



Orjinal Makale

Sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi

Bediye Oztas,¹ Arzu Aydoğan²

¹Ankara Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara

²Yüksek İhtisas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı ruh sağlığı birimleri dışında çalışan sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel olarak yürütülmüştür. Çalışma bir eğitim ve araştırma hastanesinde ruh sağlığı birimleri dışında çalışan 239 sağlık profesyoneli (hemşire, diyetisyen, ebe, sağlık memuru, biyolog, sosyal hizmet uzmanı, çocuk gelişim uzmanı) çalışmaya katılım sağlamıştır. Verilerin toplanmasında sosyodemografik veri formu ile Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOY-Ölçeği) kullanılmıştır. Verilerin analizinde ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler, yüzdeler ifadeler ile Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 29.93±8.71, çalışma sürelerinin ortalaması 8.9±9.04'dür. Katılımcıların çoğunluğunu kadınlar (n=206, %86.2) oluştururken, bekarlar (n=140) %58.6'sını oluşturmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan ortalaması; 16.96±3.30, bilgi alt ölçek puan ortalaması; 8.45±1.69, inanç alt ölçek puan ortalaması; 5.32±1.70, kaynak alt ölçek puan ortalaması; 3.19±1.25 olarak bulunmuştur. Çalışmanın sonuçlarına göre yaş, medeni durum, eğitim durumu ve meslek değişkenine göre ölçek puanları istatistiksel olarak farklılık gösterirken cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.

Sonuç: Çalışmaya katılan sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerinin istendik düzeyde olmaması nedeniyle konu ile ilgili eğitim programlarının düzenlenmesinin ruh sağlığı alanında hasta çıktılarına olumlu katkılar sağlayacağı değerlendirilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Okuryazarlık; ruh sağlığı; sağlık profesyoneli.

Konu hakkında bilinenler nedir?

- Sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlığı ile ilgili yapılmış çalışmalar sınırlıdır.

Bu yazının bilinenlere katkısı nedir?

- Bu çalışma ruh sağlığı birimleri dışında çalışan sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyini ortaya koymaktadır.

Uygulamaya katkısı nedir?

- Elde edilen bulgular ruh sağlığı birimleri dışında çalışan sağlık profesyonellerinin hizmet sundukları hastalarda görülebilecek ruh sağlığı problemlerini erken farkederek uygun tedavi ve bakım almalarını sağlayabilmeleri için eğitim almaları gerektiğini ortaya koymaktadır.

Ruh sağlığı; ruhsal bir hastalığın olmaması şeklinde tanımlanmaktadır. Daha geniş tanımıyla bireyin zihinsel durumuna ve çevrede işlev görme yeteneğine katkıda bulunan biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörleri içeren sağlık durumu olarak da ifade edilmektedir.^[1] Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ruh sağlığını; her bireyin kendi potansiyelini gerçekleştirdiği, yaşamın normal stresiyle başa çıkabildiği, üretken ve verimli çalışabildiği ve kendisine katkıda bulunabildiği bir refah durumu olarak tanımlamaktadır. DSÖ'nün bireylerin ve toplumun ruh sağlığını iyileştirme çalışmaları; ruhsal refahın teşvik edilmesi, ruhsal bozuklukların önlenmesi, insan haklarının korunması ve

İletişim: Bediye Oztas, Ankara Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, Turkey

Tel: +90 444 20 10 **E-posta:** oztasbediye2@gmail.com **ORCID:** 0000-0001-6775-1405

Geliş Tarihi: 18.06.2020 **Kabul Tarihi:** 29.05.2021 **Online Yayınlanma Tarihi:** 01.10.2021

©Copyright 2021 Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Çevrimiçi: www.phdergi.org



ruhsal bozukluklardan etkilenen insanların bakımını içermektedir. DSÖ, bilinen bir ruhsal sağlık sorunu olan insanların yaklaşık üçte ikisinin hiçbir zaman bir sağlık uzmanından yardım istemediğini tahmin etmekte stigma, ayrımcılık ve ihmalin, ruh sağlığı bozukluğu olan insanların bakım ve tedavisini olumsuz yönde etkilediğine dikkat çekmektedir.^[2] Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN:International Council of Nursing), ruh sağlığı bozuklukları ile mücadelede sağlık işgücü rolüne dikkat çekmektedir. ICN konu ile ilgili politikaların, stratejilerin ve mevzuatın geliştirilmesinde sağlık iş gücüne ek olarak toplumun katılımının da önemini ortaya koymakta ve gelecekteki uygulama planlarında öncelikli bir konu olması gerektiğini vurgulamaktadır.^[3] Bunun için sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlığının yeterli düzeyde olması gerekmektedir.^[4,5]

Ruh sağlığı okuryazarlığı kavramı ilk olarak Jorm ve ark.^[6-8] tarafından 1997 yılında tanımlanmıştır. Ruh sağlığı okuryazarlığının yedi unsuru; spesifik hastalıkları fark edebilme, ruh sağlığı ile ilgili bilgilere nasıl ulaşılabileceğini bilme, ruh sağlığına ilişkin risk faktörlerini ve nedenlerini bilme, kendi kendine tedaviyi bilme, profesyonel yardıma ulaşmayı bilme, uygun yardım arama ve farkındalığı geliştirme tutumları şeklinde sıralanmaktadır. Kutcher ise ruh sağlığı okuryazarlığının 4 bileşenini; iyi ruh sağlığının nasıl elde edileceğini ve sürdürüleceğini anlamak, ruhsal bozuklukları ve tedavilerini anlamak, ruhsal bozukluklara bağlı damgalamanın azalması, yardım arama etkinliğinin artırılması (ne zaman, nerede ve nasıl iyi ruh sağlığı bakımı sağlanacağını bilmek ve kendi kendine bakım için gerekli yetkinlikleri geliştirmek) şeklinde ifade etmektedir.^[9] Bu bilgiler ışığında ruh sağlığı okuryazarlığının yükseltilmesi, bu sayede bireylerin ruhsal bozukluklarının erken dönemde fark edilerek profesyonel yardım için yönlendirilmesi, uygun bakım ve tedavilerinin sağlanarak bireylerin sağlığına kavuşturulması hedeflenmektedir. Ruh sağlığı okuryazarlığı yükseltilebildiği zaman ruhsal problemler erken dönemde fark edilerek uygun olan tedavi ve bakımın alınması ve stigma davranışının azalması, profesyonel yardım arama davranışına pozitif tutum ve davranış geliştirilmesi sağlanabilmektedir. Ruh sağlığı okuryazarlığı düşük olduğu zaman ruhsal problemlerin ilerleyerek çok ciddi seviyelere ulaşması ile alkol ve uygunsuz ilaç kullanımı gibi uyuma yönelik olmayan (maladaptif) baş etme stratejilerinin kullanımı artmakta ve bireylerin ruh sağlığı olumsuz yönde ilerleme göstermektedir.^[10,11] Özetle ruh sağlığı okuryazarlığı ne kadar geliştirilirse ruh sağlığı da olumlu yönde gelişme gösterecektir.^[5]

Bireysel ve toplumsal sorumluluklara ek olarak mesleki sorumlulukları kapsamında sağlık profesyonelleri, sağlık okuryazarlığı becerisinin yüksek olması beklenen bir gruptur. Sağlık ve hastalık konusunda karar sürecine katılım sağlayabilecek ve karar verebilecek bilgiye sahip olma hem sağlık personeli olmanın hem de sağlık okuryazarlığının bir gerekliliğidir.^[4] Çok geniş bir yelpazede hasta gruplarına hizmet sunan sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlığının da yüksek olması gerekmektedir. Ruh sağlığı birimlerinde hizmet veren sağlık profesyonellerinin hizmet verdiği grup zaten ruh sağlığı problemi yaşıyan hastalar olduğu için konu ile ilgili tedavi

ve bakım konusunda bilgileri günceldir. Ruh sağlığı birimleri dışında çalışan sağlık profesyonellerinin ruh sağlığına ilişkin okuryazarlık seviyesi hizmet sundukları hasta ve yakınlarında var olan ruh sağlığı problemlerini saptayabilmelerinde önemlidir. Böylece sağlık profesyonelleri kendi birimlerinde hizmet sundukları bireylerin ruh sağlığı problemlerini fark edebilir, etkin tedavi ve bakım almalarını sağlayarak tedavi edilmeyen ruh sağlığı problemlerinin neden olabileceği suisid ve homisid gibi ciddi durumların önüne geçilmesine katkı sağlayabilir.^[10] Bu çalışmanın amacı, ruh sağlığı birimleri dışında çalışan sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın verileri 01.03.2020–31.05.2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın evrenini bu tarihler arasında hastanede çalışan hekim dışı 780 sağlık profesyoneli oluşturmuştur. Çalışmada örneklem seçimine gidilmeyip evrenin tamamına ulaşmaya çalışılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden 239 sağlık profesyoneli çalışmanın örneklemini oluşturmuştur.

Katılımcılar

Çalışma bir eğitim ve araştırma hastanesinde ruh sağlığı birimleri dışında çalışan sağlık profesyonelleri ile yürütülmüştür. Çalışmaya dahil olma kriterleri; 18 yaş üstü olmak ve çalışmaya katılmaya gönüllü sağlık profesyoneli olmak şeklinde belirlenmiştir. Çalışmadan dışlanma kriterleri ise ruh sağlığı birimlerinde çalışan sağlık profesyoneli olmak ve çalışmaya katılmayı kabul etmemek şeklinde belirlenmiştir. Çalışmanın yapılabilmesi için kurumsal izin alınan (doktor dışı) tüm sağlık profesyonelleri çalışmaya davet edilmiştir. Toplam 239 sağlık profesyoneli (hemşire, diyetisyen, ebe, sağlık memuru, biyolog, sosyal hizmet uzmanı, çocuk gelişim uzmanı) çalışmaya katılım sağlamıştır.

Veri Toplama Araçları

Çalışmada katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirlemek için yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek ve ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi edinmede kullanılan kaynakların sorgulandığı veri toplama formu ile Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOY-Ölçeği) kullanılmıştır. RSOY- Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Göktaş ve ark.^[12] (2019) tarafından yapılmıştır. RSOY-Ölçeği toplam 22 madde ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Bilgi Odaklı RSOY alt boyutunda 10 madde (1–10. madde), İnanç Odaklı RSOY alt boyutunda 8 madde (11–18. madde), Kaynak Odaklı RSOY alt boyutunda 4 madde (19–22. madde) bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 0–22 arasında değişmektedir. Ölçeğin ilk iki alt boyutunda

bulunan 18 soru altılı Likert tipinde olup, cevapları “kesinlikle katılıyorum, katılıyorum, kararsızım, katılmıyorum, kesinlikle katılmıyorum, bilmiyorum” şeklindedir. Kaynak odaklı RSOY alt boyutunda bulunan 4 sorunun cevabı ise “evet” ve “ hayır” şeklindedir. Sorulara “kesinlikle katılıyorum”, “katılıyorum” ve “evet” cevabı verildiğinde “1 puan” diğer cevaplar “0 puan” olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin 11–18’inci maddeleri arasındaki maddeler (11 ve 18 dahil, yani inanç odaklı RSOY alt boyuta ait maddeler) ters kodlanmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.71 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.73 olarak bulunmuştur.

Verilerin Toplanması

Katılımcılara çalışmanın amacı açıklanarak veri toplama formunu doldurmaları istenmiştir. Veri toplama formunu doldurmak ortalama 5–7 dakika sürmüştür. Çalışmanın pilot uygulaması 10 hemşire ile yapılmıştır. Herhangi bir olumsuz geri dönüş olmadığı için 10 hemşire çalışmaya dahil edilmiştir.

Verilerin değerlendirilmesi: Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler için ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler ile yüzdeler ifadeler kullanılmıştır. Ölçek puanının bağımsız değişkenlere göre değerlendirilmesinde ise normal dağılıma uymayan veriler için Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır.

Etik Onay

Çalışmanın yapılabilmesi için etik kurul izni (Sayı: 46418926, Toplantı No: 2020/03, Karar No: 2020-38) alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın tek merkezli olarak yürütülmesi ve hemşire dışındaki sağlık profesyonellerinin çalışmaya katılımının az olması çalışmanın sınırlılıkları olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular

Bu çalışma 239 sağlık profesyonelinin katılımıyla tamamlanmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 29.93 ± 8.71 , çalışma sürelerinin ortalaması 8.9 ± 9.04 'dür. Katılımcıların çoğunluğunu kadınlar (%86.2) oluşturmuş, bekarlar %58.6'sını oluşturmuştur. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bilgileri Tablo 1’de verilmiştir.

Katılımcıların ruh hastalıkları ile ilgili bilgi edinmek için kullandıkları kaynaklara ilişkin veriler Tablo 2 de sunulmuştur. Katılımcıların bilgi edinmek için en yüksek oranda kullandıkları kaynaklar; alanında yazılmış bilimsel makale, kitap ve dergiler (%60.66) ile internet ve sosyal medya (%58.99) olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması 16.96 ± 3.30 , bilgi alt ölçek puan ortalaması; 8.45 ± 1.69 , inanç alt ölçek puan ortalaması; 5.32 ± 1.70 , kaynak alt ölçek puan ortalaması; 3.19 ± 1.25 olarak bulunmuştur.

Sosyodemografik özelliklere göre ölçek puanlarının istatistiksel olarak değerlendirmeleri Tablo 3’te sunulmuştur. Katılımcıların yaşı ile toplam ölçek puanı, bilgi ve kaynak alt ölçek puanı arasında pozitif yönde zayıf bir korelasyon bulunmuştur ($r = 0.233$, $p < 0.01$; $r = 0.162$, $p = 0.012$; $r = 0.268$, $p < 0.01$). Katılımcıların yaşı arttıkça toplam ölçek puan ortalaması ve bilgi ve

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ait veriler

Sosyodemografik özellikler	Ortalama \pm SS	Minimum	Maksimum	n	%
Yaş	29.93 ± 8.71	20	51	239	100
Meslek yılı	8.9 ± 9.04	1	29	239	100
Cinsiyet					
	Kadın			206	86.2
	Erkek			33	13.8
Medeni durum					
	Evli			99	41.4
	Bekar			140	58.6
Eğitim					
	Lise			61	25.5
	Lisans			136	56.9
	Yüksek lisans			29	12.1
	Doktora			13	5.4
Meslek					
	Hemşire			199	83.3
	Diyetisyen			14	5.9
	Sağlık memuru			10	4.2
	Ebe			4	1.7
	Biyolog			3	1.3
	Sosyal hizmet uzmanı			5	2.1
	Çocuk gelişim uzmanı			4	1.7

SS: Standart sapma.

Tablo 2. Katılımcıların ruh hastalıkları ile ilgili bilgi edinmek için kullandıkları kaynaklar

Bilgi kaynakları	n	%
Alanında yazılmış bilimsel makale, kitap ve dergiler	145	60.66
Televizyon ve gazete	26	10.87
İnternet ve sosyal medya	141	58.99
Sağlık profesyonelleri	106	44.35
Okulda aldığım eğitimim yeterli, bu konuda herhangi bir bilgiye ulaşma ihtiyacım olmadı	30	12.55

*Birden fazla cevap verilmiştir.

kaynak alt ölçek puan ortalamaları artmaktadır. Katılımcıların yaşı ile inanç alt ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak bir korelasyon saptanmamıştır ($r=0.094$, $p=0.147$).

Katılımcıların cinsiyeti ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0.218$, $p=0.087$, $p=0.631$, $p=0.976$). Medeni durum değişkeninin ölçek puan

ortalamaları açısından istatistiksel değerlendirmesi anlamlıdır ($p<0.001$, $p=0.010$, $p=0.034$, $p<0.001$). Evli olan katılımcıların bekar katılımcılara göre ölçek puan ortalamaları daha yüksektir.

Eğitim durumu; kaynak alt ölçek puanı haricinde toplam alt ölçek puanı ile bilgi ve inanç alt ölçek puanı açısından ista-

Tablo 3. Bağımsız değişkenlere göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	Toplam ölçek puanı	Bilgi alt ölçek toplam puanı	İnanç alt ölçek toplam puanı	Kaynak alt ölçek toplam puanı
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS
Cinsiyet				
Kadın	17.04±3.30	8.50±1.71	5.36±1.62	3.18±1.26
Erkek	16.42±3.35	8.15±1.50	5.06±2.17	3.21±1.21
U	2947.000	2789.000	3225.000	3390.000
p	0.218	0.087	0.631	0.976
Medeni durum				
Evli	18.02±2.42	8.79±1.27	5.64±1.50	3.60±0.90
Bekar	16.21±3.63	8.21±1.90	5.10±1.81	2.90±1.38
U	4841.500	5620.000	5836.500	5087.500
p	<0.001	0.010	0.034	<0.001
Eğitim durumu				
Lise	15.93±3.07	8.16±1.56	4.89±1.65	2.89±1.39
Lisans	17.01±3.50	8.42±1.84	5.35±1.79	3.24±1.19
Yüksek lisans	18.28±2.64	9.00±1.22	5.90±1.34	3.38±1.32
Doktora	18.31±2.05	8.85±1.14	5.77±1.30	3.69±0.75
χ^2	15.704	10.502	8.520	7.133
p	0.001	0.015	0.036	0.068
Meslek				
Hemşire	16.93±3.31	8.48±1.70	5.31±1.70	3.15±1.27
Diyetisyen	17.00±4.11	8.79±1.36	5.07±2.09	3.14±1.51
Sağlık memuru	16.30±2.58	7.60±1.77	5.30±1.82	3.40±0.96
Ebe	13.75±2.06	6.75±1.25	4.50±0.57	2.50±1.00
Biyolog	16.33±1.15	6.67±1.15	5.67±1.15	-
Sosyal Hizmet Uzmanı	19.60±0.89	9.60±0.54	6.00±0.70	-
Çocuk Gelişim Uzmanı	20.00±2.44	9.50±1.00	6.50±2.38	-
χ^2	14.647	20.371	5.360	8.428
p	0.023	0.002	0.499	0.208

SS: Standart sapma.

tistiksel olarak anlamlı fark yaratmaktadır ($p=0.001$, $p=0.015$, $p=0.036$). Bu fark lise mezunu olan sağlık profesyonelleri ile lisans, yüksek lisans ve doktora mezunu sağlık profesyonelleri arasındaki ölçek puanları farklılığından kaynaklanmaktadır. Yani lisans, yüksek lisans ve doktora mezunu olan sağlık profesyonellerinin RSOY-Ölçek toplam puan ortalamaları, bilgi alt ölçek puan ortalamaları ve inanç alt ölçek puan ortalamaları lise mezunu olan sağlık profesyonellerinden daha yüksektir.

Meslek değişkenine göre RSOY-Ölçek toplam puanı açısından bakıldığında; hemşirelerin ebelerden ($p=0.030$), sosyal hizmet uzmanlarının hemşirelerden, ebelerden, biyologlardan ve sağlık memurlarından ($p=0.031$, $p=0.010$, $p=0.016$, $p=0.022$), çocuk gelişim uzmanlarının sağlık memurlarından ve ebelerden ($p=0.038$, $p=0.019$) puanları daha yüksektir. Bilgi alt ölçek puanı açısından bakıldığında ise; hemşirelerin ebe ve biyologlardan ($p=0.012$, $p=0.026$), diyetisyenlerin ebe ve biyologlardan ($p=0.014$, $p=0.037$), sosyal hizmet uzmanlarının sağlık memuru, ebe ve biyologlardan ($p=0.025$, $p=0.012$, $p=0.020$), çocuk gelişim uzmanlarının ise ebe ve biyologlardan ($p=0.025$, $p=0.040$) puanları daha yüksektir.

Tartışma

Bu çalışmanın birincil amacı ruh sağlığı birimleri dışında çalışan doktor dışındaki sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesidir. Böylece ruh sağlığı okuryazarlığı konusuna dikkat çekmek de amaçlanmıştır. Ruh sağlığı ve hastalıkları alanında çalışan sağlık profesyonelleri ruhsal hastalıklar ile ilgili gerekli bilgiye büyük ölçüde sahiptir. Yapılan bir çalışmada, ruh sağlığı merkezinde çalışan psikiyatrist ve hemşirelerin özellikle depresyon ve şizofreniye ilişkin bilgi düzeyleri değerlendirilmiş ve oldukça yüksek bulunmuştur.^[13] Bu sonuç istenilen ve beklendiği bir sonuç olmakla birlikte önemli bir diğer unsur ruh sağlığı birimleri dışında çalışan sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyidir. Çünkü genel hastanede çalışan sağlık profesyonelleri çocuk hastalardan yaşlı hastalara, dahili hastalıkları olan hastalardan ameliyat gereksinimi olan hastalara kadar uzanan geniş kitlelere farklı alanlarda hizmet sunmaktadırlar. Bu hastalarda var olan ruhsal hastalıkların farkına varılarak profesyonel yardım almalarının sağlanması için ruh sağlığı birimlerine yönlendirilmeleri, uygun tedavi ve bakım hizmetini almalarının sağlanması gerekir. Bu hem hastalığın erken dönemde tedavisine başlanmasında hem de hastalarda gelişebilecek suisid ve homisid girişimlerinin önlenmesinde önemlidir. Bu çalışmaya katılım sağlayan sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyi yaklaşık 17'dir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 22 olduğu gözönünde bulundurulduğunda sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyinin ortanın üzerinde bir değer olduğu söylenebilir. Yoğun bakım hemşireleri ile yapılan bir çalışmada hemşirelerin ruhsal hastalığı olan bireylere bakım konusunda tutum, bilgi ve becerileri değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda hemşirelerin ruhsal hastalığı olan bireylere bakım verirken kendilerini yeterli bulmadıkları sonucuna ulaşılmıştır.^[14] Bir pediatri hastanesinde çoğunluğu hemşire

olan sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin, posttravmatik stres bozukluğu (TSSB), depresyon, ve psikoz olmak üzere üç hastalığın tanı ve tedavisi ile ilgili olarak geliştirilmiş bir form ile değerlendirildiği çalışmanın sonuçlarına göre TSSB'na katılımcıların %47'sinin, depresyona %53.7'sinin, psikoza ise %54.3'ünün doğru cevap verdiği görülmüştür.^[15] Bu sonuç sağlık profesyonellerinin konu ile bilgilerinin sınırlı olduğuna işaret etmektedir. Benzer şekilde bir çalışmada şizofren, depresyon ve genel anksiyete bozukluğunun tanı ve tedavisi ile ilgili geliştirilmiş bir form ile ruh sağlığı birimleri dışında çalışan sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyi değerlendirilmiştir. Şizofrenin tanımlanmasına ilişkin sorulara katılımcıların %48.8'inin, depresyonun tanımlanmasına ilişkin sorulara %58.1'inin, genel anksiyete bozukluğunun tanımlanmasına ilişkin sorulara ise %31.8'inin doğru cevap verdiği görülmüş ve sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerinin geliştirilmesi gerektiği ifade edilmiştir.^[16] Bu çalışmada da benzer sonuçlar dikkati çekmektedir. Hedeflenen konu ruh sağlığı birimleri dışında çalışan sağlık profesyonellerinin de ruhsal bozuklukları tanımlayabilmeleri, gerektiğinde önlem alabilmeleri ve ihtiyacı olan hastalara destek ve danışmanlık sağlayabilmeleridir. Böylece ruh sağlığı problemi yaşayan hastalar erken tanı ile tedavi edilebilir, istenmeyen olayların insidansı azaltılabilir ve sağlık bakım maliyetlerinde düşme sağlanabilir. Bu amaçla sağlık profesyonellerine yönelik ruh sağlığı eğitimlerinin planlanması çok önemlidir. Yayınlanan bir derlemede eğitim programlarının sağlık profesyonellerinin bilgi, tutum ve becerileri üzerine katkı sağladığı, bu eğitimlerde klinik tecrübelerin, rol oynama tekniklerinin ve vaka senaryolarının kullanımının daha etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.^[17] Bu sonucun eğitimde kullanılacak teknikler konusunda rehber olabileceği değerlendirilmektedir. Belli zaman aralıklarında tekrarlayan hizmet içi eğitim programlarına ruhsal hastalık konularının eklenmesi sadece hemşirelerin değil tüm sağlık profesyonellerinin konu ile ilgili bilgi ve farkındalık düzeylerine katkı sağlayacaktır.

Ruh sağlığı okuryazarlığını etkileyen faktörler incelendiğinde bu çalışmada katılımcıların yaşları ile toplam ölçek puanı arasında pozitif yönde korelasyon olduğu belirlenmiştir. Ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğinin yapıldığı çalışmada, yaşın ruh sağlığı okuryazarlık düzeyi üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır.^[12] Bu farklılık çalışmanın üniversite öğrencileri ile yapılmasından ve bu gruptaki yaş dağılımının birbirine yakın olmasından kaynaklanıyor olabilir. Yaşın ruh sağlığı okuryazarlığı ile ilişkisinin değerlendirildiği başka bir çalışmada ise 18–24 yaş grubu katılımcıların diğer katılımcılara göre bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürdeki yaşla ruh sağlığı okuryazarlığı arasındaki ilişki yönünden farklılıklar örneklem gruplarının yaşa ilişkin dağılımı, etnik kökeni ve kültürel özelliklerine ilişkin farklılıklarından kaynaklanıyor olabilir.^[18]

Literatürde cinsiyetin ruh sağlığı okuryazarlığı üzerine etkisini değerlendiren çalışmalar mevcuttur. Göktaş ve ark.nın^[12] çalışmalarında cinsiyetin RSOY-Ölçeği'nden alınan puanlar üzerinde değişkenlik göstermediği saptanmıştır. Bir çalışmada cinsi-

yetin ruh sağlığı okuryazarlığı üzerine az da olsa kadın cinsiyet lehine etkin bir değişken olduğu bulunmuştur.^[19] Başka bir çalışmada ise ruhsal hastalıklara ilişkin bilgi düzeyinin değerlendirildiği ve sonuçta kadınların erkek katılımcılara nazaran daha doğru yanıtlar verdikleri saptanmıştır.^[20] 12–25 yaş arası genç katılımcılarla yapılan bir çalışmada, depresyonun erkek katılımcılara kıyasla kadın katılımcılar tarafından daha yüksek oranda doğru tanımlandığı sonucuna ulaşılmıştır.^[21] Ruhsal hastalığı olan bireylerin bakıcıları ile yürütülen bir çalışmada kadınların ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.^[22] Başka bir çalışmada ise 20 yaş üstü yetişkin Arap katılımcıların ruhsal hastalıklara ilişkin bilgi düzeyleri erkeklere göre kadınlarda daha düşük bulunmuştur.^[23] Toplumlar arasında kültürel farklılıklar ve ulusal eğitim programlarının farklılığı ile bilgiye ulaşmak için sunulan teknolojik olanaklar cinsiyete ilişkin ruh sağlığı okuryazarlığı durumunu etkileyebilir. Bu çalışma da sağlık profesyonelleri ile yürütülmüştür ve cinsiyet değişkenine göre ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Sağlık eğitimi almış ve çalışma ortamı hastane olan bu grupta cinsiyete göre farklılık bulunmaması beklenen bir sonuçtur.

Bu çalışmada medeni durumun RSOY-Ölçeği'nden alınan puanları etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde ruh sağlığı okuryazarlığı ile ilgili yapılan çalışmalarda medeni duruma ilişkin bir değerlendirme yapılmadığı görülmektedir. Farklı toplumlarda medeni durumun ruh sağlığı okuryazarlık düzeyi üzerinde etkili bir değişken olmayacağı öngörüsü çalışmalarda medeni duruma ilişkin değerlendirmelerin yapılmamasına neden olmuş olabilir. Bu çalışmada ise evli olanların ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerinin yüksek olması, yaş ortalamalarının ve mesleki tecrübelerinin bekar olanlara göre daha yüksek olması sonucu ile açıklanabilir.

Yapılan bir çalışmada eğitimin ruh sağlığı okuryazarlığı ile pozitif korelasyon gösterdiği saptanmıştır.^[19] Yetişkin bireylerle yürütülmüş bir çalışmada düşük eğitim düzeyi düşük ruh sağlığı okuryazarlığı ile ilişkilendirilmiştir.^[24] Sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesine yönelik yapılan çalışmalarda katılımcıların eğitim düzeylerine ilişkin bir değerlendirmeye rastlanmamıştır.^[14,15,25] Bu çalışmada özellikle hemşire olan katılımcıların lise düzeyinden doktora kadar farklı eğitim düzeyleri mevcuttur. Eğitime ilişkin farklılık da lise düzeyinden kaynaklanmıştır ve istatistiksel olarak ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi lise mezunu olan katılımcılarda daha düşük bulunmuştur. Ülkeler arasında mesleklere ilişkin eğitim düzeyi farklılıkları, elde edilen sonuçların değerlendirilmesinde etken olmuş olabilir.

Bu çalışmada hemşirelerin, diyetisyenlerin sosyal hizmet uzmanlarının ve çocuk gelişim uzmanlarının ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi ebe, sağlık memuru ve biyologlardan daha yüksek bulunmuştur. Ebelerin perinatal ruh sağlığına ilişkin bilgi ve tutumlarının değerlendirildiği bir çalışmada ebelerin konu ile ilgili eğitime ihtiyacı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

^[25] Niteliksel olarak yapılan bir çalışmada diyetisyenlerin ruhsal

problem yaşayan hastalarla karşılaştıkları ancak başetme konusunda yetersiz oldukları sonucuna ulaşılmıştır.^[26] Epidemiyolojik kanıtlar, besinlerin ve diyet modellerinin ruh sağlığını etkilediğini göstermektedir.^[27] Dolayısıyla diyetisyenlerin ruh sağlığına katkıları direkt olarak verdikleri diyetle ilgili olabildiği gibi ruhsal problemi fark ederek bireyi ruh sağlığı uzmanına yönlendirmesi ve hastanın uygun tedavi ve bakımı almasının sağlanması beklenmektedir. Biyologlar zaman zaman numune kabul yerlerinde hastalarla iletişim halinde olup daha çok laboratuvar ortamlarında çalışırken sosyal hizmet uzmanları, çocuk gelişim uzmanları ve sağlık memurları hasta ile birebir çalışan meslek gruplarıdır. Sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyleri aldıkları eğitime ve çalıştıkları birimlere göre farklılık gösterebilir.

Sonuç olarak; bu çalışmada ruh sağlığı birimleri dışında çalışan sağlık profesyonellerinin ruhsal sağlığı okuryazarlık düzeylerinin orta düzeyin üstünde ancak istenilen düzeyde olmadığı belirlenmiştir. Hemşireler başta olmak üzere tüm sağlık profesyonellerine, hizmet sundukları hasta gruplarında varolan ruhsal problemleri erken fark etme, erken dönemde tedavi almalarını sağlama, iyileşme ve yaşam kalitelerini yükseltme konularında önemli görevler düşmektedir.^[28] Bu nedenle sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerinin geliştirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Konu ile ilgili farkındalığın artırılması için tüm sağlık profesyonellerinin bireysel öğrenme motivasyonunun sağlanması ve kurumsal politikalarla konu ile ilgili eğitim programlarına olanak sunulması, ruh sağlığı alanında hasta çıktılarına olumlu katkılar sağlayacaktır.

Çıkar çatışması: Bildirilmemiştir.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazarlık katkıları: Konsept – B.O.; Dizayn – B.O., A.A.; Denetim – B.O., A.A.; Veri toplama veya işleme – A.A.; Analiz ve yorumlama – B.O.; Literatür arama – B.O., A.A.; Yazan – B.O.; Kritik revizyon – B.O.

Kaynaklar

1. Manwell LA, Barbic SP, Roberts K, Durisko Z, Lee C, Ware E, et al. What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ Open* 2015;5:e007079.
2. WHO. Mental health and substance use. Available at: https://www.who.int/mental_health/en/. Accessed on June 01, 2020.
3. WHO. Mental health Available at: <https://www.icn.ch/nursing-policy/icn-strategic-priorities/mental-health>. Accessed on June 01, 2020.
4. Özel Y, Duzcu T. Mental health literacy. *The Journal of Academic Social Science* 2018;6:380–7.
5. Jorm A. We need to move from 'mental health literacy' to 'mental health action'. *Ment Health Prev* 2020;18:200179.
6. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollett P. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust* 1997;166:182–6.

7. O'Connor M, Casey L. The Mental Health Literacy Scale (MHLS): a new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Res* 2015;229:511–6.
8. Jorm AF, Barney LJ, Christensen H, Highet NJ, Kelly CM, Kitchener BA. Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40:3–5.
9. Kutcher S, Wei Y, Costa S, Gusmão R, Skokauskas N, Sourander A. Enhancing mental health literacy in young people. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2016;25:567–9.
10. Jung H, von Sternberg K, Davis K. Expanding a measure of mental health literacy: Development and validation of a multicomponent mental health literacy measure. *Psychiatry Res* 2016;243:278–86.
11. Reavley NJ, Morgan AJ, Jorm AF. Development of scales to assess mental health literacy relating to recognition of and interventions for depression, anxiety disorders and schizophrenia/psychosis. *Aust N Z J Psychiatry* 2014;48:61–9.
12. Göktaş S, Işıklı B, Metintaş S. Mental health literacy. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi* 2018;3:68–75.
13. Liu W, Gerdtz MF, Liu TQ. A survey of psychiatrists' and registered nurses' levels of mental health literacy in a Chinese general hospital. *Int Nurs Rev* 2011;58:361–9.
14. Weare R, Green C, Olasoji M, Plummer V. ICU nurses feel unprepared to care for patients with mental illness: A survey of nurses' attitudes, knowledge, and skills. *Intensive Crit Care Nurs* 2019;53:37–42.
15. Al-Yateem N, Rossiter R, Robb W, Ahmad A, Elhalik MS, Albloshi S, et al. Mental health literacy among pediatric hospital staff in the United Arab Emirates. *BMC Psychiatry* 2017;17:390.
16. Wu Q, Luo X, Chen S, Qi C, Long J, Xiong Y, et al. Mental health literacy survey of non-mental health professionals in six general hospitals in Hunan Province of China. *PLoS One* 2017;12:e0180327.
17. Brunero S, Jeon YH, Foster K. Mental health education programmes for generalist health professionals: an integrative review. *Int J Ment Health Nurs* 2012;21:428–44.
18. Farrer L, Leach L, Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. Age differences in mental health literacy. *BMC Public Health* 2008;8:125.
19. Furnham A, Annis J, Cleridou K. Gender differences in the mental health literacy of young people. *Int J Adolesc Med Health* 2014;26:283–92.
20. Wong DF, Lam AY, Poon A, Chow AY. Gender differences in mental health literacy among Chinese-speaking Australians in Melbourne, Australia. *Int J Soc Psychiatry* 2012;58:178–85.
21. Cotton SM, Wright A, Harris MG, Jorm AF, McGorry PD. Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40:790–6.
22. Vijayalakshmi P, Math SB. Gender differences in mental health literacy of family caregivers of persons with mental illness: an Indian perspective. *Int J Ment Health Promot* 2013;15:93–104.
23. Bener A, Ghuloum S. Gender differences in the knowledge, attitude and practice towards mental health illness in a rapidly developing Arab society. *Int J Soc Psychiatry* 2011;57:480–6.
24. Kaneko Y, Motohashi Y. Male Gender and low education with poor mental health literacy: a population-based study. *J Epidemiol* 2007;17:114–9.
25. Noonan M, Jomeen J, Galvin R, Doody O. Survey of midwives' perinatal mental health knowledge, confidence, attitudes and learning needs. *Women Birth* 2018;31:e358–66.
26. Dowding K, Ash S, Shakespeare-Finch J. Using critical incident interviews to identify the mental health knowledge, skills and attitudes of entry-level dietitians. *Nutrition & Dietetics*. 2011;68:297–304.
27. Teasdale SB, Latimer G, Byron A, Schuldt V, Pizzinga J, Plain J, et al. Expanding collaborative care: integrating the role of dietitians and nutrition interventions in services for people with mental illness. *Australas Psychiatry* 2018;26:47–9.
28. Tay JL, Tay YF, Klainin-Yobas P. Mental health literacy levels. *Arch Psychiatr Nurs* 2018;32:757–63.