



**BİR HALK EĞİTİM MERKEZİNE GELEN BİREYLERE UYGULANAN
RUH SAĞLIĞI İLK YARDIMI EĞİTİMİNİN RUHSAL HASTALIĞA
YÖNELİK İNANÇLARA VE RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞINA
ETKİSİ**

Yasemin YALÇIN AKMAN

**DOKTORA TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

EYLÜL 2022

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir,

aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarımı kabullendiğimi beyan ederim.

Yasemin YALÇIN AKMAN

23/09/2022

BİR HALK EĞİTİM MERKEZİNE GELEN BİREYLERE UYGULANAN RUH SAĞLIĞI İLK YARDIMI EĞİTİMİNİN RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLARA VE RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞINA ETKİSİ
(Doktora Tezi)

Yasemin YALÇIN AKMAN

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Eylül 2022

ÖZET

Bu çalışma, bir Halk Eğitim Merkezi'ne gelen bireylere verilen Ruh Sağlığı İlk Yardımı Eğitimi'nin ruhsal hastalığa yönelik inançlara ve ruh sağlığı okuryazarlığına etkisini belirlemek amacıyla ön test-son test desenli kontrol gruplu müdahale araştırması olarak yürütülmüştür. Çalışma, Mayıs 2021-Temmuz 2021 tarihleri arasında Mersin İli Toroslar Halk Eğitim Merkezi ve Yenişehir Halk Eğitim Merkezi'ne gelen ve çalışmanın kriterlerine uyan, müdahale grubu (n=27) ve kontrol grubu (n=30) olmak üzere, toplam 57 kursa kayıtlı birey ile yapılmıştır. Müdahale grubuna haftada bir gün, ortalama 90 dakika süren, toplam altı oturumdan oluşan Ruh Sağlığı İlk Yardımı Eğitimi programı uygulanmıştır. Kontrol grubuna (n=30), ön test uygulandıktan sonra herhangi bir müdahalede bulunulmamış, son test uygulandıktan sonra bireylere bir saatlik Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi'nin Önemi ve Eylem Planı ile ilgili eğitim verilmiştir. Çalışmanın yapılabilmesi için etik komisyondan, kurumdan ve katılımcılardan yazılı izin alınmıştır. Müdahale ve kontrol grubu eğitim öncesi (ön test), eğitim sonrası (son test) "Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği" ve "Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği" ile değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; Ki-kare (χ^2), t-testi, Fisher Exact testi, Mann Whitney U testi, Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi, Spearman korelasyon katsayısı, Cohen d ve Kısmi Eta Kare katsayısı kullanılmış, doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Müdahale grubundaki bireylerin ön test ve son test değerlendirmesinde, ruhsal hastalığa yönelik inanç puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$), ancak Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, 'hastalıkları tanıyabilme' ve 'bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi' puanlarında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Değişkenler arasında zaman içindeki değişim ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan istatistiksel analiz sonucunda eğitimin ruhsal hastalığa yönelik inançlarda değişime yol açmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Böylece, bireylere uygulanan Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi'nin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, hastalıkları tanıyabilme ve bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgiyi arttırdığı bulunmuştur. Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi'nin toplumdaki bireyler üzerine bu olumlu etkileri göz önüne alındığında, Halk Eğitim Merkezleri'nde uygulanması ve yaygınlaştırılması önerilebilir.

Bilim Kodu : 1032.7
Anahtar Kelimeler : Ruh sağlığı ilkyardım, Ruh sağlığı okuryazarlığı, Ruh sağlığı hemşireliği
Sayfa Adedi : 124
Danışman : Prof. Dr. Satı DEMİR

THE EFFECT OF MENTAL HEALTH FIRST AID TRAINING GIVEN IN A PUBLIC
EDUCATION CENTRE ON BELIEFS ABOUT MENTAL ILLNESSES AND MENTAL
HEALTH LITERACY

(Ph.D. Thesis)

Yasemin YALÇIN AKMAN

GAZİ UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

September 2022

ABSTRACT

This study was conducted as intervention research with a pretest-posttest design and a control group to investigate the effect of Mental Health First Aid Training given to individuals attending a Public Education Centre on beliefs about mental illness and mental health literacy. It was conducted between May 2021 and July 2021 with 57 trainees enrolled in Toroslar Public Education Centre and Yenişehir Public Education Centre in Mersin, who met the inclusion criteria of the study and were assigned to the intervention group (n=27) and control group (n=30). The Mental Health First Aid Training program was applied to the intervention group once a week, lasting 90 minutes on average, with six sessions. In the control group (n=30), no intervention was made after the pre-test was applied, and after the post-test, the participants were given a one-hour training on the Importance of Mental Health First Aid Training and Action Plan. Written permission was obtained from the ethics commission, the institution, and the participants for the study. The intervention and control groups were evaluated before (pre-test) and after (post-test) the training with the “Beliefs towards Mental Illness Scale” and the “Mental Health Literacy Scale”. Chi-square (χ^2), t-test, Fisher Exact test, Mann Whitney U test, Wilcoxon Paired Two Sample Test, Spearman correlation coefficient, Cohen’s d, and Partial Eta Square coefficient were used to evaluate the data, and linear regression analyses were performed. No significant difference was found between the pre-test and post-test scores on the Beliefs towards Mental Illness Scale in the intervention group ($p>0.05$), but a significant difference was found in Mental Health Literacy, ‘ability to recognize disorders’ and ‘knowledge of how to seek mental health information scores ($p<0,05$). As a result of a statistical analysis conducted to determine the change relationship between the variables over time, it was determined that MHFA training did not cause change in beliefs about mental illness ($p>0.05$). Thus, it was concluded that the Mental Health First Aid Training given to individuals increased the ability to recognize disorders and knowledge of how to seek mental health information. Considering the favorable effects of Mental Health First Aid Training on individuals, it can be recommended to be implemented and disseminated in Public Education Centres.

Science Code : 1301
Key Words : Mental health first aid, Mental health literacy, Mental health nursing
Page Number : 124
Supervisor : Prof. Dr. Satı DEMİR

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim ve tez çalışmam süresince bana danışmanlık yapan, yapıcı önerileriyle katkıda bulunan değerli hocam Sayın Prof. Dr. Satı DEMİR'e,

Tez izleme jürimde yer alarak çalışmama katkıda bulunan ve desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Nurcan ÇALIŞKAN ve Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ'a,

Toroslar, Yenişehir ve Akdeniz Halk Eğitim Merkezi idarecilerine ve tez sürecimde katılımcılarla tanışmamda bana destek olan öğretmenlere ve kurum çalışanlarına,

Çalışmama katılan Halk Eğitim Merkezlerindeki kursiyerlere,

Tez sürecimde başarılı olacağıma yürekten inanan canım eşim Burak AKMAN'a,

Çocukluğumdan bugüne kadar maddi ve manevi desteklerini hiç esirgemeyen canım aileme en içten duygularıyla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLERİN LİSTESİ	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	9
2.1. Ruh Sağlığı ve Ruhsal Hastalık.....	9
2.1.1. Dünyada ve Türkiye’de ruh sağlığı.....	10
2.1.2. Ruhsal hastalıklara yaklaşım ve kültür	11
2.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç, Tutum ve Damgalama	14
2.2.1. Ruhsal hastalığa yönelik inanç ve tutum.....	14
2.2.2. Ruhsal hastalığa yönelik damgalama	17
2.3. Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi (RSİYE).....	19
2.3.1. RSİYE’nin önemi.....	21
2.3.2. RSİYE’nin amacı ve hedefleri	23
2.3.3. RSİYE’nin eylem planı (ALGEE)	24
2.3.4. RSİYE’nin uygulandığı uluslararası çalışmalar	26
2.4. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Sonuçları	27
2.5. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı.....	30
2.5.1. Ruh sağlığı okuryazarlığı ve yardım arama	33
2.5.2. Ruh sağlığı okuryazarlığı ve psikiyatri hemşireliği	34

Sayfa

3. GEREÇ VE YÖNTEM	37
3.1. Araştırmanın Tipi	37
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	37
3.3. Araştırma Yeri ve Özellikleri.....	37
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	38
3.4.1. Araştırma örnekleminin akış diyagramı.....	40
3.5. Araştırmanın İşleme ve Dışlama Kriterleri.....	40
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	41
3.7. Veri Toplama Araçları	41
3.7.1. RSİYE programının geliştirilmesi.....	44
3.7.2. Ruh sağlığı ilk yardımcı eğitim programı içeriği.....	45
3.8. Araştırmanın Ön Uygulması	45
3.9. Uygulama	46
3.9.1. Araştırma uygulamasının akış planı.....	48
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	49
3.11. Araştırmanın Etik Yönü	49
4. BULGULAR	51
4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	51
4.2. Katılımcıların Ön test Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular	52
4.3. Katılımcıların Ölçek Etki Büyüklüklerine İlişkin Bulgular	53
4.4. Ölçekler Arası İlişkiler ve Ölçeklerin Zaman İçindeki Değişim İlişkisiyle İlgili Bulgular	59
5. TARTIŞMA	63
5.1. Bir Halk Eğitim Merkezine Gelen Bireylere Uygulanan Ruh Sağlığı İlk Yardımı Eğitiminin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlara ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığına Etkisi	63
5.2. Ölçeklerin Zaman İçindeki Değişim İlişkisi	67

	Sayfa
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	71
KAYNAKLAR	73
EKLER.....	91
EK-1. Gazi Üniversitesi Etik Komisyon İzni	92
EK-2. Kurum İzni	94
EK-3. Bilgilendirilmiş Onam Formu-1 (Ön Uygulamaya Katılacak Bireyler İçin)	96
EK-4. Bilgilendirilmiş Onam Formu-2 (Müdahale Grubu İçin).....	97
EK-5. Bilgilendirilmiş Onam Formu-3 (Kontrol Grubu İçin)	98
EK-6. Dahil Edilme Kriterlerine Uygunluk Formu	99
EK-7. Katılımcı Bilgi Formu	100
EK-8. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ).....	101
EK-9. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOÖ).....	103
EK-10. Ölçek İzin Yazıları	106
EK-11. Ruh Sağlığı İlk Yardımı Eğitimi Oturumları	108
ÖZGEÇMİŞ	122

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 3.1. Ruh sağlığı ilk yardım eğitim oturumları	45
Çizelge 4.1. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri	51
Çizelge 4.2. Müdahale ve kontrol gruplarında ön test ölçek puanlarının karşılaştırılması	52
Çizelge 4.3. Müdahale ve kontrol gruplarında ön test ve son test ölçek etki büyüklüklerine ilişkin bulguların dağılımı	53
Çizelge 4.4. Müdahale grubu ölçekler arası ilişkilerin değerlendirilmesi	59
Çizelge 4.5. Müdahale grubu ölçeklerin zaman içindeki değişim ilişkileri	61
Çizelge 4.6. Müdahale grubunda ön test-son test RSOÖ ve RHİÖ alt boyut puanlarının değişimine ilişkin doğrusal regresyon analizi	62

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 3.1. Örneklemin akış diyagramı	40
Şekil 3.2. Araştırma akış planı.....	48

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış bazı simge ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler	Açıklama
%	Yüzde İşareti
<	Küçüktür İşareti
>	Büyüktür İşareti
F	F testi
p	Anlamlılık Düzeyi'ni gösteren p değeri
SS	Standart Sapma
t	t testi
X²	Ki-kare Analizi
Z	Mann Whitney U Testi
δ	Fisher's Exact Test
\bar{X}	Aritmetik Ortalama
Kısaltmalar	Açıklama
COVID-19	Coronavirus disease 2019
ÇKGİ	Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma
DALY	Disability Adjusted Life Years (Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılları)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
IHME	Institute of Health Metrics and Evaluation (Sağlık Araştırmaları Değerlendirme Enstitüsü)
KGI	Kapsam Geçerlilik İndeksi
RHIÖ	Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği
RSİY	Ruh Sağlığı İlk Yardım
RSİYE	Ruh Sağlığı İlk Yardımı Eğitimi
RSO	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı
RSOÖ	Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği
SOY	Sağlık Okuryazarlığı

Kısaltmalar	Açıklama
TRSH	Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği
YLD	Years Life Disabled (Yeti yitimiyle geçirilen yaşam yılları)

1. GİRİŞ

Problem durumu

Ruhsal hastalıklar; biyolojik, genetik, psikolojik ve çevresel faktörlerin bir araya gelmesi ve karşılıklı etkileşimleri sonucunda ortaya çıkmaktadır. Stresli yaşam olayları, çocukluk çağı travmaları, aile içi sorunlar, iş hayatındaki problemler, çatışmalar, çevresel koşullar, göç ve kayıp gibi durumlar ruhsal hastalıkların başlamasında etkisi olan önemli psikososyal risk faktörlerdir (Aktay ve Sayar-Hızlı, 2021). Buna ek olarak, insanlık varoluş tarihinden itibaren deprem, sel gibi doğal olaylar, savaşlar, kazalar, salgın hastalıklar gibi birçok istenmedik, ani, yaşamı derinden etkileyen olaylarla karşı karşıya gelmiştir. Bireylerin yaşadığı olağan üstü durumlar kriz olarak adlandırılmaktadır (Sargın ve Kutluca, 2020). Kriz, bireyin beklenmedik bir zamanda karşı karşıya kaldığı, varlığını tehdit eden, uyum sağlamakta zorlandığı, bireyin ruhsal dengesini bozabilecek olay ve durumlardır. Krizler bireyleri fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan oldukça olumsuz etkileyebilir (James ve Gilliland, 2013; Sargın ve Kutluca, 2020).

İlk olarak 2019 yılı sonunda, Çin'de ortaya çıkan ve kısa süre içinde tüm dünyaya ve ülkemize de yayılan yeni tip koronavirüs hastalığı (COVID-19) yalnızca bedensel değil, ruhsal sağlığı ve toplum sağlığını da etkilemiştir (Fiorillo ve Gorwood, 2020; Özdemir, 2021). Salgın hastalıklar gibi yaşanan olağanüstü kriz durumlarında, ruh sağlığı etkilenen insan sayısı enfeksiyondan etkilenen insan sayısından daha fazla olma eğilimindedir ve salgınlar esnasında ortaya çıkan ruhsal etkiler bedensel etkilerden daha uzun süreli hasar bırakmaktadır (Ornell, Schuch, Sordi ve Kessler, 2020; Reardon, 2015; Özdemir, 2021; Taylor, 2019). Çin'de COVID-19'un ruh sağlığı üzerindeki etkisini anlamak için yapılan bir meta analizde toplumun anksiyete insidansının %25, depresyon insidansının %28 olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Xin ve diğerleri, 2020). Türkiye'de yapılan bir çalışmada, COVID-19 enfeksiyonu geçiren bireylerdeki anksiyete riski % 20,9 ve depresyon riski % 42,5 olarak bulunmuştur (Kanat, 2021). COVID-19 salgını ile birlikte birçok belirsizliğin bulunması toplumda güvensizlik, korku ve kaygıya yol açmıştır. Korku ve kaygı, kronik veya orantısız olduğunda zararlı hale gelir ve çeşitli psikiyatrik bozuklukların gelişiminde anahtar bir rol olabilir (Ornell ve diğerleri, 2020). Bu durum ruhsal hastalığı olmayan insanlarda yeni psikiyatrik semptomları tetikleyebilir, önceden psikiyatrik bozuklukları olanların semptomlarını alevlendirebilir. Bu tür durumlar, depresyon, anksiyete

bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, uyku bozuklukları, psikotik bozukluk semptomlarının açığa çıkmasına ve hatta intihara yol açabilir (Ornell ve diğerleri, 2020). Bu yüzden ruhsal hastalıkları ve semptomlarını tanıyabilmek erken müdahalede son derece önemlidir.

Ruhsal hastalıkların toplumda sık görülmesi, yeti yitimiyle sonuçlanabilmesi ve zaman zaman ekonomik zorluklara sebebiyet vermesi gibi nedenlerle ruh sağlığı, toplumsal açıdan büyük bir önem arz etmektedir (Ocaktan, Özdemir, Akdur, 2004). Küresel hastalık yükü dağılımları incelendiğinde, Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılları (Disability Adjusted Life Years-DALY)'nın %13'ünü ve Yeti Yitimiyle Geçirilen Yaşam Yılları (Years Life Disabled-YLD)'nin %32.4'ünü ruhsal bozuklukların oluşturduğu görülmektedir (Vigo, Thornicroft ve Atun, 2016). Yeti Yitimiyle Geçirilen Yaşam Yılları (YLD) alanında insan hayatının olumsuz yönde etkileyen ruhsal bozuklukların, depresyon ve anksiyete bozuklukları olduğu belirtilirken; DSÖ, bu iki ruhsal bozukluğu yaygın ruhsal bozukluklar olarak sınıflandırmıştır (WHO, 2017). Ülkemizde yapılmış olan, "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" (1998) araştırma sonuçlarına göre, ruhsal hastalık insidansı, psikotik bozukluklar dışında %17,2 iken, genel olarak bakıldığında %18-31 arasında değişmektedir. Yaşam boyu bir ruhsal hastalık geçirme oranı erişkinlerde %18, çocuk ve ergenlerde ise %11 (klinik düzeyde sorunlu davranış sıklığı) olarak bildirilmiştir (Erol, Kılıç, Ulusoy, Keçeci ve Şimşek, 1998).

Ruhsal hastalıkların görülme oranının yüksek olmasına karşın ruhsal sorunu olanların yalnızca %14'ünün herhangi bir uzmana başvurduğu saptanmıştır. Örneğin; uzmana başvurma oranı depresyonda yaklaşık olarak %20 iken, diğer herhangi bir ruhsal hastalığı olanlarda bu oranın %14 olduğu bildirilmiştir. Bu durum, ruhsal hastalığı olan birçok kişinin teşhis ve tedavi edilememesine, hafif semptomların daha şiddetli ve inatçı hale gelmesine, hastalığa dönüşmesine sebep olabilir. Bu türden problem yaşama riski olan bireyleri belirlemek ve uygun müdahaleye yönlendirmek, bireylerin karşılaşılabilecekleri yükü azaltabilir (Öntaş, 2020; Wang ve diğerleri, 2005). Bir kişinin hayatı boyunca, ruh sağlığı problemi yaşaması ya da ruhsal problemi olan biriyle yakın temasta olması muhtemeldir ancak toplumun ruh sağlığı bozuklukları hakkındaki bilgi düzeyi yeterli seviyede değildir ve önemli bir bölümü bu bozuklukları doğru bir şekilde tanımlayamamaktadır (Kessler ve diğerleri, 2009; WHO, 2016; Bjørnsen, Eilertsen, Ringdal, Espnes ve Moksnes, 2017; Jorm ve diğerleri, 2006). Türkiye'de yapılan çeşitli

araştırmalarda halkın ruhsal bozukluklar ile ilgili bilgi düzeyinin genelde yetersiz olduğu, ruhsal bozukluğu olanlara yönelik ayırıcı ve damgalayıcı bir tutuma sahip oldukları bulunmuştur (Taşkın ve diğerleri, 2002; Özmen, Ögel, Sağduyu, Tamar, Boratav ve Aker, 2001; Seyfe şen ve diğerleri, 2001). Ülkemizde yapılan ilk çalışmalarda toplumun ruhsal hastalığı olanlardan uzak durma ve ilişki kurmayı reddetme eğilimlerinin belirgin olduğu, sonraki yıllarda yapılan çalışmalarda ise ruhsal hastalıkları tanıma oranında belirgin bir yükselme görölmekle birlikte, olumsuz tutumların sürdüğu ve toplumun bu hastalarla sosyal yakınlık kurmaktan çekindiği sonucuna ulaşılmıştır (Özmen, Ögel, Sağduyu, Tamar, Boratav, Aker, 2001; Taşkın ve diğerleri., 2002; Savaş, Yumru, Göral ve Özen, 2006). Toplumun ve çevrenin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançları, beraberinde damgalanmayı ve ayırıcılığı getirmektedir. Ruhsal hastalığa yönelik olumsuz inançlar bireyin hastalığı nedeniyle yardım talep edememesine, sosyal yaşamdan izole olmasına, benlik saygısının zedelenmesine, ayırıcı tutum ve davranışlara maruz kalmasına neden olabilmektedir. Tüm bunlar bireyin sağlığını daha da olumsuz etkileyebilmektedir. Kişinin çevresiyle bir bütün olduğu düşünöldüğünde bu durum, ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerini ve birlikte yaşadıkları toplumu etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur (Kessler ve diğerleri, 2009; WHO, 2016; Bjørnsen ve diğerleri, 2017; Jorm ve diğerleri., 2006). Dolayısıyla ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlarla mücadele etmek, bu hastalıkların önlenmesi, erken tanı, tedavi ve rehabilitasyonunda oldukça önemli bir konudur (Küçükkaraca ve Akçay, 2017). Bu da toplumdaki bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığının arttırılmasıyla mümkün olabilir.

Ruh sağlığı okuryazarlığı tıpkı sağlık okuryazarlığı gibi sağlığı olumlu yönde etkileyen etmenlerden birisidir. Sağlık okuryazarlığı, bireye sağlık ve sağlıkla ilgili terimler hakkında bilgi verildiğinde, kişinin verilen bu bilgiyi anlayabilmesi, yorumlayabilmesi ve bu bilgi doğrultusunda uygun davranış göstermesi olarak tanımlanmaktadır (Özel ve Duzcu, 2018). Ruh sağlığı okuryazarlığı ise, bireyin “ruhsal bozuklukların tanınması, yönetimi veya korunmasına yardımcı olan bilgi ve inançlara sahip olmasıdır (Jorm ve diğerleri, 1997). Ruh sağlığı okuryazarlığı “iyi bir ruh sağlığının nasıl elde edileceğini ve korunacağını öğrenme, ruhsal bozuklukları ve tedavilerini anlama, ruhsal hastalıklara karşı damgalamayı azaltma ve yardım arama etkinliğini arttırma” şeklinde dört alanda kavramsallaştırılmaktadır (Kutcher ve diğerleri, 2015; Wei, McGrath, Hayden ve Kutcher, 2015).

Ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi bireylerin ve toplumun ruh sağlığı üzerinde belirleyici rol oynamaktadır. Ruh sağlığı okuryazarlığı seviyesi arttıka, bireylerde, ruhsal bozukluk belirtilerinin farkında olma durumu ve uygun tedavi kaynaklarını doğru kullanma davranışları artmaktadır. Ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinin artışı, ruh sağlığı hakkındaki bilgi ve tutumun yanı sıra, ruhsal bozukluğu olan kişilere yönelik davranışlarda iyileşmeyi arttırmakta, ruhsal bozuklukların erken teşhisini kolaylaştırmakta, ruh sağlığı hizmetlerinin kullanımını arttırmakta ve damgalamayı azaltmaktadır. Ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyi ve ruh sağlığı ile ilgili sağlık ıktıları arasındaki ilişkiden sorumlu mekanizmaları anlamak, ruh sağlığı bozuklukları için yapılacak müdahaleler açısından kritik önem taşımaktadır. Ruh sağlığı okuryazarlığını arttırmaya yönelik eğitim programlarının, sağlık ile ilgili ve sosyal ıktıları daha iyi hale getireceği, bu Şekilde de hastalık yükünü azaltacağı bildirilmektedir (Lincoln ve diğerleri, 2006; Göktaş, Işıklı, nsz, Yenilmez ve Metintaş, 2019; Kitchener ve Jorm, 2002; Kitchener ve Jorm, 2004; Wright ve diğerleri, 2007; Gabriel and Violato, 2010). Bu nedenle, kişilerin ruh sağlığına yönelik bilgi ve becerilerini geliştirilmesi; kendilerinde ya da yakınlarında meydana gelebilecek ruhsal bozuklukları farketmelerini ve uygun tedavi kaynakları aramalarını sağlar. Aynı zamanda, toplumun daha kaliteli ve verimli yaşam sürmesine ve ruh sağlığı düzeyini en üst seviyeye çıkarmaya katkı sağlayacağından, ruh sağlığı okuryazarlığının bireye ve topluma entegre edilerek geliştirilmesinin büyük önemi vardır. Bu da topluma yönelik düzenlenecek ruh sağlığı eğitim programlarıyla mümkün olacaktır (Vigo ve diğerleri, 2016). Bu amaçla, Avustralya'da ilk kez 2001 yılında ‘‘Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi’’ kursu başlamıştır. Bu eğitimin amacı, kamuoyuna ruhsal bir bozukluğu ya da ruhsal bir krizin gelişmesi durumunda çevredeki kişilere nasıl destek sağlayacağı, profesyonel yardım alınana kadar kişilerin durumu nasıl yöneteceklerini öğretmektedir (Kitchener ve Jorm, 2008; Jorm, 2012).

Ruh Sağlığı İlk Yardımı Eğitimi (RSİYE) ruhsal olarak problem veya kriz yaşayan, mevcut ruhsal hastalığı olan bireye hastalığın kötüleşmesi ya da kendine zarar verme riski durumunda, bireyin yaşamını korumak, ruhsal hastalığın daha ciddi hale gelmesini önlemek, ruh sağlığının daha iyi hale getirilmesine teşvik etmek ve ruhsal hastalığı olan bir kişiye konfor sağlamak amacıyla, uygun profesyonel yardım alınana veya kriz zlne kadar, genellikle ruh sağlığı uzmanı olmayan, kişinin sosyal ilişkilerinden bir kişi (aile, arkadaş veya iş arkadaşı gibi) veya bir toplum hizmeti mesleğinde çalışan; ğretmen, polis, istihdam bürosu çalışanı gibi toplumun yeleri tarafından destek sunulması amacıyla

verilen eğitimidir. Ruhsal hastalığı olan insanlara yardımcı olabilecek profesyonel insanlar ve diğer destek hizmetleri bulunmasına karşın, acil durumlar ortaya çıktığında, profesyonel yardım her an mevcut değildir. Psikiyatrik acil yardım gerektiren durumlar arasında, intihar girişimi, ajitasyon, psikotik atak, anksiyete bozuklukları ve panik atak, deliryum, alkol ve madde kullanım bozukluğu bulunmaktadır. Yardım kaynakları mevcut olmadığında, halktan kişiler bu kişilere acil ilk yardımı sunabilir ve kişiye uygun yardım ve destek sunumunda yardımcı olabilir (Kitchener ve diğerleri, 2010; Kitchener ve diğerleri, 2015; WHO, 2016; Öztürk, 2020).

RSİYE kişilere, farklı ruhsal bozukluklar ve ruhsal sağlık krizlerinin semptom kümelerinin nasıl tanınacağını, ilk yardımın nasıl sunulacağı ve bir kişiyi uygun tedavilere ve diğer destekleyici yardımlara nasıl yönlendireceğini öğretir. Ruhsal hastalıkların risk faktörlerini ve uyarı işaretlerini tanıtır, çeşitli ruhsal hastalıkların yaygınlığını anlatır, ortak tedavilere genel bir bakış sağlar ve ruhsal hastalığı olan bir kişiye yardımcı olma yollarını öğretir (profesyonel, akran, sosyal ve kendi kendine yardım kaynakları gibi). Ayrıca RSİYE'nin bireylere tanı koyma veya terapi yapmak gibi bir amacı yoktur, eğitimin temel amacı; toplumun ruh sağlığı ilk yardımı sağlama becerilerini geliştirmektir (Kitchener ve diğerleri, 2010; Kitchener ve diğerleri, 2015; WHO, 2016; Öztürk, 2020).

Ruhsal hastalıklarla mücadelede öne çıkan halk sağlığı yaklaşımı, koruyucu ruh sağlığı hizmetleri ve RSİYE programları olması yönündedir. Koruyucu ruh sağlığı hizmetinin en önemli ögesinin bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyini artırmak olduğu bilinmektedir (Lo, Gupta ve Keating, 2018; Ratnayeke ve Hyde, 2019). Ruhsal hastalıkların erken dönemde teşhis ve tedavi edilmesinde, toplumun ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarının iyileştirilmesinde, farklı ruhsal hastalıklarla ilgili bireyleri, kurumları ve toplumu bilgilendirerek toplumun ruh sağlığı okuryazarlığının iyileştirilmesinde ve toplumdaki bireylerin, ruhsal kriz yaşayan, ruhsal hastalığı olan veya ruhsal hastalık işaretleri gösteren bireyleri erken dönemde fark edip destek sağlayabilmesinde ya da uygun destek kaynaklarına yönlendirilebilmesinde RSİYE yararlı olabilir. Gelişmiş birçok ülkede uygulanan Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi'nin uygulandığı ve ruh sağlığı okuryazarlığına etkisinin birlikte değerlendirildiği bir çalışmaya Türkçe literatürde rastlanmamıştır ve bu sebeple bu çalışmanın ülkemizde uygulanması ve değerlendirilmesinin alanyazını için katkı sağlayıcı olacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın önemi

Ruhsal hastalıkların dünya çapında yaygınlığının yüksek olması ve dünyada her yedi kişiden birinin ruhsal hastalığa yakalanma riskinin bulunması, ayrıca dünyayı ve ülkemizi de etkisi altına alan COVID-19 salgınıyla birlikte önceden ruhsal hastalığı olmayan bireylerde ruhsal hastalıklarla ilgili semptomların ortaya çıkması ya da mevcut ruhsal hastalığı olan bireylerin belirtilerinde artış görülmesi nedeniyle, toplumdaki bireylerin ruh sağlığı problemi yaşaması ya da ruhsal hastalığı olan kişilerle temas kurma olasılığı artmaktadır (IHME, 2017; Steel ve diğerleri, 2014; Morgan ve diğerleri, 2018; Ornell ve diğerleri, 2020; Jorm ve diğerleri, 2006). Ancak toplumun ruhsal hastalıklar hakkındaki bilgi düzeyi yeterli seviyede değildir ve önemli bir bölümü bu hastalıkları doğru şekilde tanımlayamamaktadır (Kessler ve diğerleri, 2009; WHO, 2016; Bjørnsen ve diğerleri, 2017). Buna ek olarak kültürden kültüre farklılık gösterse de dünya genelinde ruhsal hastalıklara yönelik inançların olumsuz olması, bireylerin toplumsal yaşamda yerini almasında, yardım aramasında ve hastalıkla etkin şekilde baş etmesinde engeller oluşturmaktadır. Ruh sağlığı tedavileri mevcut olmasına rağmen, ruh sağlığı sorunları olan hastaların çok azı yardım istemekte ya da yardım almaktadır ayrıca bu bireylerin toplumdaki başka insanların önerisi üzerine profesyonel veya resmi yardım isteme olasılığı da bulunmaktadır (Hadlaczky, Hökby, Mkrтчian, Carli ve Wasserman, 2014; Cusack ve diğerleri, 2004). Bu yüzden, toplumdaki bireylerin ve ruh sağlığı sorunu yaşayan kişilerin ruh sağlığı okuryazarlığını geliştirmek, ruh sağlığı hakkında konuşmaya daha istekli olmalarını sağlayabilir ve kişiye sağlanan desteğin miktarını, kalitesini arttırıp, yardım aramasını kolaylaştırabilir.

Yardım arama davranışında özellikle kişinin ruhsal hastalıklara ve tedavilere yönelik bilgi, tutum ve inançları, kişilerin çevreleri tarafından damgalanacağına yönelik duydukları korku ve endişe belirleyici olurken, toplumun ruhsal hastalığı olanlara yönelik negatif tutumu ve damgalama düzeyi de önemli bir etkiye sahiptir (Jung, Von, Stenberg ve Davis, 2016; Corrigan, 2004; Vogel, Bitman, Hammer ve Wade, 2013). Yapılan sistematik bir derleme çalışmasında, damgalamanın yardım arama üzerinde küçük ila orta ölçekli olumsuz bir etkisi olduğunu bulunmuştur (Clement ve diğerleri, 2015). Yapılan bir araştırmada, ruh sağlığı okuryazarlığındaki gelişmelerin damgalamayı azalttığı bulunmuştur (Reavley ve Jorm, 2012).

RSİYE kursu, yetişkinlerin diğer yetişkinlere yardım etmesine odaklanır ve içeriği Delphi fikir birliği (konsensus) yöntemiyle geliştirilmiştir (Bovopoulos, 2019). Literatürde, RSİYE' nin etkinliğini değerlendiren birçok çalışma bulunmaktadır ve bu çalışmalara göre; RSİYE alan katılımcıların ruh sağlığına ilişkin bilgilerinin arttığı, tedaviyle ilgili inançları sağlık profesyonellerine benzeyecek şekilde değiştirdiği, ruhsal hastalıkları olan bireylere yönelik olumsuz tutumlarının, damgalamanın ve sosyal mesafenin azaldığı, ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik destekleyici davranışlarda, yardım etme ve uygulamaya yönelik özgüvenin arttığı, ruh sağlığı okuryazarlığında artış gözlemlendiği böylece halk sağlığı eylemi için tavsiye edilebileceği sonucuna ulaşılmıştır (Hadlaczky ve diğerleri, 2014; Morgan, Ross ve Reavley, 2018; Jorm, Kitchener, Fischer, Cvetkovski, 2010; Maslowski, 2018; Crisanti, Luo, McFaul, Silverblatt ve Pyeatt, 2015; Jorm, 2002).

RSİYE'nin uygulandığı ve ruhsal hastalığa yönelik inançlar ile ruh sağlığı okuryazarlığına etkisinin birlikte değerlendirildiği bir çalışmaya Türkçe literatürde rastlanmadığından, bu çalışma toplumdaki bireylere verilen RSİYE'nin ruh sağlığı okuryazarlığına ve ruhsal hastalıklara yönelik inançlara etkisini belirlemeyi amaçlamaktadır. Araştırma sonuçlarının, eğitici rolleri olan psikiyatri hemşirelerinin RSİYE'nin yaygınlaşmasında etkin bir şekilde yer almalarını teşvik edeceği, toplumun ruh sağlığı okuryazarlığını iyileştirmede katkı sağlayacağı ve konu ile ilgili yapılacak diğer araştırmalara yön verebileceği düşünülmektedir.

Araştırmanın amacı

Bu çalışmanın amacı, Halk Eğitim Merkezi'ndeki kurslara gelen bireylere verilen Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi'nin ruhsal hastalığa yönelik inançlara ve ruh sağlığı okuryazarlığına etkisini incelemektir.

Araştırmanın hipotezleri

H₁₋₁: Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitiminin bireylerin ruhsal hastalığa yönelik inançlarına etkisi vardır.

H₁₋₂: Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitiminin bireylerin ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerine etkisi vardır.

H₁₋₃: Halk Eğitim Merkezi'ne gelen bireylerin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi öncesi ve sonrası değişimi, ruh sağlığı okuryazarlığı değişimi ile ilişkilidir.

Araştırmanın sınırlılığı

Araştırmanın sonuçları sadece gerçekleştirildiği kurumlara genellenebilir olması bu araştırmanın bir sınırlılığı olarak düşünülebilir.

Araştırmaya dahil edilen bireylerin ruhsal hastalığa sahip olup olmadığının kendi öz bildirimine dayalı olması, sınırlılığı olarak düşünülebilir.

Araştırmanın güçlü yönleri

Bu çalışma, Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi'nin geliştirildiği ve ülkemizde uygulandığı ilk çalışmadır.

Tanımlar

Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi: "Ruh sağlığı sorunu olan veya ruhsal krizde olan bir kişiye uygun profesyonel yardım alınana veya kriz çözülene kadar sağlanan yardımdır" (Kitchener, Jorm ve Kelly, 2010).

Ruh Sağlığı Okuryazarlığı: "Bireyin ruh sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sürdürülebilmesi, ruhsal bozukluklar hakkında bilgi sahibi olması, tedavilerini anlama, yardım arayışı için nereye, nasıl başvurulacağını, ruhsal bozukluklarla ilişkili damgalanmanın azaltılması yetkinliğidir" (Kutcher, Wei ve Coniglio, 2016).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ruh Sağlığı ve Ruhsal Hastalık

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bireylerin sağlıklı olma halini, sadece sakatlık ve hastalık olmayışı şeklinde değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali olarak tanımlarken; bireylerin ruhsal açıdan sağlıklı olma halini ise bulunduğu topluma katkıda bulunabildiği, kendi yeteneklerini gerçekleştirdiği, yaşamın normal stresleriyle baş edebildiği, üretken ve verimli çalışabileceği bir refah hali olarak tanımlamaktadır (WHO, 2004; WHO, 2014). Ruh sağlığı kavramı, sadece ruhsal bozukluklarının olmaması durumu değil, bireylerin ruhsal iyilik hali olarak da tanımlanmaktadır (Patel ve diğerleri, 2018). Ruhsal iyilik hali, yaratıcı faaliyetlerde bulunmak, diğerleriyle ilişkiler kurmak, değişimlere uyum gösterebilmek ve zorluklarla baş edebilmektir (Black ve Andreasen, 2011). Diğer bir deyişle ruh sağlığı; kişinin kendisiyle, çevresini oluşturan kişilerle ve toplumla barış içinde olması; denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürebilmesi, kültürel normlarla ve yaşına uygun 'düşünce, duygu ve davranışlara' sahip olması, iç ve dış stres kaynaklarına başarılı uyum sağlayabilmesidir (Townsend, 2012; Çam ve Engin, 2014; Pektaş ve diğerleri, 2006).

Ruhsal hastalık ise, bireyin düşünce, duygu ve davranışlarında farklı boyutlarda ortaya çıkabilen tutarsızlık, uygunsuzluk ve aşırılıkla karakterize, bireyin fiziksel, sosyal ve mesleki alanlarda işlevselliğini bozan ve stres faktörleriyle uyum sağlayamamasına sebep olan durum olarak tanımlanır (APA, 2012; Townsend, 2012; Öztürk, 1997; Öztürk, 2002). Fakat bu özelliklere bakıldığında, zaman zaman her insanda bu sorunların görülebileceği dikkati çeker. Bu nedenle kişinin ruhsal yönden hasta sayılabilmesi için, bu özelliklerin sürekli ya da tekrarlayıcı olması, bireyin verimli çalışmasına engel olması, kişilerarası ilişkilerinde ve topluma uyumunda bozulmaya sebep olması gerekir (Gürhan, 2016; Öztürk ve Uluşahin, 2015; Topaç, 2004).

Ruh sağlığı ile ilgili problemlerin toplumda sık görülmesi, yeti yitimiyle sonuçlanabilmesi ve zaman zaman ekonomik zorluklara sebebiyet vermesi gibi nedenlerle ruh sağlığı, toplumsal açıdan büyük bir önem arz etmektedir ve bu nedenle tüm ülkelerde ruh sağlığı sorunu, bir toplum sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (Ocaktan ve diğerleri, 2004; Çakır, 2002).

2.1.1. Dünyada ve Türkiye’de ruh sağlığı

Dünya genelinde 2020 yılı itibari ile bir milyara yakın insan ruhsal bir bozuklukla yaşamakta ve her 40 saniyede bir kişi intihar nedeniyle ölmektedir (WHO, 2020). DSÖ’nün Avrupa Bölgesi’ndeki en önemli halk sağlığı sorunlarından birini ruhsal hastalıklar oluşturmakta ve her yıl nüfusun yaklaşık %25’i etkilenmektedir (WHO, 2016). Ruhsal hastalıklara bağlı olan DALY insidansı, tüm kanserlerle aynı, tüm nörolojik hastalıkların ise iki katıdır (GBD 2017, Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2018). Günümüzde artan stres ve yaşam zorlukları nedeniyle toplumların ruhsal iyilik halleri azalırken, ruhsal bozuklukların daha da ciddi seviyelere ulaştığı bildirilmektedir. COVID-19 pandemisinden dolayı dünyada diğer yıllara oranla, majör depresyon tanısı alan kişi sayısının %28,1 oranında, anksiyete tanısı alan kişi sayısının ise %27,9 oranında arttığı saptanmıştır (COVID-19 Mental Disorders Collaborators, 2021).

Son yıllarda tüm ülkelerde ruhsal bozukluklar, giderek artan hastalık yükü haline gelmiştir (Wei ve diğerleri, 2015). Küresel hastalık yükü dağılımları incelendiğinde, DALY’nin %13’ünü ve YLD’nin %32,4’ünü ruhsal bozuklukların oluşturduğu görülmektedir (Vigo ve diğerleri, 2016; IHME, 2017). IHME verilerine göre, bu hastalıkların %3,8’ini anksiyete bozuklukları, %3,6’sını depresyon, %0,3’ünü ise şizofreninin oluşturduğu tahmin edilmektedir. Ruhsal hastalıkların arasında anksiyete bozuklukları, depresif bozukluklar ve bipolar bozukluklar en sık görülen hastalıklar olurken, depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve şizofreni en fazla yeti yitimine neden olmaktadır (IHME, 2017).

Türkiye’de, Ruh Sağlığı Profili Çalışmasına göre nüfusun %18’inin yaşam boyu bir ruhsal hastalık geçirdiği, ruhsal hastalıkların psikotik bozukluklar dışında görülme oranı %17,2 iken, genel olarak bakıldığında %18-31 arasında değiştiği, çocuk ve ergenlerde klinik düzeyde sorunlu davranış oranının %11 olduğu bulunmuştur. Ulusal düzeyde hastalık yükü nedenlerinin temel hastalık gruplarına göre dağılımı yapıldığında, kardiyovasküler hastalıklardan sonra %19 ile ikinci sırada psikiyatrik hastalık grubunun yer aldığı görülmektedir (Erol ve diğerleri, 1998; Türkiye Halk Sağlığı Raporu, 2012).

Ulusal hastalık yükü çalışmasına göre 15-59 yaş grubunda YLD’ye neden olan birinci hastalık %11,8’lik oran ile unipolar depresif bozukluk, altıncı hastalık %3,2’lik oran ile şizofreni ve yedinci hastalık %3,1’lik oran ile alkol kullanım bozukluğu olmuştur. 60 yaş

üstü en çok YLD'ye neden olan hastalıklardan unipolar depresif bozukluk %3,2 oranı ile dokuzuncu sırada yer almaktadır (Ulusal Hastalık Yükü Maliyet Etkinlik Projesi, 2004). Hacettepe Üniversitesi tarafından yapılan Ulusal Hastalık Yükü Çalışması 2013 raporuna göre DALY'ye neden olan ilk yirmibeş hastalık içinde depresif bozukluk sekizinci sırada, madde kullanım bozukluğu on altıncı sırada ve anksiyete bozukluğu yirmi birinci sırada yer almaktadır (Çavlin, 2013).

Ülkemizde son olarak 2013 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması'nda ruh sağlığına dair aile hekimlerine kayıtlı nüfusu temsil eden bazı bulgular sunulmuştur. Bu çalışmaya göre katılımcıların doktor tarafından tanı konduğu beyan edilen depresyon yaygınlığı %9, somatizasyon bozukluğu %5, panik bozukluğu %2 bulunmuştur. Hastalık oranları kadınlarda ve yaşlılarda daha fazla bildirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2013).

Dünyada olduğu gibi ülkemizi de etkisi alan COVID-19 pandemi sürecinde, ülkemizde farklı merkezlerde yapılan çalışmalarda, COVID-19 pandemisinin kişiler üzerinde anksiyete ve depresyona yatkınlığı arttırdığı ve genel popülasyonda, %22,6 oranında depresyon saptandığı bildirilmiştir (Özdin ve Bayrak Özdin, 2020; Akıncı ve diğerleri., 2021; Karahan, Yılmaz ve Ekici, 2020; Gencer, 2020; Cansel ve diğerleri., 2021). 65 yaş ve üzeri bireylere yapılan başka bir çalışmada, araştırmaya dahil olan hastaların %24,5'inde COVID-19 pandemisinden önce anksiyete, depresyon gibi psikiyatrik hastalık ve antidepresan kullanım öyküsü olup, pandemi döneminde yeni gelişen ya da mevcut psikolojik hastalığının şiddetinde artış görüldüğünü söyleyenlerin oranı %11,3 olarak belirtilmiştir (Çayırtepe, 2021).

2.1.2. Ruhsal hastalıklara yaklaşım ve kültür

Tarihsel süreç boyunca ruhsal hastalıklara toplumsal bakış ve yaklaşımı ele alınacak olursa, ilk çağlarda ruhsal hastalıklar doğaüstü nedenlerle açıklanmaya çalışılmış, şamanlar, büyücü doktorlar tarafından sıra dışı ayinler, mistik yöntemlerle kişilerin hastalıklarından kurtulmalarına yardımcı olmaya çalışılmıştır. Bu çağlarda ruhsal hastalığı olan kişiler esasen tedavi edilmeye çalışılmış, belirgin bir dışlanma, ötekileştirme tavırlarına maruz kalmamışlardır. O dönemin önde gelen uygarlıkları olan Mısır, Yunan, İbrani gibi toplulukların gelişmesiyle, evrenle ilgili farklı teoriler ortaya atılmaya başlamış

ve hastalıkların neden sonuç ilişkisi ile gelişebileceğine yönelik fikirler oluşmaya başlamıştır. Özellikle Hipokrat, o dönemlerde ruhsal hastalıkları bedensel nedenlerle açıklamaya çalışmış, sonrasında dönemin önde gelen diğer filozofları da ona katılmışlardır. Böylece ruhsal hastalıklar çekinilen, korku duyulan hastalıklar olmaktan çıkmaya başlamış hasta ve hastalıklara karşı benimseyici, insani tavırlar oluşmaya başlamıştır. Ancak bu dönem fazla uzun sürmemiş, orta çağla birlikte hastalıkların oluşma mekanizması ile ilgili doğaüstü, mistik düşünceler tekrar açığa çıkmaya başlamıştır. Özellikle dini kitaplardaki bazı açıklamalar, ruhsal hastalıklı kişilere yapılan damgalama ve çeşitli işkencelere dayanak olarak gösterilmiş, bu kişiler toplumdaki elimine edilmeye çalışılmıştır. Orta çağda Avrupa'da ruhsal hastalıklı kişilere yönelik bu olumsuz tutum sürerken, İslam topluluklarında ve Türklerde, dini hoşgörünün de etkisiyle olumlu tutumlar sergilenmeye başlanmıştır. Özellikle Selçuklu ve Osmanlı'nın erken dönemlerinde çeşitli illere şifahaneler kurulmuş, buralarda ruhsal hastalığı olan kişiler müzik ile ve su ile tedavi edilmeye çalışılmıştır. İlerleyen dönemde Avrupa'da ilk olarak 17. yüzyılda, ruhsal hastalıklarla ilgili kararların din adamları tarafından değil de doktorlar tarafından verilmesi gerektiği kabul edilmeye başlanmış, ilerleyen yıllarda da akılcı düşünce, insani değerlerin gelişimi ve çağdaş psikiyatrinin ortaya çıkmasıyla olumlu gelişmeler yaşanmaya devam etmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2020).

18. yüzyılın sonlarına doğru Dr. Philippe Pinel tarafından başlatılan ruhsal hastalığı olan bireylerin zincirlerden kurtarılarak hoşgörü ve anlayışla topluma kazandırılmaları, tedavi edilmeleri gerektiği fikri psikiyatri uygulamasını, yalnızca bir tıp uygulaması olmaktan çıkarıp sosyal, toplumsal etkileşime yol açan bir akım haline gelmesini sağlamıştır (Malas, 2019). İkinci Dünya Savaşı ile ruhsal sorunlarda bir artış gözlenmiş ve yaşanan çevre, toplumsal durum, hastalık gibi parametrelerin birbirleri ile etkileşimlerinin olduğu düşünölmeye başlanmıştır. Ruhsal hastalık ve hastalar değerlendirilirken bu etkileşim göz önüne alınmaya başlamış ve bu durumlara yol açan sosyal etkenlerin ortaya konması gerektiği fikri sonrasında gelişen çalışmalara zemin hazırlamıştır (Özen, 2019).

Her kültürde ruh sağlığına ve ruhsal hastalıklara bakış farklılık gösterebilir. Bir toplumda tıbbi açıdan hastalık özelliği taşıdığı kabul edilen bazı davranışlar, diğer toplumlar için normal bir davranış olarak kabul edilebilir. Evrensel olarak ruhsal hastalık kavramını, kavramı etkileyen kültürel faktörler nedeniyle tanımlamak zordur. Ancak kültürel kökleri ne olursa olsun ruhsal hastalık bireylerin algılarıyla ilişkilidir. Horwitz (2002)

anlaşılmazlık ve kültürel görelilik olarak iki kavramı tanımlamıştır. Anlaşılmazlık; halkın davranışın ardındaki isteği anlamadaki yetersizliği ile ilgilidir. Gözlemciler, davranıştaki anlamı veya anlaşılabilirliği bulamadığında, davranışı ruhsal hastalık olarak etiketleyebilirler. Horwitz, gözlemcilerin kurallar, gelenekler ve anlayışları bir eylemin altında yatan ve anlaşılabilir nitelikteki bir motivasyonu belirlemede kullandığını ancak bu değerlendirme başarısız olduğunda ruhsal hastalık olarak yorumlandığını belirtmektedir. Kültürel görelilikte ise, kurallar, gelenekler ve anlayışların bireyin kendi özel kültürü içinde tasarlandığı düşünülmektedir. Bir davranış bireyin kültürel ve sosyal normlarına göre; 'normal' veya 'anormal' olarak sınıflandırılır. Örneğin, Kızılderili kültüründe yakınları ölenlerin ölen kişi ile iletişime geçme durumları, bizim kültürümüzde olduğu gibi psikotik belirtiler olarak değerlendirilmeyebilir (Horwitz, 2002; Gürhan, 2016).

Klinik bir disiplin olarak psikiyatri, asıl işlevlerini yerine getirirken kültürel faktörleri göz önünde bulundurmaktan kaçınmaz. Kültür ruhsal hastalığı;

1. Bireyin psikolojik yaşamında ve davranışlarında ortaya çıkan bozulmanın bir nedeni olarak,
2. Ruhsal hastalığın belirtilerinin cinsini, tarzını, ifade edilmesini etkileyerek,
3. Dış ve iç stres kaynaklarına karşı koruyucu bir faktör olarak,
4. Klinik belirtilerin yorumlanmasına yol gösterici olarak dört önemli yönden etkilemektedir.

Kültür bu etkiler sonucunda ruhsal hastalığın nedeni, ifade edilışı ve koruyucusu olarak rol alabilir. Ayrıca ruhsal hastalık kavramı, içinde bulunduğu toplumun kültürel yapısından, algılarından etkilenmesiyle birlikte, bireylerin davranışlarındaki toplumsal normlardan sapmayı ilk fark eden kişiler çoğunlukla bir psikiyatri profesyoneli yerine işin uzmanı olmayan toplum üyeleridir (Horwitz, 2002; Gürhan, 2016). Ruhsal sorunları olan bireylere doğru yaklaşımı gerçekleştirebilmek için, insanı çevresiyle bir bütün olarak değerlendirip, ruhsal hastalıkların toplumsal, kültürel yanını ve tüm bunlarla bağlantılı inançlarını saptamak gerekir (Elçi, 2013).

2.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç, Tutum ve Damgalama

2.2.1. Ruhsal hastalığa yönelik inanç ve tutum

‘İnanç’, sözlük anlamı ile “kişice, ya da toplumca, bir düşüncenin bir olgunun, bir nesnenin, bir varlığın gerçek olduğunun kabul edilmesi” demektir (Eroğlu ve Kılıç, 2005). İnançlar, belirli bir konudaki düşüncenin ileri düzeyde kabul görmesiyle son derece sabitleşmiş, yerleşmiş genel kanılardır. İnançlar ve tutumlar birbirlerine neden-sonuç ilişkisiyle bağlıdır. İnanç, tutumları; tutumlar ise davranışı doğurur. Bireyler, bilgi, kanaat ve inançlarını açığa vurmak istedikleri zaman bunu tutum ve davranışları ile belli etmeye çalışırlar. Bir nesne hakkındaki olumsuz tutumlar, o nesneye karşı ilgisizliğe, eleştiriye, mesafeye, hatta zarar verme eğilimine yol açmaktadır (İnceoğlu, 2010; Tütüncü ve Küçükusta, 2008; Bilge ve Çam, 2008). Örneğin, ruhsal hastalığı olan bireyin tehlikeli olduğuna inanmak ondan korkmaya, korku da ona iş vermeme davranışına sebep olabilir (Corrigan, Druss ve Perlick, 2014).

Bireylerin, ruhsal hastalıklara yönelik sahip olduğu olumsuz inançları, ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumsal yaşamda yerini almasında ciddi engeller oluşturarak topluma uyumunu kısıtlayabilmektedir. Diğer taraftan hastaların hastalıkla etkin olarak baş etmelerini, tedavi ve bakımlarını sürdürmelerini ve yaşam kalitelerini de olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Dünya genelinde ruhsal hastalıklara yönelik inançlar olumsuzdur. Ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik olumsuz inançlar bireylerin hastalığını saklama çabası içerisine girmesine neden olmaktadır. Yapılan araştırmalardan elde edilen verilere göre, bireylerin toplumda ruhsal hastalıklara yönelik yaygın olumsuz inanış ve düşüncelerinden bazıları aşağıda yer almaktadır.

- Ruhsal hastalıklar kalp hastalıkları gibi gerçek bir hastalık değildir,
- Ruhsal hastalığı olanlar kurumlarda kilitli tutulmalıdır,
- Ruhsal hastalığı olan birey asla normal yaşamına dönemez,
- Ruhsal hastalığı olanlar tehlikelidir,
- Ruhsal hastalıkları olan bireyler düşük gelirli işlerde çalışabilir (Çam ve Bilge, 2007).

İnsanlar belirli inanç ve tutumlarla doğmamaktadır. Gözlem, edimsel koşullama ve bilişsel öğrenme gibi farklı yollarla inanç ve tutumlar edinilmekte ve sosyal deneyimlerle

şekillenmektedir. Tutum ve inanç çocuk yaşta aile ile bireye aktarılır ve hayatın geri kalan kısmında bu aktarımın etkileri devam etmektedir. Bu doğrultuda tutumun bilişsel bileşeni olan inançlar yavaş ve zor olmakla birlikte yeni bilgi ve deneyimlerle değişebilmektedir (Çam ve Bilge, 2007; Kağıtçıbaşı ve Cemalcılar, 2014; Yaralı, 2016).

İnanç bireyin bir konu ile ilgili bilişlerinin tümünü oluşturmaktadır. Algılar ve bilişler kendi içlerinde örgütlenmiştir ve inançlar bu örgütlerin birleşmesi ile ortaya çıkar. Bu inançlar ister gerçek olsun, ister yanlış olsun, ister dayanaksız olsun, bireyin bir konudaki geçmişte öğrendiklerini ve edindiklerini özetler ve gelecekteki olayları algılayışını ve yorumlayışını etkiler. İşte inanç bu yönü ile tutumların bilişsel ögesinde yer almakta ve içerdikleri bilgi ve inanç derecelerine göre tutumları değiştirebilmektedir (Eren, 2001).

Tutumlar, düşünceler ve inançların birçok ortak noktası vardır ve birbirinden ayırt etmek zordur, üçü de çeşitli şekillerde tepki göstermek için öğrenilmiş eğilimlerdir. Bu üç kavram, bir doğru üzerinde yerleştirilecek olsa, düşünceler ve inançlar iki uçta, tutumlar ise ortaya yerleştirilebilir. Düşüncelerden daha uzun ömürlü ve köktenci olan tutum, inançlar kadar derinlerde saklanmamışlardır. Sonuç olarak inançlar ve tutumlar arasında tutarlı bir ilişki vardır ve tutumlar destekleyici inançlardan, doğal ve kaçınılmaz bir şekilde doğar (Bilge, 2006; Küey, 1995).

İnsanları tanımlamak ve onların davranışlarını açıklamak için kullanılan tutum kavramı; insanın kendine ve çevresindeki canlı cansız, soyut somut, her şeye karşı, deneyim, güdü ve bilgilerine dayanarak örgütlediği bilişsel, duygusal ve davranışsal bir bütünlük içindeki tepki ön eğilimidir (Güney, 2008). Tutum; bireye, gruba, düşünceye, duruma karşı yerleşmiş ve değişmez bir tepkide bulunma eğilimi olup, sosyal öğrenme ve deneyimler ile duyguların ürünleridir, davranışları etkilemekte ve zamanla değişebilmektedirler (Bilge, 2006).

Tutumlar, toplumun kültürel özelliklerinin ve bireysel inanışların kişinin yaşamda edindiği deneyimlerle kesişmesi sonucunda oluşmaktadır. Yaş, cinsiyet, toplumsal sınıf, etnik köken, yaşanılan çevre gibi faktörler tutumların şekillenmesinde etkili olabilmektedir. Tutumların bireylerin gelişim süreci içerisinde ilk kez üç yaş civarında şekillenmeye başlaması ve uzun süre muhafaza edilme eğilimi içinde olması nedeniyle değiştirilmesi güç olmaktadır (Erbaydar ve Çilingiroğlu, 2010).

Tutum; duygusal, bilişsel ve davranışsal bileşen olmak üzere üç temel bileşenden oluşmaktadır. Duygusal bileşen, bir nesne ile görelî olarak devamlı bulunan duygudur. Bu nesne bir insan, bir grup veya bir kurum olabilir. Duygunun yanı sıra bir tutumun bilişsel bileşeni de vardır. Bilişsel bileşen, bireyin tutum nesnesi hakkındaki fikirlerden oluşur (Morris, 2002). Kişinin, ruhsal hastalığı olan bireyin tehlikeli, zarar verici ve saldırgan olduğunu düşünmesi tutumun bilişsel bileşenini; ruhsal hastalığı olan bireyden korkması duygusal bileşenini; ruhsal hastalığı olan biriyle karşılaştığında onunla alay etmesi, onunla konuşmaması, ondan kaçması, yalnız kalmaya mahkum etmesi, bireye karşı insancıl davranılmaması davranışsal bileşenini oluşturur (Bilgili, 1995).

Olumlu tutum; ruhsal hastalığa sahip bireyleri rahatlatıcı, toplumla bütünleştirici, tedaviye katılımlarını kolaylaştırıcı rol oynamaktadır. Bir bireyin herhangi bir konudaki tutumunun bilişsel bileşeni olan inançlarının belirlenip, bu alana yönelik gerekli girişimlerin yapılması o konuya yönelik tutumunu değiştirecek dolaylı bir sonuç olarak da davranışları gelişebilecektir. Bu bakımdan inanç kavramı, inançların gelişimi, bireye etkisinin bilinmesi ve kavranması önemlidir (Bilgili, 1995). Bu nedenle insanlar ruhsal hastalıklar konusunda bilgilendirilerek doğru bilinen yanlışların düzeltilmesi gerekmektedir. Böylece olumsuz tutumlar yerini daha olumlu tutumlara bırakabilecektir (Güleç, Yenilmez ve Ay, 2011; Sarikoç, Demiralp, Özşahin ve Açikel, 2015; Evli, 2021).

İnanç ve tutumun olumsuz olması bireyler için geriletici bir faktör olmakta ve damgalamayı kaçınılmaz kılmaktadır (Çam ve Bilge, 2013). Ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlar, beraberinde damgalanmayı ve ayrımcılığı getirmekte ve bireyin hastalığı nedeniyle yardım talep edememesine, sosyal yaşamdan izole olmasına, benlik saygısının zedelenmesine, ayrımcı tutum ve davranışlara maruz kalmasına neden olabilmektedir. Tüm bunlar bireyin sağlığını daha da olumsuz etkileyebilmektedir. Kişinin çevresiyle bir bütün olduğu düşünüldüğünde bu durum, ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerini ve birlikte yaşadıkları toplumu etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur (Kessler ve diğerleri, 2009; WHO, 2016; Çam ve Bilge, 2013; Bjørnsen ve diğerleri, 2017; Jorm ve diğerleri., 2006). Dolayısıyla ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlarla mücadele etmek bu hastalıkların önlenmesi, erken tanı, tedavi ve rehabilitasyonunda oldukça önemli bir konudur (Küçükkaraca ve Akçay, 2017).

2.2.2. Ruhsal hastalığa yönelik damgalama

Ruhsal hastalığı olan bireylere ve ruhsal hastalıklara ilişkin tutum ve davranışların tarihçesi insanlık tarihi kadar eskidir. Tarihsel süreç içerisinde çağdan çağa ve kültürden kültüre ruhsal bozukluğu olan bireylere farklı tutum ve davranışlar sergilenmiştir. Bazı toplumlar ruhsal hastalığı olan bireylere özel önem verip onlara toplum içerisine kabul ederken bazı toplumlar ise insanlık dışı yaklaşımlar sergileyip toplum dışına itmişlerdir (Bostancı, 2005). Ruh sağlığında belirgin bozuklukları olan bireyler, toplum içerisinde çoğunluktan farklı olduklarını, konuşma ve hareketleri ile ortaya koyarken, bu farklılık toplumda onlarla ilgili bazı yargıların oluşmasına neden olmuştur. Tarihin her döneminde konuşmalarına, düşüncelerine ve hareketlerine bir anlam verilemeyen bu insanların, çevreleri için tehlikeli ve zararlı olacakları şeklindeki olumsuz düşünceler ile hareket edilmiştir (Bilgili, 1995).

Damga (stigma), iz, yara, delmek, delik anlamını ifade etse de, şimdilerde daha çok “kara leke” olarak kullanılmaktadır. Ortaçağda suçluların, suçluluğun bir göstergesi olarak kızgın demir ile dağlanmalarından sonra damga sözcüğü bu anlamda kullanılmıştır (Çam ve Bilge, 2007). Damgalama kuramının öncüsü Amerikalı sosyolog Goffman damgalamayı, bireyleri alçaltmak için kullanılan, kusurlu, önemsenmeyen kişi gibi gösteren bir özellik olarak tanımlamıştır ve “damgalanan kişiye daha az değer verilmesi, bu etiketi taşıyan bireylerin neredeyse bir insan gibi algılanmaması ve bu bireylerin daha az istenebilir olması, derin bir saygınlığın kaybı” olarak değerlendirmiştir (Çam ve Bilge, 2007; Gofman, 1963). Corrigan (2004) damgalama sürecini, toplumsal damgalanma ve kendini damgalama olarak ikiye ayırmaktadır. Toplumsal damgalama, psikolojik yardım arayan bireyin sosyal olarak kabul edilemez olduğuna yönelik başkaları tarafından sunulan algılardır (Corrigan, 2004). Kendini damgalama ise bir kişinin benlik saygısında veya kendilik değerlerinde azalma yaşanması nedeniyle sosyal olarak artık kabul edilemeyeceğine yönelik geliştirdiği algılarıdır (Vogel, Wade, Waster, Larson ve Hackler, 2007).

Damgalama veya etiketleme (stigmatizasyon), bazı hasta gruplarına karşı toplumun aldığı tavır ve toplumdan dışlamaya kadar giden davranışlar bütünüdür. Damgalama ile damgalanan kişi ya da grubun farklı olduğu vurgulanarak, damgalanmış kişilere birçok olumsuz özellik atfedilir. Damgalanan ve olumsuz özellikler atfedilen bu kişiler daha sonra toplumdan uzaklaştırılır, yalıtılır ve yok olması için çaba gösterilir. Damgalamanın amacı,

ayırmak ve dışlamaktır. Damgalama pek çok olgu ve durum için görülse de geçmişten bu yana damgalama ve ayrımcılığa en çok maruz kalan grup ruhsal hastalığı olan kişilerdir (Gürhan, 2016).

Ruhsal hastalıklar konusunda toplumun kemikleşmiş önyargıları hasta ve ailelerini zor durumda bırakmaktadır. Damgalamanın hastaların ve ailelerin üzerinde çok sayıda olumsuz etkisi bulunmaktadır. Hasta ve yakınlarının benlik saygısı zedelenmekte ve aile ilişkileri zarar görmektedir. Hasta, arkadaş edinme ve arkadaşlığı sürdürme güçlüğü içine girmekte ve iş bulması zorlaşmaktadır. Bütün bunlar hasta tarafından hastalığın kabul edilmesinde isteksizliğe; dolayısıyla tedavinin engellenmesine yol açmaktadır (Soygür, 2000). Bu durum başta ruhsal hastalığı olan birey üzerinde sonra ise hasta bireyin ailesi ve toplum üzerinde olumsuz sonuçlara yol açmaktadır.

Ruhsal hastalığı olan kişilerin damgalanması toplumdan uzak, yalıtılmış şekilde yaşamalarına sebep olmaktadır. Ancak ruhsal problemleri olanlar tedavi edildiklerinde aile, arkadaş ve iş hayatında son derece işlevsel olabilmektedirler. Oysa ruhsal hastalıklar çoğunlukla tedavi edilebilir hastalıklardır ve kişiler sağlıklı, topluma yararlı bireyler olarak yaşayabilirler. Bu noktada eğitimin önemli bir rol oynadığı ve uzmanlar tarafından toplumun her kesimine verilen eğitimlerin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançların değiştirilebileceği savunulmaktadır. Böylece, çok sık karşılaşıldığı halde geri plana atılan ruhsal hastalıklar için yardım arayışı artacak, gizli tutmaya yönelten baskıların ortadan kalkması ile zamanında tanı ve tedavi olma şansı artacaktır (Ocaktan ve diğerleri, 2004).

Psikolojik yardım arama ve damgalama

İnsanlar yaşamlarının her döneminde içinde bulunduğu ortamın yoğunluğu, stres faktörlerinin olması ve olumsuz çevresel etmenler nedeniyle psikolojik desteğe ihtiyaç hissetmektedir (Topkaya ve Meydan, 2013; Gürsoy ve Çizir, 2018). Bireyin yaşamında karşılaştığı güçlük ya da sorunlardan hareketle bilgi, destek, anlaşılma ya da tedavi için diğer insanlarla iletişim kurması yardım arama olarak tanımlanmıştır (Rickwood ve diğerleri, 2005). Psikolojik yardım arama, bireyin içinde bulunduğu ve üstesinden gelemediği psikolojik sorunlarla başedebilmek amacıyla ilgili profesyonel ya da profesyonel olmayan kişilerden destek talep etmesidir (Özdemir, 2012). Yardım arama davranışında özellikle kişinin ruhsal hastalıklara ve tedavilere yönelik bilgi, tutum ve

inançları, kişilerin çevreleri tarafından damgalanacağına yönelik duydukları korku ve endişe belirleyici olurken, toplumun ruhsal hastalığı olan bireylere negatif tutumu ve damgalama düzeyi de önemli bir etkiye sahiptir (Jung ve diğerleri, 2016; Corrigan, 2004; Vogel ve diğerleri, 2013). Psikolojik desteğe başvuran bireyin çevresinden olumlu karşılanmadığını hissetmesi ve sosyal olarak dışlanmış bir konumda yer alması, psikolojik yardım aramaya ilişkin damgalama olarak tanımlanmaktadır (Vogel, Wade ve Haake, 2006). Toplum tarafından psikolojik yardım arayan kişiye yönelik damgalamayı kişinin kendisine yapması/içselleştirmesi kendini damgalama olarak tanımlanmıştır ve bu durum, yardım arayışına girme olasılığını daha da azaltmaktadır (Corrigan, 2004; Vogel ve diğerleri, 2006; Vogel ve Wade, 2009). Damgalama, psikolojik yardım aramayı engellemekle birlikte, bireylerin benlik saygısını azaltmakta ve bireyi sosyal olanaklardan uzaklaştırmaktadır. Bunun sonucundaysa, bireyler damgalamanın getireceği problemlerden uzak kalabilmek için psikolojik yardım aramaya ilişkin ya da yardım almaya yönelik kararsızlıklar yaşamaktadır (Vogel ve diğerleri, 2006).

Literatürde, psikolojik yardım arama sürecinden kaçınan bireylerin en önemli sebeplerinin, çoğu zaman çevrelerindeki diğer kişiler tarafından sosyal damgalanmaya maruz kalabilecekleri düşüncesinin olduğu vurgulanmaktadır (Acun-Kapıkıran ve diğerleri, 2013; Vogel ve diğerleri, 2013). Türkiye’de yapılan bir çalışmada, toplumsal damgalanma algısı ile psikolojik yardım alma niyeti arasında negatif yönde doğrudan bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Topkaya, 2011). Yardım arama sürecinde birey, sosyal çevresinin göstermiş olduğu damgalamadan, toplum tarafından gösterilen damgalanmaya göre daha fazla etkilenmektedir. Dolayısıyla bireyin yakın sosyal çevresinin etkisi, psikolojik yardım almaya karar verme sürecinde anahtar bir role sahiptir (Vogel ve diğerleri, 2007). Psikolojik yardım aramaktan kaçınmaya neden olan etmenlerin doğru anlaşılması, bu konuda yapılacak önleme ve müdahale çalışmalarının doğru biçimde planlanmasını sağlayacaktır. Psikolojik yardım aramaktan kaçınmaya yol açan engellerle mücadele etmek için eğitim programları düzenlemek özeldir birey, genelde toplum sağlığı açısından son derece önemli görünmektedir.

2.3. Ruh Sağlığı İlk Yardımı Eğitimi (RSİYE)

Ruh Sağlığı İlk Yardımı (RSİYE), ruhsal sağlık sorunu yaşayan, mevcut ruhsal hastalığında kötüleşme olan ya da ruhsal kriz yaşayan bir kişiye yapılan yardımdır (Jorm,

2016). Yetişkinlere ve ayrı bir müfredatla gençlere odaklanan RSİYE, ruhsal hastalık ve madde kullanım bozuklukları belirtileri gösteren kişileri belirleme, anlama ve bunlara yanıt verme konusunda, ruh sağlığı okuryazarlığını arttırarak, ruhsal hastalıklara yönelik tutumları iyileştirerek ve bireyi yardım etme davranışına teşvik ederek genel toplumda var olan ruh sağlığı sorunları ve intiharla mücadele etmek için geliştirilmiş, ruh sağlığı dışındaki profesyonellere uygulanan bir halk eğitim programıdır (Kitchener ve Jorm, 2002b). RSİYE, 2000'li yılların başında Avustralya'da ruh sağlığı okuryazarlığının zayıf olduğunu gösteren toplum anketlerine yanıt olarak geliştirilmiştir (Kitchener ve Jorm, 2008; Kitchener, Jorm ve Kelly, 2017). Sağlık eğitiminde uzmanlaşmış bir hemşire olan Betty Kitchener ve Antony Jorm tarafından, ruh sağlığı sorunları olan kişileri desteklemek ve ilk yardım becerilerini toplum üyelerine öğretmek için 2001 yılında oluşturulmuştur. Avustralya'daki başlangıcından bu yana, RSİYE programını benimseyen 22'den fazla ülke ve bir kursa katılan 2 milyondan fazla insan ile dünya çapında yayılmıştır (<https://mhfa.com.au/our-impact/our-global-impact>).

Katılımcıların ihtiyaçlarına bağlı olarak, RSİYE'nin yetişkin, genç ve kamu güvenliği sürümleri gibi farklı kategorileri vardır. Yetişkinlere verilen RSİYE depresyon, anksiyete sorunları, psikoz, madde kullanım sorunları ve kriz durumları (örn. intihar ve kendine zarar verme, panik atak, aşırı dozda uyuşturucu/alkol) hakkında bilgiler içerir. Yetişkinler için verilen RSİYE'nin yanı sıra, ergenlere yardımcı olan yetişkinler için, yeme bozuklukları hakkında ek bilgiler içeren kurslar vardır ve ayrıca çeşitli kültürel, profesyonel gruplar için de özel kurslar bulunmaktadır. Bu kursların tümü, ALGEE Eylem Planı kullanılarak ruh sağlığına ilk yardımın nasıl verileceğini öğretir ve kültürel veya işyeri bağlamlarına uygun uyarlamayı içerir (Kitchener ve Jorm, 2008).

RSİYE, her tür gruba öğretilir, ancak daha çok ruhsal hastalığı olan bir kişiyle karşılaşabilecek bireylere yöneliktir. Genellikle, fiziksel ilk yardımda olduğu gibi ruh sağlığı uzmanı olmayan, kişinin sosyal ilişkilerinden bir kişi (aile, arkadaş veya iş arkadaşı gibi) veya bir toplum hizmeti mesleğinde çalışan; öğretmen, polis, istihdam bürosu çalışanı gibi toplumun üyeleri tarafından sunulur (Kitchener ve diğerleri, 2010; Kitchener ve diğerleri, 2015; WHO, 2016).

2.3.1. RSIYE'nin önemi

İnsanların RSIYE'den faydalanabilmelerinin birçok nedeni vardır.

Ruh sağlığı sorunları, özellikle depresyon, anksiyete ve alkol veya diğer uyuşturucuların kötüye kullanımı yaygındır.

DSÖ Dünya Ruh Sağlığı Araştırmalarına göre, dünya genelinde ruhsal bozuklukların yaşam boyu yaygınlığı yüksektir (World Mental Health Survey Consortium, 2004). Küresel hastalık yükü açısından ruhsal hastalıklar değerlendirildiğinde, depresyon yaygın görülen ruhsal bozuklukların başında gelmekte olup yaygınlığı giderek artmaktadır. 2017 yılı IHME verilerine göre Dünya'da herhangi bir ruhsal bozukluğu olan 970 milyon kişi, madde kullanım bozukluğu olan 175 milyon kişi olduğu tahmin edilmektedir. Bu verilere göre yaklaşık her yedi insandan birinin bir ruhsal hastalığa sahip olduğu ve küresel hastalık yükünün %13'ünü herhangi bir ruhsal hastalığa sahip olma oluşturduğu düşünülmektedir. Bu hastalıkların %3,8'ini anksiyete bozuklukları, %3,6'sını depresyon, %0,3'ünü ise şizofreninin oluşturduğu tahmin edilmektedir (<http://ghdx.healthdata.org/gbdresults-tool>, IHME, 2017).

Ülkemizde yapılmış olan, "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" (1998) araştırma sonuçlarına göre, ruhsal hastalıklar psikotik bozukluklar dışında %17,2 iken, genel olarak bakıldığında %18-31 arasında değişmektedir (Erol ve diğerleri, 1998). Hıfzıssıhha Mektebi'nin yaptığı Ulusal Hastalık Yükü Çalışması'nda ruhsal bozukluklar nöropsikiyatrik hastalıklar başlığı altında değerlendirilmiştir. Hastalık grubu olarak nöropsikiyatrik hastalıklara atfedilen DALY, 1.437.956 olarak hesaplanmıştır. Bu da toplam hastalık yükünün %13,3'ünü oluşturmaktadır. (Ulusal Hastalık Yükü Maliyet Etkililik Projesi Raporu, 2004). Dolayısıyla, bir kişinin yaşamı boyunca, bireyin ya kendi başına bir ruh sağlığı sorunu geliştirmesi ya da ruhsal hastalığa sahip biriyle yakın temas kurması oldukça mümkündür (Kitchener, 2016).

Pek çok insan, ruh sağlığı sorunlarının nasıl tanınacağı, ruhsal hastalığı olan kişiye nasıl yanıt vereceği ve hangi etkin tedavilerin olduğu konusunda yeterince bilgi sahibi değildir.

Toplumdaki bireylerin ruhsal hastalıklar hakkında yaygın mitleri ve olumsuz inançları bulunmaktadır. Yaygın mitler arasında, ruhsal hastalığı olan kişilerin tehlikeli olduğu,

psikiyatrik tedaviden kaçınmanın daha iyi olabileceği, insanların irade gücüyle ruhsal sorunlarından kurtulabilecekleri ve yalnızca ruhsal olarak zayıf olan kişilerin ruhsal hastalık yaşadığı gibi düşünceler bulunmaktadır. Ayrıca toplumdaki bireylerin ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi eksikliği, insanların ruhsal hastalığı olan birinden uzak durma eğilimine ve ruhsal hastalığı olan kişiye yardım edememesine dolayısıyla bireyin profesyonel yardım alamamasına neden olabilir. Ruhsal hastalıklar hakkında toplumun bilgi düzeyinin artırılmasıyla, ruhsal hastalığı olan bireylerin yaşadıkları ruhsal sorunların tanınabilmesi kolaylaşacak ve toplumdaki bireyler destek sunmaya daha hazırlıklı hale gelecektir (Jorm, 2012; Kitchener, 2016).

Ruh sağlığı sorunları olan kişiler yeterli tedavi alamamakta veya tedaviyi geciktirmektedir.

Dünya Ruh Sağlığı Araştırmaları, ruhsal hastalığı olan yetişkinlerin çok azının yeterli tedavi gördüğünü ortaya koymuştur (Wang ve diğerleri, 2005). İnsanların çoğu tedavi aramadan önce yıllarca bekler, uzun süre yardım ve destek almayı geciktirir, buna bağlı olarak tedavi ve iyileşme de gecikebilir. Ayrıca, ruh sağlığı sorunları olan kişilerin, kendilerine yakın birinin (aile, arkadaş vs.) yardımı önermesi durumunda yardım arama olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Cusack, Deane, Wilson ve Ciarrochi, 2004; Vogel ve diğerleri, 2007).

Ruh sağlığı sorunlarıyla ilişkili damgalama ve ayrımcılık vardır.

Damgalama, olumsuz tutumları (önyargı); ayrımcılık, olumsuz davranışları ifade eder. İnsanlar genellikle aileleri, arkadaşları, öğretmenleri ve/veya iş arkadaşlarıyla ruhsal problemlerini konuşmaktan utanırlar, damgalamanın sonucunda da yaşadıkları problemleri diğer bireylerden gizleyebilirler ve bu da ruhsal hastalığı olan bireyin yardım arama davranışını engelleyebilir (Barney, Griffiths, Jorm, Christensen, 2006). Damgalama, ruhsal sorunları olan kişilerin istihdamdan, barınmadan, sosyal faaliyetlerden ve sosyal ilişkilerden dışlanmasına neden olabilir. Ruhsal problemleri olan insanlar, başkalarının kendileri hakkında söylediği olumsuz şeylere inanarak damgalamayı içselleştirebilir. Ruh sağlığı sorunları olan kişilerin deneyimlerinin daha iyi anlaşılması, önyargı ve damgalamayı azaltabilir (Kitchener, 2016).

Ruh sağlığı sorunları olan kişiler, bazen yardıma ihtiyaçları olduğu konusunda içgörüye sahip olmayabilir veya kendileri için etkili yardımın mevcut olduğunun farkında olmayabilirler.

Bazı ruh sağlığı sorunları, kişinin düşünme ve rasyonel karar verme süreçlerini bulandırabilir veya kişi o kadar şiddetli bir sıkıntı içinde olabilir ki yardım aramak için etkili adımlar atamazlar. Bu durumda, onlara yakın olan kişiler uygun yardımı kolaylaştırabilir (Jorm, 2012; Kitchener, 2016).

Bir ruh sağlığı sorunu ilk ortaya çıktığında profesyonel yardım her zaman mevcut değildir.

Ruh sağlığı sorunları olan kişilere yardımcı olabilecek profesyonel kişiler ve diğer destek hizmetleri vardır. Bu yardım kaynakları mevcut olmadığında, toplumdaki bireyler hemen ilk yardım sunabilir ve kişinin uygun profesyonel yardım ve destek almasına yardımcı olabilir. Bunun için RSİYE'nin etkili olduğu, RSİYE'nin bireylerde daha iyi bilgi, tutum ve yardım vermeyle sonuçlandığını göstermiştir (Hadlaczky ve diğerleri, 2014).

2.3.2. RSİYE'nin amacı ve hedefleri

RSİYE kişilere, farklı ruhsal bozuklukların semptomlarını ve ruhsal sağlık krizlerinin semptom kümelerinin nasıl tanınacağını, ilk yardımın nasıl sağlanacağını ve bir kişiyi uygun tedavilere ve diğer destekleyici yardımlara nasıl yönlendireceğini öğretir ve toplumda daha geniş bir alana yaymayı amaçlar. Ruhsal sağlık sorunlarının risk faktörlerini ve uyarı işaretlerini tanıtır, çeşitli zihinsel hastalıkların yaygınlığını ve etkisini anlatır, ortak tedavilere genel bir bakış sağlar ve ruhsal sağlık sorunları olan bir kişiye yardımcı olma yollarını öğretir (profesyonel, akran, sosyal ve kendi kendine yardım kaynakları gibi). Ruh sağlığı sorunlarıyla mücadele etmek, halkın ruh sağlığı okuryazarlığını arttırmak, bireylerin tutumlarını ve yardım etme davranışını geliştiren bir eğitim programıdır (Jorm ve Kitchener, 2011). RSİYE, insanlara mesleki eğitimin alanı olan bir tanı koymayı veya terapi sağlamayı öğretmez, daha ziyade toplumda ruh sağlığı ilk yardımı sağlama becerilerini yaygınlaştırmayı amaçlar (Kitchener ve diğerleri, 2010; Kitchener ve diğerleri, 2015; WHO, 2016).

RSİYE, geleneksel fiziksel ilk yardıma göre modellenmiştir ve;

1. Zarar görme riski altında olabilecek bir kişinin yaşamını korumak,
2. Ruhsal sorunun ciddileşmesini önlemek için yardım sağlamak,
3. Ruh sağlığının iyileşmesine teşvik etmek,
4. Ruh sağlığı sorunu olan bir kişiye rahatlık (konfor) sağlamak olmak üzere dört amacı vardır (Kitchener ve diğerleri, 2017).

Eğitimin hedefleri, ruh sağlığı ilk yardım görevlilerine şunları öğretmektir:

1. Ruhsal problemin değerlendirilmesi, farkına varılması ve birinin başına geldiğinde, olası tehlikeye neden olduğunda uygun müdahalenin sürdürülmesi,
2. Potansiyel olarak etkilenen kişileri önlemek için anında ruhsal destek sağlanması,
3. İlgili kişiyi iyileşmesini kolaylaştıran, profesyonel yardım aramaya teşvik edilmesi ve kendi kendine yardım tekniklerini kolaylaştırmak için ilgili kişinin sakinleşmesine yardımcı olunmasıdır (Kitchener ve diğerleri, 2017).

2.3.3. RSIYE'nin eylem planı (ALGEE)

Ruhsal problem ya da kriz yaşayan birine uygulanacak Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi'nin 'ALGEE' diye adlandırılan beş basamaklı bir eylem planı bulunmaktadır ve bu eylem planı her hastalık grubu için temel oluşturur. Bu eylem planı şöyle açıklanır.

A. Approach-Assess Assist the person with any crises: Kriz yaşayan kişiye yaklaşın, değerlendirin ve yardım edin

L. 'Listen' non-judgmentally: Yargılamadan dinleyin.

G. 'Give' support and information: Destek ve bilgi verin

E. 'Encourage' the person to get appropriate professional help: Kişiyi uygun profesyonel yardım almaya teşvik edin.

E. 'Encourage' other supports: Diğer desteklere teşvik edin (Kitchener ve Jorm, 2002).

RSIYE, ruh sağlığı okuryazarlığını geliştirmeye vurgu yapar ve katılımcıların eylem planının öğrenmelerine yardımcı olmak için yazılı ve filme alınmış vaka çalışmalarını

kullanır ve aynı zamanda insanların yaşadıkları ruhsal hastalık deneyimlerini anlatan birkaç film kullanır (Kitchener ve diğerleri, 2017).

A. Kriz yaşayan kişiye yaklaşın, değerlendirin ve yardım edin:

Yapılacak ilk şey, kişiye yaklaşmak, herhangi bir kriz olup olmadığına dikkat etmek ve kişinin krizlerle başa çıkmasına yardımcı olmaktır. Kişiye, endişe duyduğunuzu bildirmek, iki tarafın da rahat hissedeceği uygun bir zaman ve ortam oluşturmak kilit noktalardandır. Kişi nasıl hissettiği hakkında bir konuşma başlatmazsa, ona konuşmayı başlatabileceği bir şeyler söylenmeli ve kişinin mahremiyeti ve gizliliğine saygı gösterilmelidir.

Ruh sağlığı sorunu olan bir kişide olası krizler şunlardır:

- Kişi kendine zarar verebilir (örn. intihara teşebbüs ederek, sarhoş olmak için maddeler kullanarak veya intihar girişimi olmayan kendini yaralama şeklinde).
- Kişi aşırı endişe ve huzursuzluk yaşar (örn. panik atak, travmatik bir olay veya ciddi bir psikotik durum).
- Kişinin başkalarını aşırı rahatsız edecek davranışları vardır (örn. saldırganlaşır veya gerçeklikle temasını kaybeder).

İlk yardım görevlisinin kişinin krizde olduğuna dair hiçbir endişesi yoksa, kişiye nasıl hissettiğini ve ne kadar süredir bu şekilde hissettiğini sorabilir ve ikinci eyleme geçebilir.

L. Yargılamadan dinleyin:

Kişiye dinlemek, dinlerken kişi veya durumu hakkında verilen tüm yargıları bir kenara bırakmak ve bu yargıları ifade etmekten kaçınmak önemlidir. Üzücü duygu ve düşünceler yaşayan çoğu insan, kendilerine yardımcı olabilecek seçenekler ve kaynaklar sunulmadan önce empatik bir şekilde dinlenmek ister. Yargılamadan dinlerken, ilk yardımcının belirli tutumlar benimsemesi ve sözlü ve sözlü olmayan dinleme becerilerini kullanması gerekir.

Yargılamadan dinlemek;

- Dinleyicinin kendisine söyleneni gerçekten duymasını ve anlamasını sağlar,

- Ruhsal problem yaşayan kişiye yargılanmadan sorunları hakkında özgürce konuşabileceği hissi verir ve iletişimin daha kolay olmasını sağlar. Ruh sağlığı için ilk yardım sağlarken her zaman ön yargısız bir şekilde dinlemek önemlidir.

G. Destek ve bilgi verin:

Ruh sağlığı sorunu olan bir kişi dinlendiğini hissettikten sonra, ilk yardım görevlisinin destek ve bilgi sunması daha kolay olabilir. O sırada verilecek destek, nasıl hissettikleriyle empati kurmak ve onlara iyileşme umudu vermek gibi duygusal desteği ve kişi için o anda bunaltıcı görünebilecek görevlerde yardım sunmayı içerir. Ayrıca ilk yardım görevlisi kişiye ruh sağlığı sorunları hakkında bilgi isteyip istemediğini sorabilir.

E. Kişiyi uygun profesyonel yardım alması için cesaretlendirin:

İlk yardım görevlisi, kişiye yardım ve destek için kendisine sunulan seçenekler hakkında bilgi verebilir. Ruh sağlığı sorunları olan bir kişi genellikle uygun profesyonel yardımla daha iyi bir iyileşmeye sahip olacaktır. Ancak, ilaç tedavisi, danışmanlık veya psikoterapi, aile üyelerinin desteği, mesleki ve eğitimsel amaçlara yönelik yardım ve gelir ve barınma yardımı gibi kendilerine sunulan çeşitli seçenekler hakkında bilgi sahibi olmayabilirler.

E. Diğer destekleri teşvik edin:

Kişiyi kendi kendine yardım stratejilerini kullanmaya ve aile, arkadaşlar ve diğerlerinin desteğini aramaya teşvik edilir. Diğer kişiler de ruh sağlığı sorunu yaşayan kişinin iyileşmesi için değerli yardımlar sağlayabilir (Jorm, 2016).

2.3.4. RSIYE'nin uygulandığı uluslararası çalışmalar

RSIYE, randomize ve kontrolsüz denemelerin yanı sıra karma yöntem tasarımları kullanılarak değerlendirilmiştir. Yapılan çalışmalarda, RSIYE'nin bireylerin ruhsal hastalıklara yönelik bilgi düzeyi ve diğer kişilere yardım edebilmeye yönelik güveni arttırdığı ve damgalayıcı tutumlarda azalma sağladığı ile ilişkilendirilmiştir (Jorm ve Kitchener, 2011; Kitchener ve Jorm, 2008).

Banh ve diğerklerinin yaptığı bir çalışmada, RSIYE alan kursiyerlerde, ruh sağlığı ile ilgili bilgi, tutum ve inançları ve RSIYE eylemlerini gerçekleştirme konusundaki zđüvenleri ve davranışsal niyetleri ile ilgili olarak, başlangıçtan 6 ay sonrasına kadar önemli olumlu değişiklikler olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Banh ve diğerleri, 2019). Hadlaczky ve diğerlerinin yaptığı bir metaanaliz çalışmasında, RSIYE'nin ruh sağlığı hakkındaki bilgileri arttırdığı, ruh sağlığı sorunları olan kişilerden algılanan sosyal mesafeyi azalttığı ve yardım etmede iyileştirmeler gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (Hadlaczky ve diğerleri, 2014). Hong Kong'da yapılan bir çalışmada, RSIYE'nin, ruhsal bozuklukların tanınmasını kolaylaştırmada, damgalayıcı davranışları azaltmada, tedavinin faydası hakkındaki inançları değiştirmede, ruh sağlığı sorunları olduğundan şüphelenilen kişilere yardım sunma konusunda güven algısını oluştırmada önemli lde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Fu Keung, 2014).

Hemşirelik ğrencilerine yapılan nitel bir çalışmada, RSIYE'nin, hemşirelik ğrencilerinin bilgi, tutum ve becerilerini geliştirerek ruh sağlığı sorunları olan kişilere hemşirelik bakımı sunma konusunda daha zđüvenli ve yetkin olmalarına yardımcı olabileceği ve kursu aldıktan sonra kendi ruhsal sağlıklarının daha fazla farkında olabilecekleri, kişisel gelişimi destekleyebileceği sonucuna ulaşılmıştır ve bu eğitimin lisans hemşirelik müfredatına dahil edilmesinin uygun olabileceği vurgulanmıştır (Hung ve diğerleri, 2019).

Latin ve Asya'lı göçmen topluluklara yapılan bir çalışmada, RSIYE ile birlikte katılımcıların ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinde önemli bir gelişme ortaya çıktığı ve katılımcıların ruhsal hastalığı olan kişilere karşı daha olumlu tutumlarda bulunduğu ve ruhsal hastalığı olan birinden uzak kalma görüşlerinde azalma olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Lee ve diğerleri, 2019).

2.4. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Sonuçları

DSÖ'ye göre sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmek için bilgiye ulaşma, anlama, bu bilgiyi kullanma konusundaki bilişsel, sosyal beceriler ve motivasyon düzeyleridir (https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü' nün tanıma göre sağlık okuryazarlığı (SOY), bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere ulaşması, bu bilgileri

anlaması ve bu bilgileri sağlıkla ilgili kararlarında kullanabilmesi için gerekli olan zihinsel ve sosyal becerileri olarak tanımlanmaktadır (<https://sggm.saglik.gov.tr/TR,57003/turkiyenin-saglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html>). Sağlık okuryazarlığı, “insanların yaşamları boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili konularda fikir sahibi olmak ve karar verebilmek, sağlıklarını korumak, sürdürmek ve geliştirmek, yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilme, sağlık ile ilgili bilgileri ve mesajları doğru olarak algılama ve anlama konularındaki istekleri ve kapasiteleri” şeklinde de tanımlanmaktadır (Okan, Bauer, Levin-Zamir, Pinheiro ve Sorensen, 2019). SOY kavramı çeşitli şekillerde tanımlanmış ve kavramsallaştırılmıştır. Tüm bu tanımlar incelendiğinde neredeyse hepsinde ortak olan SOY’un temel unsurları; sağlıklarını etkileyecek kararlar alma, sağlıklarıyla ilgili edinilen bilgi doğrultusunda eyleme geçme ve sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, kullanma becerisidir (Nutbeam, McGill ve Premkumar, 2018).

Dünya genelinde SOY’a olan ilginin son on yılda arttığı gözlenmiştir. Bunun sebebi yetersiz SOY’un bireylerin sağlık sonuçlarını olumsuz etkilemesi, bireylerin önleyici ve koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmaması, sağlık hizmeti kullanımının artması, sağlık harcamalarının artması ilişkili olduğu saptanmıştır (Visscher ve diğerleri, 2018). Dünyada SOY durumuna bakıldığında, genel olarak dünya genelindeki çoğu ülkelerin SOY oranları düşüktür (Yılmazel ve Çetinkaya, 2016). Avrupa ülkelerinde geniş kapsamlı yapılmış SOY araştırmasında, katılımcıların yaklaşık yarısının (%47) SOY düzeyinin “yeterli” olmadığı belirlenmiştir (The European Health Literacy Survey, 2012). Bazı Avrupa Birliği üye ülkeleri (Avusturya, Yunanistan, İspanya, İrlanda, Almanya, Polonya, Bulgaristan ve Hollanda) arasında yapılan SOY araştırmasına göre, katılımcı ülkelerin %12’sinin yetersiz SOY’a sahip oldukları bildirilirken, %35’inin sorunlu/düşük SOY’a sahip oldukları bildirilmiştir. Hollanda’nın %29’unun ve Bulgaristan’ın %62’sinin sorunlu/düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğu saptanmıştır (Pelikan, Röthlin ve Ganahl, 2012).

ABD’de gerçekleştirilen, “2003 Ulusal Yetişkin Okuryazarlığını Değerlendirme” araştırmasında; yetişkinlerin, sadece %12’sinin yeterli sağlık okuryazarı olduğu gösterilmiştir (Baur, 2010). 2003-2006 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri’nde sağlık harcamaları 106 milyar dolardan 236 milyar dolara yükselmiştir. Yapılan bir araştırma sonucunda; sağlık harcamalarının azaltılması için toplumun SOY’un

yükseltilmesinin, alınması gereken önlemlerden biri olduğu vurgulanmıştır (Parker, Wolf ve Kirsch, 2008).

Son yıllarda Türkiye’de de SOY konusuna ilgi artmıştır. SOY’a ilişkin ülkemizde de çeşitli faaliyetler yürütülmektedir. Türkiye’de SOY konusunda, Sağlık Bakanlığı 29 Nisan 2019’da “Sağlık Okuryazarlığı Temelinde Evde Bakım ve Sağlık Hizmetlerinde Çok Paydaşlı Yaklaşım Bilgi, Deneyim ve Paylaşım Çalıştayı” düzenlemiştir.

(<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/saglikokuryazarligi-temelinde-evde-bakim-ve-saglik-hizmetlerinde-cok-paydasli-yaklasimbilgi,-deneyim-ve-paylasim-calistayi.html>).

Türkiye’de 23 ilde yapılan SOY araştırmasında toplumun sadece 1/3’ünün yeterli ve iyi düzeyde sağlık okuryazarı olduğu saptanmıştır (Tanrıöver, Yıldırım, Demiray, Çakır ve Akalın, 2014). Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı ölçeği (TSOY-32) kullanılarak yapılan başka bir araştırmada; araştırmaya katılan bireylerin %38’inde SOY düzeyinin “sorunlusınırlı” olduğu, %30,9’unun ise yetersiz, %23,4’ünün yeterli, %7,7’sinin mükemmel kategorisinde olduğu saptanmıştır (<https://sggm.saglik.gov.tr/Eklenti/39699/0/soya-rapor-1pdf.pdf>).

SOY bireylerin sağlık davranışlarını etkilemektedir. Kişinin doğru bilgi ve hizmete ulaşma becerisini, bu hizmeti kullanabilme yeteneğini, kaynakların doğru kullanılmasını, kendi sağlığı ve toplum sağlığı üzerinde yetkin olmasını güçlendirir ve böylece tedavi sürecine uyumda artış, sağlığı geliştirici davranışlarda artış sağlanabilir (Mancusa, 2008; Nutbeam, 1998). SOY kronik hastalıkların öz yönetiminde kritik bir rol oynar. Öz yönetim; daha iyi bir yaşam için bir veya daha fazla kronik hastalığın kontrol altına alınmasını gerektiren bireysel görevlerden oluşur ve bu görevler tıbbi yönetim, rol yönetimi ve duygusal yönetim ile ilgilidir (Nielsen-Bohlman, Panzer ve Kindig, 2004). Bu alanlardaki beceri eksiklikleri birçok hastanın etkin öz-yönetim uygulamasını engeller. Genellikle yaşlılar, etnik azınlıklar, düşük gelir ve düşük örgün eğitim seviyesindeki bireyler yetersiz okuryazarlık düzeyi ile hastalıklarının öz yönetiminde daha fazla zorluk yaşayabilir (Gillis ve Quigley, 2004).

SOY düzeyinin düşük olması birçok probleme yol açmaktadır. Yapılan bazı araştırma sonuçlarına göre; SOY’un yetersiz olması, hastalanma riskinde artışa, tedavi yöntemlerini anlamada azalmaya ve hastaneye yatma oranında artışa yol açmaktadır. Ayrıca SOY’u

düşük olan bireyler koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullanmakta, gereksiz hastane başvuruları yaparak sağlık hizmetleri harcamalarında artışa, kanser gibi erken teşhis edilebilen durumlar için erken tarama sıklığında azalmaya böylece yüksek morbidite ve mortalite oranlarına yol açmaktadır (Johnston, Diab, Kim ve Kirshblum, 2005; Howard, Gazmararian ve Parker, 2005; Safeer ve Keenan, 2005; Entwistle ve Williams, 2008, Eichler, Wieser ve Brugger, 2009). Baker ve diğerlerinin yaptığı bir çalışmada, yetersiz SOY ile artmış mortalite oranları arasında kesin bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Baker, Wolf, Feinglass, Thompson, Gazmararian ve Huang, 2007). Tüm bu sonuçlara bakıldığında SOY'un düşük olması hem bireye hem de ülkelere ciddi sorunlar getirmektedir (Nielsen-Bohlman ve diğerleri, 2004). Pek çok sağlık problemlerinin ve ölümlerin temeli hastalığı yönetme becerilerinin zayıf olmasından kaynaklanmaktadır. SOY, genel okuryazarlık düzeylerine bağlıdır. Kötü okuryazarlık; kişisel, sosyal ve kültürel gelişimlerini sınırlandırarak ve SOY'un gelişimini engelleyerek insanların sağlığını doğrudan etkileyebilmektedir (WHO, 1998). İnsanların sağlık bilgilerine erişimini ve bunları etkin bir şekilde kullanma kapasitelerini geliştirerek, SOY'un güçlendirilmesi kritik öneme sahiptir (WHO, 1998). SOY becerileri sürekli değiştiğinden ve birçok değişkeni içerdiğinden, SOY durumu sıklıkla değerlendirilmelidir (Chung ve Prato-Lefkowitz, 2015).

SOY gibi ruh sağlığı okuryazarlığı (RSO) da ruh sağlığının belirleyicisidir. RSO, SOY ile paralel bir ilerleme gösterir. RSO seviyesi insanların ruhsal durumu üzerinde etkili bir role sahiptir (Okan ve diğerleri, 2019; Jorm, 2000).

2.5. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı

RSO, SOY kavramından doğan, sürekli gelişmeye devam eden geçmişi çok eskiye dayanmayan bir kavramdır (Bjørnsen ve diğerleri, 2017). Toplum tarafından ruhsal hastalıkların, fiziksel hastalıklar kadar bilinmemesi, toplumun ruhsal hastalıkları tanımada, nereye başvuracağını bilememe, tedavi sürecinin nasıl olduğu, hastalığın nasıl önleneceği konusunda bilgi eksikliğinin olması, ruhsal hastalıkların görülme sıklığının arttığı gözlemlenmesinden dolayı toplumda RSO kavramı araştırılmaya başlanmıştır (Jorm ve diğerleri, 2006; Rusch Evans-Lacko, Henderson, Flach ve Thornicroft, 2011). Bu araştırma sonucunda, Jorm ve arkadaşları, RSO tanımını geliştirmiştir (Kitchener ve Jorm, 2002). RSO kavramı, 1997 yılında Jorm ve arkadaşları tarafından literatüre geçmiştir ve "ruhsal

bozuklukların tanınmasına, yönetilmesine veya önlenmesine yardımcı olan bilgi ve inançlar” olarak tanımlanmıştır (Jorm ve diğerleri, 1997). Jorm’un tanımına göre RSO; “ruh sağlığı bozukluklarını tanıma becerisi, ruh sağlığı bozukluklarının risk faktörleri ve nedenleri hakkında bilgi ve inançlar, kendi kendine yardım müdahaleleri hakkında bilgi, profesyonel yardım ile ilgili bilgi ve inançlar, ruh sağlığı bozukluklarını doğru tanıma ve uygun yardım aramayı kolaylaştıran tutumlar ve ruh sağlığı ile ilgili doğru bilginin nasıl elde edileceği hakkında bilgi” şeklinde altı bileşenden meydana gelmiştir (Jorm ve diğerleri, 1997).

Kutcher, RSO kavramını dört bileşenle tanımlamıştır. Bunlar; pozitif zihinsel sağlığın nasıl elde edileceğini ve sürdürüleceğini anlamak, ruh sağlığı bozukluklarını ve tedavilerini anlamak, ruh sağlığı bozukluklarıyla ilgili damgalanmayı azaltmak, ruh sağlığı bozukluklarıyla ilgili yardım arama etkinliğinin artırılması ve kişinin ruh sağlığı hizmetlerini, özyönetim yeteneklerini geliştirmek için ne zaman ve nerede yardım alınacağını bilmek olarak belirtilmiştir (Kutcher ve diğerleri, 2016). RSO’nun bu tanımı daha önceki tanımların geliştirilmiş bir uzantısıdır. Jorm’un tanımına ek olarak damgalama kavramını içerdiği gibi yardım arama kavramı daha geniş stratejiler şeklinde açıklanmıştır (Jorm, 2000; Jorm ve diğerleri, 1997). Ruhsal bozukluğu olan bireyler bilgi eksikliği ve ön yargılardan dolayı hem toplum tarafından hem de bireysel olarak damgalanmaktadır. Bu durum bireylerin kendi ruhsal bozuklukları kabullenip yardım arayışına başvurmalarını zorlaştırmakta, ayrıca toplum tarafından damgalanmaktan korktukları için ruhsal sağlık hizmeti almayı zorlaşmaktadır (Gulliver, Griffiths ve Christensen, 2010). Bu bilgiler doğrultusunda damgalanma kavramı da RSO kavramına dahil edilmiştir. RSO, ruh sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sürdürülebilmesi, ruhsal bozukluklar hakkında bilgi sahibi olunması, tedavilerini anlama, yardım arayışı için nereye, nasıl başvurulacağını bilme, ruhsal bozukluklarla ilişkili damgalanmanın azaltılması olarak yeniden tanımlanmıştır (Kutcher ve diğerleri, 2016).

Ruhsal bozuklukların spesifik ve farklı belirtilerini tanımlayabilme becerisi; ruhsal bozuklukların erken teşhisi ve gereken tedavinin erken dönemde başlanmasında önemlidir. Ruhsal bozukluklar için risk faktörlerinin bilinmesi, bozuklukların önlenmesinde önemlidir. Kendi kendine yardım stratejileri bilgisine sahip olmak; ruhsal bozuklukların daha hafif evrelerinde tedavi edilmesinde veya şiddetli evrelerinde alınan profesyonel destekle birlikte tedavinin etkinliğini artırmada önemli bir faktördür (Vitamin alımı,

egzersiz, diyet kontrolü ve stres yönetimi gibi çeşitli davranışsal stratejiler vb.). Mevcut profesyonel yardım hakkındaki yanlış bilgi ve inançlar; gereken tedavi ve profesyonel yardıma erişimi engelleyebilmektedir. Ruhsal bozukluklara ve ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı olumlu tutumların sergilenmesi, bozukluğun tanınmasında ve uygun yardım arama davranışının teşvikinde önemli bir bileşendir (Jorm, 2012). Bu bağlamda, RSO kişinin bilgi sahibi olmasının da ötesinde, kendi ya da başkalarının ruh sağlığına yarar sağlamak için harekete geçme potansiyelidir. Bu tanım, DSÖ tarafından insanların sağlık hizmetlerine katılmaları için bir güçlendirme aracı olarak tanımlanan ve tanıtilen mevcut SOY yapısı ile de örtüşmektedir (WHO, 2013).

Ruh sağlığı sorunları ya da ruhsal bozuklukların yaklaşık %75'i genellikle ergenlik ya da genç yetişkinlik döneminde ilk kez ortaya çıkmaktadır. Ergenlik ve genç erişkinlikteki ruhsal bozukluklar küresel düzeyde hastalık yükünün yaklaşık 1/3'ünü oluşturmaktadır (WHO, 2013). Ruhsal bozukluklar yaygın olduğundan, toplumda her bireyin bu bozukluklarla ilgili olağan veya acil bir durumla karşılaşma olasılığı da yüksektir ancak toplumun ruh sağlığı bozuklukları hakkındaki bilgi düzeyi yeterli seviyede değildir ve önemli bir bölümü bu bozuklukları doğru bir şekilde tanımlayamamaktadır (Jorm, 2006; Bjørnsen ve diğerleri, 2017). Toplumun ruhsal hastalık bilgisinin yetersiz olmasından dolayı bu durumu geliştirmek için Avustralya'da RSİYE yürütülmeye başlanmıştır ve Avustralya'daki başlangıcından bu yana, RSİYE programını benimseyen 22'den fazla ülke ve bir kursa katılan iki milyondan fazla insan ile dünya çapında yayılmıştır (Kitchener ve Jorm, 2002; <https://mhfa.com.au/our-impact/our-global-impact>).

RSO, hem bireysel hem de toplumun ruh sağlığını iyileştirme potansiyeline sahiptir. Araştırmalar, gelişmiş RSO'nun ruhsal bozuklukların erken teşhisini sağlayabileceği, ruh sağlığı sonuçlarını iyileştirebileceğini, sağlık hizmetlerinin kullanımını artırabileceğini ve toplumun daha iyi bir ruh sağlığı elde etmek için harekete geçmesini sağlayabileceğini göstermektedir (Kelly, Jorm ve Wright, 2007; Kutcher, Bagnell ve Wei, 2015; Kutcher ve diğerleri, 2016). RSO yüksek olan bireyler, ruhsal hastalığa sahip bireyleri sağlık hizmetleri ve erken müdahale için teşvik etmekte, kriz durumları, intihar, cinayet gibi ciddi durumların önlenmesini sağlayabilmektedir (Jorm ve Kitchener, 2011; Kelly ve diğerleri, 2007). Bu yüzden, RSO'ya sahip olmak, ruhsal bozuklukların erken teşhisi, ruh sağlığının iyileştirilmesi, sağlık hizmetlerinin etkin kullanılması ve kendi kendine yönetim yetenekleri açısından önemlidir (Jorm, 2012). Ayrıca, toplumda ruhsal hastalıklar, fiziksel

hastalıklardan daha fazla mitleri, yaygın stereotipleri, olumsuz ve yanlış inançları barındıran ve bu etkiler sonucunda erken tanı ve etkin tedavinin aksadığı hastalıklardır (Vimalanathan ve Furnham, 2019; Reavley ve Jorm, 2011). Günümüzde artan ruhsal sorunlar nedeniyle, toplumun ruh sağlığını korumak ve güçlendirmek daha önemli hale gelmiştir. Ruhsal bozukluklar hakkında toplumların bilgi eksikliklerinin ve damgalayıcı tutumlarının olması, ruhsal bozuklukların erken dönemde etkili bir şekilde tedavi edilememesine sebep olmaktadır. Bu bağlamda, damgalama ile mücadelede toplumun RSO düzeyini arttırmak önemlidir.

2.5.1. Ruh sağlığı okuryazarlığı ve yardım arama

RSO'nun ilişkili bileşenlerden biri de yardım arama davranışlarıdır. Yardım arama süreci bireyin stres faktörü veya ruhsal bozukluk için risk oluşturabilecek durumla ilk karşılaşma anından itibaren başlamaktadır. Sorunla ilk karşılaşan birey için sorunla başa çıkma ve üstesinden gelme aşamasındadır (Folkman ve Lazarus, 1988). Bu aşamada birey sorunu kendi kendine çözmeyi deneyebilmekte ya da başkalarından yardım aramayı tercih edebilmektedir (Fusun ve Cihangir- Çetinkaya, 2015). Ruhsal bozuklukların tanısının konulabilmesi için ilk adım bireyin yardım aramayı kabul etmesidir. Bireylerin yardım arama süreci ise dört aşamada gerçekleşmektedir (Rickwood ve Braithwaite, 1994). İlk aşama bireyin, sorun yaşadığı durumla ilgili belirtilerin farkına varması ve yardıma ihtiyacı olduğunu fark ettiği aşamadır. İkinci aşamada birey yardıma ihtiyacı olduğunu ifade etmektedir. Üçüncü aşama; uygun yardım kaynaklarını bulup, alacağı yardıma karar verme aşamasıdır. Son aşama ise, yardım alacağı kaynağa durumunu nasıl ifade edeceğine karar verdiği aşamadır. Bu aşamaların her biri bireylerin yardım arama davranışı üzerinde etkili olmaktadır. Kendi kendine sorununu çözemeyeceğine karar veren bireyin profesyonel birinden yardım almayı tercih etmesi bu süreçlerin her birinden etkilenebilmektedir (Türküm, 2000; Rickwood ve Braithwaite, 1994). Bu aşamaların her biri kişilerin yardım arama davranışı üzerinde etkili olmaktadır. Kendi kendine sorununu çözemeyeceğine karar veren kişinin profesyonel birinden yardım almayı tercih etmesi bu süreçlerin doğru işlemesine bağlanmaktadır.

Psikolojik yardım arama davranışını etkileyen tutumlar, olumlu ve olumsuz tutum olarak iki şekilde sınıflandırılmaktadır. Psikolojik yardım aramaya yönelik olumsuz tutumların nedenleri; sorunu kendi başına çözmeye çalışmak, yardım almaya ve tedavi ihtiyacına olan

düşük ihtiyaç algısı, düşük RSO, ruh sağlığı hizmetlerinin mali yükü gibi finansal faktörler, ruh sağlığı hizmetlerine ulaşım zorluğu, tedavi etkililiğinin yetersiz olduğuna dair inançlar, ruhsal hastalıklara karşı olumsuz tutumlar ve damgalama ile kültürel faktörler olarak belirtilmiştir (İbrahim ve diğerleri, 2019, Schnyder, Panczak, Groth ve Schultze-Lutter, 2017). Ruhsal bozukluklarda yardım aramayı kolaylaştıran faktörlere dair literatürde sınırlı çalışma vardır. Bu çalışmalarda sosyal desteğin olması, başkalarının yardım arama ile ilgili olumlu geçmiş deneyimleri, yardım sunan kişiye duyulan güven kolaylaştıran faktörler olarak sıralanmaktadır (Gulliver ve diğerleri, 2010).

RSO, ruh sağlığının önemli bir belirleyicisi, aynı zamanda hem bireysel hem de toplumun sağlığını iyileştirme gücüne sahiptir. Araştırmalar, gelişmiş RSO'nun ruhsal bozuklukların erken teşhisini sağlayabileceği, ruh sağlığı sonuçlarını iyileştirebileceğini, sağlık hizmetlerinin kullanımını artırabileceğini ve toplumun daha iyi bir ruh sağlığı elde etmek için harekete geçmesini sağlayabileceğini göstermektedir (Kelly ve diğerleri, 2007; Kutcher ve diğerleri, 2015; Kutcher ve diğerleri, 2016; Wei ve diğerleri, 2015). RSO'nun yetersizliği ve ruh sağlığı ile ilişkili farklı kültürel inançlar, uygun olmayan yardım arama davranışlarına, yardım arama davranışlarında gecikmelere yol açmakta, tedavi ve sonuçlarını etkilemektedir. Ayrıca ruhsal bozukluğu olan bireylerin damgalanmasına neden olmaktadır (Golay ve diğerleri, 2016). Ruh sağlığı okuryazarı olunması ruhsal bozuklukların erken teşhisi, ruh sağlığının iyileştirilmesi, sağlık hizmetlerinin etkin kullanılması ve kendi kendine yönetim becerileri açısından önemlidir (Jorm, 2012).

2.5.2. Ruh sağlığı okuryazarlığı ve psikiyatri hemşireliği

Hemşireliğin genel amaçları yüzyıllar boyunca aynı kalsa da hemşirelik uygulamalarının kapsam ve niteliği toplumların değişen gereksinimlerinden etkilenmiştir (Karadağ ve Uçan 2006). Hemşirelik mesleğinin amacı; birey, aile ve topluma kişiler arası bir süreç içinde, kendi sağlığını düzeltici ve geliştirici, hastalıkları önleyici, yaşam deneyimleri sağlamak ve bireylerin kendi potansiyellerini arttırmalarına destek olmaktır (Öz ve diğerleri, 2007). Hemşireler, ruhsal hastalıkların önlenmesinde büyük bir önem taşımaktadır. Toplumlar ruhsal sağlık sorunları ve bunlarla başetme yöntemleri hakkında doğru bilgilendirildiğinde ruhsal sağlığın korunması mümkün olabilecektir. Toplumun ruh hastalıkları hakkında doğru bildiği yanlışlar ruh hastalığı yaşayan kişileri olumsuz şekilde etkileyebilmektedir. Bu olumsuz inanç ve tutumlar karşısında kişinin topluma uyumu bozulmakta, hatta tedaviyi

reddetmektedir (Karakaş, Polat, Ay ve Küçüköğlü, 2017). Hemşireler ruhsal hastalığa sahip birey ve ailesine yönelik toplumdaki olumsuz tutumların değiştirilmesinde topluma liderlik yapan meslek gruplarından biridir (Açıkgöz ve Akkuş, 2018). Olumsuz inanç ve tutumların nedenlerine bakıldığında, toplumun ruh hastalıkları hakkında bilgilerin tam olarak bilinmemesinden kaynaklandığı görülmektedir. Hemşireler topluma ruhsal hastalıklar hakkında doğru bilgiler vererek bu olumsuz inanç ve tutumları azaltabilirler (Oban ve Küçük, 2011). Hemşirelik Yönetmeliği'ne göre; psikiyatri hemşireleri halkın ruh sağlığı inançlarının ve tutumlarının olumlu yönde değişmesi için damgalama ile mücadele programları yürütür ve bu programlar içerisinde görev alır. Bu bağlamda ruhsal hastalıkların tedavi edilmesinde oldukça önemli konumda bulunan psikiyatri hemşirelerinin damgalamanın önüne geçilmesinde, ergen eğitimleri ve okullarda uygulanacak olan ruh sağlığı ile ilgili programların geliştirilmesinde etkili rol alabileceği bildirilmektedir (www.resmigazete.gov.tr). Bu da RSIYE programının toplumdaki bireylere verilmesiyle mümkün olabilir.

Sağlık Bakanlığı, toplumun ruh sağlığının geliştirilmesinde psikiyatri hemşirelerine, koruyucu ruh sağlığı hizmetleri adı altında, ruh sağlığı eğitim programları ile toplumu bilinçlendirme sorumluluğu vermiştir. Psikiyatri hemşirelerinin; çocuk, ergen, kadın, yaşlı, işsiz, engelli, sosyoekonomik düzeyi düşük bölgede yaşayanlar, göçmenler, madde bağımlılığı yüksek bireyler gibi ruhsal bozukluklar açısından riski yüksek olan tüm grupların, ruh sağlığının korunması ve sürdürülmesinde sorumluluk almak ve destekleyici programlar oluşturmak temel görevleri arasında yer almaktadır (T.C Sağlık Bakanlığı, 2011).

Dünyadaki ruh sağlığını koruma ve ruhsal bozukluğu olan bireylerin rehabilitasyonu ile ilişkili değişimlerin bir sonucu olarak ortaya çıkan Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği, toplumun ruh sağlığını geliştirme ve sürdürme, ruhsal bozukluklar sonucunda oluşan yeti yitimlerinin etkisini azaltmaya yönelik rehabilitasyon çalışmaları için özelleşmiş bilgiyi uygulayan bir disiplin haline gelmiştir. Toplum ruh sağlığı hemşiresi (TRSH) bireyden çok topluma ve toplumdaki ruh sağlığının sürdürülmesini engelleyen faktörleri ele almaya odaklanmıştır. Başka bir deyişle toplum ruh sağlığı hemşiresi, hastalıkları önleme ve çevredeki stresörlerin sayısını azaltma, riskli kişilerin içinde yaşadığı nüfus üzerindeki stresi azaltma amacını güden birincil önleme yaklaşımını kullanarak ruhsal bozukluk vakalarını azaltmayı amaçlamaktadır (Doğan ve Sabancıoğulları, 2011; Oflaz, 2016).

Toplum ruh sağlığı hemşirelerinin, birincil korumadaki rolü, stres kaynaklarını ortadan kaldırmak veya azaltmak ve riskli grubun stresle başetme gücünü arttırmak ve bu şekilde de ruhsal bozuklukları önlemektir ve böylece büyük ölçüde bireylerin eğitime odaklanır. Ayrıca, bu gruptaki hemşirelik aktiviteleri, doğrudan riskli grubun ve mevcut veya potansiyel stresörlerin saptanmasına ve izlenmesine; periyodik değerlendirmeler yoluyla vakaların erken tespit edilmesine; sağlık eğitimi, pozitif güçlendirme, girişkenlik eğitimi ve kendi kendine yardım grupları yolu ile risk faktörlerini ortadan kaldıran, azaltan, hafifleten programların geliştirilmesine yöneliktir (Stuart, 2014; Oflaz, 2016). Sağlığı geliştirme çerçevesinde olan tüm bu çalışmaların amacı topluma, ailelere ve bireylere kendi ruh sağlıklarını kontrol etmeleri ve geliştirmelerine, başka bir deyişle güçlenmelerine katkı vermek olan toplum ruh sağlığı hemşiresinin amaçları ile de doğrudan örtüşmektedir (Doğan ve Sabancıoğulları, 2011; Oflaz, 2016).

Ruhsal hastalıklar oldukça yaygın olarak görülmeleri, kronikleşme eğiliminde olmaları ve uzun tedavi süreçleri nedeniyle toplum sağlığına yönelik önemli bir sorunu temsil etmektedir ve TRSH'nin, toplum üyelerinin RSO'yu arttırmak ve toplumsal damgalama ile mücadele etmek için, ruhsal hastalıklar ve ruhsal kriz durumunda yapılacaklarla ilgili RSİY konusunda eğitimler planlaması, diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği halinde olması, toplum ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından son derece önemlidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, Halk Eğitim Merkezi'ne kursa gelen bireylere uygulanan Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi'nin ruhsal hastalığa yönelik inançlara ve ruh sağlığı okuryazarlığına etkisini değerlendirmek amacıyla nicel araştırma yöntemlerinden ön test-son test desenli kontrol gruplu müdahale araştırma tasarımı kullanılarak yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Mayıs 2021-Temmuz 2021 tarihleri arasında Mersin ili Toroslar ve Yenişehir ilçesinde bulunan iki Halk Eğitim Merkezi'nde yürütülmüştür.

3.3. Araştırma Yeri ve Özellikleri

Toroslar Halk Eğitim Merkezi; her katta iki derslik bulunan ve toplam beş derslikten oluşan, bir konferans salonu ve bir oyun odasının (kursa gelen bireylerin çocukları için) bulunduğu, üç katlı bir binadır. Halk Eğitim Merkezinde; kadın giysileri dikimi, kuaförlük, aşçılık, çocuk gelişimi, bilgisayar, ingilizce, ahşap boyama, resim, müzik (gitar-bağlama), el sanatları, halkla ilişkiler, okuma-yazma, müşteri hizmetleri-karşılama kursları verilmektedir. Kursların süresi, kişi sayıları, katılım oranları farklılık göstermektedir. Sınıflar ortalama en az sekiz, en fazla onbeş kişiden oluşmaktadır. Her bir kursun ayrı branş hocası bulunmaktadır.

Yenişehir Halk Eğitim Merkezi; her katta üç derslik bulunan ve toplam on derslik ve bir Konferans salonundan oluşan üç katlı bir binadır. Halk Eğitim Merkezi'nde; kadın giysileri dikimi, kuaförlük, aşçılık, bilgisayar destekli muhasebe, ingilizce, almanca, ahşap boyama, resim, müzik (gitar, bağlama), özel eğitim, el sanatları, halkla ilişkiler ve organizasyon, türkçe (yabancılara), tel kırma yapımı, pilates eğitimi, şiş örücülüğünde hırka örme, iş sağlığı güvenliği, hijyen ve işaret dili kursları verilmektedir. Kursların süresi, kişi sayıları, katılım oranları farklılık göstermektedir. Sınıflar ortalama en az sekiz, en fazla onbeş kişiden oluşmaktadır. Her bir kursun ayrı branş hocası bulunmaktadır.

Araştırma yapılan Halk Eğitim Merkezlerinde daha önce Ruh Sağlığı'na ve Ruh Sağlığı İlk Yardımı'na yönelik herhangi bir eğitim yapılmamıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırma 1 Mayıs-30 Temmuz 2021 tarihleri arasında, Mersin İli Toroslar ve Yenişehir Halk Eğitim Merkezleri'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini Mersin İli Toroslar ve Yenişehir ilçelerinde bulunan Halk Eğitim Merkezleri'nde kurslara gelen, okuma yazma bilen tüm bireyler; örneklemini ise; içleme kriterlerini karşılayan bireyler oluşturmaktadır.

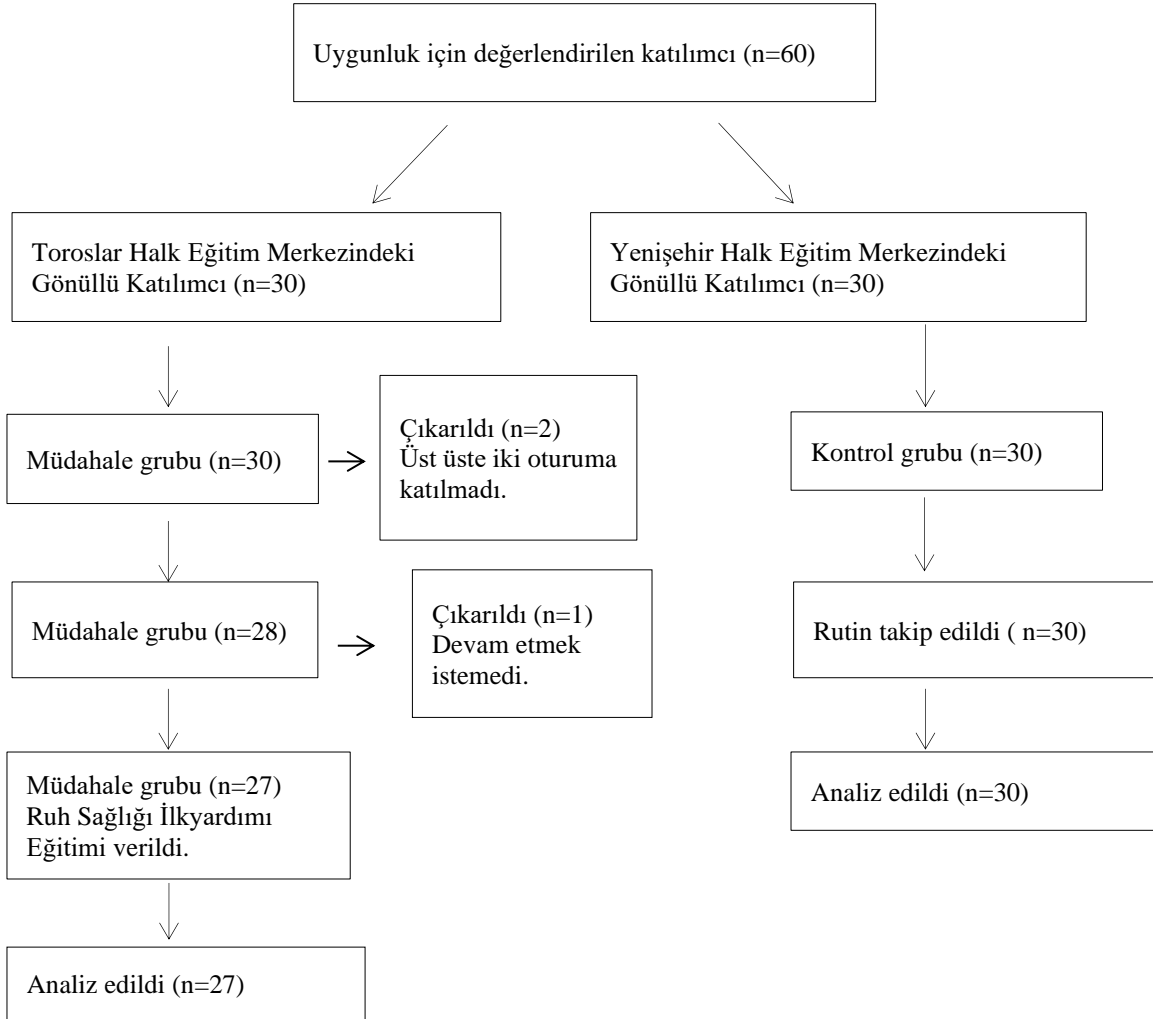
Araştırmanın müdahale grubu Mayıs 2021-Temmuz 2021 tarihleri arasında Toroslar Halk Eğitim Merkezi'ne kayıtlı birey ve Halk Eğitim Merkezi öğretmenlerinden, araştırmanın kontrol grubu ise; Mayıs 2021-Temmuz 2021 tarihleri arasında Yenişehir Halk Eğitim Merkezi'ne kayıtlı birey ve Halk Eğitim Merkezi öğretmenlerinden oluşturulmuştur. Kontrol grubu ve müdahale grubu için birbirinden uzak iki Halk Eğitim Merkezi seçilmiştir ve seçilen her iki Halk Eğitim Merkezi'ne katılan bireyler benzer sosyokültürel ve sosyoekonomik özelliklere sahiptir. Kontrol grubu ve müdahale grubunun aynı merkezden alınmamasının sebebi gruplar arasında herhangi bir etkileşimin olmasını önlemektir.

Bu araştırmada "G.Power-3.1.9.2" programı kullanılarak, %95 güven düzeyinde çalışmanın örneklem hacmi veri toplama aşamasından önce hesaplanmıştır. Araştırmada yetişkin bireylere verilen Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi'nin bireylere etkisi araştırılmıştır. Literatürde yetişkin bireyler üzerinde 'Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi'nin etkinliği Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği (RHİÖ) ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOÖ) kullanılarak araştırılan bir çalışmaya ulaşamadığı için, liselerde yapılmış olan, 'Lise Öğrencilerine Verilen Ruhsal Hastalıklara Yönelik Eğitimin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanca ve Sosyal Mesafeye Etkisi' isimli, Çalık, Koyak ve Arslantaş (2020) tarafından yapılan çalışma temel alınarak örneklem hesaplaması yapılmıştır (Çalık-Koyak ve Arslantaş, 2020). Buna göre, %95 güven seviyesi, 0,05 alfa değeri, 0,53 etki büyüklüğü ve %80 teorik güç ile minimum örneklem sayısı her bir grup için 30 olarak hesaplanmıştır. Müdahale grubuna 30, kontrol grubuna 30 birey dahil edilmiştir. Evrenin hepsi örnekleme dahil edilmiştir.

Mayıs 2021-Temmuz 2021 tarihleri arasında Toroslar Halk Eğitim Merkezi'ne ve Yenişehir Halk Eğitim Merkezi'ne kayıtlı, işleme kriterlerini karşılayan birey ve öğretmenler müdahale ve kontrol grubuna alınmıştır (n=30). Çalışmanın yürütülmesi esnasında, Ruhsal İlk Yardım Eğitimi oturumlarında, iki kişi üst üste iki oturuma katılmadığından, bir kişi de devam etmek istemediğinden çıkarılmıştır ve çalışma (müdahale n=27, Kontrol n=30) toplam 57 bireyle tamamlanmıştır (Şekil 2.1).

Bu araştırmada başlangıç için hesaplanan örneklem sayılarından kayıp olması nedeniyle, "G. Power-3.1.9.2" programı kullanılarak, çalışmanın sahip olduğu güç veri toplama aşamasından sonra tekrar hesaplanmıştır. İlk analiz yapılmadan önce, ana değişkenin RSOÖ olduğu düşünülmüş, literatürde yetişkin bireyler üzerinde RSOÖ kullanılan çalışmalar araştırılmış ancak bu eğitimin RSOÖ ve RHİÖ'nün birlikte değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır bu yüzden yapılan analizde RHİÖ'nün kullanıldığı çalışma temel alınmıştır (Çalık-Koyak ve Arslantaş, 2020). Araştırma sonuçlarımıza göre; RSOÖ müdahale grubu için ön test ve son test arasındaki farkların anlamlı olduğu bulunmuş ve RSOÖ için hesaplanan post-hoc güç analizi sonuçlarına göre çalışmanın gücü 0,87 olarak hesaplanmış ve hesaplanan örneklem genişliği yeterli bulunmuştur.

3.4.1. Araştırma örnekleminin akış diyagramı



Şekil 3.1. Örneklemin akış diyagramı

3.5. Araştırmanın İçleme ve Dışlama Kriterleri

İçleme kriterleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak.
- Okur-yazar olmak.

Dışlama kriterleri

- Zeka geriliği ya da demans gibi iş birliğini güçleştiren zihinsel hastalığı bulunmak.
- Ruhsal hastalığa sahip olmak.

- İletişime engel bir sağlık probleminin olması (işitme engeli vs.).
- Bireysel ya da grupla başka benzer bir programa devam ediyor olmak.

Çıkarılma kriterleri

- Herhangi bir nedenle üst üste iki kez Ruhsal İlk Yardım Eğitimi oturumlarına katılmamak/katılamamak
- Devam etmek istememek

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Bireylerin ruhsal hastalığa yönelik inançları ve ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyidir.

Bağımsız değişkenler: Zaman (Ön test-son test), müdahale ve kontrol grupları

3.7. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verilerinin toplanmasında aşağıda verilen form ve ölçekler kullanılmıştır.

- Dahil Edilme Kriterlerine Uygunluk Formu (EK-6)
- Katılımcı bilgi formu (EK-7)
- Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (EK-8)
- Ruh Sağlığı Okur Yazarlığı Ölçeği (EK-9)

Dahil edilme Kriterlerine Uygunluk Formu (EK-6): Dahil Edilme Kriterlerine Uygunluk Formu, araştırmaya katılacak bireylerin içleme ve dışlama kriterlerini karşılayıp karşılamadığını belirlemeye yönelik araştırmacı tarafından hazırlanan beş sorudan oluşmaktadır.

Katılımcı Bilgi Formu (EK-7): Katılımcı bilgi formu, bireyin sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik araştırmacı tarafından hazırlanan yedi sorudan oluşmaktadır. Formda sosyo-demografik özelliklerle ilgili sorular; bireyin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, birlikte yaşadığı kişiler, çalışma durumu ve algılanan gelir durumuna yöneliktir.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ)(EK-8): Hirai ve Clum tarafından 1998 yılında geliştirilen Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (Beliefs Toward Mental Illness Scale-BMI), farklı kültürel özelliklere sahip bireylerin ruhsal hastalığa yönelik olumlu ve olumsuz inançlarını belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Yirmi bir maddeden oluşan ölçeğin, “Tehlikelilik”, “Zayıf Sosyal ve Kişilerarası Beceri” ve “Çaresizlik” olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirliği, Bilge ve Çam (2008), tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türk toplumuna uyarlanması çalışmasında toplam puan için Cronbach alfa katsayısı 0,82 bulunmuş ve yapılan faktör analizi doğrultusunda, ölçeğin orijinalinden farklı olarak, “Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma (ÇKİB)”, “Tehlikelilik” ve “Utanma” olmak üzere üç alt boyuttan oluşmuştur. Bu çalışmada ölçeğin toplam puanı için Cronbach alfa katsayısı 0,85 olarak bulunmuştur.

Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma: ‘8, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21.’ maddelerden oluşmaktadır. Alt boyuttan elde edilecek en yüksek puan “55”, en düşük puan “0”dır. Ölçeğin bu alt boyutundan alınacak yüksek puan, ruh sağlığı bozuk bireylerle olan kişilerarası ilişkilerde yaşanabilecek engellenme ve çaresizliğe ilişkin olumsuz inancın artışı göstermektedir.

Tehlikelilik: “1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 13.” maddelerden oluşmaktadır. Alt boyuttan elde edilecek en yüksek puan “40”, en düşük puan “0”dır. Alınacak puanın artışı, ruhsal hastalıkların tehlikeli olduğu yönündeki inancın artışına işaret etmektedir.

Utanma: “12” ve “15.” maddelerden oluşmaktadır. Alt boyuttan elde edilecek en yüksek puan “10”, en düşük puan “0”dır. Alınacak puanın artışı, ruhsal hastalığı utanç verici bir durum olarak görme eğiliminin artışı göstermektedir (Bilge ve Çam, 2008; Ünal, Hisar, Çelik ve Özgüven, 2010).

Ölçek altılı likert tipi puanlamaya sahiptir ve ifadelerin her birine katılıp katılmama durumuna göre her madde, “Tamamen katılmıyorum”dan, “Tamamen katılıyorum”a doğru “0” ile “5” arasında puanlanarak değerlendirilmektedir. Ölçekten elde edilecek en yüksek puan “105”, en düşük puan “0”dır. Alınan puanın artışı ruhsal hastalıklara karşı olumsuz tutumun artışı göstermektedir.

Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOÖ)(EK-9): O'Connor ve Casey tarafından geliştirilen, Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOÖ), bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyini belirlemek ve ruh sağlığı okuryazarlığında hangi alanlarda daha fazla desteğe ihtiyaç duyabileceğini ve ruh sağlığı okuryazarlığını iyileştirmeye yönelik müdahalelerin etkinliğini saptamak amacıyla oluşturulmuştur (O'Connor ve Casey, 2015). Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliği, Tokur-Keskin ve diğerleri (2020), tarafından yapılmıştır ve RSOÖ'nin orijinal dilindeki geçerlilik güvenilirlik bulgularına göre toplamına ilişkin Cronbach alfa katsayısı 0,87 olarak bulunmuşken, Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0,89 olarak bulunmuştur (Tokur-Keskin, Pehlivan ve Uymaz, 2020). Bu çalışmada toplam puana yönelik Cronbach alfa katsayısı 0,73 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin, 'Hastalıkları tanıyabilme', 'Bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi', 'Risk faktörlerine ve nedenlerine yönelik bilgi', 'Kendi kendine yardım / tedavi müdahaleleri hakkında bilgi', 'Profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi' ve 'Ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik uygun yardım aramayı kolaylaştıran tutumlar ve ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar (damgalama)' olmak üzere altı boyutu vardır.

Ölçek 35 maddeye sahip, toplam puan üzerinden değerlendirilen Likert tipi bir öz değerlendirme aracıdır. Likert tipi ölçek maddelerinin bir kısmı birden dörde kadar değişen dörtlü Likert tipine sahip bir değerlendirme sağlarken, bir kısmı da birden beşe kadar değişen beşli Likert tipi değerlendirmeye olanak sağlamaktadır. Dörtlü ifadelerin yer aldığı maddelerde değerlendirme (1.-15. maddeler) – “kesinlikle katılmıyorum” (1), “katılmıyorum” (2), “katılıyorum” (3), “kesinlikle katılıyorum” (4) şeklindedir. Beşli ifadelerin yer aldığı ifadelerde (16.-35. maddeler) – “kesinlikle katılmıyorum” (1), “katılmıyorum” (2), “kararsızım” (3), “katılıyorum” (4), “kesinlikle katılıyorum” (5) şeklindedir. Orijinal ölçek tek boyutlu olmasına karşın araştırma sonucunda daha önce Gorczynski ve diğerlerinin (2017) araştırmasında da ortaya çıktığı gibi altı boyutunun olduğu görülmüştür. Ölçekte bazı maddeler tersine kodlanmıştır (10, 12, 15, 20-28. maddeler), ölçek puanı ölçek maddelerine verilen cevaplardaki puanların tamamının toplanması ile elde edilmektedir. Ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik uygun yardım aramayı kolaylaştıran tutumlar ve ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumların puan en düşük 35, en yüksek 160 arasında değişmektedir.

3.7.1. RSIYE programının geliştirilmesi

RSIYE programı, ilgili literatür ve Avusturalya’da geliştirilen RSIYE kılavuzları doğrultusunda hazırlanmıştır (Morgan, Jorm ve Mackinnon, 2012; Rudd ve diğerleri, 2006; Hawton ve Van Heeringen, 2009; May ve Klonsky, 2013; Kingston ve diğerleri, 2011; Ross ve diğerleri, 2014; Kingston ve diğerleri, 2009; Edwards, McGorry ve Dunitz, 2002; Kelly ve diğerleri, 2009; Üstün ve Demir, 2019; Gürhan, 2016; Townsend, 2016; mhfa.com.au/resources/mental-health-first-aid-guidelines).

‘Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi’ programının kapsam geçerliliğini sağlamaya yönelik, oturum içeriğinin tüm maddeleri hemşirelik bölümünden beş öğretim üyesi uzmanın görüşüne sunulmuştur. Uzmanlara tüm oturum basamaklarının yer aldığı bir puanlama formu gönderilmiş ve maddelerin uygunluğunu değerlendirmeleri istenmiştir. Uzmanlar, her bir maddeyi kavramsal açıdan değerlendirerek 1- 4 arasında [“uygun değil (1 puan)”, “maddenin uygun şekle getirilmesi gerek (2 puan)”, “uygun ancak ufak değişiklik gerekli (3 puan)” ve “çok uygun (4 puan)”] puanlamışlardır. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI) kullanılmıştır. KGI’ye göre 1 ve 2 puan alan maddeler kabul edilemez, 3-4 puan alan maddeler kabul edilebilir olarak sınıflandırılmaktadır (Veneziano ve Hooper, 1997). Veneziano ve Hooper (1997) tarafından oluşturulan, $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde kapsam geçerlik oranları için minimum değerler tablosundan bakılarak minimum değer 0,99 olarak belirlenmiştir.

Her bir basamağa uzmanlar tarafından 3 veya 4 puan verilmiş ve kapsam geçerliliği yönünden herhangi bir basamak Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi oturumundan çıkarılmamış ve uzmanların önerileri doğrultusunda düzenlemeler yapılmıştır. Düzenleme sonrasında tüm uzmanlar her bir maddeye 4 puan vermişlerdir. Bu çalışmada yapılan analizler sonucunda aracın, ‘bir’ olarak bulunmuş olan kapsam geçerlik indeksi, belirlenen maksimum değer üzerinde olduğu için içeriğin kapsamı geçerli bulunmuştur. Uzmanların önerileri doğrultusunda yapılan düzenlemeler sonucunda da ‘Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi’ programına son şekli verilmiştir.

3.7.2. Ruh sağlığı ilk yardımı eğitim programı içeriği

Çizelge 3.1. Ruh sağlığı ilk yardım eğitim oturumları

1.Oturum: Tanışma, programın tanıtılması ve grup bilincinin oluşturulması
2.Oturum: Anksiyete Bozukluklarında İlk Yardım
3.Oturum: Depresyon, İntihar Düşüncesi ve Davranışları Olan Bireylerde İlk Yardım
4.Oturum: Psikozda İlk Yardım
5.Oturum: Alkol, Madde Kullanım Bozukluklarında İlk Yardım
6.Oturum: Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerde İlk Yardım ve Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitim Programının Değerlendirilmesi

3.8. Araştırmanın Ön Uygulması

Araştırmanın ön uygulaması, 19-30 Nisan tarihleri arasında, Mersin İli Akdeniz Halk Eğitim Merkezi'nde gerçekleştirilmiştir. Akdeniz Halk Eğitim Merkezi kurum yetkilisiyle görüşülmüş ve kurum yetkilisinden onay alındıktan sonra kursa gelen bireylere araştırma planı açıklanmış ve katılımcılardan bilgilendirilmiş yazılı onam (EK-3) alınmıştır. Ön uygulama katılımcılarını, Akdeniz Halk Eğitim Merkezi'ne Kadın Giysileri Dikimi kursuna gelen, ön uygulamaya katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerini karşılayan yedi kişi oluşturmuştur. Katılımcılar pandemi sürecinden dolayı, iki kez görüşmeyi kabul etmiş ve oluşturulan yedi kişilik gruba Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi'nin, ilk iki oturumu uygulanmıştır. Bu oturumlar, Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi Hazırlık Oturumu, Anksiyete Bozuklukları'nda İlk Yardım ve Depresyon, İntihar Düşünce ve Davranışları Olanlarda İlk Yardım oturumlarıdır.

Ön uygulamadan elde edilen sonuçlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Ön uygulamada elde edilen deneyimler doğrultusunda; katılımcıların motivasyonunu arttırmak için, katılımcıların ruhsal hastalıklarla ilgili rol çalışmalarına daha çok dahil edilmesine, eğitim içeriğinde video ve film gösterimlerine ağırlık verilmesine karar verilmiş ve bununla ilgili düzenlemeler yapılmıştır. Buna ek olarak, önceden beş oturum olarak planlanan Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi'nin ilk oturumunda hazırlık oturumu ve Anksiyete Bozuklukları'nda İlk Yardım konularının birlikte anlatılmasından kaynaklı, katılımcıların zaman problemi yaşaması ve eğitimin etkinliğini arttıracadı düşünülerek, Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi'nin altı oturumdan oluşmasına (birinci oturumda birlikte yapılan Hazırlık Oturumu ve Anksiyete Bozuklukları'nda İlk Yardım oturumlarının ayrı oturumlar olmasına) karar verilmiştir.

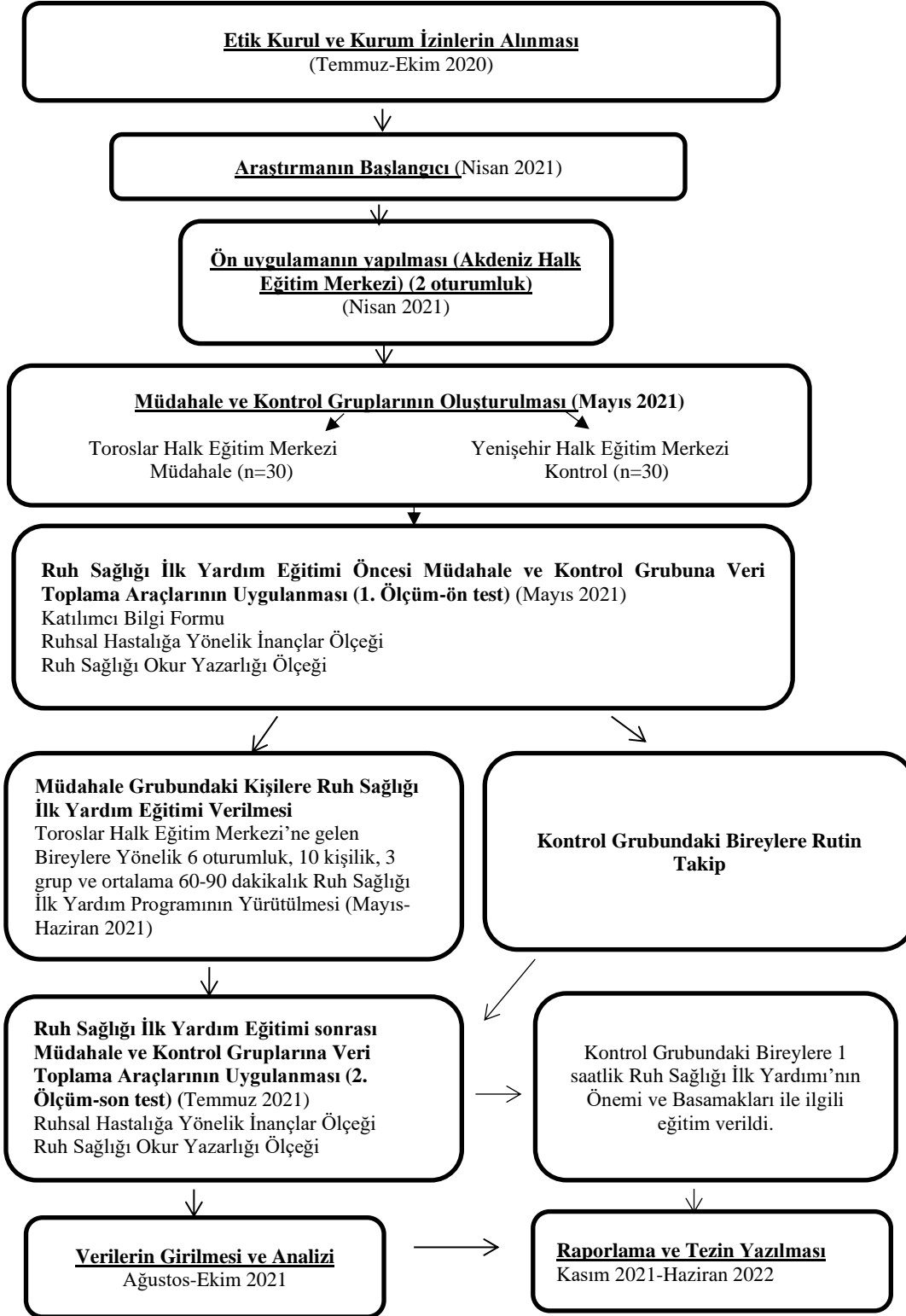
3.9. Uygulama

Araştırmanın uygulaması, 1 Mayıs–30 Temmuz 2021 tarihleri arasında Mersin İli Toroslar ve Yenişehir Halk Eğitim Merkez’inde yürütülmüştür. Pandemiden dolayı Halk Eğitim Merkezleri’nde sadece uzun vadede devam eden kısıtlı sayıda açık kurs bulunduğu için, bu süreçte aktif devam eden kurslara dersin öğreticisinden istenen özel bir zaman aralığında gidilerek, araştırmanın amacı, nasıl yapılacağı, araştırmaya kimlerin dahil olabileceği açıklanarak, araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden yazılı ve sözlü bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Müdahale grubundaki bireyler Toroslar Halk Eğitim Merkezi’nde Kuaförlük, Kadın Giysileri Dikimi ve Özel Eğitim kurslarına gelen birey ve öğretmenlerden oluşmaktadır. Kontrol grubundaki bireyler ise, Yenişehir Halk Eğitim Merkezi’nde Resim, Kadın Giysileri Dikimi ve Ahşap Boyama kurslarına gelen birey ve öğretmenlerden oluşmaktadır. Her iki Halk Eğitim Merkezi’nde araştırmayı kabul eden bireylerle eğitim günleri ve bilgi paylaşımının kolay olması açısından müdahale ve kontrol grupları için sms grupları oluşturulmuştur. Araştırmaya katılım için gönüllü olan her iki gruptaki katılımcılara veri toplama araçları (Katılımcı Bilgi Formu, Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ), Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOÖ) uygulanmıştır (*Birinci ölçüm-ön test*). Birinci ölçümü takip eden hafta, müdahale grubundaki bireyler için altı oturumluk Ruh Sağlığı İlk Yardımı Eğitimi’ne başlanmıştır. Her bir eğitim grubuna on katılımcı alınmıştır. Böylece müdahale grubundaki katılımcıların Ruh Sağlığı İlk Yardımı eğitimi üç grup halinde yürütülmüştür. Her oturumdan bir gün önce katılımcılara whatsapp gruplarından oturumun zamanı ile ilgili hatırlatma yapılmıştır. Ruh Sağlığı İlk Yardımı Eğitimi programı, Toroslar Halk Eğitim Merkezi Konferans Salonu’nda, grup üyelerinin aktif katılımını sağlamak amacıyla programa ilişkin bilgilendirme, soru-cevap, deneyimlerin paylaşılması, rol oynama, eğitim programının içeriğine yönelik video gösterimi ya da örnek vakaları anlatan kısa film gösterimi gibi interaktif yöntemler kullanılarak yürütülmüştür. Ev ödevleri bir sonraki oturumda duygu durum kontrolünden sonra gündeme alınmıştır. Toplamda, on sekiz oturumda müdahale gruplarına Ruh Sağlığı İlk Yardımı Eğitimi tamamlanmıştır. Müdahale grubunun oturumları 45 dakikada bir beş dakikalık molalar verilerek yaklaşık 90 dakika şeklinde yürütülmüştür. Çalışmanın yürütülmesi esnasında herhangi bir nedenle eğitim seanslarından ardışık iki oturuma düzenli olarak katılmayan/katılamayan ve devam etmek istemeyen bireyler örneklem grubundan çıkarılmıştır. Eğitimin son seansı tamamlandığında katılımcılar ayrılmadan önce *ikinci ölçüm (son test)* yapılmıştır. Bu ölçümlerde RHİÖ ve RSOÖ tekrar

uygulanmıştır. Grup eğitimlerine aktif katılan ve eğitimi tamamlayan bireylere kurum müdürü ve araştırmacının imzası olan ‘Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi’ katılım belgesi verilmiş ikramlıklarla küçük bir kutlama yapılmıştır.

Kontrol grubundaki katılımcılara ise birinci ölçümden (*ön test*) sonra herhangi bir müdahalede bulunulmamış ve rutin kurs süreçlerine devam etmişlerdir. Kontrol grubunu oluşturan katılımcıların ikinci ölçümleri de müdahale grubundaki katılımcılarla aynı hafta içinde uygulanmıştır (*İkinci ölçüm-son test*). Toplamda her iki gruptaki katılımcılara bilgi formu bir kez, RHİÖ ve RSOÖ ise iki kez uygulanmıştır. Müdahale ve kontrol grubuna son test uygulandıktan sonra kontrol grubundaki katılımcılara bir saatlik Ruh Sağlığı İlk Yardım’ın Önemi ve Basamakları ile ilgili eğitim verilmiştir.

3.9.1. Araştırma uygulamasının akış planı



Şekil 3.2. Araştırma akış planı

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizleri IBM SPSS V21 programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı verilerin sunumu için; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Parametrik test varsayımları sağlandığında müdahale ve kontrol grubuna ait verilerin karşılaştırılmasında bağımsız örnekler t-testi, parametrik test varsayımları sağlanmadığında ise; bağımsız grup farklılıklarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Bağımlı grup (ön test-son test) karşılaştırmalarında, parametrik test varsayımları sağlandığında Bağımlı gruplarda t testi; parametrik test varsayımları sağlanmadığında ise Wilcoxon eşleştirilmiş iki örnek testi kullanılmıştır. Ön test ve son test değişiminin müdahale ve kontrol gruplarına göre farklılaşp farklılaşmadığının tespitinde Tekrarlayan Ölçümlerde Varyans Analizi zamanxgrup interaksyonu kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki Spearman Rho korelasyon katsayıları ile incelenmiştir. Normal dağılıma uyan veriler $\bar{X} \pm SS$, normal dağılım göstermeyen veriler ise ortanca (1.çeyrek-3.çeyrek) şeklinde gösterilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki farklılıklar ise Ki-kare analizi ve Fisher Exact testi ile incelenmiştir. Kategorik veriler frekans (yüzde) şeklinde sunulmuştur. Müdahale grubu ön test-son test değişimiyle ilişkili olan ölçeklerin ve alt boyutlarının etki derecesinin belirlenmesi için Tek Değişkenli Regresyon modelleri oluşturulmuştur. Bulgular araştırmanın amaçlarına uygun olarak tablolar halinde sunulmuştur. Ölçeklerin güvenilirliğini değerlendirmek için Cronbach Alpha katsayısı kullanılmıştır. Ölçeklerin ön test ve son testleri arasındaki farkın etki büyüklüğü Cohen d, ön test ve son test farkının gruplara göre etki büyüklüğü ise Kısmi Eta Kare katsayısı ile incelenmiştir. Cohen d'ye göre Z testi için etki büyüklüğü 0,1 düşük etki, 0,3 orta etki, 0,5 ve üzeri yüksek etki düzeyi, t testi için 0,2 düşük etki, 0,5 orta etki, 0,8 ve üzeri yüksek etki düzeyi ve F testi için Kısmi Eta Kare değerine göre 0,01 düşük etki, 0,06 orta etki, 0,14 ve üzeri yüksek etki düzeyi olarak kabul edilmektedir. Tüm analizlerde verilerin istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.11. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için; Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Komisyonundan (EK-1), (sayı:91610558-302.08.01-08.09.2020-E73117 sayılı yazı) ve araştırmanın yürütüldüğü Mersin İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nün (EK-2) ilgili

komisyonundan (15.10.2020 tarih ve 34776202-605.01-E.14869010 sayılı yazı) araştırma yapılacak kurumlardan izin alınmıştır. Araştırmada kullanılacak ölçme araçları için, ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğini yapan araştırmacılara mail yoluyla ulaşılmış, gerekli izinler alınmıştır (EK-10). Araştırmaya başlamadan önce araştırmaya katılacak bireylere araştırmanın amacı, nerede yapılacağı, elde edilen verilerin nerede ve niçin kullanılacağı, uygulama yöntemi, araştırma süreci ve elde edilmesi planlanan sonuçlara ilişkin gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra, müdahale (EK-4) ve kontrol (EK-5) gruplarındaki katılımcılardan ayrı ayrı yazılı bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çizelge 4.1. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri

Değişkenler		Müdahale Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)	İstatistiksel Değerlendirme
Yaş ($\bar{X} \pm SS$, min-max)		34,48 \pm 9,5 (18-52)	38,70 \pm 12,3 (20-63)	t=-1,431 p=0,158
Cinsiyet	Kadın	25 (92,6)	27 (90,0)	p=1,000
	Erkek	2 (7,4)	3 (10,0)	
Medeni Durum	Evli	17 (63,0)	21 (70,0)	$\chi^2=0,317$ p=0,574
	Bekar	10 (37,0)	9 (30,0)	
Eğitim Durumu	İlkokul	10 (37,0)	11 (36,7)	$\chi^2=7,065$ p=0,070
	Ortaokul	3 (11,1)	0 (0,0)	
	Lise	9 (33,3)	6 (20,0)	
	Üniversite ve üstü	5 (18,5)	13 (43,3)	
Birlikte Yaşanan Kişiler	Eş ve çocuk(lar)	17 (63,0)	21 (70,0)	$\chi^2=0,331$ p=0,848
	Anne-baba-kardeş	8 (29,6)	7 (23,3)	
	Yalnız/arkadaş	2 (7,4)	2 (6,7)	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	6 (22,2)	9 (30,0)	$\chi^2= 0,443$ p=0,506
	Çalışmıyor	21 (77,8)	21 (70,0)	
Algılanan Gelir Durumu	İyi	2 (7,4)	4 (13,3)	$\chi^2=4,912$ p=0,086
	Orta	19 (70,4)	25 (83,3)	
	Kötü	6 (22,2)	1 (3,3)	

χ^2 : Ki-kare test istatistiği; Fisher Exact test istatistiği; t: Bağımsız gruplarda t test istatistiği; p<0,05 anlamlı kabul edilmiştir.

Çizelge 4.1’de katılımcıların tanımlayıcı özellikleri verilmiştir. Müdahale ve kontrol grubu arasında yaş ortalamaları benzerdir (p>0,05). Müdahale ve kontrol gruplarının; cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, birlikte yaşanan kişi, çalışma durumu ve ekonomik durum özellikleri açısından benzer olduğu görülmüştür (p>0,05).

4.2. Katılımcıların Ön test Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular

Çizelge 4.2. Müdahale ve kontrol gruplarında ön test ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu	İstatistiksel Değerlendirme	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
RHIÖ	49,96±12,61	51,67±13,31	t=-0,495	p=0,623
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	25,44±7,64	25,77±8,4	t=-0,151	p=0,881
Tehlikelilik	23,0±5,78	24,3±5,9	t=0,839	p=0,405
Utanma	1,52±2,53	1,6±1,94	t=-0,606	p=0,544
RSOÖ	104,41±9,54	106,87±11,47	t=-0,874	p=0,386
	Ortanca (%25-%75)	Ortanca (%25-%75)		
Hastalıkları Tanyabilme	21 (18-23)	22,5 (21-24)	Z=-1,858	p=0,063
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi	14,33±3,89	15,23±3,27	t=-0,949	p=0,347
	Ortanca (%25-%75)	Ortanca (%25-%75)		
Risk etkenlerine ve nedenlerine yönelik bilgi	5 (5-5)	5 (5-6)	Z=-0,703	p=0,482
Kendi kendine yardım/telev müdahaleleri hakkında bilgi	5 (4-5)	5 (4,75-5)	Z=-0,568	p=0,570
Profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi	8 (7-9)	8 (8-9)	Z=-1,082	p=0,279
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Ruhsal bozukluklara yönelik uygun yardım aramayı kolaylaştıran tutumlar ve ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar	51,56±7,06	50,63±8,84	t=0,432	p=0,668

Parametrik olmayan iki grup karşılaştırması, Z: Mann Whitney U test istatistiği; Parametrik olan iki grup karşılaştırması, t: Bağımsız gruplarda t test istatistiği; p<0,05 anlamlı kabul edilmiştir.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği

Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği

Çizelge 4.2’de katılımcıların ön test ölçek puanlarının dağılımı yer almaktadır. Müdahale ve kontrol grubundaki katılımcıların RHIÖ ve RSOÖ ön test puanları benzerdir (p>0,05).

4.3. Katılımcıların Ölçek Etki Büyüklüklerine İlişkin Bulgular

Çizelge 4.3. Müdahale ve kontrol gruplarında ön test ve son test ölçek etki büyüklüklerine ilişkin bulguların dağılımı

	Müdahale				Kontrol				
	Ön test		Son test		Ön test		Son test		P _{genel}
	Ortanca (%25-%75)	Ortanca (%25-%75)	d	p	Ortanca (%25-%75)	Ortanca (%25-%75)	d	p	
RHIÖ ¹	48 (45-57)	46 (41-62)	0.070	Z=-0,364 p=0,716	52,5 (39-60)	52 (41,75-63,50)	0.056	t=-0,304 p=0,763	d=0,005 F=0,250 p=0,619
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	27 (21-30)	25 (21-32)	0.025	t=-0,132 p=0,869	25 (20-30,75)	25,5 (8-45)	0.164	t=-0,899 p=0,376	d=0,005 F=0,256 p=0,615
Tehlikelilik	23 (20-27)	21 (16-25)	0.258	t=1,341 p=0,191	25,5 (12-34)	25,50 (21-34,25)	0.010	t=0,052 p=0,959	d=0,014 F=0,776 p=0,382
Utanma	0 (0-3)	0 (0-4)	0.115	t=-0,599 p=0,554	1 (0-2,25)	0 (0-2)	0.315	Z=-1,727 p=0,084	d=0,034 F=1,951 p=0,168
RSOÖ ²	104 (98-111)	114 (105-122)	0.624	t=-3,244 p=0,003	105 (97-116,25)	111 (103,50-118,5)	0.438	t=2,398 p=0,023	d=0,030 F=1,710 p=0,196
Hastalıkları tanıyabilme	21 (18-23)	24 (22-26)	0.639	Z=-3,321 p=0,001	22,5 (21-24)	24 (22-26)	0.324	Z=-1,727 p=0,076	d=0,052 F=3,025 p=0,088
Bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi	15 (12-17)	18 (15-20)	0.490	Z=-2,547 p=0,011	15,5 (13,5-18,25)	16 (14-19)	0.265	t=-1,450 p=0,158	d=0,037 F=2,130 p=0,150
Risk etkenlerine ve nedenlerine yönelik bilgi	5 (5-5)	5 (5-6)	0.203	Z=-1,056 p=0,291	5 (5-6)	5 (5-6)	0.067	Z=-0,365 p=0,715	d=0,002 F=0,137 p=0,713
Kendi kendine yardım/tedavi müdahaleleri hakkında bilgi	5 (4-5)	5 (4-6)	0.260	Z=-1,351 p=0,171	5 (4,75-5)	5 (5-5)	0.154	Z=-0,842 p=0,400	d=0,006 F=0,329 p=0,569
Profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi	8 (7-19)	8 (8-9)	0.234	Z=-1,214 p=0,225	8 (8-9)	8 (8-9)	0.042	Z=-0,232 p=0,817	d=0,003 F=0,180 p=0,673
Ruhsal bozukluklara yönelik uygun yardım aramayı kolaylaştıran tutumlar ve ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar	53 (46-57)	51 (48-59)	0.068	t=-0,356 p=0,725	50,5 (44,75-57)	52 (47-57,25)	0.192	t=-1,052 p=0,301	d=0,001 F=0,069 p=0,794

d: Etki büyüklüklerini ifade etmektedir. Wilcoxon test (Z testi için; Cohen d'ye göre 0,1 düşük etki, 0,3 orta etki, 0,5 ve üzeri yüksek etki düzeyi), Eşleştirilmiş t test (t testi için; Cohen d'ye göre 0,2 düşük etki, 0,5 orta etki, 0,8 ve üzeri yüksek etki düzeyi), Tekrarlayan Ölçümlü Varyans Analizi zaman grup etkileşimi (F testi için; Kısmi Eta Kare değerine göre 0,01 düşük etki, 0,06 orta etki, 0,14 ve üzeri yüksek etki düzeyi)

1 Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği

2 Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği

Çizelge 4.4'te müdahale ve kontrol gruplarında ön test ve son test ölçek etki büyüklüklerine ilişkin bulguların dağılımı yer almaktadır. RHIÖ müdahale grubunda, RHIÖ ön test ve son test puanları açısından anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$; $p=0,716$). Kontrol grubunda, RHIÖ ön test ve son test puanları açısından anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$, $p=0,763$). Müdahale ve kontrol grubu arasında ön test ve son test RHIÖ puanlarındaki değişim farklılık göstermemektedir ($p>0,05$; $p=0,619$).

RHİÖ müdahale grubunda, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyutu ön test ve son test puanları açısından anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$; $p=0,869$). Kontrol grubunda, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyutu ön test ve son test puanları açısından anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$, $p=0,376$). Müdahale ve kontrol grubu arasında ön test ve son test çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma puanlarındaki değişim farklılık göstermemektedir ($p>0,05$; $p=0,615$).

RHİÖ müdahale grubunda, tehlikelilik alt boyutu ön test ve son test puanları açısından anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$; $p=0,191$). Kontrol grubunda, tehlikelilik alt boyutu ön test ve son test puanları açısından anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$, $p=0,959$). Müdahale ve kontrol grubu arasında ön test ve son test tehlikelilik puanlarındaki değişim farklılık göstermemektedir ($p>0,05$; $p=0,382$).

RHİÖ müdahale grubunda, utanma alt boyutu ön test ve son test puanları açısından anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$; $p=0,554$). Kontrol grubunda, utanma alt boyutu ön test ve son test puanları açısından anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$, $p=0,084$). Müdahale ve kontrol grubu arasında ön test ve son test utanma puanlarındaki değişim farklılık göstermemektedir ($p>0,05$; $p=0,168$).

RSOÖ müdahale grubunda, RSOÖ ön test ve son test puanları açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$; $p=0,003$). Kontrol grubunda, RSOÖ ön test ve son test puanları açısından anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$, $p=0,023$). Müdahale ve kontrol grubu arasında ön test ve son test RSOÖ puanlarındaki değişim farklılık göstermemektedir ($p>0,05$; $p=0,196$).

RSOÖ müdahale grubunda, hastalıkları tanıyabilme alt boyutu ön test ve son test puanları açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$; $p=0,001$). Kontrol grubunda, hastalıkları tanıyabilme alt boyutu ön test ve son test puanları açısından anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$, $p=0,076$). Müdahale ve kontrol grubu arasında ön test ve son test hastalıkları tanıyabilme puanlarındaki değişim farklılık göstermemektedir ($p>0,05$; $p=0,088$).

RSOÖ müdahale grubunda, bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi alt boyutu ön test ve son test puanları açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$; $p=0,011$). Kontrol

grubunda, bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi alt boyutu ön test ve son test puanları açısından anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$, $p=0,158$). Müdahale ve kontrol grubu arasında ön test ve son test bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi puanlarındaki değişim farklılık göstermemektedir ($p>0,05$; $p=0,150$).

RSOÖ müdahale grubunda, risk etkenlerine ve nedenlerine yönelik bilgi alt boyutu ön test ve son test puanları açısından anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$; $p=0,291$). Kontrol grubunda, risk etkenlerine ve nedenlerine yönelik bilgi alt boyutu ön test ve son test puanları açısından anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$, $p=0,715$). Müdahale ve kontrol grubu arasında ön test ve son test risk etkenlerine ve nedenlerine yönelik bilgi puanlarındaki değişim farklılık göstermemektedir ($p>0,05$; $p=0,713$).

RSOÖ müdahale grubunda, kendi kendine yardım/tedavi müdahaleleri hakkında bilgi alt boyutu ön test ve son test puanları açısından anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$; $p=0,717$). Kontrol grubunda, kendi kendine yardım/tedavi müdahaleleri hakkında bilgi alt boyutu ön test ve son test puanları açısından anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$, $p=0,400$). Müdahale ve kontrol grubu arasında ön test ve son test kendi kendine yardım/tedavi müdahaleleri hakkında bilgi puanlarındaki değişim farklılık göstermemektedir ($p>0,05$; $p=0,569$).

RSOÖ müdahale grubunda, profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi alt boyutu ön test ve son test puanları açısından anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$; $p=0,225$). Kontrol grubunda, profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi alt boyutu ön test ve son test puanları açısından anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$, $p=0,817$). Müdahale ve kontrol grubu arasında ön test ve son test profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi puanlarındaki değişim farklılık göstermemektedir ($p>0,05$; $p=0,673$).

RSOÖ müdahale grubunda, ruhsal bozukluklara yönelik uygun yardım aramayı kolaylaştıran tutumlar ve ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar alt boyutu ön test ve son test puanları açısından anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$; $p=0,725$). Kontrol grubunda, ruhsal bozukluklara yönelik uygun yardım aramayı kolaylaştıran tutumlar ve ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar alt boyutu ön test ve son test puanları açısından anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$, $p=0,301$). Müdahale ve kontrol grubu arasında ön test ve son test ruhsal bozukluklara yönelik uygun yardım aramayı kolaylaştıran

tutumlar ve ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara y6nelik tutumlar puanlarındaki değişim farklılık g6stermemektedir ($p>0,05$; $p=0,794$).

M6dahale grubunda, RHI6 değerleri bakımından 6ok d6ř6k etki d6zeyi tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı g6zlenmemiştir ($p=0,716$). Kontrol grubunda, RHI6 değerleri bakımından 6ok d6ř6k etki d6zeyi tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı g6zlenmemiştir ($p=0,763$). M6dahale ve kontrol grubu arasında 6n test ve son test RHI6 değerleri bakımından 6ok d6ř6k etki d6zeyi tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı g6zlenmemiştir ($p=0,619$).

M6dahale grubunda, 6n test ve son test 6aresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma değerleri bakımından 6ok d6ř6k etki d6zeyi tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı g6zlenmemiştir ($p=0,869$). Kontrol grubunda 6n test ve son test 6aresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma değerleri bakımından 6ok d6ř6k etki d6zeyi tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı g6zlenmemiştir ($p=0,376$). M6dahale ve kontrol grubu arasında 6n test ve son test 6aresizlik ve kişilerarası bozulma değerleri bakımından 6ok d6ř6k etki d6zeyi tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı g6zlenmemiştir ($p=0,615$).

M6dahale grubunda, 6n test ve son test tehlikelilik değerleri bakımından d6ř6k etki d6zeyi tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı g6zlenmemiştir ($p=0,191$). Kontrol grubunda 6n test ve son test tehlikelilik değerleri bakımından 6ok d6ř6k etki d6zeyi tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı g6zlenmemiştir ($p=0,959$). M6dahale ve kontrol grubu arasında 6n test ve son test tehlikelilik değerleri bakımından d6ř6k etki d6zeyi tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı g6zlenmemiştir ($p=0,382$).

M6dahale grubunda, 6n test ve son test utanma değerleri bakımından 6ok d6ř6k etki d6zeyi tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı g6zlenmemiştir ($p=0,554$). Kontrol grubunda 6n test ve son test utanma değerleri bakımından orta etki d6zeyi tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı g6zlenmemiştir ($p=0,084$). M6dahale ve kontrol grubu arasında 6n test ve son test utanma değerleri bakımından d6ř6k etki d6zeyi tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı g6zlenmemiştir ($p=0,168$).

M6dahale grubunda, 6n test ve son test RSO6 değerleri bakımından orta etki d6zeyi tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı g6zlenmiştir ($p=0,003$). Kontrol grubunda 6n test

ve son test RSOÖ değerleri bakımından düşük etki düzeyi tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı gözlenmiştir ($p=0,023$). Müdahale ve kontrol grubu arasında ön test ve son test RSOÖ değerleri bakımından düşük etki düzeyi tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı gözlenmemiştir ($p=0,196$).

Müdahale grubunda, ön test ve son test hastalıkları tanıyabilme değerleri bakımından yüksek etki düzeyi tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı gözlenmiştir ($p=0,001$). Kontrol grubunda ön test ve son test hastalıkları tanıyabilme değerleri bakımından orta etki düzeyi tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı gözlenmemiştir ($p=0,076$). Müdahale ve kontrol grubu arasında ön test ve son test hastalıkları tanıyabilme değerleri bakımından düşük etki düzeyi tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı gözlenmemiştir ($p=0,088$).

Müdahale grubunda, ön test ve son test bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi değerleri bakımından orta etki düzeyi tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı gözlenmiştir ($p=0,011$). Kontrol grubunda ön test ve son test bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi değerleri bakımından düşük etki düzeyi tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı gözlenmemiştir ($p=0,158$). Müdahale ve kontrol grubu arasında ön test ve son test bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi değerleri bakımından düşük etki düzeyi tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı gözlenmemiştir ($p=0,150$).

Müdahale grubunda, ön test ve son test risk etkenlerine ve nedenlerine yönelik bilgi değerleri bakımından düşük etki düzeyi tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı gözlenmemiştir ($p=0,291$). Kontrol grubunda ön test ve son test risk etkenlerine ve nedenlerine yönelik bilgi değerleri bakımından çok düşük etki düzeyi tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı gözlenmemiştir ($p=0,715$). Müdahale ve kontrol grubu arasında ön test ve son test risk etkenlerine ve nedenlerine yönelik bilgi değerleri bakımından çok düşük etki düzeyi tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı gözlenmemiştir ($p=0,713$).

Müdahale grubunda, ön test ve son test kendi kendine yardım/tedavi müdahaleleri hakkında bilgi değerleri bakımından düşük etki düzeyi tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı gözlenmemiştir ($p=0,717$). Kontrol grubunda ön test ve son test kendi kendine yardım/tedavi müdahaleleri hakkında bilgi değerleri bakımından düşük etki düzeyi tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı gözlenmemiştir ($p=0,400$). Müdahale ve kontrol grubu arasında ön test ve son test kendi kendine yardım/tedavi müdahaleleri

hakkında bilgi değerleri bakımından çok düşük etki düzeyi tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı gözlenmemiştir ($p=0,569$).

Müdahale grubunda, ön test ve son test profesyonel yardıma ulaşmaya yönelik bilgi değerleri bakımından düşük etki düzeyi tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı gözlenmemiştir ($p=0,225$). Kontrol grubunda ön test ve son test profesyonel yardıma ulaşmaya yönelik bilgi değerleri bakımından çok düşük etki düzeyi tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı gözlenmemiştir ($p=0,817$). Müdahale ve kontrol grubu arasında ön test ve son test profesyonel yardıma ulaşmaya yönelik bilgi değerleri bakımından çok düşük etki düzeyi tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı gözlenmemiştir ($p=0,673$).

Müdahale grubunda, ön test ve son test ruhsal bozukluklara yönelik uygun yardım aramayı kolaylaştıran tutumlar ve ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar değerleri bakımından çok düşük etki düzeyi tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı gözlenmemiştir ($p=0,725$). Kontrol grubunda ön test ve son test ruhsal bozukluklara yönelik uygun yardım aramayı kolaylaştıran tutumlar ve ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar değerleri bakımından çok düşük etki düzeyi tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı gözlenmemiştir ($p=0,301$). Müdahale ve kontrol grubu arasında ön test ve son test ruhsal bozukluklara yönelik uygun yardım aramayı kolaylaştıran tutumlar ve ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar değerleri bakımından çok düşük etki düzeyi tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı gözlenmemiştir ($p=0,794$).

4.4. Ölçekler Arası İlişkiler ve Ölçeklerin Zaman İçindeki Değişim İlişkisiyle İlgili Bulgular

Çizelge 4.4. Müdahale grubu ölçekler arası ilişkilerin değerlendirilmesi

Ölçekler		Ön test				Son test			
		RHIÖ ¹	Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Tehlikelilik	Utanma	RHIÖ ¹	Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Tehlikelilik	Utanma
RSOÖ ²	r	0,056	0,097	0,057	-0,354	-0,342	-0,319	-0,168	-0,521
	p	0,783	0,632	0,777	0,070	0,081	0,105	0,403	0,005
Hastalıkları tanıyabilme	r	0,299	0,463	0,151	-0,548	-0,079	-0,055	0,028	-0,338
	p	0,129	0,015	0,451	0,003	0,696	0,786	0,890	0,085
Bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi	r	0,031	0,157	-0,149	-0,169	-0,109	-0,102	0,039	-0,473
	p	0,879	0,436	0,459	0,400	0,588	0,612	0,858	0,013
Risk etkenlerine ve nedenlerine yönelik bilgi	r	-0,008	-0,048	-0,047	-0,040	0,350	0,150	0,434	0,134
	p	0,970	0,811	0,815	0,843	0,074	0,454	0,024	0,505
Kendi kendine yardım/televi müdahaleleri hakkında bilgi	r	-0,074	-0,013	-0,102	0,253	-0,162	-0,040	-0,324	0,200
	p	0,713	0,950	0,612	0,203	0,420	0,841	0,099	0,317
Profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi	r	0,304	0,352	0,077	-0,230	-0,179	-0,243	-0,034	-0,493
	p	0,123	0,072	0,703	0,249	0,373	0,222	0,867	0,009
Ruhsal bozukluklara yönelik uygun yardım aramayı kolaylaştıran tutumlar ve ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar	r	-0,213	-0,338	0,012	-0,100	-0,421	-0,381	-0,302	-0,344
	p	0,287	0,085	0,952	0,621	0,029	0,050	0,126	0,079

r: Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

1 Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği

2 Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği

Çizelge 4.4'te Müdahale grubunun ölçekler arası ilişki yer almaktadır. Ön testte, müdahale grubunda RHIÖ çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ile RSOÖ hastalıkları tanıyabilme arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0,05$). RHIÖ çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ile RSOÖ hastalıkları tanıyabilme arasında pozitif yönde, orta düzey ilişki ($r=0,463$; $p=0,015$) bulunmaktadır.

Ön testte, müdahale grubunda RHIÖ utanma ile RSOÖ hastalıkları tanıyabilme arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0,05$). RHIÖ utanma ile RSOÖ hastalıkları tanıyabilme arasında negatif yönde, orta düzey ilişki ($r=-0,548$; $p=0,003$) bulunmaktadır.

Son testte, müdahale grubunda RHIÖ tehlikelilik ile RSOÖ risk etkenlerine ve nedenlerine yönelik bilgi arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). RHIÖ tehlikelilik ile RSOÖ risk etkenlerine ve nedenlerine yönelik bilgi arasında pozitif yönde, orta düzey ilişki ($r=0,434$; $p=0,024$) bulunmaktadır.

Son testte, müdahale grubunda RHIÖ utanma ile RSOÖ bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). RHIÖ utanma ile RSOÖ bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi arasında negatif yönde, orta düzey ilişki ($r=-0,473$; $p=0,013$) bulunmaktadır.

Son testte, müdahale grubunda RHIÖ utanma ile RSOÖ profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). RHIÖ utanma ile RSOÖ profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi arasında negatif yönde, orta düzey ilişki ($r=-0,493$; $p=0,009$) bulunmaktadır.

Son testte, müdahale grubunda RHIÖ utanma ile RSOÖ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). RHIÖ utanma ile RSOÖ toplam puanı arasında negatif yönde, orta düzey ilişki ($r=-0,521$; $p=0,005$) bulunmaktadır.

Son testte, müdahale grubunda RHIÖ toplam puanı ile RSOÖ ruhsal bozukluklara yönelik uygun yardım aramayı kolaylaştıran tutumlar ve ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). RHIÖ toplam puanı ile RSOÖ ruhsal bozukluklara yönelik uygun yardım aramayı kolaylaştıran tutumlar ve ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar arasında negatif yönde, orta düzey ilişki ($r=-0,421$; $p=0,029$) bulunmaktadır.

Çizelge 4.5. Müdahale grubu ölçeklerin zaman içindeki değişim ilişkileri

Ölçekler		RHIÖ ¹	Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Tehlikelilik	Utanma
RSOÖ ²	r	0,186	0,154	0,157	-0,018
	p	0,353	0,443	0,434	0,928
Hastalıkları tanyabilme	r	0,210	0,448	-0,120	-0,121
	p	0,293	0,019	0,552	0,547
Bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi	r	-0,005	0,064	-0,030	-0,036
	p	0,979	0,749	0,882	0,857
Risk etkenlerine ve nedenlerine yönelik bilgi	r	0,258	0,197	0,239	0,302
	p	0,194	0,326	0,230	0,126
Kendi kendine yardım/tedavi müdahaleleri hakkında bilgi	r	0,406	0,333	0,379	0,310
	p	0,035	0,090	0,051	0,116
Profesyonel yardıma ulaşabilmeye yönelik bilgi	r	-0,049	0,076	-0,194	-0,125
	p	0,808	0,705	0,331	0,533
Ruhsal bozukluklara yönelik uygun yardım aramayı kolaylaştıran tutumlar ve ruh sağlığı ile ilgili hastalıklara yönelik tutumlar	r	-0,032	-0,169	0,101	-0,128
	p	0,876	0,399	0,614	0,524

r: Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

1 Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği

2 Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği

Çizelge 4.5’de Müdahale grubu ölçeklerin zaman içindeki değişim ilişkileri yer almaktadır. Müdahale grubunda ön test-son test RHIÖ değişimi ile ön test-son test RSOÖ değişimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($r=0,186$; $p=0,353$).

Müdahale grubunda ön test-son test RHIÖ çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma değişimi ile ön test-son test RSOÖ hastalıkları tanyabilme değişimi arasında pozitif yönde orta düzey ilişki ($r=0,448$; $p=0,019$) bulunmaktadır.

Müdahale grubunda ön test-son test RHIÖ değişimi ile ön test-son test RSOÖ kendi kendine yardım/tedavi müdahaleleri hakkında bilgi değişimi arasında pozitif yönde orta düzey ilişki ($r=0,406$; $p=0,035$) bulunmaktadır.

Çizelge 4.6. Müdahale grubunda ön test-son test RSOÖ ve RHIÖ alt boyut puanlarının değişimine ilişkin doğrusal regresyon analizi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	Standardize		t	p	%95 Güven Aralığı		R ²	p
		Beta	Std. Hata			Beta	Alt		
RHIÖ ¹ -Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	Sabit	-1,717	2,030	-0,846	0,406	-5,899	2,464	0,183	F:6,808 p:0,120
	RSOÖ ² -Hastalıkları tanıyabilme	0,508	0,316	0,306	1,609	0,120	-0,142		

R²: Doğrusal Regresyon Analizi, p<0,05 anlamlı kabul edilmiştir.

1 Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği

2 Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği

Çizelge 4.6'da Müdahale grubunun, ön test-son test RSOÖ ve RHIÖ alt boyutlarının değişimine ilişkin regresyon analizi yer almaktadır. Müdahale grubunda RSOÖ hastalıkları tanıyabilme değişiminin RHIÖ Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma değişimi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı bulunmuştur (p=0,120).

5. TARTIŞMA

5.1. Bir Halk Eğitim Merkezine Gelen Bireylere Uygulanan Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitiminin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlara ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığına Etkisi

Bu çalışma, Halk Eğitim Merkezine gelen bireylere uygulanan Ruhsal İlk Yardım Eğitimi'nin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlara ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı'na etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Çalışma, Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi'nin Türkiye'de etkinliğini değerlendiren ilk çalışmadır. Değerlendirme ölçümleri ön test ve son test ile yapılmıştır. Geçmiş çağlardan günümüze kadar gelen ve etkisini devam ettiren ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumların olumsuzluğu, ruhsal hastalığı olan bireyleri de olumsuz etkilemektedir. Ruhsal hastalığa yönelik inançlar, ruhsal hastalığı olan bireyle temas, iletişim, etkileşim ve gerektiğinde onlara yardımda bulunma gibi durumlara bağlı olarak değişmekte ve tutumları da değiştirmektedir. Değişmeyen olumsuz düşünce ve davranışlar, bireysel ve toplumsal damgalamaya neden olmaktadır (Centers for Disease Control and Prevention, 2012; Çam ve Bilge, 2013). Bundan dolayı ruhsal hastalıklara ve ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik toplumsal inanç ve tutumların belirlenmesi bu konuda yapılacak bilimsel araştırmalara ve uygulanacak tedavilere yol gösterici olacağı ifade edilmektedir (Malas, 2019). Buna bağlı olarak yaptığımız çalışmada, müdahale grubundaki bireylerin, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği (RHİÖ), Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ve tehlikelilik alt boyutları son test puanlarında ön teste göre azalma olduğu ancak anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p>0.05$). Bu da bizim H_1 hipotezimizi desteklememektedir. Literatürde çalışma sonucumuzu destekleyen randomize kontrollü bir çalışmada, işyeri ortamında verilen Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi'nin sonunda, şizofreni ve depresyonun tedavisine yönelik inançlarda anlamlı bir değişim olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Kitchener ve Jorm, 2004). Çalışma sonuçlarımıza benzer başka bir çalışmada, verilen ruh sağlığı ilkyardım eğitiminin katılımcıların tedaviye yönelik inançlarını, ruh sağlığı profesyonellerininkilerle daha uyumlu hale getirdiği ancak ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik olumsuz tutumlarda azalma olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Subedi ve diğerleri, 2015). İsveç'te kamuda çalışan bireylere uygulanan, 6 aylık ve 2 yıllık izlemlili randomize kontrollü bir çalışmada, bireylere verilen Ruhsal İlk Yardım Eğitimi'nin tutumlardaki değişim için sınırlı bir etki gösterdiği, sadece depresyon hastası olan biriyle sosyal mesafede ve onunla komşu olma isteğinde az miktarda olumlu değişim gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (Svensson ve Hansson, 2017).

Literatürde bizim çalışma sonuçlarımızdan farklı çalışmalar da bulunmaktadır. Yetişkinlere uygulanan, RSİYE verilen bir çalışmada, müdahale grubundaki bireylerin ruhsal hastalığa yönelik bilgi, tutum ve inançlarında başlangıçtan 6 ay sonrasına kadar önemli olumlu değişiklikler olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Banh ve diğerleri, 2019). Başka bölgesel bir çalışmada, RSİYE programını tamamlayanlar eğitim sonrası izlem anketinde, eğitimin katılımcıların ruhsal hastalığı olan kişilere karşı tutum ve davranışlarını değiştirdiği ve eğitimde öğrendiklerini işlerinde veya kişisel yaşamlarında uyguladıkları sonucuna ulaşılmıştır (Mendenhall, Jackson ve Hase, 2013). Yapılan bir başka çalışmada, RSİYE halka açık kurslarda verilmiş ve eğitimin tedaviyle ilgili inançları sağlık profesyonellerininkine benzeyecek şekilde değiştirdiği sonucuna ulaşılmıştır (Jorm ve Kitchener, 2002a). İnsanları ruh sağlığı hizmeti almaktan alıkoyan en büyük etkenlerden biri damgalama tutumudur (Corrigan, 2004). Hadlaczky ve diğerlerinin (2014) yaptığı bir metaanaliz çalışmasında yetişkinlere verilen RSİYE'nin katılımcıların ruh sağlığına ilişkin olumsuz tutumlarını azalttığını ve ruh sağlığı sorunları olan bireylere yönelik destekleyici davranışları artırdığı ve yine başka bir çalışmada eğitimin olumsuz damgalayıcı tutumları azaltmada ve tedavinin yararlılığına ilişkin inançları değiştirmede etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Hadlaczky ve diğerleri, 2014; Lam, Jorm ve Wong, 2010). Morgan ve diğerlerinin (2018) yaptığı on sekiz randomize kontrollü çalışmayı içeren bir metaanaliz çalışmasında, MHFA eğitiminin, ruhsal hastalıklara yönelik etkin tedaviler hakkındaki inançları geliştirdiği, damgalamada azalma sağladığı, bireylerin ruh sağlığı sorunu olan bir kişiye ilk yardım sağlama niyetlerinde ve yardım etme konusunda kendilerine olan güvenlerinde iyileşmeler gözlemlendiği sonucuna ulaşılmıştır (Morgan ve diğerleri, 2018). Bunlar dışında farklı gruplara yapılan çalışmalar da bulunmaktadır. Yaşlılara bakım veren farklı meslek gruplarına (hemşireler, fizyoterapistler, toplum hemşireleri) yapılan bir pilot çalışmada Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi'nin, katılımcıların yardım verme güveninde, ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik tutumlarında ve ruhsal hastalığı olan kişilere verilen fiili yardımda iyileşme sağladığı sonucuna ulaşılmıştır (Svensson ve Hansson, 2015). Hristiyan kilise cemaatlerinin üyeleri ve liderlerine yapılan bir çalışmada Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi'nin sonunda katılımcıların inanç, öz-yeterlik ve damgalama puanlarda önemli bir gelişme olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Costello, Hays ve Gamez, 2021). Lise öğretmenlerine yapılan bir küme randomize çalışmada, verilen Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi'nin öğretmenlerin ruhsal hastalıkların tedavisine yönelik inançlarını ruh sağlığı profesyonellerininkine benzeyecek şekilde değiştirdiği, damgalanmanın bazı yönlerini azalttığı ve öğrencilere ve meslektaşlarına yardım sağlama konusunda güveni arttırdığı

sonucuna ulaşılmıştır (Jorm, Kitchener, Sawyer, Scales ve Cvetkovski, 2010). Hemşirelik öğrencilerine yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, hemşirelik öğrencilerine verilen yüz yüze RSİYE'nin, ruhsal hastalığa yönelik sosyal mesafeyi ve genel kişisel damgalamayı ve kişisel tehlikeli/öngörülemeyen damgalama puanlarını değiştirmede etkili olduğu bulunmuştur (Burns, Crawford, Hallett, Hunt, Chih ve Tilley, 2017).

Sosyodemografik değişkenler (yaş, cinsiyet, eğitim gibi), hastalık konusunda bilgi, hasta kişilerle kişisel deneyimin olması, ruhsal hastalık etiketi, hastalığın psikopatolojisi, hasta kişinin özellikleri de ruhsal hastalığı olan kişilere ve ruhsal hastalıklara yönelik inançlar üzerinde etkilidir (am ve Bilge, 2007). Araştırmamıza katılan müdahale ve kontrol grubundaki bireyler sosyodemografik değişkenler açısından benzerlik gösterse de araştırmaya katılan bireylerin ruhsal hastalığa sahip kişilerle deneyimleri, hastalık konusunda bilgi düzeyleri çalışma öncesi değerlendirilmemiştir. Ayrıca ruhsal hastalıklara yönelik inançlarla ve buna bağlı olarak gelişen damgalamayla mücadelenin uzun zaman isteyen, kolay özömlenmeyen, toplumun her kesimine ulaşılmayı gerektiren bir hizmet olduğu düşünölrse çalışmamızda olduğu gibi ruhsal hastalığa yönelik ve belli bir gruba verilen kısa vadede eğitimin inançlardaki değişime katkı sağlamamış olabilir.

Ruh Sağlığı İlk Yardım (MHFA) programı, ruhsal sıkıntı yaşayan veya ruh sağlığı sorunları olan bireyleri belirleme ve onlara yardımcı olma becerilerini öğreterek toplumdaki yetişkinler arasındaki ruh sağlığı okuryazarlığındaki boşlukları gidermek için geliştirilmiştir (Jorm, Kitchener, O'Kearney ve Dear, 2004; Jorm ve diğerleri, 1997; Kitchener ve Jorm, 2002b, Kitchener ve Jorm, 2006). Bu araştırmada, müdahale grubundaki bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığı (RSOÖ) puan ortalamaları arasında zamana göre anlamlı bir fark olduğu, bireylerin RSOÖ son test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuş ve ön test-son test RSOÖ değerleri bakımından orta etki düzeyi tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir. Çalışmamızın bu bulgusuna göre, Halk Eğitim Merkezi'ndeki bireylere uygulanan Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi'nin bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığını arttırmada etkisi olduğu söylenebilir. Çalışmamızın bu bulgusu H₂ hipotezini desteklemektedir. Aynı zamanda çalışmamızın müdahale grubundaki bireylerin, Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin (RSOÖ), 'Hastalıkları tanıyabilme' ve 'Bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi' alt boyutlarında ön test ve son test puanları arasında anlamlı farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bireylerin müdahale grubunda ön test ve son test

'Hastalıkları tanıyabilme' değerlerinin yüksek etki düzeyine, 'Bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi' değerlerinin de orta etki düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Çalışmamızın bu bulgusuna göre, Halk Eğitim Merkezi'ndeki bireylere uygulanan Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi'nin bireylerin hastalıkları tanıyabilme ve bilgiye ulaşma ile ilgili bilgi düzeylerini arttırmada etkisi olduğu söylenebilir. Ayrıca kontrol grubunda da ön test ve son test RSOÖ değerleri bakımından düşük etki düzeyi tespit edilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı gözlenmiştir. Bu durum bireylere ön testte uygulanan anketin içindeki hastalıklarla ilgili soruları merak edip araştırmalarına ve bilgi edinmelerine yol açmış olabilir. Araştırma sonuçlarımıza göre, çalışmamızın bulguları literatürle uyumludur. MHFA'nın kırsal bir topluluktaki kursiyerler üzerindeki etkinliğini değerlendiren bir küme randomize çalışmada, kursiyerler kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, ruhsal hastalıkları ve madde kullanım bozukluklarını önemli ölçüde daha fazla tanıdıkları bulmuştur (Jorm ve diğerleri, 2004). Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi toplumda ruh sağlığı sorunları hakkında farkındalığın artırılmasına yardımcı olabilir.

Araştırmamızda uygulanan Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi oturumlarında, Anksiyete Bozuklukları, Depresyon, İntihar Düşünce ve Davranışları Olan Bireylerde İlk Yardım, Psikozda İlk Yardım, Alkol, Madde Kullanım Bozukluklarında İlk Yardım ve Bipolar Bozukluğu olan bireylerde İlk Yardım konuları ele alınmış ve bu konular video gösterimi, rol oynama, ev ödevi, grup tartışması, bireysel deneyimlerin paylaşılması ve örnek durum incelemesi gibi bireyleri düşünmeye yönlendiren, aktif katılımının sağlandığı interaktif yöntemler kullanılmıştır. Bu yönüyle Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi'nin (MHFA), bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığını geliştirmesine, hastalıkları tanıyabilmesine ve bilgiye nasıl ulaşacağına dair bilgi düzeylerini arttırabilmesine katkı sağladığı söylenebilir.

Literatürde çalışma sonuçlarımızı destekleyen, Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi'nin (MHFA) ruhsal bir bozukluğu tanıma yeteneğini ve ruh sağlığı okuryazarlık düzeyinin arttığı çalışma sonuçları bulunmaktadır (Jorm ve Kitchener, 2002; Jorm ve diğerleri, 2004; Minas, Collucci ve Jorm, 2009; Lam ve diğerleri, 2010; Kitchener ve Jorm, 2006; Mendenhall, Jackson ve Hase, 2013; Morawska ve diğerleri, 2013; Morrissey, Moss, Alexi ve Ball, 2017; Kroll, 2015). Literatürdeki metaanaliz çalışmalarında, farklı gruplara (yetişkinler, üniversite öğrencileri) verilen Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi'nin katılımcıların ruh sağlığına ilişkin bilgilerini ve ruh sağlığı okuryazarlığını arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Hadlaczky ve diğerleri, 2014; Morgan, Ross ve Reavley, 2018;

Mining ve diğ erleri, 2021; Maslowski, 2018; Banh ve diğ erleri, 2019; Liang ve diğ erleri, 2021). Kırsal bir toplulukta MHFA'nın etkilerinin incelendiğ i bir çalışmada, katılımcıların %70'inin ruhsal hastalıktan muzdarip bir kişiyle karşılaştığ ını ve katılımcıların %90'ı ruhsal hastalığ ı olan bu kişilere yardım teklif ettiğ ini bildirmişlerdir (Mendenhall ve diğ erleri, 2013). Ruh sağ lığ ı İlk Yardım Eđ itimi (MHFA), ruh sağ lığ ı hizmeti sağ layıcılarına her an ulaşılamadığ ında, ek ruh sağ lığ ı destekleri sağ lamada kritik bir rol oynayabilir. Bu bağ lamda, ruh sağ lığ ı okuryazarlığ ı, kişinin bilgi sahibi olmasının da ötesinde, kendi ya da başkalarının ruh sağ lığ ına yarar sağ lamak için harekete geçme potansiyelidir (WHO, 2013). Ayrıca, yapılan bir çalışmada, Ruh Sağ lığ ı İlk Yardım Eđ itimi'nin (MHFA), yalnızca katılımcıların ruh sağ lığ ı okuryazarlığ ını geliştirmenin değ il, aynı zamanda kendi ruh sağ lıklarının iyileştirmenin de etkili bir yolu olduğu ve toplum geneline uygulanabilirliğ inin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Kitchener ve Jorm, 2004).

5.2. Ölçeklerin Zaman İçindeki Değ işim İlişkisi

Bu araştırmada halk eđ itim merkezine gelen bireylerin ruhsal hastalığ a yönelik inançlarının Ruh Sağ lığ ı İlk Yardım Eđ itimi öncesi ve sonrası değ işimi, ruh sağ lığ ı okuryazarlığ ı değ işimi ile ilişkili bulunmamıştır ve bu sonuç çalışmamızın H₁₋₃ hipotezini desteklememektedir. Çalışmamızda olduğu gibi Ruh Sağ lığ ı İlk Yardım Eđ itimi sonrası ölçeklerin birlikte değ işim ilişkisini değerlendiren bir çalışmaya rastlanılmamıştır. İnançların değ işmesinin yeni bilgi ve deneyimlerle değ iştiğ i ve değ işiminin yavaş ve zor olduğu düşünülürse, çalışmamızın sonucu bu düşünceyi desteklemektedir.

Müdahale grubundaki bireylerde son testte ruhsal bozukluklara ve uygun yardım aramayı kolaylaştıran yönelik tutumların artış, ruhsal hastalığ a yönelik olumsuz inançları azaltmaktadır. Ruhsal bozukluklara yönelik uygun yardım aramayı kolaylaştıran tutumları arttırmak, ruh sağ lığ ı okuryazarlığ ının bileşenidir (Jorm ve diğ erleri, 1997). Ruh sağ lığ ı okuryazarlığ ındaki yetersizlik ve ruh sağ lığ ı ile ilişkili kültürel inançlar, uygun olmayan yardım arama davranışına ve yardım arama ve tedavide gecikmelere sebep olabilmektedir (Golay ve diğ erleri, 2016). Ruhsal bozukluklara ve ruhsal bozukluğ u olan bireylere karşı olumlu tutumların sergilenmesi, ruhsal bozuklukların tanınmasında ve uygun yardım arama davranışının teşvikinde önemlidir (Jorm, 2012). Yardım arama davranışında toplumun ruhsal hastalığ a yönelik olumsuz inanç ve tutumlarının etkisinin engel oluşturduğu

bilinmektedir, ruhsal hastalığa yönelik inançların azalması beraberinde yardım arama tutumlarını arttırabilir, bu da bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığının artmasıyla mümkündür.

Türkiye'de topluma yapılan bir çalışmada katılımcıların ruhsal hastalıklara ve hastalığı olan bireylere yönelik genel olarak olumsuz bir tutum ve inanca sahip oldukları görülmüştür (Baştosun, 2019). Ruhsal hastalıkların utanç verici olduğuna, insanı küçük düşürdüğüne ve ruhsal hastalığı olan bireylere güvenilmeyeceğine dair düşüncelerin var olduğuna rastlanmaktadır (Segal ve Cooldge, 2005). Toplumda yaşayan bireylerin, ruhsal hastalıklara yönelik geliştirdiği olumsuz inançları, ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumsal yaşamda yerini almasında ciddi engeller oluşturarak topluma uyumunu sınırlayabilmektedir. İnançlar, tutumları, tutumlar ise davranışları belirlemektedir. Davranışların ve davranışları belirleyen tutumların sağlıklı olması için öncelikli koşul inançların sağlıklı olmasıdır. Bireylerin, ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumlarının olumsuz olmasının ilk sebebi bu hastalıklara ve bu hastalıkların ortaya çıkma sebebine ilişkin yeterli bilgisinin olmamasıdır. Olumsuz inanç ve tutumlardan kurtulmanın en temel yolu, toplumun ruhsal bozukluklara yönelik bilgi ve anlayışının arttırılmasıdır. Bu yüzden toplumdaki bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığını arttırmak son derece önemlidir.

Ruhsal hastalıklara yönelik toplumsal tutumların olumsuz olduğu bilinmektedir (Çam ve Bilge, 2011; Yamawaki, Pulsipher, Moses, Rasmuse ve Ringger, 2011). Bireylerin, ruhsal hastalık ile geliştirdikleri olumsuz inançları, hastalıkla baş etme becerilerini, tedavi ve bakım almalarını ve yaşam kalitelerini olumsuz olarak etkilemektedir (Çam ve Bilge 2007). Ruh sağlığı bozuklukları ile ilgili inanç ve bilgi seviyesinin değişmesiyle davranış değişiklikleri ortaya çıkmaktadır (Jorm ve diğerleri, 2006). Ruh Sağlığı Okuryazarlığı seviyesi attıkça, bireylerde, ruh sağlığı bozukluğu belirtilerinin farkında olma ve uygun tedavi kaynaklarını doğru kullanma davranışları artar (Jung ve diğerleri, 2016). Ruh sağlığı hizmetlerinin faydalı ve etkili olduğuna inanan insanlar, yardım aramak için daha olumlu tutumlara sahiptir ve ruh sağlığı hizmetlerini kullanma konusunda daha isteklidirler (Jung, von Sternberg ve Davis, 2017). Araştırmamızda müdahale grubundaki bireylerde son testte, ruhsal bozukluklara yönelik uygun yardım aramayı kolaylaştıran tutumlar ve ruhsal bozukluklara yönelik tutumlardaki artışın, RHİÖ toplam puanında azalmada rol oynadığı görülmüştür, bireylere verilen Ruh Sağlığı İlk Yardımı Eğitimi'nin ruh sağlığı

okuryazarlığını arttırdığı ve ruhsal hastalığa yönelik olumsuz inançları azalttığı düşünülebilir.

Müdahale grubundaki bireylerde son testte, RSOÖ toplam puanının artması, utanma puanını azaltmaktadır. Literatürde Ruh Sağlığı Okuryazarlığının artması, ruhsal hastalığa yönelik olumsuz inançlarda azalmayı sağlamaktadır. Araştırmamızın bu bulgusu literatürle uyumludur (Banh ve diğerleri, 2019; Hadlaczky ve diğerleri, 2014; Lam ve diğerleri, 2010).

Bu çalışmada RSİYE'nin ruhsal hastalığa yönelik inanç ve ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerinin değişim ilişkisini değerlendirmesi nedeniyle literatüre önemli bir katkı sağladığı söylenebilir. Çünkü literatürde ayrı ayrı çalışmalarda RSİYE'nin bireylerin ruhsal hastalığa yönelik inançlara ve ruh sağlığı okuryazarlığı'na etkisinin değerlendirildiği görülmektedir (Hadlaczky ve diğerleri, 2014; Morgan, Ross ve Reavley, 2018; Mining ve diğerleri, 2021; Maslowski, 2018; Banh ve diğerleri, 2019; Liang ve diğerleri, 2021; Jorm ve Kitchener, 2002; Costello ve diğerleri, 2021; Jorm ve diğerleri, 2010). Ancak çalışmamızda olduğu gibi RSİYE sonrası bu parametrelerin birlikte değişim ilişkisini değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Özetle çalışmamızda, RSİYE'nin bireylerin, ruhsal hastalıklara yönelik inançlarında değişime yol açmadığı ancak ruh sağlığı okuryazarlığını arttırdığı, bireylerin ruhsal hastalıkları tanıyabilme ve bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi düzeylerinde artışa yol açtığı bulunmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Halk Eğitim Merkezi'ne gelen bireylere uygulanan Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi'nin (MHFA) ruhsal hastalığa ve ruh sağlığı okuryazarlığına etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar şöyledir:

- Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi bireylerin, ruhsal hastalıklara yönelik inançlarında değişime yol açmamıştır.
- Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi bireylerin, ruh sağlığı okuryazarlığını arttırmıştır.
- Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi bireylerin, ruhsal hastalıkları tanıyabilme düzeyini arttırmıştır.
- Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi bireylerin, ruhsal hastalıklarla ilgili bilgiye nasıl ulaşabileceğine yönelik bilgi düzeylerini arttırmıştır.
- Bireylerin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi öncesi ve sonrası değişimi, ruh sağlığı okuryazarlığı değişimi ile ilişkili bulunmamıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda,

- Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi'nin Halk Eğitim merkezlerindeki kurslara entegre edilmesi, uygulanması ve yaygınlaştırılması,
- Türkiye'de Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi'nin etkinliğini ve devamlılığını değerlendirmek için farklı gruplara, altı ay ve bir yıllık izlem ölçümleri olan, randomize kontrollü çalışmalar yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

- Acun-Kapıkıran, N., Kapıkıran, Ş. (2013). Psikolojik yardım aramada kendini damgalama ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 5(40), 131-141.
- Açıkgöz, F., Akkuş, D. (2018). Ruhsal hastalıklarda damgalama ile mücadele: Anahtar rol üstlenen meslekler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(3), 142-146.
- Akinci, B., Karaduman, S., Seferoğlu, S., Yalçın, R., Özenç, B., Şahin, Ö., Öztürk, B.S., Özkan, E. (2021). Covid-19 Pandemisi Sebebiyle Ev Karantinası Uygulanan İleri Yaştaki Bireylerde Dispne Algısının İncelenmesi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1): 35-47. <https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.48124/husagbilder.798632>.
- Aktay, M., Sayar-Hızlı, G. (2021). Psikiyatrik Bozuklukların Psikososyal Yönü. *Cyprus Turkish Journal of Psychiatry and Psychology*, 3(1), 48-55. <http://doi:10.35365/ctjpp.21.1.06>.
- Baker, D.W., Wolf, M.S., Feinglass, J., Thompson, J.A., Gazmararian, J.A., Huang, J. (2007). Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives of Internal Medicine*, 167: 1503-1509.
- Banh, M.K. Chaikind, J.,Robertson, H.A. Troxel, M., Achille, J., Egan, C., Anthony, B.J. (2019). Evaluation of Mental Health First Aid USA Using the Mental Health Beliefs and Literacy Scale. *American Journal of Health Promotion*, 33(2), 237-247.
- Barney, L.J., Griffiths, K.M., Jorm, A.F., Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 51-54.
- Baştosun, B. (2019). Halkın Ruhsal Hastalıklara ve Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik İnanç ve Tutumlarının Belirlenmesi. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Muğla, 43-44.
- Baur, C. (2010). National action plan to improve health literacy; U.S. Department of Health and Human Services Office of Disease Prevention and Health Promotion, 7-8.
- Bilge A. (2006). Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, 9-10.
- Bilge, A., Çam, O. (2008). Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(2), 91.
- Bilgili, M. (1995). Psikiyatrik olgularda toplumsal yargı. *Kriz Dergisi*, 3(2), 175-197.
- Bjørnsen, H.N., Eilertsen, M.E., Ringdal, R., Espnes, G.A., Moksnes, U.K. (2017). Positive mental health literacy: development and validation of a measure among Norwegian adolescents. *BMC public health*, 17(1),717.

- Black, D.W., Andreasen, N.C. (2011). *Introductory textbook of psychiatry* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 517-550.
- Bostancı, N. (2005). Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Stigma ve Bunun Azaltılmasına Yönelik Uygulamalar, *Düşünen Adam Dergisi*, 18(1), 32-38.
- Bovopoulos, N.E. (2019). Development of mental health first aid for workplaces. (Doctoral thesis). Melbourne School of Population and Global Health Faculty of Medicine, Dentistry and Health Sciences. <https://orcid.org/0000-0002-4957-3796>.
- Burns, S., Crawford, G., Hallett, J. Hunt, K., Chih, H.J., Tilley, M. (2017). What's wrong with John? a randomised controlled trial of Mental Health First Aid (MHFA) training with nursing students. *BMC Psychiatry* 17, 111. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1278-2>.
- Cansel, N., Ucuz, İ., Arslan, A.K., Kayhan Tetik, B., Colak , C., Melez, Ş.N.İ., Gümüştakım, R.Ş., Ceylan, S., Öztürk, G.Z., Kılıç Öztürk, Y., Çadırcı, D., Demir Akça, A.S. (2021). Prevalence and predictors of psychological response during immediate COVID 19 pandemic. *International Journal of Clinical Practice*, 1-14. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijcp.13996>.
- Chung, C.E., Prato-Lefkowitz, C.A. (2015). The Importance of Increasing Health Literacy Content in Nursing Education. *American Research Journal of Nursing*, 1(1), 10-3.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J.S.L., Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45, 11-27. <http://doi:10.1017/S0033291714000129>.
- Cohen, J. (1988), *Statistical Power Analysis for The Behavioral Science*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Corrigan, P.W., Watson, A.C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 16-20.
- Corrigan, P.W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59 (7), 614–625. <http://doi:10.1037/0003-066X.59.7.614>.
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37-70.
- Costello, J., Hays, K., Gamez, A.M. (2021) Using mental health first aid to promote mental health in churches, *Journal of Spirituality in Mental Health*, 23:4, 381-392. <http://doi: 10.1080/19349637.2020.1771234>.
- Covid-19 Mental Disorders Collaborators (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*, 398, 1700-1712.

- Crisanti, A. S., Pasko, D. K., Pyeatt, C., Silverblatt, H., Anastasoff, J. (2015). Dissemination challenges associated with Mental Health First Aid in New Mexico: Insights from instructors. *Journal of Rural Mental Health*, 39, 13–21. <http://dx.doi.org/10.1037/rmh0000013>.
- Cusack, J., Deane, F.P., Wilson, C.J., Ciarrochi, J. (2004). Who influences men to go to therapy? Reports from men attending psychological services. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 26, 271-83.
- Çakır, B. (2002). Genetik Epidemiyoloji: Psikiyatrik Araştırmalarda Yeri ve Kullanımı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(4), 300- 311.
- Çam O, Bilge A. (2007). Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 8, 215- 223.
- Çam O, Bilge A. (2011). Determination of beliefs and attitudes toward mental illness and patients of public who live in western part of Turkey. *New Symposium*, 49(3), 131-140.
- 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.
- Çam, O., Engin, E. (2014). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. İstanbul Tıp Kitabevi, 1. Basım, İstanbul, 5-7.
- Çavlin A. (2013). *Ulusal Hastalık Yükü Çalışması Sonuçları ve Çözüm Önerileri*, Ulusal Hastalık Yükü Çalışması (UHYÇ-2013). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, 17-18.
- Çayırtepe, M. (2021). *Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 65 Yaş Ve Üzeri Bireylerde Covid-19 Anksiyetesi ve Depresyon Sıklığının Araştırılması* (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 58-59.
- Doğan, S., Sabancıoğulları, S. (2011). Koruyucu Psikiyatri ve Hemşirelik. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 4(4), 94-100.
- Edwards, J., McGorry, P.D. Dunitz, M. (2002). *Implementing Early Intervention in Psychosis. A Guide to Establishing Early Psychosis Service*, London, 1-186.
- Eichler K, Wieser S, Brugger U. (2009). The costs of limited health literacy: A systematic review. *International Journal of Public Health*, 54(5), 313–324.
- Elçi, T. (2013). Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara ve Hastalara Yönelik İnanç ve Tutumları. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 17-76.
- Entwistle, V., Williams, B. (2008). Health literacy: The need to consider images as well as words. *Health Expectations*, 11(2), 99–101.
- Erbaydar, N.P., Çilingiroğlu, N. (2010). Tıp Eğitimi Geleceğin Hekimlerinin Ruh Sağlığı Sorunu Olan Bireylere Yönelik Tutumlarını Etkilemekte midir? *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(2), 114-125.

- Eren, E., (2001). *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi*, Geliştirilmiş 7. Baskı. İstanbul: Beta yayımları, 180.
- Eroğlu, T., Kılıç, H. (2005). Türk inançları ve inanışları. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 49 (1), 749-770.
- Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M., Keçeci, M., Şimşek, Z. (1998). *Türkiye ruh sağlığı profili raporu*. Birinci baskı, Ankara, 80-90.
- Evli, M. (2021). 'Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç ve Tutum İlişkisinde Psikiyatri Hemşireliği Eğitiminin Etkisi'. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 4 (1): 64-74.
- Fiorillo, A., Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *Eur Psychiatry*, 63(1), e32.
- Folkman, S., Lazarus, R.S. (1988). Coping as a Mediator of Emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 466-75.
- Fu Keung, W. (2014). Evaluating The Effectiveness Of A Mental Health First Aid Program For Chinese People In Hong Kong. Alliant International University. The faculty of the California School of Professional Psychology. Doctor Of Psychology Dissertation, 1-111.
- Fusun, S., Cihangir- Çankaya, Z. (2015). Yetişkinlerin Psikolojik Yardım Arama Tutumlarının Yordanması. *Ege Eğitim Dergisi*, 16(1), 178-98.
- Gabriel A, Violato C. (2010) Depression literacy among patients and the public: a literature review. *Primary psychiatry*, 17(1).
- GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2018) Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018, 392, 1789-858.
- Gencer, N. (2020). Pandemi Sürecinde Bireylerin Koronavirüs (Kovid-19) Korkusu: Çorum Örneği. *Uluslararası Sosyal Bilimler Akademi Dergisi*, 4:1153-1173. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.47994/usbad.791577>.
- Gillis, D., Quigley, A. (2004). Taking Off the Blindfold: Seeing How Literacy Affects Health: A Report of the Health Literacy in Rural Nova Scotia Research Project 2004. St. Francis Xavier University, Antigonish, 3-11.
- Goffman, E. (1963). *Stigma*. London: Penguin, 85-90.
- Golay, P., Alameda, L., Baumann, P., Elowe, J., Progin, P., Polari, A., Conus, P. (2016). Duration of untreated psychosis: Impact of the definition of treatment onset on its predictive value over three years of treatment. *Journal of Psychiatric Research*, 77, 15-21.

- Gorczyński, P., Sims-Schouten W., Hill, DM. (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), 1-24.
- Göktaş, S., Işıklı, B., Önsüz, M.F., Yenilmez, Ç., Metintaş, S. (2019). Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin (Rsoy Ölçeği) Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliğinin Değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 11(3), 424-431.
- Gulliver, A., Griffiths, K.M., Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10(1), 113.
- Güleç, G., Yenilmez, Ç., Ay, F. (2011) Bir Anadolu şehrinde psikiyatri kliniğine başvuran hastaların hastalık açıklama ve çare arama davranışları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 14:131-142.
- Güney, S. (2008). *Davranış Bilimleri*, 4. Baskı. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, 218- 246.
- Gürhan, N. (Ed.). (2016). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri,462-463.
- Gürsoy, O., Gizir, A, C. (2018). Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutumları: Sosyal Damgalama, Kendini Damgalama, Öznel Sıkıntıları Açma, Benlik Saygısı ve Cinsiyetin Rolü. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 8(49), 137-155.
- Hadlaczyk, G., Hökby, S., Mkrтчian, A., Carli, V., Wasserman, D. (2014). Mental Health First Aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behaviour: a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 26, 467-75. [https://doi: 10.3109/09540261.2014.924910](https://doi.org/10.3109/09540261.2014.924910).
- Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Türkiye Halk Sağlığı Raporu, 2012, 298-320.
- Hawton K, Van Heeringen K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373, 1372-1381.
- Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. [https:// www.resmigazete.gov.tr /eskiler/ 2011/ 04/20110419-5.htm](https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm).
- Horwitz, A.V. (2002). The social control of mental illness. Clinton Corners, NY: Percheron Press.
- Howard, D.H., Gazmararian, J., Parker, R.M. (2005). The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. *The American Journal of Medicine*, 118, 371–377.
- Hung, M.S.Y., Lam, S.K.K., Chow, M.C.M. (2019). Nursing students' experiences of mental health first aid training: A qualitative descriptive study. *Collegian*. [https://doiorg.ezproxy.umuc.edu/10.1016/j.colegn.2019.02.006](https://doi.org.ezproxy.umuc.edu/10.1016/j.colegn.2019.02.006).

- Ibrahim, N., Amit, N., Shahar, S., Wee, L.H., Ismail, R., Khairuddin, R., Ching, S.S. Aisyah, M.S. (2019). Do depression literacy, mental illness beliefs and stigma influence mental health help-seeking attitude? A cross-sectional study of secondary school and university students from B40 households in Malaysia. *BMC Public Health* 19, 544. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6862-6>.
- Institute for Health metrics and Evaluation (IHME). (2017). Findings from Global Burden of Disease Study 2017. Seattle, WA: 12-17.
- Investing in Mental Health (2003). Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health, World Health Organization, Geneva. http://www.who.int/mental_health/media/investing_mnh.pdf Erişim tarihi: 11.06.2020.
- İnceoğlu, M. (2010). *Tutum algı iletişim*. Beykent Üniversitesi Yayınevi, İstanbul, 26-30.
- İnternet: Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.G., Buchner, A. (October, 2007). Web: <http://www.gpower.hhu.de/> adresinden 20 Şubat 2020'de alınmıştır.
- İnternet: Herrman, H., Saxena, S., Moodie, R. (2004). Promoting Mental Health : Concepts, Emerging Evidence, Practice : Summary Report / A Report From The World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) and the University of Melbourne. Geneva, World Health Organization. Web: <apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42940/9241591595.pdf>. adresinden 5 Eylül 2022'de alınmıştır.
- İnternet: Tütüncü, Ö., Küçükusta. 'Organizasyonlarda Bireyler: Tutum, Davranış ve Motivasyon.' 2.Uluslararası Sterilizasyon Konferansı, Çeşme, İzmir, 21-24 Şubat 2008. Web: <https://azkurs.org/organizasyonlarda-bireyler-tutum-davranis-ve-motivasyon-doc-dr.html> Erişim Tarihi: 20.11.2020.
- İnternet: Nutbeam, D. (January, 1998). World Health Organization. Health Promotion Glossary. [who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1](http://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1). adresinden 2 Nisan 2021'de alınmıştır.
- İnternet: (January, 2012). Attitudes Toward Mental Illness: Results from the Behavioral Risk Factor Surveillance System. Atlanta (GA); Centers for Disease Control and Prevention; 2012. Web: https://www.cdc.gov/hrqol/Mental_Health_Reports/pdf/BRFSS_Full%20Report.pdf. adresinden 1 Ekim 2022'de alınmıştır.
- İnternet: (May, 2013). Kickbusch, I., Pelikan, J.M., Apfel, F., Tsouros, A. World Health Organization. World Health Organization. (2013). Health literacy. Web: The solid facts. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf. adresinden 10 Ekim 2021'de alınmıştır.
- İnternet: (December, 2014). World Health Organization. Basic Documents. Web: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/151605/9789241650489_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. adresinden 2 Ağustos 2022'de alınmıştır.

- İnternet: Jorm, A. (October, 2016). Dignity in Mental Health. World Health Organization. Psychological and Mental Health First Aid for All. Web: <http://www.mentalhealthconcern.org>. adresinden Ocak 2022’de alınmıştır.
- İnternet: (Nisan, 2019). Sağlık Okuryazarlığı Temelinde Evde Bakım ve Sağlık Hizmetlerinde Çok Paydaşlı Yaklaşım Bilgi, Deneyim ve Paylaşım Çalıştayı. Web: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/saglikokuryazarligi-temelinde-evde-bakim-ve-saglik-hizmetlerinde-cok-paydasli-yaklasimbilgi,-deneyim-ve-paylasim-calistayi.html>. adresinden 20 Şubat 2021’de alınmıştır.
- İnternet: (January, 2020). Mental Health First Aid Guidelines. Web: mhfa.com.au/resources/mental-health-first-aid-guidelines. adresinden 1 Eylül, 2020’de alınmıştır.
- İnternet: (October, 2020). GBD Results Tool. Web: <https://ghdx.healthdata.org/> adresinden 1 Ekim 2021’de alınmıştır.
- İnternet: (November, 2020). World Health Organization Europe. Web: https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf. adresinden 1 Kasım 2021’de alınmıştır.
- İnternet: (Aralık, 2020). Türkiye’nin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ölçüldü. Web: <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,57003/turkiyenin-saglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html>. adresinden 30 Ekim 2021’de alınmıştır.
- İnternet: (May, 2021). Mental Health First Aid Australia. Web: <https://mhfa.com.au/our-impact/our-global-impact>. adresinden 20 Mayıs 2021’de alınmıştır.
- İnternet: (October, 2021). World Health Organization (WHO) World Mental Health Day: an opportunity to kick-start a massive scale-up in investment in mental health. Web: <https://www.who.int/news/item/27-08-2020-world-mental-health-day-anopportunity-to-kick-start-a-massive-scale-up-in-investment-inmental-health>. adresinden 15 Ekim 2021’de alınmıştır.
- İnternet: (Kasım, 2021). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını. Web: <https://sggm.saglik.gov.tr/Eklenti/39699/0/soyapor-1pdf.pdf>. 11 Kasım 2021’de alınmıştır.
- İnternet: (October, 2022). American Psychiatric Association (APA). (2012). Definition of a mental disorder. Web: <https://psychiatry.org/dsm5>. adresinden 1 Ekim 2022’de alınmıştır.
- James, R.K., Gilliland, B.E. (2013) Crisis intervention strategies, (7th ed.).Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Johnston, M.V., Diab, M.E., Kim, S.S., Kirshblum, S. (2005). Health literacy, morbidity and quality of life among individuals with spinal cord injury. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 28, 230– 240.

- Jorm, A. F., Kitchener, B. A., O’Kearney, R., Dear, K. B. (2004). Mental health first aid training of the public in a rural area: A cluster randomized trial [ISRCTN53887541]. *BMC Psychiatry*, 4, 33. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-4-33>.
- Jorm, A.F, Kitchener, B.A. (2011). Noting a landmark achievement: Mental Health First Aid training reaches 1% of Australian adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 808-813.
- Jorm, A.F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177(5), 396–401.
- Jorm, A.F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231-43.
- Jorm, A.F. (2016). Key Elements of Mental Health First Aid. Dignity In Mental Health Psychological and Mental Health First Aid For All. World Mental Health Day Report, 21-22.
- 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 and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 3-5.
- Jorm, A.F., Kitchener, B.A., Fischer, J.A., Cvetkovski, S. (2010). Mental Health First Aid Training by e-Learning: A Randomized Controlled Trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(12), 1072–1081. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.516426>.
- Jorm, A.F., Kitchener, B.A., Sawyer, M.G., Scales, H., Cvetkovski, S. (2010). Mental health first aid training for high school teachers: a cluster randomized trial. *BMC Psychiatry*, 10, 51. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/10/51>.
- Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Christensen, H., Rodgers, B. Pollitt. (1997). “Mental health literacy”: a survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182-186.
- Jung, H., Von Sternberg, K., Davis, K. (2016). Expanding a measure of mental health literacy: Development and validation of a multicomponent mental health literacy measure. *Psychiatry Research*, 243, 278–286. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.034>.
- 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), 252-67.
- Kağıtçıbaşı, Ç., Cemalcılar, Z. (2014). *Dünden bugüne insan ve insanlar, sosyal psikolojiye giriş*. Evrim Yayınevi, Inc., 16. Baskı, İstanbul, 109-118.
- Kanat, A. (2021). Birinci Basamak Takibindeki Covid-19 Enfeksiyonu Geçiren Bireylerin Ruhsal Hastalık Riski Üzerinde Etkili Olan Faktörlerin İncelenmesi, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi (Uzmanlık Tezi), Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 80-81.

- Karadağ, G., Uçan Ö. (2006). Hemşirelik Eğitimi ve Kalite. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(3), 43-48.
- Karahan Yılmaz, S., Eskici, G. (2020). Evaluation of emotional (depression) and behavioural (nutritional, physical activity and sleep) status of Turkish adults during the COVID-19 pandemic period. *Public Health Nutrition*, 24(5), 1-20.
- Karakaş, S., Polat, H., Ay, E., Küçükoğlu, S. (2017). Türkiye’de bir psikiyatri hastanesinde çalışan hemşirelerin ruhsal sorunu olan bireylere karşı tutumları ile tükenmişlikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Bozok Tıp Dergisi*, 7(1), 40- 48.
- Kelly, C.M., Jorm, A.F., Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Medical Journal of Australia*, 187(7), 26– 30.
- Kelly, C.M., Jorm, A.F., Kitchener, B.A. (2009) Development of mental health first aid guidelines for panic attacks: A Delphi study. *BMC Psychiatry*, 9, 49. <https://doi:10.1186/1471-244X-9-49>.
- Kessler, R.C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., Üstün, T.B., Wang, P.S. (2009). The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 18(1), 23-33.
- Kingston, A.H., Jorm, A.F., Kitchener, B.A., Hides, L., Kelly, C.M., Morgan, A.M., Hart, L.M., Lubman, D.I. (2009) Helping someone with problem drinking: mental health first aid guidelines – a Delphi expert consensus. *BMC Psychiatry* 9, 79.
- Kingston, A.H., Morgan, A.J., Jorm, A.F., Hall, K., Hart, L.M., Kelly, C.M., Lubman, D.I. (2011) Helping someone with problem drug use: a delphi consensus study of consumers, carers, and clinicians. *BMC Psychiatry*, 11, 3.
- Kitchener, B.A., Jorm, A.F. (2002a). Mental health first aid training for the public: Evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC Psychiatry*, 2, 10. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-2-10>.
- Kitchener, B.A., Jorm, A.F. (2002b). Mental Health First Aid Manual. Canberra, Australia: Center for Mental Health Research. *BMC Psychiatry* 2, 10.
- Kitchener, B.A., Jorm, A.F. (2004). Mental health first aid training in a workplace setting: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 4, 23. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-4-23>.
- Kitchener, B.A., Jorm, A.F. (2006). Mental health first aid training: review of evaluation studies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40 (1), 6-8. <http://dx.doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01735.x>.
- Kitchener, B.A., Jorm, A.F. (2007). Youth Mental Health First Aid: A Manual for Adults Assisting Youth. Melbourne, Australia: Orygen Research Centre, University of Melbourne.

- Kitchener, B.A., Jorm, A.F. (2008). "Mental Health First Aid: An International Programme for Early Intervention," *Early Intervention in Psychiatry*, 2(1), 55–61. [https://doi:10.1111/j.1751-7893.2007.00056.x](https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2007.00056.x).
- Kitchener, B.A., Jorm, A.F, Kelly, C.M. (2010). *Mental Health First Aid Manual*. Melbourne: Mental Health First Aid Australia.
- Kitchener, B.A., Jorm, A.F, Kelly, C.M. (2015). *Mental Health First Aid International Manual*. Melbourne: Mental Health First Aid International. <https://mhfa.com.au/shop/international-mhfamanual-2015>.
- Kitchener, B.A. (2016). *Mental Health First Aid. Dignity In Mental Health Psychological and Mental Health First Aid For All*. World Mental Health Day Report, 11-12.
- Kitchener, B.A., Jorm, A.F., Kelly, C.M. (2017). *Mental health first aid manual*, 4th Edition. Melbourne: Mental Health First Aid Australia.
- Koyak, H.Ç, Arslantaş, H. (2020). Lise Öğrencilerine Verilen Ruhsal Hastalıklara Yönelik Eğitimin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanca ve Sosyal Mesafeye Etkisi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(1), 7-18.
- Kroll, H. (2015). Mental health first aid: Addressing mental health as a public health priority. *Perspectives in Public Health*, 135(1), 12-13. [https://doi:10.1177/1757913914562120](https://doi.org/10.1177/1757913914562120).
- Kutcher, S., Bagnell, A., Wei, Y. (2015). Mental health literacy in secondary schools: a Canadian approach. *Child Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24(2), 233–244.
- Kutcher, S., Wei, Y., Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: past, present, and future. *Can J Psychiatry*, 61(3), 154-158.
- Küçükkaraca, N., Akçay, S. (2017). Sosyal Hizmet Bölümü Öğrencilerinin Ruhsal hastalığa Yönelik İnançlarının Belirlenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 28(1), 27-28.
- Küey L. (1995). Ruhsal bozukluklara ilişkin Halkın tutum ve davranışları. *Kriz Dergisi*, 3, 1-2.
- Lam, A.Y., Jorm, A.F., Wong, D.F. (2010). Mental health first aid training for the Chinese community in Melbourne, Australia: effects on knowledge about and attitudes toward people with mental illness. *International Journal of Mental Health Systems* 4, 18. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-4-18>.
- Lee, O. E., Tokmic, F. (2019). Effectiveness of mental health first aid training for underserved Latinx and Asian American immigrant communities. *Mental Health and Prevention*, 13, 68–74. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2018.12.003>.
- Liang, M., Chen, Q., Guo, J., Mei, Z., Wang, J., Zhang, Y., He, L., Li, Y. (2021): Mental health first aid improves mental health literacy among college students: A meta-analysis, *Journal of American College Health*, 1-11. [https://doi:10.1080/07448481.2021.1925286](https://doi.org/10.1080/07448481.2021.1925286).

- Lincoln, A, Paasche-Orlow, M.K, Cheng, D.M.,Christine,L.T, Christine, C.,Richard, S., Jeffrey, H.S. (2006). Impact of Health Literacy on Depressive Symptoms and Mental Health-related: Quality of Life Among Adults with Addiction. *Journal of general internal medicine*, 21(8), 818-822.
- Lo, K., Gupta, T., Keating, J.L. (2018). Interventions to promote mental health literacy in university students and their clinical educators. A systematic review of randomised control trials. *Health Professions Education*, 4(3), 161-175.
- Malas, E.M. (2019). Ruhsal Bozukluklara Karşı Stigma-Derleme. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(1), 1170-1188.
- Mancusa, M.J. (2008). Health Literacy: A concept/ dimensional analysis. *Nursing and Health Sciences*, 10, 248-255.
- Maslowski, A.K. (2018). Examination of the Effectiveness of Mental Health First Aid Among the Public: A Meta-Analysis. Research Project Submitted to The Faculty of Minnesota University, Master of Arts Degree, 1-100.
- May, A.M., Klonsky, D. (2013). Assessing motivations for suicide attempts: Development of psychometric properties of the inventory of motivations for suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(5), 532-546.
- Mendenhall, A. N., Jackson, S. C., Hase, S. (2013). Mental Health First Aid USA in a rural community: Perceived impact on knowledge, attitudes, and behavior. *Social Work in Mental Health*, 11(6), 563–577. <https://doi.org/10.1080/15332985.2013.812542>.
- Minas, H., Colucci, E., Jorm, A.F. (2009). Evaluation of Mental Health First Aid training with members of the Vietnamese community in Melbourne, Australia. *International Journal of Mental Health Systems* 3, 19. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-3-19>.
- Mining, L., Qiongni, C., Jincai, G., Zubing, M., Junhui, W., Yang, Z., Li, H., Yamin L. (2021). Mental health first aid improves mental health literacy among college students: A meta-analysis, *Journal of American College Health*, 1-2. <https://doi:10.1080/07448481.2021.1925286>.
- Morawska, A., Fletcher, R., Pope, S., Heathwood, E., Anderson, E., McAuliffe, C. (2013). Evaluation of mental health first aid training in a diverse community setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(1), 85-92. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00844.x>.
- Morgan, A.J., Jorm, A.F., Mackinnon, A.J. (2012). Email-based promotion of self-help for subthreshold depression: Mood Memos randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 200, 412-418.
- 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*, 1-20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197102>.
- Morris, G.C. (2002). *Psikolojiyi Anlamak*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 609-651.

- Morrissey, H., Moss, S., Alexi, N., Ball, P. (2017). Do mental health first aid (TM) courses enhance knowledge? *The Journal of Mental Health Training, Education, and Practice*, 12(2), 69-76. <https://doi:10.18746209196313314872>.
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, M.A., Kindig, D.A. (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Institute of Medicine, The National Academies Press, Washington, 20-65.
- Nutbeam D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364.
- Nutbeam, D., McGill, B., Premkumar, P. (2018). Improving health literacy in community populations: a review of progress. *Health promotion international*, 33(5), 901-911.
- Oban, G., Küçük, L. (2011). Ergenlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı etkileyen etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(1), 31-3.
- O'Connor M, Casey L. (2015). The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Research*, 1-2, 511-516.
- Ocaktan, E., Özdemir, O., Akdur, R. (2004). Birinci basamakta ruh sağlığı hizmetleri, *Kriz Dergisi*, 12(2), 63-73.
- Oflaz, F. (2016). *Toplum ruh sağlığı hemşireliği. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri: Kanıta Dayalı Uygulama ve Bakım Kavramları*. (Çev. Ed. Özcan CT, Gürhan N) Townsend MC, ed. *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*. 6th ed.- Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 751-65.
- Okan, O., Bauer, U., Levin-Zamir, D., Pinheiro, P., Sorensen, K. (2019). *International Handbook of Health Literacy*, 5-20.
- Ornell, F., Schuch, J.B., Sordi, A.O., Kessler, F.H.P. (2020). "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(3), 232-235.
- Öntaş, E., (2020). Evaluation of the Mental Health Law Proposal from the Public Health Perspective within the scope of the "Mental Health Law: 10 Basic Principles" Criteria of the World Health Organization. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku Tarihi Dergisi*, 28(3), 337-344.
- Öz, F. Buldukoğlu, K. Çam, O. Ançel, G. Oflaz, F. Eren, N. Demirkıran, F. Bilge, A. (2007). Çalışma Grubu Raporu. 1. Psikiyatri Hemşireliği Günleri Ankara.
- Özdemir, S. (2012). Psikolojik Yardım Alma Tutumu İle Kişilik, Kendini Saklama, Cinsiyet Roller Arasındaki İlişkiler. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara, 1-5.
- Özdemir-Güzel, P. (2021). Covid-19 Salgını ve Ruh Sağlığı. *Van Tıp Dergisi*, 28(1), 169-170. <https://doi: 10.5505/vtd.2021.92195>.

- Özdin, S., Bayrak Özdin, Ş. (2020). Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender, *International Journal of Social Psychiatry*, 66(5), 504-511.
- Özel, Y., Duzcu, T. (2018). Ruh Sağlığı Okuryazarlığı. *The Journal of Academic Social Science*, 6(77), 380-387.
- Özen, Y. (2019). Psikolojik travmanın insanlık kadar eski tarihi. *The Journal of Social Science*, 3(5), 362-75.
- Özmen, E., Boratav, C., Ögel, K., Aker, T., Sağduyu, A., Tamar, D. (2001). Depresyon ile ilgili halkın bilgi, tutum ve davranışı. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi, (2-6 Ekim 2001, İstanbul), Kongre Özet Kitabı.
- Özmen, E., Ögel, K., Sağduyu, A., Tamar, D., Boratav, C., ve Aker, T. (2003). Psikiyatri dışı uzman hekimlerin ruhsal bozukluklar konusunda bilgi ve tutumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, 5-12.
- Öztürk, M.O. (1997). *Ruh sağlığı ve bozukluğunun tanımlanması*. Öztürk O (Ed) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 7. Basım, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 101-104.
- Öztürk O. (2002). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Nobel Tıp Kitabevi, 9. Basım, Ankara, 109.
- Öztürk, M. O., Uluşahin, N. A. (2015). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (13. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Öztürk, M.O., Uluşahin, A. (2020). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 788.
- Öztürk, Ş. (2020). Psikiyatrik Acil Bakım. (Eds. Gürhan, N., Yaman Sözbir, Ş., Polat, Ü.) *Hemşirelik Alanında Kullanılan Kavram Beceri ve Modeller*. Ankara Nobel Tıp Yayınevi, 875-882.
- Parker, R.M., Wolf, M.S., Kirsch, I. (2008). Preparing for an Epidemic of Limited Health Literacy: Weathering the Perfect Storm. *Journal of general internal medicine*, 23, 1273-1276.
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Y Collins, P., Cooper, J., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M.M., Huang, Y., Jordans, M., Kleinman, A., Mora, M.E.M., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., Prince, M., Rahman, A., Saraceno, B., Sarkar, B.K., De Silva, M., Singh, I., J Stein, D., Sunkel, C., Unutze, J. (2018). The Lancet commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*, 392, 1553–1598.
- Pelikan, J.M., Röthlin, F., Ganahl, K. (2012). Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU. *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058.
- Ratnayake, P., Hyde, C. (2019). Mental health literacy, helpseeking behaviour and wellbeing in young people: implications for practice. *The Educational and Developmental Psychologist*, 36(1), 16-21.

- Reardon, S. (2015). Ebola's mental-health wounds linger in Africa. *Nature*, 519(7541), 13-14.
- 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 and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(11), 947-956.
- Reavley, N. J., Jorm, A. F. (2012). Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: Changes in Australia over 8 years. *Psychiatry Research*, 197(3), 302-306. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.01.011.
- Rickwood, D.J., Braithwaite, V.A. (1994). Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social Science and Medicine*, 39(4), 563-572.
- Ross, A.M., Kelly, C.M., Jorm, A.F. (2014). Re-development of mental health first aid guidelines for suicidal ideation and behaviour: a Delphi study. *BMC Psychiatry*, 14, 241.
- Rudd, M.D., Berman, A.L., Joiner, T.E Jr., Nock, M.K., Silverman, M.M., Mandrusiak, M., Van Orden, K., Witte, T. (2006). Warning signs for suicide: Theory, research and clinical applications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 255-262.
- Rusch, N., Evans-Lacko, S.E., Henderson, C., Flach, C., Thornicroft, G. (2011). Knowledge and attitudes as predictors of intentions to seek help for and disclose a mental illness. *Psychiatric Services*, 62(6), 675-678.
- Safeer, R.S., Keenan, J. (2005). Health literacy: The gap between physicians and patients. *American Family Physician*, 72(3), 463-468.
- Sağduyu, A., Aker, T., Özmen, E., Ögel, K., Tamar, D. (2001). Halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik araştırma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12, 99-110.
- Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2013). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması, Ankara.
- Sargın, N., Kutluca, V. (2020). Covid-19 Salgını Sürecinde Yetişkinlerin Tepkileri. *Bilge Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 4(2), 64-70.
- Sarıkoç, G., Demiralp, M., Özşahin, A., Açikel, C.H. (2015). Ruhsal hastalıklarda yardım arama: hasta yakınlarının tutumlarına yönelik bir çalışma. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4, 32-38.
- Savaş, A.H., Yumru, M., Göral, L., Özen M.E. (2006). Türkiye'nin güneydoğusunda psikiyatrik hastalıklar bağlamında psikiyatri ve psikoloji ile ilişkili bilgi ve tutumlar: Gaziantep Şehrinden bir kesit, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 140-149.
- Schnyder, N., Panczak, R., Groth, N., Schultze-Lutter, F. (2017). Association between mental health-related stigma and active help-seeking: Systematic review and meta analysis. *British Journal of Psychiatry*, 210, 261-268.

- Segal F. L., Cooldge M. S. (2005). Beliefs about mental illness and willingness to seek help: A cross-sectional study, *Aging and Mental Health*, 9(4), 363-367.
- Seyfe Şen, F., Özmen, E., Taşkın, O., Aydemir, Ö., Demet, M.M., İçelli, İ. (2001). Kırsal alanda yaşayan halkın depresyon ile ilgili tutumlarına bakış. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi (2- 6 Ekim 2001, İstanbul), Kongre Özet Kitabı, 69.
- Soygür, H. (2000). Damga, Şizofreni ve İnsanın Değeri: Önyargıları Değiştirebilir Miyiz? 36.Ulusal Psikiyatri Kongresi, Antalya, 107.
- Steel, Z.,Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J.W., Patel, V., Silove, D. (2014). The global prevalence of commonmental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476-493. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038> PMID: 24648481.
- Stuart, G.W. (2014). *Crisis and Disaster Intervention*. In: Stuart GW., Sundeen SJ, eds. Principles And Practice Of Psychiatric Nursing. 10th ed. Elsevier e-book.
- Subedi, P., Li, C., Gurung, A., Bizune, D., Dogbey, B.C., Johnson, C.C., Yun, K. (2015). Mental health first aid training for the Bhutanese refugee community in the United States. *International Journal of Mental Health Systems* 9, 20. <https://doi.org/10.1186/s13033-015-0012-z>.
- Svensson B., Hansson, L. (2014). Effectiveness of Mental Health First Aid Training in Sweden. A Randomized Controlled Trial with a Six-Month and Two-Year Follow-Up. *PLoS ONE*, 9(6), e100911. doi:10.1371/journal.pone.0100911.
- Svensson, B., Hansson, L. (2017). Mental health first aid for the elderly: A pilot study of a training program adapted for helping elderly people, *Aging and Mental Health*, 21, 6, 595-601. <https://doi: 10.1080/13607863.2015.1135873>.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2011). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ankara, Sağlık Bakanlığı.
- Tanrıöver, M.D., Yıldırım, H.H., Demiray, F.N., Çakır, B., Akalın, E., (2014). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması.
- Taşkın, E.O.,Şen, F.S., Aydemir, Ö., Demet, M.M., Özmen, E., İçelli, İ. (2002). Türkiye’de kırsal bir bölgede yaşayan halkın şizofreniye ilişkin tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13, 205-214.
- Taylor, S. (2019). The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease. Cambridge scholars publishing.
- The European Health Literacy Survey. (2012). Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European health literacy survey HLS-EU. Online Publication, 1-92.
- The WHO World Mental Health Survey Consortium.(2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Journal of the American Medical Association*, 291, 2581-2590.

- Tokur-Keskin, M., Pehlivan, Ş., Uymaz, P. (2020). Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe uyarlaması: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21 (Ek Sayı), 5-13. <https://doi: 10.5455/apd.102104>.
- Topaç, E. (2004). Aile Bireylerinin Ruhsal Hastalıklara Karşı Tutumları. GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 20-25.
- Topkaya, N., (2011). “Psikolojik yardım niyetinin sosyal damgalanma, tedavi korkusu, beklenen yarar, beklenen risk ve tutum faktörleriyle modellenmesi.” Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 116-117.
- Topkaya, N., Meydan, B. (2013). Üniversite Öğrencilerinin Problem Yaşadıkları Alanlar, Yardım Kaynakları ve Psikolojik Yardım Alma Niyetleri. *Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 3(1), 25-37.
- Townsend, M.C. (2012). Psychiatric/mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice (7th ed.). Philadelphia: F.A.Davis.
- Townsend, M. (2016). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği'nin Temelleri. Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları*. (Çev. C.T. Özcan, N.Gürhan). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Ulusal Hastalık Yüku ve Maliyet Etkililik Projesi Final Raporu. (2004), 34-36.
- Türküm, S. (2000). Stresle Başa Çıkma Biçimi, iyimserlik, Bilişsel Çarpıtma Düzeyleri ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutumlar Arasındaki İlişkiler: Üniversite Öğrencileri Üzerinde Bir Araştırma. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 1-16.
- Üstün, B., Demir, S. (2019). *Hemşirelikte İletişim*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, 322-323.
- Veneziano, L. and Hooper, J. (1997). A method for quantifying content validity of healthrelated questionnaires. *American Journal of Health Behavior*, 21(1), 67-70.
- Vigo, D., Thornicroft, G., Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry*, 3(2), 171-178.
- Vimalanathan, A., Furnham, A. (2019). Comparing physical and mental health literacy. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 28(3), 243-248. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1466050>.
- Visscher, B.B., Steunenbergh, B., Heijmans, M., Hofstede, J.M., Devillé, W., Van der Heide, I., Rademakers, J. (2018). Evidence on the effectiveness of health literacy interventions in the EU: a systematic review. *BMC public health*, 18(1): 1-12.
- Vogel, D.L., Wade, N.G. Haake, S. (2006). Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 53 (3), 325-337.

- Vogel, D.L., Wade, N.G., Wester, S.R., Larson, L., Hackler, A.H. (2007). Seeking help from a mental health professional: the influence of one's social network. *Journal of Clinical Psychology*, 63: 233-245.
- Vogel, D.L., Wade, N.G., (2009). "Stigma and help-seeking" Erişim tarihi: 10.02.2022. http://www.thepsychologist.org.uk/archive/archive_home.cfm/volume.
- Vogel, D.L., Bitman, R.L., Hammer, J.H., Wade, N.G. (2013). Is stigma internalized? The longitudinal impact of public stigma on self-stigma. *Journal of Counseling Psychology*, 60(2), 311–316.
- Wang, P.S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H.A., Wells, K.B., Kessler, R.C. (2005). Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the national comorbidity study replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6), 629-640.
- Wei, Y., McGrath, P.J., Hayden, J., Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: A scoping review. *BMC Psychiatry*, 15, 291.
- World Health Organization. (2017). Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva, World Health Organization.
- Xin, Ren., Wanli, H., Huiping, P., Tingting, H., Xinwei, W., Yongchun, M. (2020). Mental Health During the Covid-19 Outbreak in China: a Meta-Analysis. *Psychiatric Quarterly*, 91, 1033–1045. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09796-5>.
- Yamawaki N, Pulsipher G, Moses JD, Rasmuse RK, Ringger AK. (2011). Predictors of negative attitudes toward mental health services: a general population study in Japan. *The European Journal of Psychiatry*, 25, 101-110. <http://dx.doi.org/10.4321/S0213-61632011000200005>.
- Yaralı, D. (2016). Öğretmen adaylarının özel eğitim dersine yönelik tutumlarının bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 24: 59- 76.

EKLER

EK-1. Gazi Üniversitesi Etik Komisyon İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 18.09.2020-E.97994



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Ölçme Değerlendirme Etik Alt Çalışma Grubu



Sayı : 91610558-302.08.01-
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 10.07.2020 tarihli ve E.73117 sayılı yazı.

İlgi yazınız ile göndermiş olduğunuz, Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı **Doktora Öğrencisi Yasemin YALÇIN AKMAN'ın, Doç.Dr.Satı DEMİR'in** danışmanlığında yürüttüğü **"Bir Halk Eğitim Merkezine Gelen Bireylere Uygulanan Ruh Sağlığı İlk Yardımı Eğitiminin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlara ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı'na Etkisi"** adlı tez çalışması ile ilgili konu Kurulumuzun **08.09.2020** tarih ve **08** sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. İsmail KARAKAYA
Kurul Başkanı

Araştırma Kod No: 2020-475

Ek: 1 Liste



Emniyet Mahallesi Bandırma Caddesi No :6/1 06560 Yenimahalle/ANKARA
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76
İnternet Adresi :http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/

Bilgi için :Esengül BOŞNAK
Birim Evrak Sorumlusu
Telefon No:03122022666

Özellikle COVID-19 salgını nedeniyle bilimsel ve eğitim amaçlı çalışmaların 6. Baskısı yapılmış olan etik komisyon izni ile ilgili olarak...

EK-1. (devam) Gazi Üniversitesi Etik Komisyon İzni

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME ETİK ALT ÇALIŞMA GRUBU
KATILIM LİSTESİ**

TOPLANTI TARİHİ : 08.09.2020		TOPLANTI SAYISI : 08	
ADI - SOYADI		İMZA	
Prof. Dr. İsmail KARAKAYA Başkan			
Prof.Dr.C.Haluk BODUR			
Prof.Dr.Seçil ÖZKAN			
Prof.Dr.Cevriye TEMEL GENCER			
Prof.Dr.İsmet YÜKSEL			
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ			
Prof.Dr.Gülây BAYRAMOĞLU			
Prof.Dr.Makbule GEZMEN KARADAĞ			
Doç.Dr.Zehra GÖÇMEN BAYKARA			
Doç.Dr.Nihan KAFA			
Doç.Dr.İlyas OKUR			
Doç.Dr.Kemal ÖZTEMEL			
Doç.Dr.Melek Gülşah ŞAHİN			

EK-2. Kurum İzni



T.C.
MERSİN VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 34776202-605.01-E.14848897
Konu : Yasemin YALÇIN AKMAN'ın
Araştırma İzin Talebi

15/10/2020

VALİLİK MAKAMINA

İlgi : Yasemin YALÇIN AKMAN' ın 08.10.2020 tarihli ve 14343452 sayılı dilekçesi.

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı doktora öğrencisi Yasemin YALÇIN AKMAN'ın "*Bir Halk Eğitim Merkezine Gelen Bireylere Uygulanan Ruh Sağlığı İlk yardımcı Eğitiminin Ruhsal Sağlığa Yönelik İnançlara ve Ruh Sağlığı Okur yazarlığına Etkisi*" konulu araştırma izin talebi ile ilgili 12.10.2020 tarihli komisyon görüşü ve çalışma programı ilişikte sunulmuştur.

Millî Eğitim Bakanlığının 21.01.2020 tarih ve 1563890 sayılı 2020/20 nolu genelgesi doğrultusunda yapılan değerlendirme sonucu yukarıda adı geçen Yasemin YALÇIN AKMAN'ın çalışmasını; Mersin ili Toroslar ve Yenişehir Halk Eğitimi Merkezlerinde gönüllülük esasına dayalı olarak (*imzalı ve mühürlü anket soruları kullanılarak*) uygulanması, çalışmaya konu kişilerden, aile üyelerinden ad ve soyad, telefon, adres ile din, mezhep, etnik gruba mensubiyet gibi hassas bilgilerin istenmemesi ve uygulama sonucunda hazırlanacak raporun basılı ve dijital ortamda İl Millî Eğitim Müdürlüğümüze vermek şartı ile uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görüldüğü takdirde olurlarınıza arz ederim.

Adem KOCA
İl Millî Eğitim Müdürü

Ek :

- 1- Dilekçe ve Ekleri (21 sayfa)
- 2- Komisyon Görüşü (2 sayfa)

OLUR
15/10/2020
Ahmet ÇIRAKOĞLU
Vali a.
Vali Yardımcısı



Adres: Dumlupınar Mah. GMK Blv. Yenişehir / Mersin
Elektronik Ağ: <http://mersin.meb.gov.tr>
e-posta: istatistik33@meb.gov.tr

Bilgi için: Şef Ş. Abdurrahman DELLAL / Dahili 120
Tel: 0 (324) 329 14 81
Faks: 0 (324) 327 35 18

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <https://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden fe03-eec2-34a5-af47-73d3 kodu ile teyit edilebilir.

EK-2. (devam) Kurum İzni



T.C.
MERSİN VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 34776202-605.01-E.14869010
Konu : Yasemin YALÇIN AKMAN'ın
Araştırma İzin Talebi

15.10.2020

..... KAYMAKAMLIĞINA
(İlçe Millî Eğitim Müdürlüğü)

- İlgi :a) Yasemin YALÇIN AKMAN'ın 08.10.2020 tarihli ve 14343452 sayılı dilekçesi.
b) Valilik Makamının 15/10/2020 tarihli ve 14848897 sayılı oluru.

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı doktora öğrencisi Yasemin YALÇIN AKMAN'ın "*Bir Halk Eğitim Merkezine Gelen Bireylere Uygulanan Ruh Sağlığı İlk Yardımı Eğitiminin Ruhsal Sağlığa Yönelik İnançlara ve Ruh Sağlığı Okur yazarlığına Etkisi*" konulu araştırma izin talebi incelenmiştir.

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı doktora öğrencisi Yasemin YALÇIN AKMAN'ın söz konusu çalışmayı Mersin ili Toroslar ve Yenişehir Halk Eğitim Merkezlerinde uygulanmasında gönüllülük esasına dayalı olarak (*imzalı ve mühürlü anket soruları kullanılarak*) uygulanması, çalışmaya konu kişilerden, aile üyelerinden ad ve soyad, telefon, adres ile din, mezhep, etnik gruba mensubiyet gibi hassas bilgilerin istenmemesi ve uygulama sonucunda hazırlanacak raporun basılı ve dijital ortamda İl Millî Eğitim Müdürlüğümüze vermek şartı ile uygun görüldüğüne ilişkin, Valilik Makamının ilgi (b) Oluru yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Adem KOCA
Vali a.
İl Millî Eğitim Müdürü

- Ek :
1- Valilik Oluru (1 Sayfa)
2- Mühürlü Anket Soruları (5 sayfa)

Dağıtım:
2 İlçe Kaymakamlığına
(İlçe Millî Eğitim Müdürlüğü)
Yasemin YALÇIN AKMAN
Korukent Mah. 238 Cad. Cumhuriyet evleri
Ayyıldız Apt. Kat:6 No:25 Toroslar/Mersin



Adres: Dumlupınar Mah. GMK Blv. Yenişehir / Mersin
Elektronik Ağ: <http://mersin.meb.gov.tr>
e-posta: istatistik33@meb.gov.tr

Bilgi için: Şef Ş. Abdurrahman DELLAL / Dahili 120
Tel: 0 (324) 329 14 81
Faks: 0 (324) 327 35 18

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <https://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden 83e8-ea1e-3d9b-9b5b-d23f kodu ile teyit edilebilir.

EK-3. Bilgilendirilmiş Onam Formu-1 (Ön Uygulamaya Katılacak Bireyler İçin)

Sayın katılımcımız;

Ben, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Yasemin Yalçın Akman. Danışmanım Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Satı DEMİR ile birlikte ‘Bir Halk Eğitim Merkezine Gelen Bireylere Uygulanan Ruh Sağlığı İlk Yardımı Eğitiminin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlara ve Ruh Sağlığı Okur Yazarlığı’na Etkisi’ adlı bir araştırma yürütmekteyiz. Çalışmanın amacı, Halk Eğitim Merkezine gelen bireylere uygulanan Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi’nin ruhsal hastalığa yönelik inançlara ve ruh sağlığı okuryazarlığına etkisini belirlemektir. Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz size araştırmacı tarafından hazırlanan "Katılımcı Bilgi Formu" ile ‘Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ)’, ‘Ruh Sağlığı Okur Yazarlığı Ölçeği (RSOÖ)’ uygulanacaktır. Bu ölçekler uygulandıktan sonra, iki hafta boyunca haftada 60-90 dakika olacak şekilde, sizlerle belirlenecek ortak zamanlarda araştırmacı size Ruh Sağlığı İlk Yardımı ile ilgili eğitim verecektir. Bu araştırmanın yapılması için gerekli kurumdan gerekli izin alınmıştır. Çalışma sonuçları sadece bilimsel amaçlarla kullanılacaktır ve konu ile ilgili sonraki araştırmalara yol gösterici olacaktır. Araştırma sürecinde herhangi bir risk söz konusu değildir. Araştırmaya katılıp katılmama konusunda tamamen serbestsiniz, katıldıktan sonrada istediğiniz zaman çalışmadan çıkabilirsiniz. Bu çalışmaya katıldığınız için sizden herhangi bir ücret alınmayacak ya da size bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma için etik kuruldan olumlu görüş alınmıştır. Çalışmada kimliğiniz gizli tutulacaktır. Ancak gerekirse sizin kimlik bilgilerinizi içeren kayıtlara etik kurul üyeleri izleyici ve yoklayıcılar yasal olarak bakabilir. Aşağıdaki onam formunda yer alan maddeleri okuyunuz. Eğer onaylıyorsanız aşağıdaki kutucuğu (X) şeklinde işaretleyiniz, hastanın adı soyadı bölümüne ad ve soyadınızı yazarak imzalayınız. Bu belgeyi imzaladığımızda gerekli izinleri vermiş olacaksınız.

Yasemin Yalçın Akman

Bilgilendirmiş Onam Formu		
Çalışmaya gönüllü olarak katılıyorum.		
Katılımcının Adı Soyadı:.....	Tarih	İmza
Çalışmayı yapan kişinin Adı Soyadı:	Tarih	İmza

EK-4. Bilgilendirilmiş Onam Formu-2 (Müdahale Grubu İçin)

Sayın katılımcımız;

Ben, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Yasemin Yalçın Akman. Danışmanım Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Satı DEMİR ile birlikte ‘Bir Halk Eğitim Merkezine Gelen Bireylere Uygulanan Ruh Sağlığı İlk Yardımı Eğitiminin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlara ve Ruh Sağlığı Okur Yazarlığı’na Etkisi’ adlı bir araştırma yürütmekteyiz. Çalışmanın amacı, Halk Eğitim Merkezine gelen bireylere uygulanan Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi’nin ruhsal hastalığa yönelik inançlara ve ruh sağlığı okuryazarlığına etkisini belirlemektir. Araştırma, Toroslar Halk Eğitim Merkezi ve Yenışehir Halk Eğitim Merkezi olmak üzere iki kurumda yapılacaktır. Bu araştırmanın yapılması için gerekli izinler alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz size araştırmacı tarafından hazırlanan "Katılımcı Bilgi Formu" ile ‘Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ)’, ‘Ruh Sağlığı Okur Yazarlığı Ölçeği (RSOÖ)’ uygulanacaktır. Bu ölçekler uygulandıktan sonra, 6 hafta boyunca haftada 60-90 dakika olacak şekilde, sizlerle belirlenecek ortak zamanlarda araştırmacı size Ruh Sağlığı İlk Yardım ile ilgili eğitim verecektir. Araştırmacı size ortalama iki ay sonra ‘Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ)’ ve ‘Ruh Sağlığı Okur Yazarlığı Ölçeği (RSOÖ)’ tekrar uygulayacaktır. Çalışma sonuçları sadece bilimsel amaçlarla kullanılacaktır ve konu ile ilgili sonraki araştırmalara yol gösterici olacaktır. Araştırma sürecinde herhangi bir risk söz konusu değildir. Araştırmaya katılıp katılmama konusunda tamamen serbestsiniz, katıldıktan sonrada istediğiniz zaman çalışmadan çıkabilirsiniz. Bu çalışmaya katıldığınız için sizden herhangi bir ücret alınmayacak ya da size bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma için etik kuruldan olumlu görüş alınmıştır. Çalışmada kimliğiniz gizli tutulacaktır. Ancak gerekirse sizin kimlik bilgilerinizi içeren kayıtlara etik kurul üyeleri izleyici ve yoklayıcılar yasal olarak bakabilir. Aşağıdaki onam formunda yer alan maddeleri okuyunuz. Eğer onaylıyorsanız aşağıdaki kutucuğu (X) şeklinde işaretleyiniz, hastanın adı soyadı bölümüne ad ve soyadınızı yazarak imzalayınız. Bu belgeyi imzaladığınızda gerekli izinleri vermiş olacaksınız.

Yasemin Yalçın Akman

Bilgilendirmiş Onam Formu		
Çalışmaya gönüllü olarak katılıyorum.		
Katılımcının Adı Soyadı:.....	Tarih	İmza
Çalışmayı yapan kişinin Adı Soyadı:	Tarih	İmza

EK-5. Bilgilendirilmiş Onam Formu-3 (Kontrol Grubu İçin)

Sayın katılımcımız;

Ben Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Yasemin Yalçın Akman. Danışmanım Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Satı DEMİR ile birlikte ‘Bir Halk Eğitim Merkezine Gelen Bireylere Uygulanan Ruh Sağlığı İlk Yardımı Eğitiminin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlara ve Ruh Sağlığı Okur Yazarlığı’na Etkisi’ adlı bir araştırma yürütmekteyiz. Çalışmanın amacı, Halk Eğitim Merkezine gelen bireylere uygulanan Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi’nin ruhsal hastalığa yönelik inançlara ve ruh sağlığı okuryazarlığına etkisini belirlemektir. Araştırma, Toroslar Halk Eğitim Merkezi ve Yenışehir Halk Eğitim Merkezi olmak üzere iki kurumda yapılacaktır. Bu araştırmanın yapılması için gerekli izinler alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz size araştırmacı tarafından hazırlanan "Katılımcı Bilgi Formu" ile ‘Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ)’, ‘Ruh Sağlığı Okur Yazarlığı Ölçeği (RSOÖ)’ uygulanacaktır. Araştırmacı size ortalama iki ay sonra ‘Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ)’ ve ‘Ruh Sağlığı Okur Yazarlığı Ölçeği (RSOÖ)’ tekrar uygulanacaktır ve sonrasında bir saatlik Ruh Sağlığı İlk Yardım, önemi ve basamakları ile ilgili sunum yapılacaktır. Çalışma sonuçları sadece bilimsel amaçlarla kullanılacaktır ve konu ile ilgili sonraki araştırmalara yol gösterici olacaktır. Araştırma sürecinde herhangi bir risk söz konusu değildir. Araştırmaya katılıp katılmama konusunda tamamen serbestsiniz, katıldıktan sonrada istediğiniz zaman çalışmadan çıkabilirsiniz. Bu çalışmaya katıldığınız için sizden herhangi bir ücret alınmayacak ya da size bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma için etik kuruldan olumlu görüş alınmıştır. Çalışmada kimliğiniz gizli tutulacaktır. Ancak gerekirse sizin kimlik bilgilerinizi içeren kayıtlara etik kurul üyeleri izleyici ve yoklayıcılar yasal olarak bakabilir. Aşağıdaki onay formunda yer alan maddeleri okuyunuz. Eğer onaylıyorsanız aşağıdaki kutucuğu (X) şeklinde işaretleyiniz, hastanın adı soyadı bölümüne ad ve soyadınızı yazarak imzalayınız. Bu belgeyi imzaladığınızda gerekli izinleri vermiş olacaksınız.

Yasemin Yalçın Akman

Bilgilendirmiş Onam Formu		
Çalışmaya gönüllü olarak katılıyorum.		
Katılımcının Adı Soyadı:.....	Tarih	İmza
Çalışmayı yapan kişinin Adı Soyadı:	Tarih	İmza

EK-6. Dahil Edilme Kriterlerine Uygunluk Formu

1. Okuma-yazma biliyor mu?

a) Evet b) Hayır

2. Zeka geriliği ya da demans gibi iş birliğini g¼çleřtiren bir hastalığı var mı?

a) Evet b) Hayır

3. Ruhsal bir hastalığı var mı?

a) Evet b) Hayır

4. İletişimle ilgili bir engeli var mı?

a) Evet b) Hayır

5. Bireysel ya da grupla başka benzer bir eğitim programına devam ediyor mu?

a) Evet b) Hayır

EK-7. Katılımcı Bilgi Formu

1) Cinsiyet

a) Kadın b) Erkek

2) Yaşınız:.....

3) Medeni durum

a) Evli b) Bekar

4) Eğitim durumu

a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise d) Üniversite ve üstü

5) Kimlerle yaşıyorsunuz?

a) Eş ve çocuk(lar) b) Anne-baba-kardeş c) Yalnız/Arkadaş

6) Çalışıyor musunuz ?

a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

7) Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

a) İyi b) Orta c) Kötü

EK-8. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ)

Aşağıdaki ifadeler, sizin ruhsal hastalığa yönelik inançlarınızı ölçmek için geliştirilmiştir. Bu ifadeleri dikkatlice inceleyerek en doğru şekilde yanıtlamanız oldukça önemlidir. Ankete vereceğiniz yanıtlar araştırmacılar dışında hiç kimse tarafından okunmayacak ve farklı bir amaçla kullanılmayacaktır. Aşağıdaki her bir maddenin yanına, ilgili madde için size göre uygun gelen sayıyı işaretleyiniz. Lütfen size uygun olan tek bir kutucuğa X işareti koyarak yanıtınızı belirtiniz.

Ölçek Değerlendirmesi:

0. Tamamen katılmıyorum	1. Çoğunlukla katılmıyorum	2. Kısmen katılmıyorum	3. Kısmen Katılıyorum	4. Çoğunlukla Katılıyorum	5. Tamamen Katılıyorum
-------------------------	----------------------------	------------------------	-----------------------	---------------------------	------------------------

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği	0	1	2	3	4	5
1. Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.						
2. Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir.						
3. Davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir.						
4. "Ruhsal hastalık" ifadesi beni rahatsız eder.						
5. Ruhsal hastalığı olan bir bireyin, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir.						
6. Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır.						
7. Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır.						
8. Ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımın ve başkalarının, hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir.						
9. Ruhsal hastalık teşhisi konmuş bireyler, hastalıklarının olumsuzluklarını ömür boyu yaşayacaklardır.						
10. Bir kez ruhsal hastalık tedavisi alan bireyler, gelecekte tekrar tedaviye gereksinim duyma eğilimindedirler.						
11. Ruhsal hastalığı olan bireylerin dakik olma veya sözünde durma gibi toplumsal kurallara uyması zordur.						
12. İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım.						
13. Bana zarar verebileceği nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireyden korkarım.						
14. Ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne- baba olma olasılığı daha düşüktür.						

EK-8. (devam) Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ)

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği	0	1	2	3	4	5
15. Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım.						
16. Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum.						
17. Sorumluluk alamadıkları için ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi başlarına yaşayabilmeleri çok uygun değildir.						
18. Çoğu birey ruhsal hastalığı olan bir bireyle, bile bile arkadaşlık kurmaz.						
19. Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez.						
20. Ne kadar tedavi edilirse edilsin, ruhsal hastalığın iyileşmesi mümkün değildir.						
21. Çalışma ekibimdeki ruhsal hastalığı olan bir bireyin yaptığı işe güvenemem.						

EK-9. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOÖ)

Ölçekte yer alan soruların amacı, ruh sağlığının çeşitli yönleri hakkında bilginizi anlamaktır. Ölçeğe vereceğiniz yanıtlar “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı”na ilişkin bilgi düzeyini belirlemek amacıyla kullanılacaktır. Aşağıda ruh sağlığı okuryazarlığına yönelik ifadeler yer almaktadır. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyarak size en uygun olanı işaretleyiniz ve hiçbir maddeyi boş bırakmayınız (Not: Bazı maddeler dört kategorili bazı maddeler beş kategorili yanıtlanmaktadır bu nedenle ölçek iki grupta sınıflandırılmıştır.).

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 Anksiyete 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. Duyularını yönetmekte güçlük çeken kişilerin uyku kalitesini iyileştirmesinin (örneğin, çok endişeli ya da sıkıntılı olan) onlara faydalı olabileceğini düşünürüm.				

EK-9. (devam) Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOÖ)

İfadeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
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-9. (devam) Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOÖ)

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 problem çözemezsiniz.					
25. Eğer ruh sağlığı ile ilgili bir hastalığım olsaydı, kimseye söylemezdim.					
26. Bir ruh sağlığı uzmanına başvurmak, kendi zorluklarınızı yönetecek kadar güçlü olmadığımız 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-10. Ölçek İzin Yazıları

← Re: ÖLÇEK İZNI

MK **Makbule KESGİN** <kesgin_m@ibu.edu.tr> 18.01.2021 Pzt 10:51 

Kime: Siz

 RSOÖ Ölçeği Yönergesi.... 195 KB 

 RSOÖ Ölçeği Yayın İzni (... 223 KB 

2 ek (419 KB) [Tümünü OneDrive'a kaydet](#) [Tümünü indir](#)

Sayın Yalçın Akman,
Akademik gelişmenizi sürdürmeniz doktora sürecinde olmanız beni çok sevindirdi.
Sağlık alanında ortak dil kullanımı çok önemli. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği DSM-5 tanı kriterlerine uygun bir ölçek.
Ölçeği doktora tez çalışmanız da kullanabilirsiniz. Çalışmanızda başarılar.
Dosyalar ekte yer almaktadır,
İyi ve sağlıklı günler dilerim.

EK-10. (devam) Ölçek İzin Yazıları

← Re: Ölçek Kullanım İzni



Ayşegül Bilge <abilge73@gmail.com>

9.06.2020 Sal 12:22

Kime: Siz

Sevgili Yasemin,

RHIÖ'yü tezinizde kullanabilirsiniz.

Prof.Dr.Ayşegül BİLGE

EK-11. Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi Oturumları

1. OTURUM-TANIŞMA, PROGRAMIN TANITILMASI, GRUP BİLİNCİNİN OLUŞTURULMASI
AMAÇLAR ve HEDEFLER
1.Amaç: Grup üyelerinin birbirleriyle tanışması, gruba oryantasyonunun sağlanması ve grup kurallarının belirlenmesini sağlamak.
Hedef 1: Grup üyeleri gruptaki diğer bireylere kendilerini tanıtır.
Hedef 2: Grup kurallarının önemini ifade eder.
Hedef 3: Gruba sürekli katılımın önemini ifade eder.
Hedef 4: Grup üyeleri, grup sürecinden beklentilerini paylaşırlar.
2.Amaç: Ruhsal İlk Yardım Eğitimi' programını tanımlarını sağlamak.
Hedef 1: 'Ruhsal İlk Yardım'ın tanımını yapar.
Hedef 2: Ruhsal İlk Yardım'ın amacını ifade eder.
Hedef 3: Ruhsal İlk Yardım Eğitimi'nin yararlarını sıralar.
Hedef 4: Ruhsal İlk Yardım Eğitimi' programının eylem planını ifade eder (İntihar ve kendine zarar verme riskini değerlendirme, yargılamadan dinleme, güvence ve bilgi verme, uygun profesyonel yardıma yönlendirme, kendi kendine yardım stratejilerine teşvik etme).
Hedef 5: 'Ruhsal İlk Yardım Eğitimi' programının kaç oturumdan oluşacağını, oturumların süresini ve sıklığını ifade eder.
3.Amaç: Grup üyelerinin Ruhsal hastalıklara yönelik kendi olumsuz düşünce ve inançlarını farketmelerini sağlamak.
Hedef 1: Ruhsal İlk Yardım oturumlarında anlatılacak ruhsal hastalıklara yönelik düşünce ve inançlarını ifade eder.
2. Programın tanıtımı (Grup lideri tarafından grubun amacı, süresi, sıklığı hakkında bilgi verilmesi, grup kurallarının belirlenmesi ve gelen soruların cevaplanması)
Grup lideri grubun bir arada bulunma amacını açıklar. Ruhsal İlk Yardım Eğitimi programının genel bir tanıtımını yapar (programın toplam süresi, oturum sıklığı, kullanılacak yöntemler vb.)
Lider, "ruhsal ilk yardım", "ruh sağlığı okuryazarlığı" kelimelerinin ne anlama geldiğini grup üyelerine sorar.
Üyelerden alınan cevaplara göre lider bu kelimelerin anlamını açıklar.
Lider, 'Ruhsal İlk Yardım Eğitimi' programının amacını üyelere açıklar.
Grup lideri, 'Ruhsal İlk Yardım Eğitimi' programında anlatılacak olan ruhsal bozuklukları (Anksiyete Bozuklukları, Depresyon ve İntihar Düşünce ve Davranışlarında İlk Yardım, Psikoz, Alkol Madde Kullanım Bozuklukları) bir tahtaya yazar ve grup süreci içinde bu hastalıkların ele alınacağını açıklar.
Grup üyelerine, anlatılacak olan ruhsal bozukluklarla ilgili daha önce neler bildikleri/duydıkları sorulur ve tartışılır.
Grup üyelerinden gelen cevaplar doğrultusunda doğru bilinenler desteklenir yanlış bilinenler düzenlenir.
Daha sonra grup üyelerinin katılımı ile birlikte grup kuralları belirlenir.
Grup lideri, üyelerin konuşulanlarla ilgili soruları olup olmadığını sorar.
Grup lideri, gelen sorular varsa cevaplar.
3. Grup üyelerinin beklentilerinin paylaşılması
Grup lideri, grup üyelerine program ile ilgili duygu ve düşüncelerini sorar.
Gönüllü üyeden başlayarak gelen cevaplar doğrultusunda etkileşim sağlanır.
Üyeler grup sürecinden beklentilerini grupla paylaşırlar.
Uygun olan beklentiler desteklenir, gerçekçi olmayan, ya da yanlış anlaşılabilir noktalar düzeltilir, anlaşılmayan noktalar için gerekli açıklamalar yapılır.
2. OTURUM: ANKSİYETE BOZUKLUKLARINDA İLK YARDIM
AMAÇLAR ve HEDEFLER
1.Amaç: Anksiyetenin tanımını, Anksiyete Bozukluklarının yaygınlık düzeylerini ve Anksiyete Bozukluklarına neden olan faktörleri öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Anksiyetenin genel bir tanımını yapar.
Hedef 2: Anksiyete Bozukluklarının yaygınlık düzeyini ifade eder.
Hedef 3: Anksiyete Bozukluklarına neden olan faktörleri ifade eder.
2. Amaç: Anksiyete düzeylerini farketmelerini sağlamak.
Hedef 1: Anksiyete düzeylerini tanımlar (hafif, orta ve panik düzeyinde).
Hedef 2: Kendi deneyimlediği anksiyetenin düzeyini ve belirtilerini tanımlar.

EK-11. (devam) Ruh Sağlığı İlk Yardımı Eğitimi Oturumları

3.Amaç: Anksiyete Bozukluklarından ‘Ruhsal İlk Yardım’ uygulanacak hastalık gruplarını tanımlarını sağlamak.
Hedef 1: Anksiyete bozukluklarından Ruhsal İlk Yardım uygulanacak hastalıkları (panik bozukluk ve agorafobi) ifade eder.
4.Amaç: Panik Bozukluğun tanımını ve belirtilerini öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Panik bozukluğu tanımlar.
Hedef 2: Panik bozukluğun belirtilerini ifade eder.
5. Amaç: Agorafobinin tanımını ve belirtilerini öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Agorafobiyi tanımlar.
Hedef 2: Agorafobinin belirtilerini açıklar.
6. Amaç: Panik bozuklukta ilk yardım uygulama basamaklarını farketmelerini sağlamak.
Hedef 1: Panik atak geçiren bireyde uygulanacak ilk yardım basamaklarını (panik atak geçmişi olup olmadığını öğrenmek, kısa, açık ve anlaşılır cümleler kurmak, bireyin güvende olduğu konusunda desteklemek, nefes egzersizi uygulamak) ifade eder.
Hedef 2: Rol oynama çalışmasında ilk yardım basamaklarını uygular.
YÖNTEM
1. Anlatım (Powerpoint sunumu)
2. Soru-cevap
3.Deneyimlerin paylaşılması
4.Rol oynama
5.Grup tartışması
6.Pekiştireç verme
7.Özetleme
SÜREÇ VE İÇERİK
1.Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması
Lider grup üyelerinden ilk oturum ile ilgili geri bildirim vermelerini ister.
Geri bildirim vermek isteyenlerin paylaşımları değerlendirilir, gelen sorular net olarak cevaplanır, katkılar olumlu pekiştireç verilerek desteklenir.
2. Grup üyelerinin duygu-durumlarının paylaşılması
Grup lideri, üyelere geçtiğimiz bir haftanın nasıl geçtiğini, kendilerini nasıl hissettiklerini sorar.
Grup lideri gönüllü üyeden başlayarak cevapları alır.
3. Oturum konusunun paylaşılması
Lider, “ruhsal ilk yardım”, “ruh sağlığı okuryazarlığı” kelimelerinin ne anlama geldiğini grup üyelerine sorar.
Üyelerden alınan cevaplara göre lider bu kelimelerin anlamını açıklar.
Grup lideri Ruhsal İlk Yardım Eğitimi programının tanıtımını yapar (amacı, eylem planı, yararları)
Grup lideri, bu oturumda üzerinde konuşulacak konuları genel başlıklarıyla ifade eder.
Grup üyelerine oturumlarda tartışılacak hastalıklarla ilgili düşünce ve inançları sorulur, grup tartışması yapılır.
Grup üyelerine anksiyete ve panik atak kavramlarının ne anlama geldiği sorulur.
Gönüllü üyelerin verdiği cevaplar alınır.
Grup lideri anksiyete bozukluklarını tanıtmak için genel bir bilgilendirme yapar.
Grup üyelerine anksiyete bozukluğuna neden olabilecek faktörlerin neler olduğu sorulur buna yönelik düşünceleri varsa paylaşımları için cesaretlendirilir.
Grup lideri anksiyete bozukluklarının yaygınlığını ve neden olan faktörleri açıklar, bu doğrultuda cevap veren üyelerin katkıları olumlu pekiştireç verilerek desteklenir, yanlış bilinenler düzeltilir.
Grup lideri anksiyetenin düzeyleri ve anksiyete bozuklukları sınıflamasına giren ve Ruhsal İlk Yardım uygulanacak hastalık grupları hakkında bilgilendirme yapar.
Grup üyelerine, kendilerinde ya da çevrelerindeki insanlarda anksiyete bozukluğunun belirtilerini gösteren bireylerin olup olmadığı sorulur, deneyimlerini paylaşması için cesaretlendirilir.
Gönüllü üyeden başlanarak gelen cevaplar alınır.
Grup üyelerine anksiyete düzeyleri yükseldiğinde ya da çevresinde böyle birini gördüğünde neler yaptığı, nasıl bir yol izlediği sorulur.
Tüm bu konuşulanlar çerçevesinde üyelerin soruları olup olmadığı sorulur.
Gelen cevaplar doğrultusunda olumlu pekiştireç verilerek desteklenir ya da yanlış bilinenler düzeltilir.

EK-11. (devam) Ruh Sağlığı İlk Yardım Eğitimi Oturumları

Grup lideri panik bozukluğun tanımı, belirtileri ve panik bozukluktaki ilk yardım basamakları (panik atak geçmişi olup olmadığını öğrenmek, kısa, açık ve anlaşılır cümleler kurmak, bireyin güvende olduğu konusunda desteklemek, nefes egzersizi uygulamak) hakkında bilgilendirme yapar.
Panik bozukluktaki ilk yardım basamakları yazılı olan kağıt üyelere dağıtılır ve 5 dakika süre verilir, okumaları sağlanır.
Daha sonra üyelerle rol oynama yapılır. Üyelerden biri alışveriş yaparken panik atak geçiren bir birey diğerleri ona yardım eden, alışveriş yapan diğer bireyler rolünü üstlenir. Alışveriş yapan iki kişinin, panik atak geçiren bireye ilk yardım basamaklarını uygulaması beklenir.
Rol oynama sonrasında üyelerin kendilerini nasıl hissettiği sorulur.
Canlandırılan rol oynama ile ilgili üyelerden geri bildirim alınır, eksiklikler tamamlanır ve yanlış bilinenler düzeltilir.
Grup lideri agorafobinin tanımını ve belirtileri hakkında bilgilendirme yapar. Örnek bir vaka ile agorafobiyi açıklar.
Daha sonra grup üyelerinin örnek üzerinden grup etkileşimi sağlayarak tartışmaları istenir.
Örnek durum üzerinden grup etkileşimi sağlandıktan sonra grup lideri konu ile ilgili toparlayıcı bilgi verir.
4. Oturumun özetlenmesi
Grup lideri, gruba oturumu özetlemek için gönüllü bir üye olup olmadığını sorar.
Eğer varsa bu üyeden oturumu özetlemesini ister.
Eğer özetleme için gönüllü bir üye olmazsa lider oturumu kendi özetler ve üyelere sonraki oturumlarda bu özetlemeleri grup üyelerinden isteyeceğini belirtir.
5. Ev ödevi verilmesi
Oturumda üyelere dağıtılan panik atakta ilk yardım basamakları kağıdını ve gruptaki deneyimlerini aile bireyleriyle paylaşması istenir.
Ev ödevini tüm üyelerin anlaması sağlanır, gelen sorular varsa cevaplanır ve oturum sonlandırılır.
Lider, bir sonraki oturum gündemi ile ilgili grup üyelerini bilgilendirir.
3. OTURUM- DEPRESYON, İNTİHAR DÜŞÜNCESİ VE DAVRANIŞLARI OLANLARDA İLK YARDIM
AMAÇLAR VE HEDEFLER
1.Amaç: Depresyon yaşayan bireyde görülen belirtileri tanımlayabilmelerini ve depresyon yaşayan bireye nasıl yaklaşacağını öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Depresyon yaşayan bireylerde görülen belirtileri söyler.
Hedef 2: Depresyon yaşayan bireye yaklaşımda uygulanacak basamakları sıralar.
2.Amaç: Depresyondaki bireye bilgi vermek üzere ulaşılan kaynakların doğruluğunu test edebilmelerini sağlamak.
Hedef 1: Depresyon yaşayan bireye verilmek için ulaşılan kaynakların güvenilirliğini ölçen soruları söyler.
Hedef 2: Günlük hayatta bilgi edinmek için kullandığı bilgi kaynaklarını ifade eder.
3.Amaç: Depresyonda olan bireye destek olurken uygulanacak ilk yardım basamaklarını öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Depresyonda olan bireye destek olurken izlenecek ilk yardım basamaklarını (kişinin özerkliğine saygı duyma, tutarlı destek ve anlayış sunma, bireyi duygu ve düşüncelerini paylaşması için cesaretlendirme, iyi ve aktif bir dinleyici olma, bireyle ilgili gerçekçi beklentilere sahip olma, bireye güçlü yönlerini farketme, umut aşılama) söyler.
Hedef 2: Rol oynama çalışmasında depresyon yaşayan bireye destek olurken izlenecek basamakları uygular.
4.Amaç: Depresyonda olan bireye yaklaşımda uygun olmayan tutumları (yargılayıcı, aşırı şefkatli, aşırı endişeli ve korumacı tutum) fark etmelerini sağlamak.
Hedef 1: Depresyon yaşayan bireye yaklaşımda uygun olmayan tutumları ifade eder.
Hedef 2: Grup tartışmasında depresyon yaşayan bireye yaklaşımda uygun olmayan tutumları analiz eder, grup üyeleriyle fikirlerini paylaşır.
5.Amaç: Depresyonda olan bireyin profesyonel yardım alması gereken durumları öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Depresyonda olan bireyin profesyonel yardım alması gereken durumların önemini ifade eder.
6.Amaç: Kendi kendine yardım stratejilerini öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Kendi kendine yardım stratejilerinin neler olduğunu söyler.
Hedef 2: Grup üyeleriyle kendi uyguladığı yardım stratejilerini paylaşır.

EK-11. (devam) Ruh Sağlığı İlk Yardımı Eğitimi Oturumları

7.Amaç: Kişi profesyonel yardım almak istemiyorsa izlenebilecek yolları (yardım istememe nedenini öğrenme, endişeleri varsa cesaretlendirme, kararına saygı duyma, fikrini değiştirirse destek olma teminatı verme) öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Profesyonel yardım almak istemeyen kişiye yapılacakları söyler.
Hedef 2: Profesyonel yardım almak istemeyen bireyde izlediği yolları grup üyelerine ifade eder.
8. Amaç: İntihar düşüncesi olan bireydeki işaretlerin neler olduğunu öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: İntihar düşüncesi olan bireyde olabilecek işaretleri söyler.
Hedef 2: İntihar düşüncesi olan bir bireyle karşılaşmış grup üyeleri, gözlemediği intihar düşüncesi işaretlerini grup üyeleriyle paylaşır.
9. Amaç: İntihar riskinin yüksek olduğu durumları ve intihar girişim nedenlerini öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: İntihar riskinin yüksek olduğu durumları ve intihar nedenleri ifade eder.
10. Amaç: İntihar düşüncesi olan bireye yaklaşırken uygulanacak basamakları (nasıl konuşulacağı, nelerin yapıp yapılmayacağı vb.) öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: İntihar düşüncesi olan birine yaklaşırken uygulanacak basamakları ifade eder.
Hedef 2: İntihar düşüncesi olan birine yaklaşırken uygulanacak basamakların önemini farkedir.
11. Amaç: İntihar düşüncesi olan bireyin durumunun aciliyetini nasıl anlayacağını öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: İntihar düşüncesi olan bireyin aciliyet durumunu belirten işaretleri ifade eder.
12. Amaç: İntihar düşüncesi olan bireyi güvende tutmak için yapılacaklar ve güvenlik planını öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: İntihar düşüncesi olan bireyi güvende tutacak davranışları ve güvenlik planını ifade eder.
Hedef 2: Rol oynama çalışmasında intihar eğilimi olan bireyi güvende tutacak davranışları uygular.
Hedef 3: İntihar düşüncesi olan birey ile intihar sözleşmesini nasıl yapacağını bilir ve sözleşme hazırlar.
13. Amaç: Profesyonel yardımın tanımını ve intihar eğilimi olan bireyi hangi durumlarda profesyonel yardıma yönlendireceğini öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Profesyonel yardımın tanımını yapar.
Hedef 2: İntihar düşüncesi olan bireyi hangi durumlarda profesyonel yardıma yönlendireceğini söyler.
14. Amaç: İntihar düşüncesi olan kişi intihar düşüncesini ya da planını ailesinden ya da yakınlarından gizlemeyi teklif ettiğinde yapılacakları öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: İntihar düşüncesi olan kişi intihar düşüncesini ya da planını gizlemeyi teklif ettiğinde yapılacakları söyler.
Hedef 2: İntihar düşüncesi olan kişi intihar düşüncesini ya da planını gizlemeyi teklif ettiğinde yapılacaklarla ilgili duygu ve düşüncelerini grup üyelerine ifade eder.
15. Amaç: İntihar düşüncesi olan kişi intihar girişiminde bulduysa yapılacakları öğrenmelerini sağlamak (Bireylere rehber kitapçık verilecektir).
Hedef 1: İntihar düşüncesi olan kişi intihar girişiminde bulduysa yapılacakların önemini ifade eder.
YÖNTEM
1. Anlatım (Powerpoint sunumu)
2. Soru-cevap
3. Deneyimlerin paylaşılması
4. Rol oynama
5. Grup tartışması
6. Pekiştirme
7. Özetleme
SÜREÇ VE İÇERİK
1. Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması
Lider grup üyelerinden ilk oturum ile ilgili geri bildirim vermelerini ister.
Geri bildirim vermek isteyenlerin paylaşımları değerlendirilir, gelen sorular net olarak cevaplanır, katkılar olumlu pekiştirilerek desteklenir.
2. Grup üyelerinin duygu-durumlarının paylaşılması
Grup lideri, üyelere geçtiğimiz bir haftanın nasıl geçtiğini, kendilerini nasıl hissettiklerini sorar.
Grup lideri gönüllü üyeden başlayarak cevapları alır.
3. Ev ödevlerinin değerlendirilmesi
Grup lideri tarafından, ikinci oturumda verilen 'panik atakta ilk yardım basamakları' listesini aile bireyleriyle paylaşma ile ilgili ödevi kontrol eder.
Üyelerden gelen sorular varsa cevaplanır.

EK-11. (devam) Ruh Sağlığı İlk Yardımı Eğitimi Oturumları

Üyelerin ev ödevi yapma ile ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşması istenir.
Paylaşma gönüllü üyeden başlanır ancak gönüllü olan yoksa lider üyelerden birini seçer ve duygu ve düşüncelerini paylaşması istenir.
4. Oturum konusunun paylaşılması
Grup lideri, bu oturumda üzerinde konuşulacak konuları genel başlıklarıyla ifade eder.
Grup üyelerine depresyon işaretlerinin neler olabileceğini gruba sorar.
Gönüllü üyeden başlayarak tüm üyelerin konuşması sağlanır.
Grup lideri depresyon, depresyonda görülen işaretler ve depresyonda olan kişiye yaklaşım ile ilgili genel bir bilgilendirme yapar.
Grup üyelerine daha önce depresyon yaşayan birine destek olup olmadıkları ve nasıl bir yol izledikleri sorulur, deneyimlerini paylaşması için cesaretlendirilir.
Grup üyelerinin ifade ettiği doğru yaklaşımlar olumlu pekiştirilerek desteklenir.
Grup üyelerine günlük hayatta bilgi edinmek için kullandığı bilgi kaynakları sorulur, düşüncelerini paylaşması için cesaretlendirilir.
Grup lideri, depresyonda olan bireye destek vermek için ulaşılan kaynakların güvenilirliğini test eden yollar hakkında bilgilendirme yapar.
Grup lideri depresyon yaşayan bireye destek olurken izlenecek ilk yardım basamakları (tutarlı duygusal destek, iletişim kurmaya cesaretlendirme, iyi ve aktif bir dinleyici olma, bireye yönelik gerçekçi beklentilere sahip olma, bireyi güçlü yönlerine odaklama, iyileşmeye yönelik umut aşılama ve destek sağlama hakkında bilgilendirme yapar.
Gönüllü üyelerle rol oynama çalışması yapılır, ve üyelerin depresyon yaşayan bireye yaklaşımı, destek olurken izlenecek ilk yardım basamaklarını canlandırması beklenir.
Grup lideri depresyon yaşayan bireye yardımcı olmayan tutumlar hakkında bilgilendirme yapar.
Grup üyelerine depresyon yaşayan bireye yardımcı olmayan tutumlardan eklemek istediği ya da doğru/yanlış bulunduğu tutumlar sorulur grubun konu hakkında fikir alışverişi yapması sağlanır.
Grup lideri depresyon yaşayan bireyde uzman yardımı alınması için gerekli durumlar hakkında bilgilendirme yapar.
Grup üyelerine 'Kendi kendine yardım stratejileri' kavramını ve deneyimlerini sorar, düşünce ve deneyimlerini paylaşmaları için cesaretlendirilir.
Grup lideri depresyon yaşayan birey profesyonel yardım almak istemiyorsa yapılacaklar hakkında bilgilendirme yapar.
Grup üyelerine kendi yaşamlarında, profesyonel yardım almak istemeyen depresyon hastasına yapılacaklardan hangisini tercih ettiklerini sorar, grup tartışması yapılır.
Grup üyelerine konuşulanlarla ilgili soruları olup olmadığı sorulur, sorular cevaplandırılır.
Grup lideri intihar düşüncesi olan bireylerde görülen işaretler hakkında bilgi verir.
Grup üyelerine daha önce intihar eğilimi olan bir bireyle karşılaşmış ve nasıl belirtiler gözlemledikleri sorulur.
Grup üyelerine intihar riski yüksek kişilerin kimler olabileceği ve intihar girişiminin nedenleri sorulur.
Grup lideri intihar riskinin yüksek olduğu durumlar ve intihar girişim nedenleri hakkında bilgilendirir.
Grup lideri intihar düşüncesi olan birine yaklaşırken uygulanacak basamaklar hakkında bilgilendirme yapar.
Grup üyelerine bu basamakların yazılı olduğu liste verilir ve 10 dakika zaman tanınır. Süre sonunda intihar düşüncesi olan bireye yaklaşırken uygulanacak basamakları söylemeleri istenir. Gönüllü üyeden başlayarak cevaplar alınır.
Grup üyelerine intihar düşüncesi olan bireyin durumunun aciliyetini nasıl anlaşılabilirliği ve daha önce böyle bir durumla karşılaşmış ve karşılaşmadıkları sorulur, deneyimleri varsa paylaşmaları için cesaretlendirilir.
Grup lideri intihar düşüncesi olan bireyin durumunun aciliyetini değerlendirme hakkında bilgi verir.
Grup lideri intihar düşüncesi olan bireyi güvende tutacak davranışlar ve güvenlik planı hakkında bilgilendirme yapar.
Grup üyeleriyle rol oynama çalışması yapılır. Rol oynama çalışması öncesi grup üyelerine, intihar düşüncesi olan bireyi güvende tutacak davranışları ve güvenlik planını yeniden okuması için 10 dakika süre verilir. Rol oynama çalışmasında üyelerden biri intihar eğilimi olan bireyi diğer iki kişi bireyi güvende tutmak için cesaretlendirecek kişiler olarak belirlenir. Bu süreçte intihar düşüncesi olan bireyi güvende tutacak davranışları ve güvenlik planını uygulamaları beklenir.

EK-11. (devam) Ruh Sağlığı İlk Yardımı Eğitimi Oturumları

Grup lideri profesyonel yardımın tanımını yapar ve intihar düşüncesi olan bireyi, hangi durumlarda profesyonel yardıma yönlendirileceği hakkında bilgilendirme yapar.
Grup üyelerine profesyonel yardım deyince akıllarına ilk gelen şeyin ne olduğu sorulur ve düşüncelerini paylaşmaları için fırsat verilir.
Grup lideri intihar düşüncesi olan kişi intihar düşüncesini ya da planını ailesinden ya da yakınlarından gizlemeyi teklif ettiğinde yapılacaklar hakkında bilgilendirme yapar.
Grup üyelerine, intihar düşüncesi olan birey kendilerinden intihar düşünce ve planını gizlemelerini isterse nasıl bir yol izlemeleri gerektiği ve bu konu ile ilgili düşüncelerinin neler olduğu sorulur, grup tartışması yapılır.
Grup lideri, intihar düşüncesi olup, kişi intihar girişiminde bulunan bireye yönelik girişimler hakkında bilgilendirme yapar.
Grup üyelerine soruları olup olmadığı sorulur, anlaşılmayan ya da tekrarlanması istenen kısımlar tekrarlanır.
5.Oturumun Özetlenmesi
Grup lideri oturumu özetlemek için gönüllü üye olup olmadığını sorar. Eğer varsa bu üyeden oturumu özetlemesini ister.
Eğer özetleme için gönüllü üye olmazsa, lider oturumu kendi özetler ve üyelere sonraki oturumlarda grup üyelerinden isteyebileceğini belirtir.
Grup lideri bir sonraki oturum gündemiyle grup üyelerini bilgilendirir.
4.OTURUM- PSİKOZDA İLK YARDIM
AMAÇLAR ve HEDEFLER
1.Amaç: Psikozun tanımını öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Psikozun tanımını yapar.
2.Amaç: Psikozun hangi hastalıklarda görüldüğünü öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Psikozun hangi hastalıklarda görüldüğünü ifade eder.
3. Amaç: Psikozda görülen yaygın işaretler ve belirtileri öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Psikozda görülen; duygu, düşünce ve davranışlardaki belirtileri söyler.
Hedef 2: Çevresinde psikoz yaşayan bireyler varsa, gözlemlediği hastalık belirtilerini ifade eder.
4.Amaç: Psikoz yaşayan birine nasıl yaklaşılacağını öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Psikoz yaşayan birine yaklaşırken (yargılayıcı olmama, dikkat dağıtıcı olmayan güvenli bir ortamda konuşma, yeterli zaman ayırma, güvenlik endişesi varsa güvenlik desteği sağlayacak birini bulundurma, yaklaşımı ve endişenizi kişinin davranış biçimine uyarılama (şüphe varsa), uygulanacak basamakları sıralar.
5.Amaç: Psikoz yaşayan bireyle yaşadıkları hakkında konuşurken, iletişim kurarken nelere dikkat edileceğini (tıbbi terminoloji içermeyen, açık, anlaşılabilir, basitleştirilmiş dil kullanma, yargılamadan dinleme, beden dilini en aza indirme(göz teması kurmak istemiyor veya dokunulmayı tehdit olarak algılıyorsa), öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Psikoz yaşayan bireyle yaşadıkları hakkında konuşurken dikkat edilecekleri söyler.
Hedef 2: Psikoz yaşayan bireyle iletişim kurarken dikkat edilecekleri söyler.
6.Amaç: Psikoz yaşayan bireyi nasıl anlayacaklarını ve ona nasıl destek olacaklarını öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Psikoz yaşayan bireyi anlamak ve desteklemek için yapılacakları söyler.
7.Amaç: Psikoz yaşayan bireyin özerkliğine ve onuruna saygı duymanın önemini öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Psikoz yaşayan bireyin özerkliğine ve onuruna saygı duymanın önemini ifade eder.
8.Amaç: Psikoz yaşayan bireydeki halüsinasyonlara ve hezeyanlara nasıl yanıt verileceğini ve yapılmaması gerekenleri (kişinin halüsinasyon ve hezeyanlarına katılıyormuş gibi yapmama, halüsinasyon ve hezeyanlarla ilgili mantık yürütmeye çalışma, halüsinasyon ve hezeyanları reddetme ya da küçümseme, halüsinasyon ve hezeyanları azaltan durumları sorma ve bunu yapmaya teşvik etme, çevredeki insanları yargılayıcı tutumdan vazgeçmeye teşvik etme, kafası karışmış korkmuş bireye sevgiyi ifade etme ve destekleme) öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Psikoz yaşayan bireydeki halüsinasyon ve hezeyanlara nasıl yanıt verileceğini ifade eder.
Hedef 2: Psikoz yaşayan bireydeki halüsinasyon ve hezeyanlara cevap verirken yapılmaması gerekenlerin önemini ifade eder.
9. Amaç: Kişi paranoya yaşıyorsa yapılacakları (gerçek bir tehdit olmadığını ancak güvende hissetmesi için yanında kalacağını söyleme, kısa, basit talimatlar verme, destek olan bireyin güvende olacağı mesafede yanında kalma, güvenliyse korkularına neden olan şeyden uzaklaşması için cesaretlendirme, paranoyayı arttıracak beden dili ve konuşmayı kullanmama gibi) öğrenmelerini sağlamak.

EK-11. (devam) Ruh Sağlığı İlk Yardımı Eğitimi Oturumları

Hedef 1: Paranoya yaşayan bireye uygulanacak girişimleri ifade eder.
Hedef 2: Rol oynama çalışmasında paranoya yaşayan bireye uygulanacak girişimleri canlandırır.
10. Amaç: Psikoza bağlı iletişimi etkilenen ve iletişimde zorluk yaşanan bireyle nasıl iletişim kurulacağını öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Psikoza bağlı iletişimi etkilenen bireyle iletişim kurma yollarını ifade eder.
Hedef 2: Psikoza bağlı iletişimi etkilenen bireyde uygulanacak yanlış tutumları ifade eder.
11. Amaç: Psikoz yaşayan kişiyi profesyonel yardım almaya nasıl yönlendireceğini ve teşvik edeceğini öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Psikoz yaşayan bireyi profesyonel yardıma yönlendirme ve teşvik etme basamaklarını ifade eder.
12. Amaç: Psikoz yaşayan kişi profesyonel yardım almak istemezse nasıl yaklaşılacağını öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Psikoz yaşayan kişi profesyonel yardım almak istemediğinde nasıl yaklaşılacağını ifade eder.
Hedef 2: Grup tartışmasında, psikoz yaşayan bireyde profesyonel yardım almanın önemini ifade eder.
13. Amaç: Psikoz yaşayan bireyin geçmişte kullandığı kendi kendine yardım stratejileri ve diğer destek kaynaklarını bilmenin, bireye yol göstermedeki önemini öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Psikoz yaşayan bireyin kendi kendine yardım stratejilerini ve destek kaynaklarını bilmenin kişiye yol göstermedeki önemini ifade eder.
14. Amaç: Ağır psikotik atak geçiren bireyde görülen belirtileri öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Ağır psikotik atak geçiren bireyde görülebilen belirtileri ifade eder.
15. Amaç: Ağır psikotik atak geçiren bireye yaklaşırken güvenlik açısından dikkat edilecekleri öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Ağır psikotik atak geçiren bireye yaklaşırken güvenlik açısından dikkat edileceklerin önemini ifade eder.
Hedef 2: Grup tartışmasında ağır psikotik atak geçiren bireye yaklaşırken güvenlik açısından dikkat edilecekleri ifade eder.
16. Amaç: Psikoz yaşayan kişi agresif davranmaya başlarsa nasıl yaklaşılacağını öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Psikoz yaşayan kişi agresif davranmaya başlarsa nasıl yaklaşılacağını ifade eder.
Hedef 2: Psikoz yaşayan bireyi profesyonel yardıma yönlendirme ve teşvik etme basamaklarını ifade eder.
17. Amaç: Psikoz yaşayan kişinin intihar riski varsa nasıl yaklaşılacağını öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Psikoz yaşayan kişinin intihar riski varsa nasıl yaklaşılacağının önemini ifade eder.
18. Amaç: Psikoz yaşayan birine destek olan bireyin kendine nasıl destek olacağını öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Grup tartışmasında, psikoz yaşayan birine destek olan bireyin kendi kendine destek olacağı davranışları ifade eder.
YÖNTEM
1. Anlatım (Powerpoint sunumu)
2. Soru Cevap
3. Rol oynama
4. Deneyimlerin paylaşılması
5. Grup tartışması
6. Pekiştirme verme
7. Video gösterimi
8. Özetleme
SÜREÇ VE İÇERİK
1.Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması
Lider grup üyelerinden ilk oturum ile ilgili geri bildirim vermelerini ister.
Geri bildirim vermek isteyenlerin paylaşımları değerlendirilir, gelen sorular net olarak cevaplanır, katkılar olumlu pekiştirilerek desteklenir.
2.Grup üyelerinin duygu-durumlarının paylaşılması
Grup lideri, üyelere geçtiğimiz bir haftanın nasıl geçtiğini, kendilerini nasıl hissettiklerini sorar.
Grup lideri gönüllü üyeden başlayarak cevapları alır.
3.Oturum konusunun paylaşılması
Grup lideri, bu oturumda üzerinde konuşulacak konuları genel başlıklarıyla ifade eder.
Grup üyelerine 'psikoz' kavramının ne anlama geldiği sorulur.
Gönüllü üyelerin verdiği cevaplar değerlendirilir, yanlış bilinenler düzeltilir.

EK-11. (devam) Ruh Sağlığı İlk Yardımı Eğitimi Oturumları

Grup lideri psikozun genel bir tanımını yapar, hangi hastalıklarda görüldüğü ve psikozda görülen yaygın işaret ve belirtiler hakkında genel bir bilgilendirme yapar.
Grup üyelerine çevrelerinde psikoz tanısı almış ve benzer belirtiler gösteren bireyler olup olmadığı sorulur, deneyimleri varsa paylaşımları için cesaretlendirilir.
Grup lideri, psikoz yaşayan birine yaklaşımda (iletişim kurma, yaşadıkları hakkında konuşma, anlamaya çalışma, destek olma) yapılması gerekenler hakkında bilgilendirme yapar.
Grup üyelerine psikoz yaşayan bireylerde yaklaşırken uygulanacak basamakların neler olduğu sorulur. Gönüllü üyelerden cevaplar alınır.
Grup üyelerine psikoz gibi ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin, tedavisinde bağımsızlığına saygı göstermenin önemli olup olmadığı sorulur, düşüncelerini paylaşımları sağlanır.
Grup lideri psikoz yaşayan bireyin bağımsızlığına ve onuruna saygı duymanın önemi hakkında bilgi verir.
Grup üyelerine halüsinasyon ve hezeyan kavramını sorar, gönüllü üyelerden gelen cevaplar alınır, yanlış bilinenler düzeltilir.
Grup lideri halüsinasyon ve hezeyan kavramını açıklar, psikoz yaşayan bireydeki halüsinasyon ve hezeyanlara nasıl yanıt verileceği (empati kurmak, saygı duymak, yargılamamak) ve yanıt verirken yapılmaması (onaylamak, mantık yürütmeye çalışmak, inkar etmek, korkmuş-utanmış gibi davranmak, yargılamak) gerekenler hakkında bilgi verir.
Grup üyelerine halüsinasyon ve hezeyanlara yanıt verirken yapılmaması gerekenleri okumaları için 5 dakika zaman verilir ve yapılmaması gereken tutumlar üzerinde grup tartışması yapılır, grup üyeleri konuşması için cesaretlendirilir.
Grup lideri paranoya kavramını ve psikozu olan kişi paranoya yaşıyorsa nasıl yaklaşılacağı hakkında bilgilendirme yapar.
Grup üyelerinden gönüllü iki kişiyle rol oynama çalışması yapılır. Bir kişi paranoya yaşayan psikozu olan kişiyi, diğeri ona yaklaşmaya destek olmaya çalışan kişiyi canlandırır. Grup üyelerinden yaklaşımda kullanılacak teknikleri göstermeleri beklenir. Rol oynama sonrasında üyelere kendilerini nasıl hissettikleri sorulur.
Grup lideri kişinin psikozla bağlı iletişimi etkilenmişse, iletişim kurmak için ve iletişimde zorluk yaşadığında yapılacaklar hakkında bilgilendirme yapar.
Grup üyelerine psikozla bağlı iletişim problemi yaşayan kişilerde iletişim sırasında yapılacak yanlış tutumların neler olabileceği sorulur, gönüllü üyeden başlayarak tüm üyelerin konuşması sağlanır.
Grup lideri psikoz yaşayan bireyin profesyonel yardıma nasıl yönlendirileceği ve teşvik edileceği, profesyonel yardım almak istemezse neler yapılabileceği hakkında bilgi verir.
Grup üyelerine, psikoz yaşayan bireyde profesyonel yardım almanın nasıl bir yarar sağlayacağı sorulur, gönüllü üyeden başlayarak cevaplar alınır.
Grup lideri, psikoz yaşayan bireyin geçmişteki kendi kendine yardım becerilerinin ve destek kaynaklarını bilmenin kişiye yol göstermede etkisi hakkında bilgilendirme yapar.
Grup üyelerine psikoz yaşayan bireyde destek kaynaklarının tedavide nasıl faydası olabileceği sorulur. Düşüncelerini paylaşması için cesaretlendirilir.
Grup üyelerine ağır psikotik atak geçiren bireyde ne gibi belirtiler görülebileceği sorulur, cevaplar tahtaya yazılır.
Grup lideri, ağır psikotik atak belirtilerini, bu bireye yaklaşırken alınması gereken güvenlik önlemlerini, yardım arama sürecinde bireye nasıl yaklaşılacağı hakkında bilgilendirme yapar. Grup üyelerinin verdiği cevaplar doğrultusunda konuyla bağlantılı cevaplar verenlere olumlu pekiştirme verilir, yanlış bilinenler düzeltilir.
Grup üyelerine, psikotik dönemde olan ve agresif davranışlar sergileyen, psikoz yaşayan biriyle yaşadığımızda ya da karşılaştığımızda kendilerini korumak için alacakları güvenlik önlemleri sorulur.
Grup lideri, ağır psikoz yaşayan kişi agresif davranmaya başlarsa nasıl yaklaşılacağı hakkında bilgi verir.
Grup lideri, ağır psikoz yaşayan kişinin intihar riski varsa dikkat edilecekler hakkında bilgi verir.
Grup lideri psikoz yaşayan bireye yardımcı olan kişinin, kendi kendine yardım stratejilerini kullanmasının önemi hakkında bilgi verir.
Grup üyelerine, ailesinde ve çevresinde ruhsal hastalığı olan kişilerin yaşayabileceği güçlüklerin neler olabileceği ve kendilerini desteklemek için neler yapabilecekleri sorulur, verilen cevaplar üzerine tartışılır.

EK-11. (devam) Ruh Sağlığı İlk Yardımı Eğitimi Oturumları

Grup lideri, 'Biz, siz, onlar' belgeselinden kısa bir bölüm izletir ve grup üyelerinin belgesel hakkındaki düşüncelerini sorar. Grup üyelerinin verdiği cevaplar doğrultusunda konuyla bağlantılı cevaplar verenlere olumlu pekiştirme verilir, yanlış bilinenler düzeltilir.
Grup üyelerine konu ile ilgili soruları olup olmadığı, tekrar edilmesini istedikleri yer olup olmadığı sorulur.
4.Oturumun özetlenmesi
Grup lideri, gruba oturumu özetlemek için gönüllü bir üye olup olmadığını sorar. Eğer varsa bu üyeden oturumu özetlemesini ister.
Gönüllü bir üye yoksa lider özetleme yapması için üyelere birini kendisi seçer.
Grup lideri konu ile ilgili sorular varsa cevaplandırır sonraki oturum konusunu grup üyeleriyle paylaşır.
5.OTURUM-ALKOL, MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARINDA İLK YARDIM
AMAÇ ve HEDEFLER
1.Amaç: Bağımlılık kavramının tanımını öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Bağımlılık kavramının genel bir tanımını yapar.
2. Amaç: Madde bağımlılığı türleri ve madde bağımlılığını neden olduğu durumları öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Madde bağımlılığı türlerini söyler.
Hedef 2: Madde bağımlılığının yol açtığı durumları ifade eder.
3.Amaç: Madde bağımlılığı olan kişiyle etkili iletişim kurmak ve destek olmak için nasıl yaklaşılacağını öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Madde bağımlılığı olan kişiyle etkili iletişim kurmanın önemini ifade eder.
Hedef 2: Madde bağımlılığı olan kişiye destek olmak için nasıl yaklaşılacağını ifade eder.
Hedef 3: Grup tartışmasında madde bağımlılığı olan bireyle iletişimde yaşadığı güçlükleri paylaşır.
4.Amaç: Kişi madde kullanımını değiştirmek istemiyorsa nasıl davranılacağını öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Madde kullanımı davranışını değiştirmek istemeyen bireye nasıl yaklaşılacağını ifade eder.
5.Amaç: Madde bağımlılığı olan bireye profesyonel yardıma ve diğer destek kaynaklarına yönlendirmeyi öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Madde bağımlılığı olan bireye profesyonel yardım seçeneklerini söyler.
Hedef 2: Madde bağımlılığı olan bireyi diğer destek kaynaklarına yönlendirmenin önemini ifade eder.
Hedef 3: Madde bağımlılığı olan bireye profesyonel yardım ve diğer destek kaynaklarına yönlendirmenin önemini ifade eder.
6.Amaç: Birey kullandığı ilaç ya da maddenin etkisindeyse veya ilaç/madde bireye zarar verdiyse, nasıl yaklaşımda bulunacaklarını öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Birey kullandığı ilaç ya da maddenin etkisindeyse veya ilaç/madde bireye zarar verdiyse nasıl yaklaşacağını söyler.
Hedef 2: Birey kullandığı ilaç ya da maddenin etkisindeyse veya ilaç/madde bireye zarar verdiyse yapılacakların önemini ifade eder.
7.Amaç: Kişide madde ya da ilaç kullanımına bağlı gelişen acil müdahale gerektiren uyarı işaretlerini ve ilkyardım müdahalelerini öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Grup tartışmasında, kişinin madde ya da ilaç kullanımına bağlı gelişen acil müdahale gerektiren uyarı işaretlerini söyler.
Hedef 2: Kişinin madde ya da ilaç kullanımına bağlı gelişen acil müdahale gerektiren uyarı işaretlerine yapılacak ilk yardım müdahalelerini ifade eder.
8.Amaç: Kişi madde ya da ilaç kullanımına bağlı bilinç kaybı yaşadıysa yapılacak ilk yardım uygulamalarını öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Kişi madde ya da ilaç kullanımına bağlı bilinç kaybı yaşadıysa yapılacak ilk yardım uygulamalarını söyler.
9.Amaç: Madde kullanımına bağlı olarak bireylerde gelişebilen ya da artabilen psikolojik semptomları öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Madde kullanımına bağlı olarak bireylerde gelişebilen ya da artabilen psikolojik semptomları söyler.
10. Amaç: Kişi madde kullanımına bağlı saldırgan davranış gelişirse yapılacakları öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Madde kullanımına bağlı saldırgan davranış gelişen kişide yapılacakları ifade eder.
11.Amaç: Problemlilikli alkol kullanımının tanımını ve hangi olumsuz durumlara yol açtığını öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Problemlilikli alkol kullanımının ne olduğunu söyler.
Hedef 2: Problemlilikli alkol kullanımının yol açtığı olumsuz durumları ifade eder.
12.Amaç: Problemlilikli alkol kullanım türlerini öğrenmelerini sağlamak.

EK-11. (devam) Ruh Sağlığı İlk Yardımı Eğitimi Oturumları

Hedef 1: Problemleri alkol kullanım türlerini söyler.
13.Amaç: Alkol bağımlılığı olan bireye nasıl yaklaşılacağını öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Alkol bağımlılığı olan bireye yaklaşımda uygulanacak basamakları ifade eder.
14.Amaç: Alkol bağımlılığı olan bireyin alkol alma davranışını değiştirmek için yapılabilecekleri farketmelerini sağlamak.
Hedef 1: Grup tartışmasında, alkol bağımlılığı olan bireyin alkol davranışını değiştirmek için neler yapılabileceğini ifade eder.
15.Amaç: Alkol bağımlılığı olan bireyin profesyonel yardıma yönlendirileceği durumları öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Alkol bağımlılığı olan bireyin profesyonel yardım alması gereken durumları farkedebilir.
Hedef 2: Alkol bağımlılığı olan bireyin profesyonel yardım alması gereken durumlara örnek verir.
16.Amaç: Alkol bağımlılığı olan birey profesyonel yardım almak istemediğinde yapılacakları öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Alkol bağımlılığı olan birey, profesyonel yardım almak istemediğinde yapılacakları ifade eder.
17.Amaç: Alkol zehirlenmesi (intoksikasyonu) ve alkol yoksunluğu kavramını öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Alkol zehirlenmesi (intoksikasyonu) ve alkol yoksunluğu kavramının ne olduğunu ifade eder.
18.Amaç: Alkol zehirlenmesi (intoksikasyonu) ve alkol yoksunluğunda yapılacakları öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Alkol zehirlenmesi (intoksikasyonu) ve alkol yoksunluğunda yapılacakları ifade eder.
Hedef 2: Alkol zehirlenmesi (intoksikasyonu) ve alkol yoksunluğunda yapılacakları rol oynama çalışmasında uygular.
19.Amaç: Alkol alan birey agresif tutumlar sergiler ve saldırganlaşırsa, tıbbi acil yardım müdahalesi için yapılacakları öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Alkol alan kişi agresifleşir ve saldırganlaşırsa, tıbbi acil yardım müdahalesi için yapılacakları ifade eder.
20.Amaç: Alkolle ilişkili acil tıbbi yardım işaretlerini öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Alkolle ilişkili tıbbi yardım işaretlerini söyler.
Hedef 2: Alkolle ilişkili tıbbi yardım işaretlerinin önemini ifade eder.
YÖNTEM
1.Anlatım (Powerpoint sunumu)
2.Soru cevap
3.Deneyimlerin paylaşılması
4.Grup tartışması
5.Pekiştirme
6. Video gösterimi
7.Özetleme
SÜREÇ VE İÇERİK
Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması
Lider grup üyelerinden ilk oturum ile ilgili geri bildirim vermelerini ister.
Geri bildirim vermek isteyenlerin paylaşımları değerlendirilir, gelen sorular net olarak cevaplanır, katkılar olumlu pekiştirilerek desteklenir.
2. Grup üyelerinin duygu-durumlarının paylaşılması
Grup lideri, üyelere geçtiğimiz bir haftanın nasıl geçtiğini, kendilerini nasıl hissettiklerini sorar.
Grup lideri gönüllü üyeden başlayarak cevapları alır.
3.Oturum konusunun paylaşılması
Grup lideri, bu oturumda üzerinde konuşulacak konuları genel başlıklarıyla ifade eder.
Grup üyelerine 'bağımlılık' kavramının ne anlama geldiği sorulur.
Gönüllü üyelerin verdiği cevaplar değerlendirilir, yanlış bilinenler düzeltilir.
Grup lideri bağımlılık kavramının genel bir tanımını yapar.
Grup üyelerine bağımlılık yapıcı madde türleri ve bağımlılığın neden olabileceği durumların neler olduğunu sorulur. Gönüllü üyeden başlayarak cevaplar alınır, doğru bilinenler pekiştirilerek desteklenir yanlış bilinenler grup lideri tarafından düzeltilir.
Grup lideri bağımlılık yapıcı madde türleri ve madde bağımlılığının yol açtığı durumlar hakkında bilgilendirme yapar.

EK-11. (devam) Ruh Sağlığı İlk Yardımı Eğitimi Oturumları

Grup üyelerine yaşamlarında madde bağımlılığı olan bir bireyle karşılaşmış karşılaşmadıkları, böyle bir deneyimi olan grup üyelerine de madde bağımlılığı olan bireyle iletişim kurarken yaşadıkları güçlükler sorulur, diğer grup üyelerine de madde bağımlılığı olan bireyle iletişimde yaşanabilecek güçlüklerin neler olabileceği sorulur, düşüncelerini paylaşması için cesaretlendirilir.
Grup lideri, madde bağımlılığı olan kişiyle etkili iletişim kurma (kişi madde kullanımını değiştirmek istemiyorsa), profesyonel yardım ve diğer destek kaynaklarına yönlendirme, profesyonel yardım istemediğinde nasıl yaklaşılacağı hakkında bilgi verir.
Grup üyelerine madde bağımlılığı olan bireyi profesyonel yardıma ve diğer destek kaynaklarına yönlendirmenin önemi sorulur ve grup üyelerinin konu hakkında tartışması sağlanır.
Grup lideri, kişinin kullandığı ilaç ya da maddenin etkisindeyse nasıl yaklaşılacağı hakkında bilgi verir.
Grup üyelerine madde ya da ilaç kullanımına bağlı gelişebilecek acil müdahale gerektiren uyarı işaretlerinin neler olabileceği ve ilkyardım müdahalesi olarak ne yapılabileceği sorulur.
Grup lideri, madde ya da ilaç kullanımına bağlı gelişen acil müdahale gerektiren uyarı işaretleri ve yapılacak ilk yardım müdahalesi hakkında bilgilendirme yapar.
Grup üyelerine, madde ya da ilaç kullanımına bağlı bilinç kaybı yaşayan kişiye yapılacak ilk yardım uygulamalarının ne olabileceği sorulur, gönüllü üyeden başlayarak cevaplar alınır.
Grup lideri, madde ya da ilaç kullanımına bağlı bilinç kaybı yaşayan kişiye yapılacak ilk yardım uygulamaları hakkında bilgilendirme yapar. Madde ya da ilaç kullanımına bağlı bilinç kaybı yaşayan, kardiyak ve solunum fonksiyonlarında bozulma oluşmuş, kişiye uygulanacak temel yaşam desteği basamakları gösteren bir video izletilir.
Grup üyelerine kişide madde kullanımına bağlı gelişebilecek ya da artabilecek psikolojik reaksiyonların neler olabileceği sorulur.
Grup lideri, kişide madde kullanımına bağlı gelişebilecek ya da artabilecek psikolojik reaksiyonlar (intiharı düşünüyorsa ya da saldırgan davranışlar varsa) hakkında bilgilendirme yapar.
Grup lideri üyelere soruları olup olmadığını sorar, gelen sorular varsa cevaplanır, uygun katkılar desteklenir.
Grup üyelerine problemleri alkol kullanımının ne olduğu ve yol açabileceği durumları sorar, gönüllü üyeden başlayarak cevapları alır. Yanlış bilinenler düzeltilir.
Grup lideri problemleri alkol kullanımını kavramını, türlerini ve yol açtığı olumsuz durumlar hakkında bilgi verir.
Grup üyelerine alkol bağımlılığı olan birine yaklaşımda nelere dikkat edilebileceği sorulur, gönüllü üyeden başlayarak cevaplanır.
Grup lideri alkol bağımlılığı olan bireye yaklaşımda uygulanacak basamakları anlatır.
Grup üyelerine; alkol bağımlılığı olan bireyin alkol alma davranışını değiştirmek için yapılabileceklerin neler olabileceği sorulur, üyelerden gelen cevaplar alınır.
Grup lideri, alkol bağımlılığı olan bireyin alkol alma davranışını değiştirmek için yapılabilecekler hakkında bilgi verir.
Grup üyelerinden; alkol bağımlılığı olan bireyin profesyonel yardıma yönlendirileceği durumlarla ilgili örnek vermeleri istenir.
Grup lideri, alkol bağımlılığı olan bireyin profesyonel yardıma yönlendirileceği durumlar ve profesyonel yardım almak istemediği durumlarda yapılacaklar hakkında bilgi verir.
Grup üyelerine; 'alkol zehirlenmesi' ve 'alkol yoksunluğu' kavramları hakkında bildikleri sorulur.
Grup lideri alkol zehirlenmesi ve alkol yoksunluğu kavramı ve bu durumda yapılacaklar hakkında bilgilendirme yapar.
Grup üyelerinden, gönüllü üyeler, rol oynama çalışmasında alkol zehirlenmesi olan bireyde uygulanacak ilk yardım basamaklarını uygular.
Grup lideri; alkol alan kişi agresifleşir ve saldırganlaşırsa, tıbbi acil yardım gerekirse yapılacaklar hakkında bilgi verir.
Grup üyelerine alkolle ilişkili tıbbi yardım işaretlerinin neler olabileceği sorulur.
Grup lideri, alkolle ilişkili tıbbi yardım işaretleri hakkında bilgi verir.
4. Oturumun özetlenmesi
Grup lideri, gruba oturumu özetlemek için gönüllü bir üye olup olmadığını sorar. Eğer varsa bu üyeden oturumu özetlemesini ister.
Gönüllü bir üye yoksa lider özetleme yapması için üyelerden birini kendisi seçer.

EK-11. (devam) Ruh Sağlığı İlk Yardımı Eğitimi Oturumları

Grup lideri konu ile ilgili sorular varsa cevaplandırır sonraki oturum konusunu grup üyeleriyle paylaşır.
5. Ev ödevi verilmesi
Grup lideri grup üyelerinden Türkiye’de alkol ve madde bağımlılığına yönelik var olan kuruluş ve dernekleri araştırmalarını ve yazmalarını ister.
Ev ödevini tüm üyelerin anlaması sağlanır.
Grup lideri, bir sonraki oturum gündemi ile ilgili grup üyelerini bilgilendirir.
6.OTURUM: BİPOLAR BOZUKLUKTA İLK YARDIM VE RUH SAĞLIĞI İLK YARDIMI EĞİTİMİ’NİN DEĞERLENDİRİLMESİ
AMAÇ ve HEDEFLER
1.Amaç: Bipolar bozukluk kavramını ve dönemlerini öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Bipolar bozukluk kavramının genel bir tanımını yapar.
Hedef 2: Bipolar bozuklukta görülen dönemlerin isimlerini söyler.
2.Amaç: Bipolar bozukluğun sıklığını, oluşum nedenlerini, manik ve depresif dönemde görülen yaygın işaretleri öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Bipolar bozukluğun sıklığını ve nedenlerini ifade eder.
Hedef 2: Bipolar bozuklukta (manik ve depresif dönem) görülen yaygın işaretleri söyler.
3.Amaç: Depresif dönemde olan bipolar bozukluk hastasına nasıl yaklaşacağını öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Depresyon yaşayan bireye yaklaşımda uygulanacak basamakları ifade eder.
4.Amaç: Depresyon yaşayan bireye destek olurken uygulanacak ilk yardım basamaklarını öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Depresyon yaşayan bireye destek olurken izlenecek ilk yardım basamaklarını söyler.
Hedef 2: Rol oynama çalışmasında depresyon yaşayan bireye destek olurken izlenecek basamakları ifade eder.
5.Amaç: Depresyon yaşayan birine yardımcı olmayan tutumları ve uzman yardımı alınması gereken durumları öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Grup tartışmasında depresif dönemde olan birine yardımcı olmayacak tutumları ifade eder.
Hedef 2: Depresif dönemde olan bireyin uzman yardımı alması gereken durumları ifade eder.
6.Amaç: Kişi profesyonel yardım almak istemiyorsa yapılacakları öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Profesyonel yardım almak istemeyen kişiye yapılacakları ifade eder.
7.Amaç: Depresif dönemde intihar düşüncesi olan bireydeki işaretleri öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: İntihar düşüncesi olan bireyde olabilecek işaretlerin önemini ifade eder.
Hedef 2: Grup tartışmasında intihar düşüncesi olan biriyle karşılaşan bireyler, gözlemledikleri intihar işaretlerini paylaşır.
8.Amaç: İntihar düşüncesi olan birine yaklaşırken uygulanacak basamakları öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: İntihar düşüncesi olan birine yaklaşırken uygulanacak basamakları söyler.
Hedef 2: Rol oynama çalışmasında intihar düşüncesi olan bireyle konuşurken bu basamakları uygular.
9.Amaç: İntihar eğilimli kişinin durumunun aciliyetini nasıl anlayacağını öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: İntihar eğilimli bireyin aciliyet durumunu belirten işaretleri ifade eder.
10.Amaç: İntihar eğilimi olan bireyi güvende tutmak için yapılacaklar ve güvenlik planını öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: İntihar eğilimi olan bireyi güvende tutacak davranışları ve güvenlik planını ifade eder.
Hedef 2: Rol oynama çalışmasında intihar eğilimi olan bireyi güvende tutacak davranışları uygular.
11.Amaç: Profesyonel yardıma, intihar eğilimi olan bireyi hangi durumlarda profesyonel yardıma yönlendirileceğini öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: İntihar eğilimi olan bireyi hangi durumlarda profesyonel yardıma yönlendireceğini söyler.
12.Amaç: İntihar eğilimi olan kişi intihar düşüncesini ya da planını ailesinden ya da yakınlarından gizlemenizi teklif ettiğinde yapılacakları öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: İntihar eğilimi olan kişi intihar düşünce ya da planını gizlemeyi teklif ettiğinde yapılacakları söyler.
13.Amaç: İntihar eğilimi olan kişi intihar girişiminde bulduysa yapılacakları öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: İntihar eğilimi olan kişi intihar girişiminde bulduysa yapılacakları söyler.
14.Amaç: Manik dönemdeki bireyde halüsinasyon ya da hezeyan varsa nasıl yanıt verileceğini ve yapılmaması gerekenleri öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Grup tartışmasında, manik dönemdeki bireyde varolan halüsinasyon ve hezeyanlara yanıt verirken dikkat edilecekleri söyler.

EK-11. (devam) Ruh Sağlığı İlk Yardımı Eğitimi Oturumları

Hedef 2: Manik dönemdeki bireyde varolan halüsinasyon ve hezeyanlara yanıt verirken yapılmaması gerekenlerin önemini farkeder.
15.Amaç: Kişi paranoya yaşıyorsa yapılacakları öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Paranoya yaşayan bireyde yapılacakları söyler.
16. Amaç: Kişinin iletişimi etkilenmişse, iletişim kurmada zorluk yaşıyorsa yapılacakları öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: İletişimi etkilenen, iletişim kurmada zorluk yaşanan bireyle iletişim sırasında dikkat edilecekleri ifade eder.
17. Amaç: Manik dönemdeki birey agresif davranmaya başlarsa nasıl yaklaşılacağını öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Manik dönemdeki birey agresifleşirse nasıl yaklaşılacağını ifade eder.
18.Amaç: Kişiyi profesyonel yardım almaya nasıl yönlendireceğini ve teşvik edeceğini öğrenmelerini sağlamak.
Hedef 1: Kişiyi profesyonel yardıma yönlendirme ve teşvik etme basamaklarını ifade eder.
YÖNTEM
1. Anlatım (Powerpoint sunumu)
2. Soru-cevap
3.Deneyimlerin paylaşılması
4.Rol oynama
5.Grup tartışması
6.Pekiştireç verme
7.Özetleme
SÜREÇ VE İÇERİK
1.Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması
Lider grup üyelerinden ilk oturum ile ilgili geri bildirim vermelerini ister.
Geri bildirim vermek isteyenlerin paylaşımları değerlendirilir, gelen sorular net olarak cevaplanır, katkılar olumlu pekiştireç verilerek desteklenir.
2. Grup üyelerinin duygu-durumlarının paylaşılması
Grup lideri, üyelere geçtiğimiz bir haftanın nasıl geçtiğini, kendilerini nasıl hissettiklerini sorar.
Grup lideri gönüllü üyeden başlayarak cevapları alır.
3. Ev ödevlerinin değerlendirilmesi
Grup lideri tarafından, dördüncü oturumda verilen Türkiye’de alkol ve madde bağımlılığına yönelik var olan kuruluş ve derneklerin listesi ile ilgili ödevi kontrol eder.
Üyelerden gelen sorular varsa cevaplanır.
Üyelerin ev ödevi yapma ile ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşması istenir.
Paylaşma gönüllü üyeden başlanır ancak gönüllü olan yoksa lider üyelerden birini seçer ve duygu ve düşüncelerini paylaşmasını ister.
4.Oturum konusunun paylaşılması
Grup lideri, bu oturumda üzerinde konuşulacak konuları genel başlıklarıyla ifade eder.
Grup üyelerine ‘Bipolar Bozukluk’ kavramının ne anlama geldiği sorulur.
Gönüllü üyelerin verdiği cevaplar değerlendirilir, yanlış bilinenler düzeltilir.
Grup lideri ‘Bipolar Bozukluk’ Kavramının genel bir tanımını yapar ve Bipolar Bozukluk’ta görülen dönemlerin isimlerini söyler.
Grup üyelerine Bipolar Bozukluğun yaygınlık ve oluşum nedenleri sorulur, gönüllü üyeden başlayarak cevaplar almır.
Grup lideri, Bipolar bozukluğun sıklığı, oluşum nedenleri, manik ve depresif dönemde görülen yaygın işaretler hakkında bilgilendirme yapar.
Grup üyelerine depresif dönemde olan Bipolar Bozukluk hastasına nasıl yaklaşılacağı sorulur, yanlış bilinenler düzeltilir, doğru bilinenlere pekiştireç verilir.
Grup lideri depresyon yaşayan bireye uygulanacak ilk yardım basamaklarını grup üyeleriyle paylaşır ve 10 dk bu basamakları öğrenmesi için zaman tanınır.
Rol oynama çalışmasında üyelerden biri depresif dönemde olan Bipolar Bozukluk Hastası rolüne girer, diğer üye öğretilen ilk yardım basamaklarıyla destek olmaya çalışır. Rol oynama çalışması sonunda rol alan üyelerin ve izleyen üyelerin duygu ve düşüncelerini paylaşması istenir.

EK-11. (devam) Ruh Sağlığı İlk Yardımı Eğitimi Oturumları

Grup üyelerine çevresinde depresyon yaşayan bireylere yapılan hatalı tutumlar olup olmadığı ve neler yapılması gerektiği sorulur, grubun düşüncelerini paylaşması istenir.
Grup lideri profesyonel yardım almak istemeyen bireye yaklaşımda yapılacaklar hakkında bilgi verir.
Grup üyelerine; intihar düşüncesi olan depresyondaki bireyde ne gibi işaretler olabileceği sorulur, gönüllü üyeden başlayarak cevaplar alınır.
Grup lideri intihar düşüncesi olan depresif dönemdeki bireyde olabilecek işaretler ve intihar düşüncesi olan birine yaklaşırken uygulanacak basamaklar hakkında bilgilendirme yapar.
Grup üyelerine intihar düşüncesi olan bireyin aciliyet durumunu belirten işaretlerin neler olabileceği ve daha önce böyle bir durumla karşılaşmış karşılaştıkları sorulur, üyeler deneyimlerini paylaşması için cesaretlendirilir. Rol oynama çalışmasında ve intihar düşüncesi olan birine yaklaşırken uygulanacak basamakları ifade eder.
Grup lideri intihar düşüncesi olan bireyin aciliyet durumunu belirten işaretler ve bireyi güvende tutmak için uygulanacak güvenlik planı hakkında bilgilendirme yapar.
Grup üyelerine, intihar düşüncesi olan birey intihar düşüncesini ya da planını ailesinden ya da yakınlarından gizlemenizi teklif ettiğinde yapılacakların neler olabileceği sorulur, gönüllü üyeden başlayarak cevaplar alınır.
Grup lideri, intihar düşüncesi olan birey intihar düşüncesini ya da planını ailesinden ya da yakınlarından gizlemenizi teklif ettiğinde ve intihar girişiminde bulunduysa yapılacaklar hakkında bilgilendirme yapar.
Grup üyelerine manik dönemdeki bireyde halüsinasyon ya da hezeyan varsa nasıl yanıt verileceği sorulur, deneyimleri varsa paylaşması için cesaretlendirilir.
Grup lideri, manik dönemdeki bireyde halüsinasyon ya da hezeyan varsa nasıl yanıt verileceği, yapılmaması gerekenler ve paranoya yaşayan bireye yapılacaklar hakkında bilgilendirme yapar.
Grup üyelerine; hasta bireyin iletişimi etkilenmişse, iletişim kurmada zorluk yaşıyorsa yapılacaklar sorulur, üyelerden gelen cevaplar alınır.
Grup lideri iletişimi etkilenen ve iletişim kurmada zorluk yaşanan hasta bireye iletişim sırasında dikkat edilecekler hakkında bilgilendirir.
Grup üyelerine Manik dönemdeki birey agresif davranmaya başlarsa nasıl yaklaşılacağı sorulur, deneyimleri varsa paylaşımları için cesaretlendirilir.
Grup lideri, Manik dönemdeki birey agresif davranmaya başladığında nasıl yaklaşılacağı, profesyonel yardıma nasıl yönlendireceği ve teşvik edileceği hakkında bilgilendirme yapar.
4. Oturumun özetlenmesi
Grup lideri, gruba oturumu özetlemek için gönüllü bir üye olup olmadığını sorar. Eğer varsa bu üyeden oturumu özetlemesini ister.
Gönüllü bir üye yoksa lider özetleme yapması için üyelerden birini kendisi seçer.
Grup lideri konu ile ilgili sorular varsa cevaplandırır sonraki oturum konusunu grup üyeleriyle paylaşır.
Grup üyelerine intihar düşüncesi olan bireyin aciliyet durumunu belirten işaretlerin neler olabileceği ve daha önce böyle bir durumla karşılaşmış karşılaştıkları sorulur, üyeler deneyimlerini paylaşması için cesaretlendirilir. Rol oynama çalışmasında ve intihar düşüncesi olan birine yaklaşırken uygulanacak basamakları ifade eder.
Bu oturumun son oturum olduğu üyelere hatırlatılır.
Üyeler, uzun bir eğitim programını tamamladıkları için tebrik edilir.
Ruhsal İlk Yardım eğitim programı içeriğindeki beş oturumun ana başlıkları ve işlenen konulardan kısaca bahsedilir.
Grup üyelerinin her birine işlenen konularla ilgili bazı sorular sorulur.
Üyelere, ruhsal ilk yardım program süreci ve programın kazandırdıkları sorulur.
Gönüllü üyeden başlayarak 'Bu süreç benim için... geçti.' 'Bu süreç bana... kattı.' Şeklinde üyelerin cevapları alınır.
Karşılıklı paylaşımlardan sonra üyeler, grubu sabır ve özveriyle sonuna kadar yürüttükleri için tekrar tebrik edilir ve alkışlanır.
Grup üyelerini, RHIÖ (Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği) ve RSOÖ (Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği) doldurması sağlanır.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : YALÇIN AKMAN, Yasemin
Uyruğu : T.C.

Eğitim

Derecesi	Eğitim Birimi	Mezuniyet Tarihi
Doktora	Gazi Üniversitesi / Hemşirelik Anabilim Dalı	Devam Ediyor
Yüksek Lisans	Gaziantep Üniversitesi / Hemşirelik Anabilim Dalı	2015
Lisans	Hacettepe Üniversitesi / Hemşirelik Bölümü	2010
Lise	Tarsus Barbaros Hayrettin Lisesi (YDAL)	2005

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2022-devam ediyor	Mersin İl Sağlık Müdürlüğü / Sağlık Hizmetleri Başkanlığı	Hemşire
2017-2022	Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hast.	Hemşire
2010-2017	Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hast.	Hemşire

Yabancı Dil

İngilizce

Yayınlar

Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında (Proceedings) Basılan Bildiriler Sözel Bildiriler

1. Yalçın, Y.,Tanrıverdi, D. (2016-1-3 Eylül). *Meme Kanseri Teşhisi Almış Hastaların Teşhisten Önce Yaşadıkları Stresli Yaşam Olayları ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Belirlenmesi*. IV. Uluslararası ve VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi/ İdealler Ve Gerçekler: Yapamadıklarımız” Manisa Celal Bayar Üniversitesi.

2. Yalçın, Y., Demir, S. (2018-20-23 Kasım). *Hemşirelerde Mizah Tarzları, Terapötik Mizah Kullanma Durumu Ve İş Doyumu İle İlişkisi*. V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi/“İyileşme ve İyileştirme Yolunda Birlikte Güçlenme” Akdeniz Üniversitesi.

Yazılan Ulusal Kitaplar veya Kitaplarda Bölümler

1. Akman, Y., Ata, E.E. (2020). *Kötü Haber Alma ve Verme-* (Hemşirelik Alanında Kavram Beceri ve Modeller Editör: Nermin Gürhan, Şengül Yaman Sözbir, Ülkü Polat). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri. Basım sayısı: 1, ISBN: 9786057578488, Türkçe (Bilimsel Kitap), (Yayın No: 6402559)
2. Akman, Y., Ata, E.E. (2020). *Katarsis ve Antikatarsis-*(Hemşirelik Alanında Kavram Beceri ve Modeller Editör: Nermin Gürhan, Şengül Yaman Sözbir, Ülkü Polat). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri. Basım sayısı: 1, ISBN: 9786057578488, Türkçe (Bilimsel Kitap), (Yayın No: 6402559)

Uluslararası Hakemli Dergilerde Yayınlanan Makaleler

1. Yalçın Akman, Y., Demir, S. (2021). Ruhsal Hastalıkların Erken Müdahalesinde Önemli Bir Uygulama: Ruhsal İlk Yardım (MHFA). *EJONS International Journal on Mathematic, Engineering and Natural Sciences*, 5(20): 845-854. <http://dx.doi.org/10.38063/ejons.524>.

Ulusal Hakemli Dergilerde Yayınlanan Makaleler

1. Görgülü, Ü., Gürhan, N., Yalçın Akman, Y., Polat, Ü., Altay, K., Özen, Ş., Coşar, B., Kolcu, G. (2022). Comorbid Psychiatric Disorders In Some Common Neurological Diseases. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 29(1):75-83. <https://doi.org/10.17343/sdutfd.1048635>.

Katıldığı Kongreler, Sempozyum, Kurslar ve Eğitimler

1. III. Uluslararası ve VII. Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (Hacettepe Üniversitesi, Ankara)
2. IV. Uluslararası VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (Celal Bayar Üniversitesi, Manisa)
3. V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (Akdeniz Üniversitesi, Antalya)
4. 12. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Tıp Kongresi, (Selçuk Üniversitesi, Konya).
5. Psikoloji Akademisi Sempozyumu (Online). Psikoloji Akademisi, 6-7 Haziran 2020. Psikoterapinin İki Ucu. (Yetişkin/Çocuk ve Ergen Psikoterapisinin İki Ucu)/ Doç. Dr. İtir Tarı Cömert.
6. Madde Bağımlılığı'nı Önleme, Yeni Tedavi Yaklaşımları ve Rehabilitasyon Genel Bakış/ Lokman Hekim Üniversitesi 1. Online Sempozyumu/Prof. Dr. Fatma Öz.

7. Mindfulness Enstitüsü /5. Mindfulness Sempozyumu (Online). 19-20 Haziran 2021. Prof. Dr. Zümra Atalay.
8. Terminal Dönemdeki Hasta ve Ailesine Yaklaşım Kursu /IV. Uluslararası VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (Celal Bayar Üniversitesi, Manisa)
9. Yas Yaşayan Aileye Yaklaşım Kursu /IV. Uluslararası VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (Celal Bayar Üniversitesi, Manisa)
10. Istar Danışmanlık/İstatistik ve Araştırma Merkezi Metaanaliz Kursu/ Prof. Dr. Zekiye Karaçam (Aydın Adnan Menderes Üniversitesi)
11. Istar Danışmanlık İstatistik ve Araştırma Merkezi Online Sağlık Alanında Anket Formu Hazırlama ve Uygulama Teknikleri Kursu
12. Bilgelik Enstitüsü/ Çözüm Odaklı Terapi Uygulayıcı Eğitimi Kursu/Doç. Dr. Lütfi Özdemir
13. Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Sağlık Bakım Günleri'nde (17-18 Ocak, 2019) 'Terapötik Mizah Kullanımı ve Sağlık Bakımı'nda Yararları' Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi konferans salonunda sağlık çalışanlarına sunulmuştur.
14. Ruh Sağlığı Haftası'nda (10 Ekim, 2019) 'Özşevkat ve Yararları' Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi konferans salonunda, sağlık çalışanlarına sunulmuştur.



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..