*(1), 96-106. https://doi.org/10.26559/mersinsbd.449973

UNODC, U. N. O. D. C. (2016). *United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report. New York, 2016.* World Drug Report. New York, 2016. Erişim Tarihi 15.12.2023, https://www.unodc.org/wdr2016/

UNODC, U. N. O. o. D. a. C. (2018). *United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report. Vienna, 2018.* United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report. Vienna. Erişim Tarihi 15.12.2023 https://www.unodc.org/wdr2018/

Ünal, E., & KOÇAK UYAROĞLU, A. (2022). Madde Bağımlılığında Damgalanma ve Damgalanma ile Mücadelede Hemşirelik Yaklaşımları. Konferans Bildirisi.

Erişim Tarihi 25.06.2023, https://acikerisim.karatay.edu.tr/yayin/1749639&dil=0

Ünal, E. (2023). Sağlık Profesyonellerinde Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç ve Tutumlar. Konferans Bildirisi. Erişim Tarihi 25.06.2023, https://acikerisim.karatay.edu.tr/yayin/1751350&dil=3

Ünsal, G., Dilek, A., & Duran, S. (2023). *Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği El Kitabı*. Akademisyen Kitabevi.

Valery, K.-M., & Prouteau, A. (2020). Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review. *Psychiatry research, 290*, 113068. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113068

Vatandaş, C., Can, B., Mahitapoğlu, H., Yaman, V., & Kırbaşoğlu, Z. (2016). *Türkiye'de Gençlik ve Uyuşturucu Madde Sorunu*. İstanbul: Sekam Yayınları, 2016: 9-48.

Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. *BMC psychiatry, 15*(1), 1-20. https://doi.org/10.1186/s12888-015-0681-9

Weinstock, J., Petry, N. M., Pescatello, L. S., Henderson, C. E., & Nelson, C. R. (2020). Randomized clinical trial of exercise for nontreatment seeking adults with alcohol use disorder. *Psychology of Addictive Behaviors, 34*(1), 65. https://doi.org/10.1037/adb0000506

WHO. (2020). *Mental health and substance use*. Mental health and substance use. Erişim Tarihi 15.12.2023, https:// www.who.int/mental_health/en/

Yalçın Balçık, P., Taşkaya, S., & Şahin, B. (2014). Sağlık okuryazarlığı. *TAF Prev Med Bull*, 2014;13(4):321-326. https://dx.doi.org/ 10.5455/pmb1-1402386162

Yalçıntürk, A. A., Dikeç, G., & Ata, E. E. (2019). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylere yönelik rehabilitasyon çalışmaları: Sistematik derleme. *Bağımlılık Dergisi, 20*(4), 241-252.

Yener Özcan, F. (2019). *Avukatların ruhsal hastalıklara yönelik inançları ve damgalama eğilimleri,* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Yıldız, M., İncedere, A., Kiras, F., Abut, F. B., Kırcalı, A., & İpçi, K. (2019). Development of Self-Stigma Inventory for Families of the patients with schizophrenia (SSI-F): validity and reliability study. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, 29*(4), 463-471. https://doi.org/10.1080/24750573.2018.1480858

Yılmaz, G., & KAYLI, D. Ş. (2020). Sosyal Hizmet Bakış Açısından Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanan Bireylere Yönelik Toplumun Bakışı: Manisa Örneği.

Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi, 2(3), 148-154. https://doi.org/10.35365/ctjpp.20.03.18

Yılmaz, M., & Tiraki, Z. (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür? *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 9*(4), 142-147.

Yılmazel, G., & Çetinkaya, F. (2016). Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. TAF Prev Med Bull, 15(1), 69. https://doi.org/10.5455/pmb.1-1448870518

Yüksel, N., Yılmaz, M., & Örekici Temel, G. (2015). Öğretim Elemanlarının Ruhsal Hastalıklara ve Hastalara İlişkin Görüşleri. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi, 6*(1). https://doi.org/10.5505/phd.2015.47955

Zhang, F., Or, P. P., & Chung, J. W. (2021). How different health literacy dimensions influences health and well-being among men and women: The mediating role of health behaviours. *Health Expectations, 24*(2), 617-627. https://doi.org/10.1111/hex.13208

8. EKLER

Ek-1: Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. **Yaşınız…….**
2. **Cinsiyetiniz:**
    a) Erkek
    b) Kadın
3. **Eğitim durumunuz:**
    a) Okuryazar değil
    b) İlkokul
    c) Ortaokul
    d) Lise
    e) Üniversite
    f) Lisansüstü
4. **Mesleğiniz……**
5. **Anne eğitim durumu:**
    a) Okuryazar değil
    b) İlkokul
    c) Ortaokul
    d) Lise
    e) Üniversite
    f) Lisansüstü
6. **Baba eğitim durumu:**
    a) Okuryazar değil
    b) İlkokul
    c) Ortaokul
    d) Lise
    e) Üniversite
    f) Lisansüstü
7. **Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?**
    a) Gelir giderden az
    b) Gelir gidere denk
    c) Gelir giderden fazla
8. **Ruhsal bir hastalığınız var mı?**
    a) Evet
    b) Hayır
9. **Ruhsal bir hastalığınız var ise belirtiniz……..**
10. **Ailede ruhsal hastalığı olan bir yakınınız var mı?**
    a) Evet
    b) Hayır
11. **Ailede ruhsal hastalığı olan bir yakınınız var ise yakınlık derecesini belirtiniz…….**

12. **Ruhsal hastalıklar hakkında bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyor musunuz?**
    a) Evet
    b) Hayır

13. **Ruh sağlığınızla ilgili bir sorun yaşadığınızı düşündüğünüzde birinden yardım ister misiniz?**
    a) Evet
    b) Hayır

14. **Ruh sağlığı ile ilgili konferans, seminer vs. katıldınız mı?**
    a) Evet
    b) Hayır

15. **Ruh sağlığı hastalıkları ile ilgili bilgi edinmek isterseniz nereye başvurursunuz?**
    a) İnternet/sosyal medya
    b) Televizyon/dergi/gazete
    c) Sağlık personeli
    d) Aile/arkadaş
    e) Diğer

16. **Yaşamınızın bir döneminde hiç psikolojik destek aldınız mı?**
    a) Evet
    b) Hayır

17. **Yaşamınızın bir döneminde hiç bağımlılık yapıcı madde kullandınız mı?**
    a) Evet
    b) Hayır

18. **Cevabınız evet ise belirtiniz……..**

19. **Ailenizde ya da sosyal çevrenizde bağımlılık yapıcı madde kullanan yakınınız var mı?**
    a) Evet
    b) Hayır

20. **Var ise yakınlık derecesini belirtiniz……**

Ek-2: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği

RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ

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

Ek-2: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (devamı)

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

Ek-3: Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanan Bireylere Yönelik Tutum ve Davranışlara İlişkin Soru Formu Ölçeği

BAĞIMLILIK YAPICI MADDE KULLANAN BİREYLERE YÖNELİK TUTUM VE DAVRANIŞLARA İLİŞKİN SORU FORMU ÖLÇEĞİ

Ölçek Maddesi	Tamamen Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
1. Bağımlılık yapıcı madde kullanan kişiler tehlikeli insanlardır.					
2. Bağımlılık yapıcı madde kullanan bireylerle arkadaşlık kurmak istemem.					
3. Bağımlılık yapıcı madde kullanan kişilerin sözüne güven olmaz.					
4. Bağımlılık yapıcı madde kullanan kişiler herhangi bir işte çalışmamalıdır.					
5. Bağımlılık yapıcı madde kullanan bireyler toplumda tehlike arz ederler.					
6. Bağımlılık yapıcı madde kullanmak bir hastalıktır.					
7. Bağımlılık yapıcı madde kullanan bireylerin topluma değil sadece kendilerine zararı vardır.					
8. Bağımlılık yapıcı madde kullanan kişiler saygısızdırlar.					
9. Bağımlılık yapıcı madde kullanan kişiler toplum içinde serbest dolaşmamalıdırlar.					
10. Bağımlılık yapıcı madde kullanan kişiler kendi hayatları ile ilgili doğru kararları alamazlar.					
11. Bağımlılık yapıcı madde kullanan biriyle günlük aktivitelerimi gerçekleştirebilirim.					
12. Bağımlılık yapıcı madde kullanan kişilerle sohbet edip ilişki kurabilirim.					
13. Ailemde bağımlılık yapıcı madde kullanan birisi olsa, utanırım.					
14. Bağımlılık yapıcı madde kullanan kişilerden uzak durmaya çalışırım.					
15. Bağımlılık yapıcı madde kullanan bireylere anlayışlı davranabilirim.					
16. Bağımlılık yapıcı madde kullananların karakterlerinin zayıf olduğunu düşünürüm.					
17. Bağımlılık yapıcı madde kullanan kişilerin suç işleme olasılığı daha fazladır.					
18. Bağımlılık yapıcı madde kullanan bireylerin kullandığı maddeyi bırakacağına inanmam.					
19. Kişinin bağımlılık yapıcı madde kullanıyor olması aile içindeki rol ve sorumluluklarını yerine getirmesine engel değildir.					
20. Kişinin bağımlılık yapıcı madde kullanıyor olması iş yerindeki sorumluluklarını yerine getirmesine engel değildir.					
21. İş hayatında bağımlılık yapıcı madde kullanan kişilere önemli pozisyonlar verilmesini uygun bulmuyorum.					
22. Bağımlılık yapıcı madde kullanan kişiler tedavi olmuş olsalar da düşük pozisyonda çalışmaya devam etmelidirler.					
23. Bağımlılık yapıcı madde kullanan insanların psikolojik sorunları vardır.					
24. Bağımlılık yapıcı madde kullanan bireylerle muhatap olmamaya çalışırım.					
25. Bağımlılık yapıcı madde kullanan kişilerden korkarım.					
26. Bağımlılık yapıcı madde kullanan kişiler kullandıkları maddeyi bırakmak için tedavi olmak istemezler.					
27. Ne kadar tedavi edilirse edilsin bağımlı olan birinin iyileşmesi mümkün değildir.					

Ek-4: Etik Kurul Onayı

T.C.
LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ

Sayı : E-53875521-050-21225 07.11.2023
Konu : Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu
Doç. Dr. Meltem MERİÇ)

Sayın Doç. Dr. Meltem MERİÇ

Sorumlu araştırmacısı olduğunuz **"Yetişkin Bireylerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Düzeyi İle Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanan Bireylere Yönelik Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi"** başlıklı (**Kod No.2023190**) bilimsel araştırma Etik kurulumuzun **23.10.2023** tarih ve **2023/202** sayılı kararı uyarınca **ETİK OLARAK UYGUN BULUNMUŞTUR.**

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Prof. Dr. Feyyaz ONUR
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu : BDD1-D5BV-8YL6 Belge Doğrulama Adresi : https://ebys.lokmanhekim.edu.tr/sorgu/sorgula.aspx

Adres:
Telefon No : Fax No :
e-Posta : İnternet Adresi : www.lokmanhekim.edu.tr
Kep Adresi : lokmanhekimuniversitesi@hs01.kep.tr
Bilgi İçin :Yıldız YILDIRIM
Yazı İşleri Sorumlusu
Dahili No:60001

Ek-5: Anket Araştırmaları İçin Aydınlatılmış Onam Formu

Ek-6: Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu

Ek-7: Ölçek İzinleri

Ek-8: Orjinallik Raporu

YETİŞKİN BİREYLERİN RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ İLE BAĞIMLILIK YAPICI MADDE KULLANAN BİREYLERE YÖNELİK TUTUM VE DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

Yazar c m

Gönderim Tarihi: 28-Ağu-2024 10:53AM (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 2439618860
Dosya adı: NAN_B_REYLERE_Y_NEL_K_TUTUM_VE_DAVRANI_LARININ_BEL_RLENMES.docx (99.23K)
Kelime sayısı: 13281
Karakter sayısı: 94086

YETİŞKİN BİREYLERİN RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ İLE BAĞIMLILIK YAPICI MADDE KULLANAN BİREYLERE YÖNELİK TUTUM VE DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%16	%14	%9	%9
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%3
2	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%2
3	hdl.handle.net İnternet Kaynağı	%1
4	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%1
5	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	%1
6	Submitted to Abant İzzet Baysal Universitesi Öğrenci Ödevi	%1
7	Submitted to Istanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi	%1
8	acikerisim.gelisim.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
9	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	<%1
10	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<%1
11	earsiv.odu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
12	acikerisim.erbakan.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
13	Zeren, Fatma Gul. "Diyabetes mellituslu bireylerin aile destegi ile oz bakim duzeyleri arasindaki iliski", Necmettin Erbakan University (Turkey), 2022 Yayın	<%1

14	openaccess.biruni.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
15	Submitted to Istanbul Aydin University Öğrenci Ödevi	<%1
16	Submitted to Saglik Bilimleri Universitesi Öğrenci Ödevi	<%1
17	Zehra Özkartal. "Hemşirelerin bireysel iş yükü algısının karşılanamayan hemşirelik bakımına etkisi", Marmara Universitesi (Turkey), 2024 Yayın	<%1
18	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
19	dspace.trakya.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
20	Gürat, Cem. "Ergenlerde Psikolojik Sağlamlığın Yordanmasında Algılanan Anne Baba Tutumu ve Affetme Davranışının Rolü", Dokuz Eylul Universitesi (Turkey), 2024 Yayın	<%1
21	acikerisim.sakarya.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
22	jag.journalagent.com İnternet Kaynağı	<%1
23	neuyayin.com İnternet Kaynağı	<%1
24	Aslan, Meserret. "Gebelerin Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılarının Cinsel mit Inançlarına ve Doğum Korkusuna Etkisi", Marmara Universitesi (Turkey), 2023 Yayın	<%1
25	Submitted to Okan Ãniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
26	Mercan, Sevil. "Web destekli öğretimin hemşirelerin ilaç uygulamalarına ilişkin bilgi düzeyine etkisi", Izmir Katip Celebi University (Turkey), 2024 Yayın	<%1

27	Özkaynak, Eylül. "Yetişkin Kadınlarda Psikolojik ve Sosyal Kırılganlığın Nedenlerinin Bazı Değişkenlere Göre Incelenmesi", Ankara Universitesi (Turkey), 2024 Yayın	<%1
28	Submitted to Adnan Menderes Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
29	acikerisim.uludag.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
30	ogmmateryal.eba.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
31	Submitted to Ege Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
32	Submitted to Hacettepe University Öğrenci Ödevi	<%1
33	Okumuş, Dilara. "Pulmoner Hipertansiyonu Olan Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi", Dokuz Eylul Universitesi (Turkey), 2024 Yayın	<%1
34	adudspace.adu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
35	Yavuz, Kubra Erenel. "Yetiskin Diyabet Bilgi olcegi'Nin (ydbo) gelistirilmesi ; gecerlik Ve guvenirlik calismasi", Marmara Universitesi (Turkey), 2020	<%1

	Yayın	
36	acikerisim.ikcu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
37	ijetsar.com İnternet Kaynağı	<%1
38	www.icisleri.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
39	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
40	Ünal, Duygu Diğdem. "Dışa Yönelim Davranış Problemi Olan Okul Öncesi Dönem Çocuklarinin Duygu Düzenleme Becerilerinin Incelenmesi", Ankara Universitesi (Turkey),	<%1

41	acikerisim.pau.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
42	dspace.gazi.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
43	6e9ed515-8cbf-4760-8640-9a7779db5794.filesusr.com İnternet Kaynağı	<%1
44	Akbulut, Tuba. "ÖğRetmenlerde Anlam Arayışı, Mesleki Doyum ve Dindarlık Ilişkisi (Konya Orneği)", Necmettin Erbakan University (Turkey), 2024	<%1

Yayın

45	Küçükarda, Şenay Dereli. "Ortoreksiya Nervozanin Yordayicilari Olarak Yeme Tutumu, Duygu Düzenleme Güçlüğü, Anksiyete, Depresyon Ve Benlik Saygisi", Marmara Universitesi (Turkey), 2023 Yayın	<%1
46	acikerisim.mersin.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
47	c5785bea-f979-4bab-9955-7d36152cef71.filesusr.com İnternet Kaynağı	<%1
48	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<%1
49	dspace.balikesir.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
50	gcris.pau.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
51	openaccess.maltepe.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
52	pdffox.com İnternet Kaynağı	<%1
53	tez.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
54	www.ichastaliklarihemsireligi.com İnternet Kaynağı	

		<%1
55	www.phdernegi.org İnternet Kaynağı	<%1
56	www.tjfmpc.gen.tr İnternet Kaynağı	<%1
57	www.turkishstudies.net İnternet Kaynağı	<%1
58	yayin.ieu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
59	Bektaş, Mahmut. "Evli Bireylerin Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Yordanması", Dokuz Eylul Universitesi (Turkey), 2024 Yayın	<%1
60	Aktaç, Ayça. "Obsesif Kompulsif Bozukluğa Yönelik Sosyal Damgalama Üzerinde Psikoeğitim ve Temastan Oluşan Müdahale Yönteminin Etkisinin Incelenmesi", Dokuz Eylul Universitesi (Turkey), 2024 Yayın	<%1

Alıntıları çıkart Kapat
Bibliyografyayı Çıkart Kapat
Eşleşmeleri çıkar Kapat

Ek-9: Özgeçmiş

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

ADI, SOYADI:	SELMA ÖZDEMİR

EĞİTİM

2004	LİSE	İNCİRLİ LİSESİ	
2008	ÜNİVERSİTE	GAZİ ÜNİVERSİTESİ	HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
2024	YÜKSEK LİSANS	LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ	PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSAN PROGRAMI