



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK BİLİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE
UYARLAMASI, GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

Emine AKDOĞAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Gülcan KAR ŞEN

İKİNCİ DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Nevin ONAN

KARABÜK
2018

TEZ ONAYI

EMİNE AKDOĞAN'ın hazırladığı “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği” adlı bu çalışma 21/12/2018 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından **HEMŞİRELİK BİLİMİ ANABİLİM DALI'nda YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Dr. Öğr. Üyesi Gülcan ŞEN
Tez Danışmanı



Dr. Öğr. Üyesi Nevin ONAN
İkinci Tez Danışmanı



Doç. Dr. Semra KARACA
Üye



Dr. Öğr. Üyesi Sevil ALBAYRAK
Üye



Dr. Öğr. Üyesi Özlem ÖZTÜRK ŞAHİN
Üye



Bu tez Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından **YÜKSEK LİSANS** tezi olarak onaylanmıştır.

Doç. Dr. Kubilay TEKİN
Enstitü Müdürü V.

BEYAN

Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına göre hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içerisinde yer alan tüm bilgi ve belgeleri akademik kurallara uygun şekilde elde ettiğimi,
- Elde ettiğim tüm bilgi ve sonuçları etik kurallara uygun şekilde sunduğumu,
- Yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun şekilde atıfta bulunduğumu,
- Atıfta bulunduğum tüm eserleri kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan bilgi ve verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
- Bu tezin herhangi bir bölümünü bu üniversitede veya farklı bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı beyan ederim.

İmza

Adı SOYADI

.././2018

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım saygıdeğer tez danışmanlarım; Dr. Öğr. Üyesi. Gülcen ŞEN ve Dr. Öğr. Üyesi Nevin ONAN'a ve tez sürecimde değerli desteklerini esirgemeyen aileme, arkadaşlarıma ve meslektaşlarıma ve sonsuz teşekkürlerimi sunarım.



İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLolar DİZİNİ.....	v
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vi
KISATLMALAR DİZİNİ.....	vii

İÇİNDEKİLER	v
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1 Sağlık Okuryazarlığı.....	6
2.1.1. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Sonuçları	7
2.1.3. Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı	8
2.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı.....	9
2.2.1. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Sağlık Sonuçları	11
2.2.3. Dünyada ve Türkiye’de Ruh Sağlığı Okuryazarlığı.....	13
2.3. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği	18
2.4. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Hemşirelik	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
3.1. Araştırmanın Tipi	27
3.2. Araştırmanın Yeri Ve Tarihi	27
3.3. Araştırmanın Evren Ve Örneklemi.....	28
3.4. Dahil Olma Kriterleri	28
3.5. Dahil Olmama Kriterleri	28
3.6. Veri Toplama Araçları.....	29

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu	29
3.6.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği	29
3.7. Verilerin Toplanması.....	30
3.8. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler	33
3.8.1. Geçerlilik Testlerinde Kullanılan Yöntemler	34
3.8.1.1. RSOÖ'nün Dil Uyarlamasında Kullanılan Yöntemler	34
3.8.1.2. RSOÖ'nin İçerik/Kapsam Geçerliliğinde Kullanılan Yöntemler	35
3.8.1.3. RSOÖ'nün Yapı/Kavram Geçerliliğinde Kullanılan Yöntemler	36
3.8.1.3. RSOÖ'nün Güvenirlik Testlerinde Kullanılan Yöntemler	36
3.8.1.4. RSOÖ'nin Geçerlik Ve Güvenirlik Testlerinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	37
3.9. Araştırma Etiği	37
3.10. Araştırma Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Durumlar	38
3.11. Araştırmanın Güçlü Yanları	38
4. BULGULAR	39
4.1 Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Yönelik Bulgular.....	39
4.2. RSOÖ'nin Geçerliliğine Yönelik Bulgular	40
4.2.1. RSOÖ'nin Kapsam/İçerik Geçerliliğine Yönelik Bulgular	40
4.2.2. RSOÖ'nin Yapı Geçerliliğine Yönelik Bulgular	42
4.3. RSOÖ'nin Güvenirliliğine Yönelik Bulgular.....	51
4.5. RSOÖ ve Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamaları.....	52
5. TARTIŞMA	53
5.1. Bireylerin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyini ölçmek için oluşturulan RSOÖ'nün Türkçe uyarlaması geçerli midir?	53

5.2. Bireylerin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyini ölçmek için oluşturulan RSOÖ'nün Türkçe uyarlaması güvenilir midir?	58
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	61
6.1. Sonuçlar.....	61
6.2. Öneriler.....	62
KAYNAKLAR	63
EKLER.....	69
ÖZGEÇMİŞ.....	85

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Yayın Tarihlerine göre Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Çalışma Sayıları	13
Şekil 2: Yayımlanan Ülkelere Göre Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Çalışma Sayıları	14
Şekil 3: 4 Alt Boyutlu 1. Dereceden Doğrulayıcı Faktör Analizi Modeli	48



TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1. Ruh sağlığı Okuryazarlığı Altı Alt Boyutlu Faktör Modeli	20
Tablo 2. RSOÖ'nün COSMİN Kriterlerine Göre Değerlendirilmesi.....	23
Tablo3. RSOÖ'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmalarında Kullanılan Yöntemler..	33
Tablo 4. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılım (N=900)	39
Tablo 5. Ölçek Maddelerine Ait Kapsam Geçerliliği Oranları	41
Tablo 6. RSOÖ'nün Faktör analizine Uygunluğuna Yönelik Veriler.....	42
Tablo 7. Orijinal RSOÖ'nden Çıkarılan Alt Boyutlar Ve Maddeleri	43
Tablo 8. RSOÖ'nün Faktör Analizinden Sonra Alt Boyutların Adlandırılması	44
Tablo 9. RSOÖ ve Alt Boyutlarının Faktör Yapıları	45
Tablo 10. RSOÖ'nün Alt Boyutlarının Kolerasyon Matrisi	46
Tablo 11. Standart Regresyon Katsayıları.....	50
Tablo 12. RSOÖ Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İyiliği İndeksleri ve Kabul Edilebilir Değer Aralıkları	51
Tablo 13. RSOÖ ve Alt Boyut Güvenirlikleri.....	51
Tablo 14. RSOÖ ve Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamaları	69

EKLER DİZİNİ

EK 1: Veri Toplama Formu

EK 2: Mental Health Literacy Scale (MHLS)

EK 3: Çevirmen Listesi

EK 4: Uzmanlar Listesi

EK 5: Etik Kurul Onayı

EK 6: Kurum İzinleri

EK 7: MHLS Kullanım İzni

EK 8: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOÖ-Son Hali)

EK 9: Özgeçmiş

KISALTMALAR DİZİNİ

DALY: Disability Adjusted Life Years/Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılları;

YLD: Years Life Disabled/Sakatlıkla Geçirilen Yaşam Yılları

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

RSO: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı

RSOÖ: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği

MHFA: Mental Healt First Aid/Ruh Sağlığı İlk Yardım

DAWBA: Development and Well-being Assesment

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluklar

DSM-IV: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental/ Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı IV baskı.

RSOÖ-P: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Pilot Çalışma

RSOÖ-P-R: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Pilot Çalışma sonrası Düzeltme

COSMİN: Consensus-Based Standards For The Selection Of Health Status Measurement Instruments/ Sağlık Enstirümanlarının Seçimi için Fikir Birliğine Dayalı Standartlar

ICN: İnternational Council of Nursing/Uluslararası Hemşireler Konseyi

DSÖ/WHO: Dünya Sağlık Örgütü/ World Health Organization

SBF: Sağlık Bilimleri Fakültesi

TF: Teknoloji Fakültesi

AFA: Açımlayıcı Faktör Analizi

DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

ÖZET

Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması, Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması

Amaç: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması

Gereç ve Yöntem: Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi ve Teknoloji Fakültesi'nin toplam 900 öğrencisinden Mayıs-Haziran 2018 tarihleri arasında elde edilen veriler değerlendirildi. Veri toplama aracı olarak Tanıtıcı Bilgi Formu ve Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOÖ) kullanıldı. Ölçek sahibinden ölçeği kullanma izni, etik kurul ve çalışmanın yürütüldüğü fakültelerin dekanlıklarından kurum izinleri ve çalışmaya katılan öğrencilerden sözel onamları alındı. Ölçeğin dil uyarlamasında grup geri çeviri yöntemi kullanıldı ve dil geçerliliği kapsamında uyarlanan ölçek maddelerinin ifade uygunluğunu değerlendirebilmek adına küçük bir örneklem grubu üzerinde ön uygulaması yapıldı. (n=20) Kapsam geçerliliği için Dawis yöntemi kullanıldı ve uzman görüşlerinden (14 uzman) elde edilen puanlarla ölçek maddelerinin kapsam geçerlik indeksleri hesaplandı. Yapı geçerliliğini test etmek adına faktör analizi yöntemlerinden; Açımlayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (AFA ve DFA) kullanıldı. Güvenirlik değerlendirmesi için cronbach alfa katsayısına, madde toplam korelasyon puanına ve yarıya bölme metodu kullanılarak Guttman Split-Half katsayısına bakıldı.

Bulgular: Kapsam geçerlik indeksi ölçeğin her bir maddesi için 0.80'den büyük bulundu. Kaiser Mayer Olkin değeri 0,833, Barlett testinin değerleri ki kare: 5451,616, sd:231, $p<0,001$ bulundu ve bu değerler örneklem büyüklüğünün yeterliliğini, değişkenler arasındaki ilişkiyi ve ölçek maddelerinin faktör analizi için uygunluğunu gösterdi. Uygulanan faktör analizine göre, faktör yükü 0.50'nin altında bulunan 13 madde ölçekten çıkarıldı. Çıkarılan maddelerle 22 maddeli, 4 faktörlü bir RSOÖ tanımlandı.

Doğrulayıcı faktör analizi için bakılan uyum indeksleri uygun bulundu. Güvenirlik değerlendirilmesinde ise, cronbach alfa katsayısı 0,769 bulundu ve madde toplam korelasyon puanları, 33 ve 35 numaralı maddeler dışında, 0.30 değerinin üstünde bulundu. Bu maddelerin ölçekten çıkarılması, cronbach alfa üzerinde anlamlı bir değişiklik yapmadı ve maddelerin ölçekte kalmasına karar verildi. Yarıya bölme yöntemi ile bakılan ölçeğin 1. yarısı ve 2. yarısı arasındaki korelasyon anlamlı derecede yüksek bulundu ($r=0,870$ $p<0,05$).

Sonuç: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türk toplumu üzerinde geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna varıldı. Türk toplumun ruh sağlığı okuryazarlık oranlarının değerlendirilmesinde ve toplumun ruh sağlığı okuryazarlığı eğitim gereksinimlerinin saptanmasında güçlü bir araç olarak kullanılabilir.

Anahtar kelimeler: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği, Toplumun Ruh Sağlığı, Geçerlik, Güvenirlik

SUMMARY

Turkish Adaptation of Mental Health Literacy Scale, Validity and Reliability Study

Objective: Adaptation of Mental Health Literacy Scale to Turkish

Materials and Methods: The data obtained from Karabük University Faculty of Health Sciences and Technology Faculty between May and May 2018 were evaluated. As an instrument of data collection, Introductory Information Form and Mental Health Literacy Scale (RSOÖ) were used. The scale owner's permission to use the scale, the ethics committee and the deanships of the faculties where the study was carried out, and the students' oral consent were obtained from the students attending the study. In the language adaptation of the scale, group back translation method was used and pre-application was made on a small sample group in order to evaluate the appropriateness of the scale items adapted to the language validity. (n = 20) Dawis method was used for scope validity and the scales validity indexes of the scale items were calculated with the scores obtained from expert opinions (14 experts). Factor analysis methods to test construct validity; Exploratory and Confirmatory Factor Analysis (AFA and DFA) were used. The cronbach alpha coefficient, item total correlation score and the Guttman Split-Half coefficient were used for the reliability evaluation.

Results: Scope validity index was found to be greater than 0.80 for each item of the scale. The values of Kaiser Mayer Olkin were 0.833, the values of the Barlett test were found as chi-square: 5451,616, sd: 231, $p < 0.001$, and these values showed the adequacy of sample size, the relationship between the variables and the suitability of the scale items for factor analysis. According to the factor analysis, 13 items with a factor load below 0.50 were excluded from the scale. A 22-item, 4-factor RSOÖ was identified by the extracted substances.

The fit indices used for confirmatory factor analysis were found to be appropriate. In the reliability evaluation, the cronbach alpha coefficient was found to be 0.769, and item total correlation scores were found to be above 0.30 except for

items 33 and 35. The removal of these substances from the scale did not make a significant change on the cronbach's alpha and it was decided to keep the items on the scale. The correlation between the first half and the second half of the scale was significantly higher ($r = 0,870$ $p < 0,05$).

Conclusion: It was concluded that Mental Health Literacy Scale was valid and reliable in Turkish society. It can be used as a powerful tool in assessing mental health literacy rates of Turkish society and in determining mental health literacy education needs of the community.

Keywords: Mental Health Literacy, Mental Health Literacy Scale, Mental Health of the Society, Validity, Reliability

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Ruhsal bozuklukların yaklaşık %70-75'i ergenlik ya da erken yetişkinlik dönemlerinde belirti vermeye başlamaktadır (Kessler et al. 2005, Wei et al. 2015). Bu dönemde tedavi edilemeyen ruhsal bozukluklar; düşük mesleki başarının, problemli kişiler arası ilişkilerin ve çatışmalı aile içi ilişkilerinin en büyük sorumlusu olmaktadır (Kessler et al. 1995). Yaş ilerledikçe şiddeti ve etkisi artacak olan bu bozukluklar; mevcut klinik müdahaleleri de artıracığından ülke ve dünya genelinde ek bir maliyet yükü anlamına gelmektedir (Kessler et al. 2009).

Günümüz dünyasında ruh sağlığı bozuklukları, tüm ülkeler de giderek artan bir hastalık yüküne yol açmaktadır (Wei et al. 2015). Ruhsal hastalıkların küresel hastalık yükü dağılımlarına bakıldığında; Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılları (Disability Adjusted Life Years-DALY)'nın %13'ünü ve Sakatlıkla Geçirilen Yaşam Yılları (Years Life Disabled-YLD)'nin % 32,4'ünü oluşturduğu görülmektedir (Vigo et al. 2016). Daha çok YLD alanında insan ömrünü etkilediği görülen ruhsal bozuklukların toplumda en sık görülenlerinin; depresif bozukluklar ve anksiyete bozukluğu olduğu bildirilmiş ve *Yaygın ruhsal bozukluklar* (Common mental disorders) olarak ayrı bir kategoride sınıflandırılmıştır (World Health Organization, WHO 2017).

DSÖ 2015 verilerine göre; depresif bozukluklar küresel nüfusun %4,4'ünü etkilemiş ve tek başına küresel YLD'nin %7,5'ini oluşturarak, YLD'nin ilk 10 nedenleri arasında 1. sırada gösterilmiştir. Anksiyete bozuklukları ise küresel nüfusun %3,6'sını etkilemiş ve tek başına küresel YLD'nin %3,4'ünü oluşturarak, YLD'nin ilk 10 nedenleri arasında 6. sırada gösterilmiştir (WHO 2017).

DSÖ, ruhsal hastalıkların %80'inden fazlasının, düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana geldiğini bildirmiştir (WHO 2017). Ülkemiz de gelişmekte olan orta gelirli ülkelerden biridir. Üstelik genç bir nüfusa sahiptir. Ruhsal bozuklukların ergenlik ve genç yetişkin nüfusu daha çok etkilediği de dikkate alınacak olursa (Kessler et al. 2005, Wei et al. 2015), ülkemizin ruhsal hastalıklar bakımından oldukça büyük riskler barındırdığı görülmektedir. Ayrıca ülkemizde son yıllarda yaşanan; işsizlik, maddi geçim sıkıntıları, aile içi şiddet, çocuk ihmal ve istismarı, toplumsal şiddet gibi olayların artış göstermesi (Öz ve Yılmaz 2009), Türkiye'nin coğrafi yapısı itibariyle deprem kuşağı üzerinde olması ve yine coğrafi konumu itibariyle terör gibi olayların sıkça görülmesi, toplumda ruhsal yıkımlara sebep olabilecek birçok riskin olduğunu ve Türk toplumunun ruh sağlığı açısından önemli ölçüde tehdit altında olduğunu göstermektedir (<https://issuu.com>, Erişim tarihi: 20 Haziran 2018).

Hıfzısıhha Mektebi'nin 1998 yılında yapmış olduğu Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında; Türkiye nüfusunun %18'inin ömürleri boyunca mutlaka bir ruhsal hastalığa maruz kaldığı ve bu durumun %11'inin çocukluk ve ergenlik döneminde belirti verdiği bildirilmiştir. Hıfzısıhha Mektebi'nin 2004 yılında yürütmüş olduğu *Türkiye Hastalık Yükü* çalışmasında ise; ruhsal hastalıklar YLD'ye sebep olan ilk 20 hastalık kategorisinde yer almıştır. Ruhsal hastalıkların kendi içinde sıralamasına bakıldığında ise her iki cinsiyette de küresel dağılımla benzer olarak, 1.sırada depresif bozuklukların olduğu görülmüştür (TC Sağlık Bakanlığı 2011).

2014 yılı TÜİK intihar istatistikleri oranlarına bakıldığında ise; ölümlerle sonuçlanan intihar oranı yüz binde (kaba intihar hızı) 3,97 düzeyinde iken, 2015 yılı için yüz binde 4,11 olarak gerçekleşmiştir. Başka bir ifadeyle 2015 yılında 100.000 kişiden 4'ü intihar etmiştir ve bu intihar edenlerin %34,3'ü 15-29 yaş grubundan oluşmuştur (<http://www.tuik.gov.tr>, Erişim tarihi: 18 Ağustos 2018).

Yaşanan büyük kayıplara rağmen, dünya genelinde genç ve yetişkin nüfusun %70-80'i ihtiyaçları olan ruh sağlığı hizmetini almamaktadır (Thornicroft 2007). Ruhsal hastalıklar ile ilgili yardım arama davranışını engelleyen etmenlerin araştırıldığı kapsamlı bir araştırmada; başta damgalanma korkusu ve utanç duygusunun, sonrasında belirtileri tanımlamada yaşanan güçlüklerin ve özgüven

eksikliğinin en önemli bireysel engeller olduğu belirtilmiştir (Gulliver et al. 2010). Bu engellerin sebebi olarak, toplumun ve bireylerin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı (RSO) seviyelerinin yetersiz olması gerekçe gösterilmiştir (Kelly et al. 2007). Toplumun yetersiz RSO seviyeleri, aynı zamanda, işsizlik, intihar ve cinayet gibi birçok durumun da görölmesini de beraberinde getirmektedir. Ancak tüm bu olumsuzlukları, toplumun RSO seviyelerininin yükseltilmesi ile düzeltmek hatta tersine çevirmek mümkündür (Tay et al. 2018).

Kanıtlar ruhsal bozukluklar ve ruh sağlığı hakkında gelişen bilginin yani RSO'nun; nasıl yardım aranacağı ve nasıl tedavi edileceği konusunda daha fazla farkındalık geliştirdiğini, ayrıca bireysel, toplumsal ve kurumsal düzeyde ruhsal hastalıklara karşı damgalamayı azaltarak, ruhsal bozuklukların erken teşhisini kolaylaştırdığını ve ruh sağlığı hizmetlerinin kullanımını artırdığını göstermiştir (Kitchener and Jorm 2002, 2004, Wright et al. 2007, Gabriel and Violato 2010, Henderson et al. 2013).

Tüm bu araştırmaların sonuçları Avrupa ülkelerinde yürütölen Ulusal Ruh Sağlığı Politikaları'nın bir tetikleyicisi olmuştur. Bu politika gereği, halkın yeterli ruh sağlığı bilgi düzeyine ulaşması ve bozukluğa sahip kişilerin yardım arama niyetlerinin artırılması için birçok ülkede ruh sağlığı eğitim programları başlatılmıştır.

Avustralya'da 2000 yılında, Betty Kitchener AM ve Prof. Tony Jorm tarafından, ruh sağlığı ve araştırmaları için, Ruh Sağlığı İlk Yardım Merkezi (Mental Health First Aid-MHFA) kurulmuştur. MHFA, tüm halka ruh sağlığı eğitimini vermeyi amaçlayan bir kurs programıdır. MHFA kursları 24 Avrupa ülkesinden fazla ülkede eş zamanlı olarak yürütölmektedir ve bugün dünya çapında iki milyondan fazla insanın MHFA kurslarında ruh sağlığı eğitim programlarına katılımı sağlanmıştır (Jorm 2012).

Araştırmalar RSO eğitim programlarının, ruh hastalıklarını tanımda ve stigmanın azalmasında etkili olduğunu göstermiştir (Reavley and Jorm 2012, Sharp et al. 2006, Wright et al. 2012).

Ancak, bu eğitim programlarını planlarken, toplumun RSO seviyelerini saptayabilmek, toplumun ruh sağlığı eğitim programlarına olan gereksinimlerini belirleyebilmek, gereksinimlerine uygun eğitim programları geliştirebilmek ve geliştirilen ruh sağlığı eğitim programlarının etkinliğini değerlendirebilmek adına kaliteli, güvenilir ve geçerli ölçme araçlarına sahip olma bakımından literatürde büyük eksikliklerin olduğu görülmüştür (Wei et al. 2015).

Ülkemizde geçmişten günümüze yapılan tüm bu araştırmalar, toplumumuzda ruhsal hastalıkların yaygın olduğunu göstermektedir (TC Sağlık Bakanlığı 2011, <http://www.tuik.gov.tr>, Erişim tarihi: 18 Ağustos 2018). Bu nedenle bireylerin kendilerinde ya da yakınlarında meydana gelebilecek ruhsal bozuklukları farketmelerini ve uygun tedavi kaynaklarını aramalarını sağlayacak RSO seviyelerinin yükseltilmesi, büyük önem arz etmektedir. Bu da topluma yönelik düzenlenecek ruh sağlığı eğitim programlarıyla mümkün olacaktır. (Vigo et al. 2016).

Türk toplumuna bu eğitimler verilmeden önce ilk olarak toplumun ruh sağlığı hakkında bilgi, inanç ve tutumlarının ne seviyede ve ne yönde olduğunun belirlenmesi ve verilen eğitim sonrasında izlenmesi gerekir (Göktaş vd. 2018). Ancak ulusal literatür incelendiğinde ülkemizde bu eğitim programlarında kullanılacak bir ölçme aracına rastlanılmamıştır.

Uluslararası literatür incelendiğinde; 2015 yılında O'Connor ve arkadaşının Avustralya'da İngilizce olarak geliştirdiği 'Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (Mental Health Literacy Scale)'ne rastlanılmış ve ölçeğin Türk toplumuna uyarlanmasına karar verilmiştir. RSOÖ'nün ulusal literatüre kazandırılması ruh sağlığı okuryazarlığı eğitim gereksinimlerine ışık tutması bakımından büyük önem taşımaktadır.

Bu araştırmanın amacı; O'Connor ve arkadaşı tarafından geliştirilen Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'ni Türkçe'ye uyarlamak ve ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik analizlerini yapmaktır.

Araştıma kapsamında şu sorulara cevap aranmıştır;

1. Bireylerin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyini ölçmek için oluşturulan RSO'nn Türkçe uyarlaması geçerli midir?
2. Bireylerin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyini ölçmek için oluşturulan RSO'nn Türkçe uyarlaması güvenilir midir?



2. GENEL BİLGİLER

2.1 Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk olarak 1974 yılında Scott Simond'un 'Health Education as Social Policy' adlı makalesinde yer almıştır. Sigmond sağlık okuryazarlığını, halkın sağlık eğitimi ve sağlık iletişimi olarak tanımlamıştır (Simonds 1974, Yılmaz ve Tiraki 2016). Yaklaşık 25 yıl kadar kavramın kullanımı kısıtlı kalmıştır. 1990'lı yıllarda yavaş yavaş kullanılmaya ve yeniden tanımlanmaya başlanmıştır ve yaygın olarak kullanımı Amerika'nın 2003 yılında gerçekleştirdiği Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı Değerlendirmesi'nden sonra olmuştur (Balçık et al. 2014).

Dünya Sağlık Örgütü sağlık okuryazarlığını; bireylerin sağlığının korunması ve iyilik halinin sürdürmesi için gerekli olan, sağlık bilgisine ulaşma ve bu bilgileri kavrama ve kullanma becerisi olarak tanımlamıştır (Nutbeam 1998, 2000).

Amerikan Tıp Derneği 1999'da yaptığı tanımda ise, bireylerin sağlıkla ilgili mesajları okuyabilmesi (reçetelerindeki ilaçları ve diğer sağlıkla ilgili materyalleri okuma ve anlayabilmesi) ve sağlık profesyonelleri tarafından söylenenleri anlayıp davranışa geçirebilmesi şeklinde tanımlanmıştır (Parker, Williams et al. 1999, Safeer and Keenan 2005). Günümüz sağlık sistemi, sağlık hizmetlerini alan bireylere bazı sorumluluklar yüklemektedir. Bireylerden sağlık sorunları ve verilen hizmetlerle ilgili olarak bilgi sahibi olmaları, hak ve sorumluluklarını bilmeleri ve kendi sağlıkları ile ilgili kararlar verebilmelerini istemektedir (Yılmaz ve Tiraki 2016). Sağlık okur-yazarlığı, sağlık profesyonelleri ile sağlık hizmeti alıcıları arasındaki sorumlulukların paylaşılmasına ve her iki tarafın birbirini daha iyi anlamaları için etkin iletişim kurmalarına olanak sağlamaktadır (Balçık, Taşkaya vd. 2014). Tüm bunlar bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyelerinin yüksek olması ile gerçekleşebilecek durumlardır.

2.1.1. Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Sonuçları

Dünya genelinde her yaştaki ölüm sebeplerinin başında kronik hastalıklar gelmektedir. Kronik hastalıkların oluşumu ve seyri ile kişilerin sağlık davranışları arasında bir ilişki vardır. Sağlık okuryazarlığının yükselmesi ile sağlıklı beslenme, hareketli yaşam ve sigaradan uzak durma gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz yönetimleri teşvik edilir ve bu hastalıklardan korunmada önemli bir etki sağlanır (Pelikan et al. 2012).

Yetersiz sağlık okuryazarlığının bireysel ve sağlık sistemi ile ilgili; erken tanılmayı sağlayacak tarama programlarının düşük düzeyde kullanımı, hastalığın akut döneminde olunmasına rağmen durumun ciddiyetinin farkına varılamaması ve tedavi arayışının gecikmesi, sağlık profesyonellerinin tıbbi öneri ve talimatlarına karşı uyumsuzluk, sağlık bakım maliyetlerinde yükseliş ve mortalitede artış gibi bir dizi olumsuz sonuçları vardır (Freedman et al. 2009).

Yetersiz sağlık okuryazarlığının bireysel sonuçları ise; hastalığı yönetme veya tedaviye uyum sağlama gücü, hastalığın iyi yönetilememesine bağlı olarak ek olumsuz tıbbi durumlarda artış ve yaşam kalitesinde düşümedir (Freedman, Bess et al. 2009). Ayrıca sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin acil servis kullanım oranlarının ve hastane yatış oranlarının daha yüksek olduğu, tarama programlarına katılımlarının ve koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarının daha düşük olduğu hastalıklar ve tedaviler hakkında bilgi sahibi olma yetkinliğinin yetersiz olduğu ve hatta ölüm risklerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Australian Commission, 2013).

ABD’de yapılan bir araştırmada yetersiz sağlık okuryazarlıkları olan bireylerin mortalite riskinin %50-80 arasında olduğu raporlanmıştır (Baker et al. 2007). Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise, sağlık okuryazarlık seviyesi düşük bulunan diyabetik hastaların şeker kontrollerini sağlayamadıkları ve daha yüksek oranla retinopati deneyimledikleri ve sağlık okuryazarlık seviyesi düşük astımlı hastaların inhaler kullanımını etkin bir şekilde uygulamadıkları bildirilmiştir (Özdemir vd. 2010).

Pek çok sağlık problemlerinin ve 6l6mlerin temeli hastalığı y6netme becerilerinin zayıf olmasından kaynaklanmaktadır. Bireylerin hastalığı y6netme becerilerinin harekete ge7irilmesi ve geliştirilmesi i7in ilk olarak bireylerin sağlık okuryazarlığı geliştirilmelidir (Yılmazel ve 7etinkaya 2016).

Sağlık okuryazarlığını değerlendirmek i7in 7ok 7eşitli ara7lar geliştirilmiştir. Ancak hen6z standart olabilecek bir 6l7me aracı i7in fikir birliği oluşturulamamıştır. Mevcut ara7ların 7oğu; kelime tanıma, telaffuz ve aritmetik işlemler gibi genel sağlık okuryazarlığı boyutunu değerlendiren ya da sağlık okuryazarlığının sadece belirli birkaç boyutunu değerlendirebilen 6l7me ara7larıdır. 7oğunlukla hastanın sağlık bilgisini 6l7meye odaklıdır ve bireylerin kavrama d6zeylerinde 6l7meleri g6z ardı edilmektedir (Bal7ık vd. 2014, Cesur vd. 2015).

2.1.3. D6nya'da ve T6rkiye'de Sağlık Okuryazarlığı

D6nyada sağlık okuryazarlığı durumuna bakıldığında, genel olarak d6nya genelindeki 7oğu 6lkelerin sağlık okuryazarlık oranları d6ř6kt6r (Yılmazel ve 7etinkaya 2016). ABD'de 2003'te y6r6t6len Ulusal Yetişkin Okuryazarlığı'nın değerlendirilmesi araştırmasında; Amerika'daki yetişkinlerin % 14'6n6n sağlık okuryazarlığının d6ř6k olduğunu tespit edilmiştir (<https://www.nces.ed.gov>, Erişim Tarihi: 20 Ağustos 2018). Avustralya İstatistik B6rosu 2006 yılı verilerine g6re, Avustralya yetişkinlerinin yaklaşık% 60'ının sağlık okuryazarlığının d6ř6k olduğunu ortaya koymuştur (<http://www.abs.gov>, Erişim Tarihi: 20 Ağustos 2018). 7inlilerin sağlık okuryazarlığı ile ilgili 2012 yılında yapılan araştırma sonu7ları; 7inlilerin yaklaşık %91,2'sinin sağlık okuryazarlıklarının d6ř6k veya yetersiz seviyede olduğunu g6stermiştir (Hongyang et al. 2018).

Bazı Avrupa Birliği 6ye 6lkeleri (Avusturya, Yunanistan, İspanya, İrlanda, Almanya, Polonya, Bulgaristan ve Hollanda) arasında yapılan sağlık okuryazarlığı araştırmasına g6re ise; katılımcı 6lkelerin %12'sinin yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip oldukları bildirilirken, %35'inin sorunlu/d6ř6k sağlık okuryazarlığına sahip oldukları bildirilmiştir. Hollanda'nın %29'unun ve Bulgaristan'ın %62'sinin sorunlu/d6ř6k sağlık okuryazarlığına sahip olduğu saptanmıştır (Pelikan et al. 2012).

Türkiye’de yapılan toplumun sağlık okuryazarlığı araştırmasına göre; toplumun %64,6’sının düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu bildirilmiştir ve Türkiye’nin genel sağlık okuryazarlığı oranı %30,4 olarak bulunmuştur (Tanrıöver, Yıldırım vd. 2014, Yılmaz ve Tiraki 2016, Yılmazel ve Çetinkaya 2016).

2.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı

DSÖ ruh sağlığını; ‘kişilerin kendi potansiyelini fark edebildiği bir iyilik halinin olduğu, yaşamın olağan stresleriyle başa çıkabildikleri, verimli ve etkin bir şekilde çalışabildikleri, bulunduğu topluma katkı yapabildikleri durumdur’ olarak tanımlamıştır (<http://www.who.int>, Erişim tarihi: 12 Ağustos 2018).

RSO tanımı ise, 1997 yılında Avustralyalı psikolog Tony Jorm ve arkadaşı Betty Kitchener tarafından yapılmıştır; ‘ruhsal bozuklukları tanıma, yönetme ve korunma ile ilgili bilgi ve inançlar’ olarak tanımlanmıştır (Jorm et al. 1997).

RSO, sağlık okuryazarlığından türeyen bir kavramdır ve sağlık okuryazarlığı ile benzer bir alt yapıya sahiptir (Kutcher et al. 2016). Fiziksel sağlığın geliştirilmesinde sağlık okuryazarlığı ne derece kritik öneme sahipse, RSO’da ruh sağlığının geliştirilmesinde o derece kritik bir öneme sahiptir (Wei et al. 2015, Kutcher et al. 2016).

RSO sağlık okuryazarlığı ile kıyaslandığında daha az üzerinde durulan ve hatta ihmal edilen bir kavramdır. Oysa; günümüzde insanlar artık fiziksel hastalıklar konusunda aydınlanmışlardır; fiziksel hastalıkların nasıl belirti verdiği, nelerin yararlı, nelerin zararlı olduğu, tedavi sürecinin nasıl olduğu ya da hastalığın nasıl önleneceği konusunda az çok bir bilgiye sahiptirler ancak; ruhsal bozukluklar hakkında henüz çoğu kimsenin bir fikri yoktur. Üstelik günümüz yaşam şartları en çokta ruhsal sağlığımızı tehdit etmektedir. Toplumda insanlar genellikle ya hastalığının farkına varamamakta ya da farkına varabilen azınlık kesim ise hastalığının ciddiyetini anlayamayarak bir çözüm yolu arayışına girmemektedir (Jorm et al. 2000).

RSO kavramı, ruh sağlığı konusunda tüm toplumun bilgi ve becerilerinin artırılmasına ve ruhsal hastalığa sahip bireylerin güçlendirilmesine yönelik bir vurgudur (Jorm et al. 2006).

Hemen hemen herkesin bir ruhsal bozukluğa sahip olacağı ya da yakın ilişkide olduğu kişilerden birinin ruhsal bir bozukluğa sahip olacağı bildirilmiştir (Kessler et al. 1995). Bu düşünceden yola çıkarak Jorm daha sonraları bu tanımı genişletmiştir. Ruh Sağlığı Okuryazarlığını kişinin kendisinin ve yakınlarının ruhsal sağlığını yönetmede yardımcı olabilecek;(a) ruhsal bozuklukların spesifik ve farklı belirtilerini tanımlayabilme becerisi; (b) risk faktörleri ve sebepleri hakkında bilgi ve inançlar; (c) kendi kendine yardım müdahaleleri hakkında bilgi ve inançlar; (d) mevcut profesyonel yardım hakkında bilgi ve inançlar; (e) uygun yardım aramayı ve tanılamayı teşvik eden tutumlar; (f) ruh sağlığı bilgisini nereden edineceğine dair bilgi olarak tanımlamıştır. Bireyin ruhsal hastalık belirtilerini yönetme becerileri bireylerin ruh sağlığı okuryazarlıklarıyla doğrudan etkilidir (Jorm et al. 2006, 2012).

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 önemli bir faktördür. Kendi kendine yardım stratejileri bilgisine sahip olmak; ruhsal bozuklukların daha hafif evrelerinde tedavi edilmesinde ve ya şiddetli evrelerinde alınan profesyonel destekle birlikte tedavinin etkinliğini artırmada önemli bir faktördür (Vitamin alımı, egzersiz, diyet kontrolü ve stres yönetimi gibi çeşitli davranışsal stratejiler gibi). 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).

Jorm ve arkadaşları, toplumun ruhsal bozukluklardan korunması ve gelişen ruhsal bozuklukları etkin bir şekilde yönetebilmeleri için; ruh sağlığı eğitim programları ile ruh sağlığı okuryazarlıklarının geliştirilmesi gerektiğini savunmuşlardır.

Bu inançla Jorm ve arkadaşı Betty Kitchener tarafından Avustralya’da 2000 yılında, toplumun ruh sağlığı eğitimine ve ruh sağlığı araştırmalarına olanak sağlayacak, Ruh Sağlığı İlk Yardım Merkezi (Mental Health First Aid-MHFA) kurulmuştur. Burada verilen ruh sağlığı eğitim programlarının sonrasında yapılan araştırmaların bulguları; “Ruhsal bir bozukluğun farkedilmesi için gerekli bilgiye sahip olunması, daha fazla yardım arayışına sebep olur” sonucunu göstermiş ve toplumun birer ruh sağlığı okuryazarı olarak yetiştirilmesinin kritik önemine değinmiştir (Lauber et al. 2005, Jorm 2012).

Ruh sağlığı eğitim programlarıyla ruhsal bozukluklar ve ruh sağlığı hakkında gelişen bilginin, yani RSO’nun; nasıl yardım aranacağı ve nasıl tedavi edileceğı hakkında farkındalık geliştirdiğı, ayrıca bireysel, toplumsal ve kurumsal düzeyde ruhsal hastalıklara karşı damgalamayı azaltarak, ruhsal bozuklukların erken teşhisini kolaylaştırdığı ve ruh sağlığı hizmetlerinin kullanımını artırdığı bildirilmiştir (Kitchener and Jorm 2002, 2004, Wright et al. 2007, Gabriel and Violato 2010, Anderson ve Pierce, 2012, Henderson et al. 2013).

Ayrıca yaş, ekonomik durum, hizmetlere ulaşım güçlüğü gibi toplumun ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanmadaki eşitsizliklerin; verilen ruh sağlığı eğitim programları ile eşitlenmesi mümkündür (Holman 2015, Cho and Choi 2017)

2.2.1. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Sağlık Sonuçları

Jorm’un 2005’te halkının RSO düzeylerine yönelik yaptığı ilk araştırmasında; depresyon gibi bilinen bir ruhsal bozuklukta bile, tanılama ve profesyonel yardım arama ve tedavi yöntemleri hakkında yanlış veya yetersiz bilgiye sahip oldukları görülmüştür (Jorm et al. 2006). Sağlık çalışanlarının RSO düzeylerine yönelik yaptığı araştırmaların sonuçlarında ise, okuryazarlık düzeyi daha yüksek bulunmuş ve mevcut bilgi düzeyi ile RSO arasındaki anlamlı ve pozitif bir ilişki saptanmıştır. (Caldwell and Jorm 2000). Bu araştırmalar sonucunda, toplumun ruh sağlığı bilgisini geliştirmek amacıyla ilk olarak Avustralya’da kurulan MHFA kursları, diğer bir çok ülkeye de model olmuş; çoğı ülkelerde MHFA kursları açılarak toplum ruh sağlığı eğitim programları yürütölmeye başlanmıştır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan ulusal araştırmalara göre, ruhsal bozukluğu olan bireylerin oranı oldukça yüksek bulunmasına rağmen bireylerin kendinde var olan ruhsal bir bozukluğu tanımlayamaması sebebi ile profesyonel yardım almayı talep etmediği veya ertelediği tespit edilmiştir (Wang et al. 2007, Thompsons et al. 2008). Anksiyete bozuklukları ya da duygu durum bozuklukları gibi toplumda yaygın görülen ve toplum tarafından daha çok bilinen bozukluklarda dahi bozukluğu tanımlayamama sebebi ile tedaviye başlamadaki gecikmenin ortalama 8,2 yıl olduğu bildirilmiştir (Gulliver et al. 2010).

Smith ve Shochet'un 2011 yılında yaptığı diğer bir çalışmada; ruh sağlığı okuryazarlık düzeyinin kişinin yardım arama niyetleri ile doğrudan bağlantılı olduğu bulunmuştur. Bu niyetin artmasının yeterli düzeyde ruh sağlığı bilgisine sahip olmakla yani RSO ile mümkün olacağı vurgulanmıştır (Smith and Shochet 2011).

Birçok araştırmada ruhsal hastalıkları doğrudan veya dolaylı olarak deneyimleyen bireylerin de, RSO düzeyleri yüksek bulunmuştur. RSO'nun kazanılmasında olası bir ruhsal bozukluk için önceden bilgi sahibi olmanın etkili olduğu görülürken, herhangi bir ruhsal hastalığı deneyimledikten sonra bilgi sahibi olmanın da etkili olduğu görülmüştür (Jorm et al. 2000,2012, Gulliver et al. 2010).

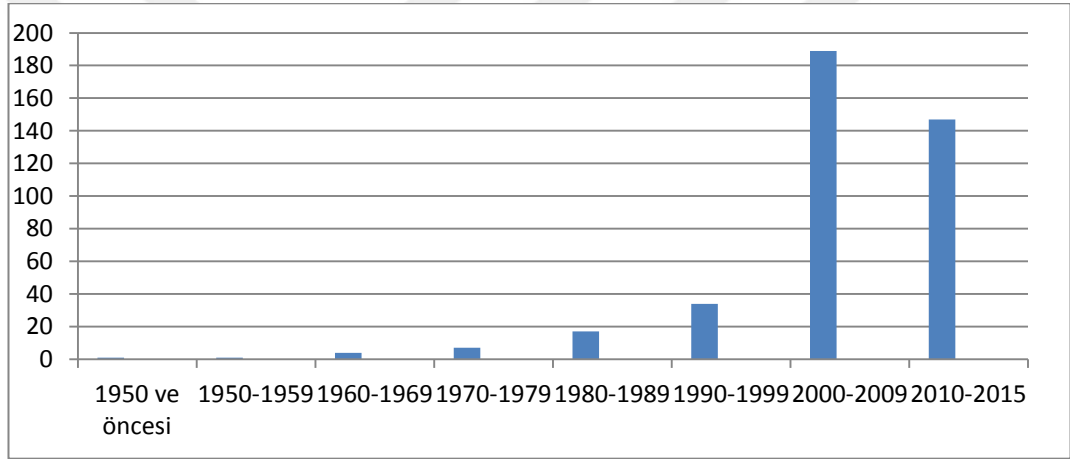
Yetersiz RSO düzeyinin; tedavinin erken sonlandırılması ve uygunsuz başa çıkma stratejilerinin kullanımı (alkol ve diğer uyuşturucular gibi) ile ilişkili olduğu ve RSO düzeyi arttıkça bireylerin damgalama tutumlarının ve profesyonel yardım aramaya karşı olumsuz tutumlarının azaldığı bildirilmiştir. Yüksek RSO seviyesine sahip olmak, ruhsal bozuklukların erken müdahalesini kolaylaştırmaktadır (Wright et al. 2007, Rusch et al. 2011, Jorm, 2012). Ayrıca yüksek RSO seviyesi, ruhsal bozukluğu olan bireylerin kendi öz bakımlarına katılımlarını sağlamakta ve ruh sağlığını geliştiren davranışları teşvik etmektedir (Cho and Choi 2017, Noroozi et al. 2018).

Ek olarak ruhsal yönden sağlıklı bireylerin yüksek RSO seviyelerine sahip olması; tedavi edilmemiş ruhsal bir bozukluğu olan bireylere karşı yardımcı olabilir;

onların intihar veya cinayet gibi ciddi kriz durumlarına ilerlemeden erken müdahalelerini teşvik ettirebilir (Jorm 2000, 2012, Jorm and Kitchener 2011).

2.2.3. Dünyada ve Türkiye’de Ruh Sağlığı Okuryazarlığı

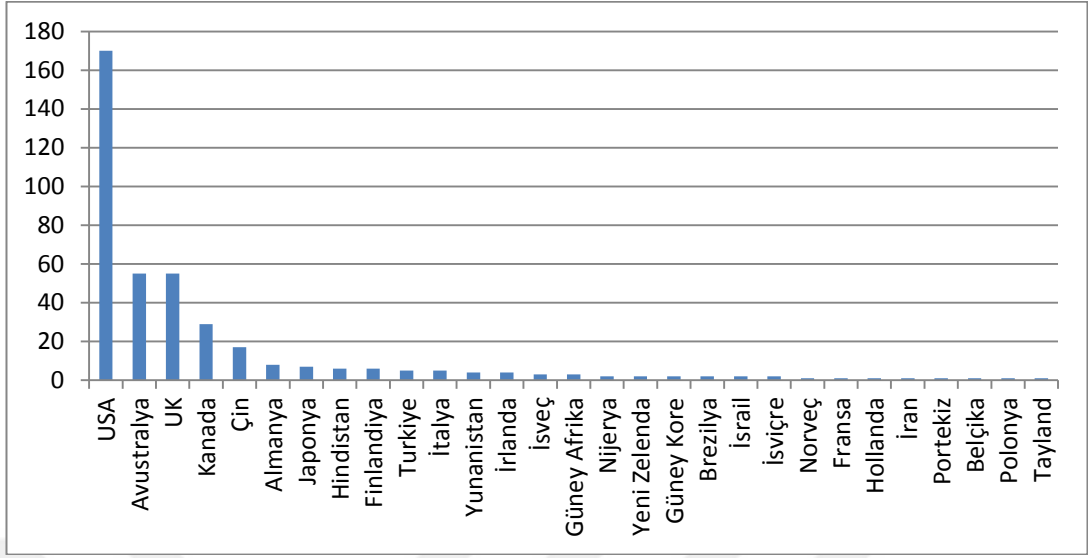
Türkiye’de ruh sağlığı okuryazarlığı ile ilgili birkaç çalışma dışında herhangi bir çalışma gösterilemezken, uluslararası literatürde sayısız çalışmalara rastlanmıştır. RSO kavramının Avrupa’da 1950’li yıllarda başladığı ve 1950’den 2015’e kadar yapılan çalışmaların %84’ünün, 2000 yılından sonra gerçekleştirildiği görülmüştür (Wei et al. 2015). RSO çalışmalarının tarihlere göre dağılımları Şekil 1’de gösterilmiştir:



Şekil 1. Yayın Tarihlerine göre Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Çalışma Sayıları

(Wei et al. 2015)

RSO çalışmalarında başı çeken ülkelerin, Amerika Birleşik Devletleri, Avustralya, İngiltere ve Kanada'nın olduğu görülmüştür. RSO çalışmalarının ülkelere göre dağılımları şekil 2’de gösterilmiştir.



Şekil 2. Yayınlanan Ülkelere Göre Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Çalışma Sayıları
(Wei, McGrath et al. 2015)

Google akademi, Pubmed ve PsycINFO kullanılarak uluslararası literatür, incelendiğinde; 2000'den 2009 yılına kadar olan çalışmaların daha çok, Jorm'un geleneksel vaka örneği yöntemi ile farklı ruhsal bozuklukları içeren vaka örneklerine yönelik bireylerin tutum ve inançlarının değerlendirildiği çok sayıda kesitsel tanımlayıcı araştırmadan oluştuğu, 2010 ve sonrasında, RSO hakkında psikometrik ölçme araçlarının geliştirildiği sistematik çalışmalara, tüm Avrupa ülkelerinde kabul görmüş ruh sağlığı ilk yardım kurslarının ve RSO farkındalık programlarının etkinliklerinin değerlendirildiği randomize kontrollü deneysel çalışmalara yer verildiği görülmüştür.

2010 sonrası çalışmaların ayrıca; ergenler, göçmenler, mülteciler, öğretmenler, polisler, sağlık çalışanları, ruhsal bozukluğu olan bireylere bakım vericiler, dini liderler gibi özellikli gruplar üzerinde yürütülen çalışmalara yer verdiği, iş yerlerinde RSO'nun araştırılması ve ruh sağlığı hizmetlerinin kullanımı gibi çalışmalara odaklandığı görülmüştür. 2015 sonrası çalışmalar da ise farklı kültürlerarası ve farklı ülkeler arası RSO düzeylerini karşılaştırma çalışmalarının yer aldığı görülmüştür.

Ruh Sağlığı Okuryazarlığı kavramı ulusal akademik arama motorlarında taratıldığında henüz dilimize geçemediği, birkaç çalışma dışında eşleşmenin olmadığı görülmüştür. RSO'nun 3 temel yapı üzerinde bölümlendirildiği varsayılarak (Wei et al. 2015), bu 3 temel yapı (ruh sağlık/hastalık bilgisi, damgalama ve yardım arama faaliyetleri) ayrı ayrı ulusal akademik arama motorlarında aratıldığında; ruhsal hastalıklara/hastalara yönelik Türk toplumunu inanç, tutum ve damgalama faaliyetlerini araştıran çok sayıda ve yardım arama faaliyetlerini araştıran birkaç sayıda çalışmanın yer aldığı ancak Türk toplumunun ruhsal sağlık/hastalık bilgisini araştıran herhangi bir çalışmanın olmadığı görülmüştür.

Göktaş ve arkadaşları (2018), Ruh Sağlığı Okuryazarlığı başlığı altında güncel bir makalesinde, RSO kavramı ve ülkemiz için potansiyel öneminden bahsetmiştir (Göktaş vd. 2018).

Diğer bir çalışmada ise; Beşiroğlu ve arkadaşları (2010), Obsesif Kompulsif Bozuklukların Belirti Kategorileri İle Ruh Sağlığı Okuryazarlığı İlişkisi başlıklı çalışmasında, obsesif kompulsif bozuklukların (OKB) farklı kategorilerinin semptomlarının tanımlanması ile ruh sağlığı okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Katılımcılara her biri obsesif kompulsif bozuklukların farklı kategorilerine ait semptomları deneyimleyen dört olgu senaryosu verilmiş ve bu olgu senaryoları üzerinden, problemi tanılama, problemin nedenleri, problemin tedavi seçenekleri ve damgalama hakkında 17 soru sorulmuştur. Katılımcıların çoğunun, saldırgan obsesyon kategorisini anormal bir durum olarak doğru bir şekilde değerlendirdiği ancak bu anormal durumun nedenini genel yaşam stresi olarak bildirdikleri görülmüştür. Dini obsesyon kategorisini anormal bir durum olarak kabul edenlerin ise yardım arama seçenekleri arasında 'dindar bir şifacı görmek' en çok tercih edilen seçenek olduğu görülmüştür. Çalışma OKB'nin farklı ketegorideki belirtilerinin tanımlanmasının, ruhsal sorunun farkedilmesinde ve ruh sağlığı hizmetinin kullanımında etkili olabileceğini öngörmüştür (Beşiroğlu vd. 2010).

Dursun (2009)'un, çalışması da Türkiye'de RSO'ya yönelik çalışmalar arasında gösterilebilir. Çalışmada İngiltere'de ergenlerin ruh sağlığı profilini ortaya koymak ve ergenlerin RSO'na yönelik yrtlen ruh sağlığı gelişim programlarının

etkinliğini değerlendirebilmek için kullanılan DAWBA (Development and Well-being Assesment) adı verilen tanı koyma yönteminin Türkçeye uyarlanması amaçlanmıştır. Klinik görüşmelerde DAWBA ile konulan tanıların, klinik ortamda konulan tanılar ile orta ve yüksek düzeyde tutarlı olduğu görülmüştür. Böylece DAWBA'nın, çocuk ve ergenlere yönelik ruh sağlığı geliştirme politikalarının başlatılmasında ve sürdürülmesinde anahtar bir araç olacağı bildirilmiştir (Dursun 2009).

Yıldırım ve Ekinci (2010)'nin çalışması da Türkiye'de yürütülen RSO çalışmaları arasında gösterilebilir. Çalışmaya göre; DSM-IV ölçütleri ile şizofreni tanısı almış, günübürlük izlem ve tedavisi yapılan hastalardan ve bu hastaların yakınlarından bir deney kontrol grubu oluşturulmuş, deney grubundaki hasta yakınlarına haftalık 90-100 dakika arasında eğitim verilmiştir. Bu eğitim programı 14 oturumdan oluşmaktadır; ruh sağlığı/hastalıkları bilgisi, hastalığın belirtilerini bilme, yönetme ve baş etme ile etkin ilaç tedavisi yaklaşımı ve sosyal beceriler eğitim modüllerini içermektedir. Eğitimden sonra hastalar altı ay kadar takip edilmiştir. Hasta yakınları Aile Değerlendirme Ölçeği'ni, hastalar ise Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Tedaviyi Değerlendirme Çizelgesi'ni doldurmuşlardır. Araştırma sonucunda, ruh sağlığı eğitiminin şizofrenili hasta yakınlarının sağlıklı aile işlevleri davranışlarını geliştirdiği ve böylelikle, şizofreni hastalarının hastaların yakınlarından algıladıkları sosyal desteği artırdığı ve bu da hastaların tedaviye daha uyum sağlamasını teşvik ettiği bulunmuştur (Yıldırım ve Ekinci 2010). Bu çalışma yurtdışında yürütülen randomize RSO çalışmalarına benzer bir şekilde yürütülmüştür ancak çalışmada 14 hafta gibi kapsamlı ve zahmetli bir eğitim verilmesine rağmen, yalnızca katılımcıların algıladıkları sosyal destek, hastalığa ve tedaviye olan inanç ve tutumları gibi konular değerlendirilebilirken, verilen eğitimle değişen ruh sağlığı bilgisi değerlendirilememiştir. Bu çalışma, ruh sağlığı bilgisini ve RSO'nun tüm bileşenlerini birlikte ölçebilen bir ölçeğe acil ihtiyaç olduğunu bir kez daha düşündürmüştür (O'Connor 2015).

Türkiye'de, RSO'nun 3 temel bileşeninden biri olarak gösterilen; ruhsal hastalık/hastalara yönelik inanç, tutum ve damgalama'ya yönelik yürütülen çalışmalar özetlenecek olursa;

Kırsal kesimde yaşayanlar, ruhsal hastalık/hastalara karşı daha fazla olumsuz inanç, tutum ve damgalamaya sahiptir; kırsal bir kesimde yürütülen bir araştırmada, örneklemin %50'si depresyonda olduğunu bildiği bir kişiyle komşu olmak istemeyeceğini, %75'i depresyonda olduğunu bildiği bir kişiyle evlenmeyeceğini, %57'si depresyonda olduğunu bildiği bir kişiyi kiracı olarak istemeyeceğini ve %50.5'i de bu kişilerin tehlikeli olabileceğini bildirmiştir (Taşkın vd. 2006).

Sağlık çalışanları arasında ruhsal hastalık/hastalara karşı inanç, tutum ve damgalama çelişkilidir; hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada psikiyatri hekimlerinin psikiyatri dışı hekimlerden daha olumlu tutumlara sahip olduğu bildirilmiştir (Yüksel ve Taşkın 2005). Hemşireler üzerinde yapılan bazı çalışmalarda; ruhsal hastalığa yönelik daha olumlu inanç ve tutumları olduğu bildirilirken (Bostancı ve Aştı 2004, Çam ve Bilge 2013), bazı diğer çalışmalarda ise daha olumsuz tutumlarının olduğu bildirilmiştir (Bostancı ve Aştı 2004, Özyiğit vd. 2004, Kayahan 2009, Arkan vd. 2011).

Egenler ruhsal hastalık/hastalara karşı olumsuz tutumlar sergilemektedir; ergenlerin ruhsal hastalıklar ile ilgili olumsuz inanç ve tutum gösterdikleri ve ruhsal hastalıklı birine karşı sosyal mesafe eğiliminde oldukları bildirilmiştir (Oban ve Küçük 2011).

Ruhsal hastalık/hastalara karşı inanç tutum ve damgalama hasta ve yakınlarının yardım arama ve tedaviyi davranışlarını etkiler; ruhsal hastalık/hastalara yönelik olumsuz inanç, tutum ve damgalamanın, hasta ve yakınlarının yardım arama davranışlarını engellediği ve tedavinin gecikmesi ile birlikte ruhsal hastalığın kronikleşmesine sebep olduğu ve ayrıca toplumun ruhsal hastalıkları 'psikolojik zayıflık' olarak görmesinden dolayı ilaç kullanmaya karşı olumsuz tutum sergilendiği saptanmıştır (Kelleci vd. 2011, Çam ve Bilge 2013).

2.3. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği

Bireylerin RSO düzeylerini ölçmeye yönelik ilk girişim 1997’de Jorm tarafından yapılmıştır. Jorm, belli bir ruhsal bozukluğu tarifleyen vaka örneklerini kullanarak bireylerin RSO düzeylerini belirlemiştir. Katılımcılara bir vaka örneği sunulmuş ve vaka örneğinde yer alan kişinin hatalı davranışlarının neler olduğu sorulmuştur. Katılımcıların, görüşlerini bildiren cevapları RSO düzeylerini belirlemiştir (Jorm et al. 1997). Jorm’un bu vaka örneği yöntemi RSO’nun değerlendirilmesinde uzun yıllar yaygın olarak kullanılmıştır.

Ancak bu yöntem herhangi bir puanlama sistemine sahip değildi ve RSO’nun tüm niteliklerini değerlendiren alt boyutları ve puanlarını içermiyordu. Puanlama sistemi olmayan Jorm’un bu vaka örneği yöntemi ile; yalnızca bireylerin verdikleri doğru cevapların oranı ile bireyler ya da farklı örneklemler arası RSO düzeyleri karşılaştırılabilir, bireysel olarak belli bir RSO düzeyi belirleyemiyordu. Alt boyutlarının olmayışı ile de; bireyin RSO’nun hangi alt boyutunda desteğe ihtiyacı olduğu tespit edilemiyordu. Üstelik toplumun zamanla birlikte gelişen/geliştirilen RSO düzeylerini gösteremiyordu. Bu yüzden Jorm’un vaka örneği yönteminin RSO’nı ölçmede kısıtlı yararlılık sağladığı görülmüştür (O’Connor et al. 2014).

Sonraki RSO ölçme aracı geliştirme çalışmalarında, RSO toplam puanına ve alt ölçeklere sahip bir ölçek geliştirmek için Jorm’un vaka örneği yöntemi alternatif bir yaklaşım olarak kullanılmış ve vaka örneği yöntemi revize edilerek puanlama sistemine sahip bir ölçek haline getirilmiştir. Ancak bu sefer de vaka örneği yöntemindeki soruların ifadesi; inanç, tutum veya fikirlerin dışında, bilgi düzeyinin doğru bir şekilde ölçülmesine izin vermemiştir. Bu nedenle RSO’nun değerlendirilmesinde, RSO’nun tüm bileşenlerinin ölçümünün yapıldığı bir değerlendirme ile seviye tespiti yapmak bir gereklilik olmuştur (O’Connor and Casey 2015).

RSO’yu ölçmeye yönelik geliştirilen psikometrik ölçme araçları için güncel literatür incelendiğinde, O’Connor ve arkadaşının RSOÖ hariç tutularak,

RSO'nun yalnızca belli bir yapısını ölçen ölçme araçlarının olduğu, RSO'yu bütünüyle değerlendiren bir ölçeğin olmadığı görülmüştür (O'Connor and Casey 2015).

Jorm ve arkadaşları (1997) tarafından tanımlanan RSO kavramı; ilk kez Jorm'un olgu senaryosu ölçeği ile değerlendirilmiştir (Jorm et al. 1997). Psikometrik ölçüm özelliklerine ve bir puanlama sistemine sahip olmayan bu ölçek birçok ülkede yaygın olarak kullanılmıştır ancak psikometrik özelliklere sahip yeni bir ölçek geliştirmek adına uzun yıllar herhangi bir sistematik girişimde bulunulmamıştır.

Jorm'un vaka örneği ölçeği ile bir paragrafta depresyon ya da şizofren tanısına sahip bir birey anlatılmış ve daha sonra bu birey üzerinden yöneltilen sorularla katılımcıların, bozukluklar hakkındaki bilgisi, yardım arama konusundaki inançları ve ruhsal bozuklukları olan bir kişiye karşı uygulayacağı sosyal mesafe ve damgalama potansiyeli gibi RSO'nun birçok niteliği değerlendirilmiştir (Jorm et al. 1997, Jorm et al. 2000, Jorm et al. 2006).

Ancak bu ölçek formatında, açık uçlu sorular da yer almaktaydı ve bu çok zaman alıcıydı. Ölçek tabanlı puanlama sistemine sahip olmadığı için puanlama güvenilirliği de düşüktü. Sadece belirli ruhsal bozukluklara yönelik (örneğin depresyon, anksiyete veya şizofreni gibi) bir ya da birkaç olgu senaryosu kullanılabilirdi ve bu da RSO'nun belirlenmesi yanıltıcı olabiliyordu. Çünkü sınırlı sayıda ruhsal bozukluğun tanımlanması ve bu bozukluklar hakkındaki görüşlerin değerlendirilmesi ile tüm alana hitap eden bir RSO değerlendirmesi yapılamıyordu, RSO'yu oluşturan tüm alt yapılara hitap edilemiyordu, genellikle bireyin/toplumun tutum, inanç ve damgalama buyutu değerlendirilirken, ruhsal sağlık bilgisi ve yardım arama faaliyetleri gibi RSO'nun önemli alt yapıları ölçülemedi (Jorm et al. 1997, O'Connor et al. 2014).

Sistemdeki bu yetersizliği farkederek O'Connor ve arkadaşı (2015), Ruh Sağlığı Okuryazarlığı'nın tüm özelliklerinin psikometrik ve metodolojik açıdan geçerli ve güvenilir bir şekilde değerlendirilmesini sağlayacak; puanlama sistemine sahip bir ölçek geliştirmeye karar vermiştir.

O'Connor ve arkadaşı, Jorm ve arkadaşlarının 1997 yılından beri sürdürmüş olduğu RSO'ya yönelik tüm tanımları kullanarak altı alt boyutlu bir ölçek modeli oluşturmuşlardır (O'Connor and Casey 2015).

Tablo 1. Ruh sağlığı Okuryazarlığı Altı Alt Boyutlu Faktör Modeli

Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Alt Boyutları	Tanım	Madde Numarası
Ruhsal Bozuklukları Tanıma Becerisi	-Herhangi bir bozukluğu ya da bir bozukluk kategorisinin özelliklerini doğru bir şekilde tanımlama becerisi	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ve 8 numaralı maddeler
Risk faktörleri ve sebepleri Bilgisi	-Ruhsal bozuklukların gelişme riskini artıran çevresel, sosyal, ailesel veya biyolojik faktörlerin bilgisi	9 ve 10 numaralı maddeler
Kendi Kendine Tedavi Bilgisi	-Ruh sağlığı uzmanlarının tavsiye ettiği, bireyin kendi kendine uygulayabileceği alternatif tedaviler bilgisi	11 ve 12 numaralı maddeler
Mevcut Profesyonel Yardım Bilgisi	-Ruh sağlığı uzmanlarının sağladığı hizmetler bilgisi	13,14 ve 15 numaralı maddeler
Ruhsal Bozukluklar Hakkında Bilginin Nereden Edinileceğine Yönelik Bilgi	-Bilgiye nereden ulaşılacağı ve erişme kapasitesinin bilgisi	16, 17, 18 ve 19 numaralı maddeler

Ruhsal Hastalıkları Tanımayı ve Uygun Yardım Aramayı Destekleyen Tutumlar	-Ruhsal bozuklukların tanımlanması ve uygun yardım arama davranışına katılma isteğini etkileyen tutumlar	20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34 ve 35 numaralı maddeler
--	--	--

(O'Connor and Casey 2015)

Daha sonra bu 6 alt boyuta yönelik toplam 79 soru oluşturulmuş ve oluşturulan RSOÖ (Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği) ilk olarak, pilot çalışması için (RSOÖ-P), bir ruh sağlığı çalışanları örneğine (n=7) ve bir toplum örneğine uygulanmıştır (n=202).

Pilot çalışma sonrasında yapılan veri analizleri sonucuna göre; 79 sorudan 39'u %80 üzerinde doğruluk onayı (yanıtlanma oranı) göstermiştir. RSO'nun tüm bileşenlerini değerlendirebilmesi adına geriye kalan 40 maddeden sadece 28'i çıkartılabilmektedir ve analizler sonrasında RSOÖ-P revize edilerek toplam 51 maddelik RSOÖ-P-R haline dönüşmüştür.

Ölçeğin RSOÖ-P-R hali tekrar bir toplum örneğine (n=372) ve ruh sağlığı çalışanları örneğine (n=43) uygulanmıştır. Yapılan veri analizine göre RSOÖ-P-R'nin madde sayısını azaltmak, ölçeğin güvenilirliğini artırmak ve genel cronbach alfa değerini yükseltmek için, toplam madde korelasyonu 0.20'den düşük olan maddeler sırasıyla silinmiştir ve toplam 22 madde daha çıkarılmıştır. Ancak RSO'nun tüm bileşenlerini karşılaması adına çıkarılan 6 madde yeniden girilerek ölçek toplam 35 maddeli son haline dönüştürülmüştür. RSOÖ'nin son hali;

- Ruhsal bozuklukları tanıma becerisi hakkında 8 soru, (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ve 8. Sorular)

- Risk faktörleri ve sebepleri bilgisi hakkında 2 soru, (9 ve 10. Sorular)

- Kendi kendine tedavi bilgisine yönelik 2 soru, (11 ve 12. Sorular)

- Mevcut profesyonel yardım bilgisine yönelik 3 soru, (13,14 ve 15)

- Ruhsal bozukluklar hakkında bilgiyi nereden edineceğine yönelik 4 soru, (16, 17, 18 ve 19. Sorular)

- Hastalığı tanımayı ve uygun yardım arama davranışını destekleyen tutumlara yönelik 16 sorudan, (20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34 ve 35. Sorular) oluşmuştur.

Değişmezlik güvenirliliği (test-tekrar test) için iki hafta sonra tekrar uygulanmış ve yeterli güvenirlik sağlamıştır. Ölçeğin son halinin test re-test güvenirliği; $r/69=0.797$, $p<0.001$) bulunmuştur.

Ölçeğin yapı geçerliliği testi ise, Genel Yardım Arama Ölçeği ve Kessler değerlendirilmiştir. Çıkan sonuçlarda; RSOÖ, Genel Yardım Arama Ölçeği ile anlamlı bir pozitif korelasyon yakaladığı ancak RSO düzeyi ile psikolojik stres düzeyinin ilişkili olmadığı görülmüştür.

RSOÖ'nin gösterdiği tüm psikometrik değerler, ölçeğin RSO'nun tanımında yer alan tüm bileşenleri karşıladığını ve teorik olarak anlamlı bir yapı sergilediğini göstermiştir. RSOÖ; iç tutarlılık, içerik geçerliği, yapısal geçerlilik ve hipotez testlerinden uygun yeterlilik almıştır. RSOÖ'nün cronbach alfası 0,873'tür.

RSOÖ'nün puanlanması ise, tüm maddelerin toplanması sonucunda oluşturulur ve tersten puanlanan maddeler de yer almaktadır. Ölçek puanı arttıkça RSO düzeyi artmaktadır. Toplam 35 soruluk ölçek için 5'li ve 4'lü likert tipi derecelendirme kullanılmıştır. 4'lü likert dereceli cevaplar için: hiç mümkün değil (1puan), mümkün değil (2puan), mümkün (3puan), kesinlikle mümkün (4puan); 5'li likert dereceli cevaplar için: kesinlikle katılmıyorum/kesinlikle isteksizim (1puan), katılmıyorum/isteksizim (2puan), kararsızım (3puan), katılıyorum/istekliyim (4 puan), kesinlikle katılıyorum/kesinlikle istekliyim (5 puan)'dır. Ölçeğin tersten puanlanacak maddeleri ise: 10, 12, 15, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 ve 28. maddelerdir.

Ölçekten alınabilecek maksimum puan:160, minimum puan: 35'tir. O'Connor ve arkadaşının yapmış olduğu çalışmada ise; ölçeğin ortalama puanı 127,38, min puan=92,00, max puan=155,00 olarak bulunmuştur (O'Connor and Casey 2015).

O'Connor ve arkadaşı, geliştirdikleri bu ölçekle kişinin ruh sağlığı okuryazarlığının hangi boyutunda desteğe ihtiyacı olduğunu belirleyebilmeyi ve RSO'nu iyileştirmeye yönelik yapılan müdahalele programlarının etkinliklerini değerlendirilebilmeyi amaçlamıştır (O'Connor and Casey 2015).

Ruh sağlığı okuryazarlığı ölçeklerinin ölçme yeterliliğinin COSMIN (Sağlık Enstirümanlarının Seçimi için Fikir Birliğine Dayalı Standartlar) kriterlerine göre incelendiği sistematik bir çalışmada O'Connor ve arkadaşının Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği, COSMIN'in tüm kalite standartlarını karşılayan güçlü bir araç olarak gösterilmiştir (Wei et al. 2016).

Tablo 2. RSOÖ'nün COSMIN Kriterlerine Göre Değerlendirilmesi

RSOÖ	İçTutarlılık	Güvenilirlik	İçerik Geçerliliği	Yapısal Geçerliliği	Kültürel Geçerlilik
Metadolojik Kalitesi	Mükemmel	İyi	Mükemmel	Mükemmel	
Psikometrik Kalitesi	+	+	+	?	

+: pozitif değerlendirme, -: olumsuz değerlendirme, ?: belirsiz derece, boşluk: verilen bilgi yok

(Wei et al. 2016).

Türkiye'de RSO'yu değerlendirmeye yönelik ölçek eksikliğini gidermek amacıyla yapılan literatür incelemeleri sonucunda; Mat ve arkadaşının geliştirdiği RSOÖ'nün en yeni ve psikometrik özellikleri bakımından en kaliteli ölçek olduğu görülmüş ve RSOÖ'yü Türk kültürüne uyarlamaya karar verilmiş.

2.4. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı ve Hemşirelik

Toplum sağlığının geliştirilmesi ve korunması ve bu anlayışın topluma sunulan temel sağlık hizmetlerine dahil edilmesi gerektiği Dünya Sağlık Örgütü'nün 1978'de yayınlamış olduğu Alma-Ata Bildirgesi'nde belirtilmiştir.

Alma-ata Bildirgesi'ne göre, toplumda yaygın görülen sağlık sorunlarının önlenmesi ve yönetilebilmesi için, ilgili konularda topluma eğitim verilmesi gerektiği, 'Temel Sağlık Hizmetleri' başlığı altında yer almıştır (TC Sağlık Bakanlığı, 2008).

Kopenhag'da 1998'deki 48. Avrupa Bölge Komitesi Toplantısı'nda, 'Herkes için Sağlık' yaklaşımı geliştirilerek 'Sağlık 21' başlığı altında, 21. yy için 21 pozitif sağlık hedefi belirlenmiş ve bu hedeflerin ilk beşi; sağlıkta dayanışma, hakkaniyet, yaşama sağlıklı başlanması, gençlerin sağlığı, yaşlıların sağlığı olarak sıralanırken 6. hedef; ruh sağlığının geliştirilmesi olarak belirlenmiştir. Bu hedef; 2020 yılına kadar ruh sağlığı ile ilgili olarak bireylerin psikososyal iyilik halinin geliştirilmesini ve ruhsal bozukluğu olan bireylere daha ulaşılabilir ve daha kapsamlı hizmetlerin sunumunu amaçlamaktadır (TC Sağlık Bakanlığı 2011).

Ruhsal olarak sağlıklı olabilmek ve ruhsal problemler oluşmadan önleyebilmek için alternatif korunma yöntemlerini gösteren sağlık hizmetleri koluna; koruyucu ruh sağlığı hizmetleri denir. Toplumun her köşesine sağlık hizmeti götürmek, toplumdaki her bir bireye ulaşmak; büyük bir alt yapı gerektirebilir ancak eğitim yoluyla toplumun her bir köşesine ve her bir bireyine ulaşmak mümkündür, daha kolaydır ve daha az maliyet gerektirir. Kopenhag'da bildirilen 6. Hedefe ulaşmada güçlü bir yol olabilir.

Sağlık Bakanlığı, toplumun ruh sağlığının geliştirilmesinde koruyucu ruh sağlığı hizmeti sunucularına, *ruh sağlığı eğitim programları ile toplumu bilinçlendirme* sorumluluğu vermiş ve bu sorumluluklarını yerine getirirken kullanabilmek üzere 'eğitimciler için ruh sağlığı eğitim rehberi'ni yayınlamıştır (TC Sağlık Bakanlığı, 2008).

Eğitim sorumluluğu verilen ruh sağlığı sunucuları ile Türkiye'nin mevcut sağlık sistemi yapılanmasında kastedilen kesim; toplum ruh sağlığı merkezi çalışanlarıdır. Ülkemizde 19 Nisan 2011 tarihli 27910 sayılı hemşirelik yönetmeliğe göre Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hemşirelerinin görev tanımları yenilenmiştir.

Yönetmeliğe göre toplum ruh sağlığı hemşiresinin; sosyo-ekonomik düzeyi düşük bölgede yaşayanların, göçle gelenlerin, madde bağımlılığı açısından risk teşkil edenlerin, çocuk, ergen, kadın, yaşlı, işsiz ve engelli gibi ruh sağlığı bozulma riski yüksek olan tüm grupların, ruh sağlığının korunması ve sürdürülmesinde sorumluluk almak ve destekleyici programlar oluşturmak birincil görevleri arasında sıralanmış ve hasta ile biyolojik, psikolojik ve sosyal bir bütünlük içerisinde olarak ve ve kanıta dayalı değerlendirme araçlarını ve terapötik iletişim tekniklerini kullanarak sürekli ve sistematik biçimde veri toplaması, gereksinim ve sorunları belirlemesi istenmiştir (T.C.ResmiGazete,19Nisan2011,sayı:27910;<http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr> , Erişim tarihi: 18 Ağustos 2018).

Yönetmeliğe göre toplum ruh sağlığı merkezi hemşiresine; toplumun genel ruh sağlığı düzeyini kanıta dayalı ölçümlerle sürekli ve sistematik bir biçimde veri toplayarak değerlendirmesi ve risk faktörü analizlerini yapması ve destekleyici eğitim programlarını planlaması yükümlülüğü verilmiştir. Ancak alanda çalışan hemşirelerin bu sorumluluklarını yerine getirirken karşılaştıkları zorluklardan birisi de Türkiye’de söz konusu kanıta dayalı ölçümlerini yapabilecek, standardize bir ölçme aracının olmamasıdır. Mevcut literatür ruh sağlığı eğitim programlarının etkinliğini tek bir ölçme aracıyla bütüncül olarak değerlendirmeye imkan verecek bir ölçme aracına sahip değildir. Sağlıklı ya da ruhsal bozukluğu olan bireylerin, verilecek olan ruh sağlığı eğitim programları ile gelişen RSO’larını değerlendirmeye yönelik bir ölçme aracına gereksinim olduğu tespit edilmiştir.

DSÖ, ruh sağlığı hizmetlerinde çalışan hemşirelerin sayıları, verilen ruh sağlığı eğitim programlarının miktarı ve kalitesi hakkında yeterli bilginin olmaması sebebiyle Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN) ile birlikte ruh sağlığı hemşireleri hakkında veri toplamak ve raporlamak amacıyla bir proje başlatmıştır. Bu proje, ‘2007’de Ruh Sağlığı ve Hemşireler’ başlığı altında atlas dergisinin 2007’ekinde yayınlanmıştır. Projeye katılan 171 DSÖ üye ülkelerinden gelen veriler doğrultusunda oluşturulan rapora göre; genel olarak, düşük ve orta gelirli ülkelerde, eğitim düzeyi daha düşük bir topluma sahip olmalarına rağmen kişi başına düşen ruh sağlığı hemşire sayısı ve toplum ruh sağlığı tesisleri daha az olduğu görülmüştür.

Raporda, hemşirelerin ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda esansiyel bir kaynak oluşturduklarının, ruhsal bozukluğu olan kişilerin bakımında anahtar bir role sahip olduklarının ve bu rolün tüm ülkelerde ruh sağlığı hizmetleri sunumunun her aşamasında tanınması ve dahil edilmesi gerektiği vurgulanmıştır (<https://www.who.int>, Erişim tarihi: 20 Ağustos 2018).

Ülkemizde ise bu vurguya cevap olarak 2011 yılında toplum ruh sağlığı hemşiresinin tanımı yenilerek DSÖ'nün isteği çeręeveye oturtulmuştur. Ancak bu çeręeve henüz ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda DSÖ'nün istediği yeterli düzeye ulaştıramamıştır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'ni Türkçeye uyarlamak ve geçerlik güvenilirliğini saptamak amacıyla yapılmış metodolojik bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri Ve Tarihi

Karabük Üniversitesi'nin Sağlık Bilimleri Fakültesi ve Teknoloji Fakültesinde, 2017-2018 eğitim öğretim yılı bahar döneminin Haziran ayında, aktif öğrenim gören öğrenciler ile yürütüldü.

Sağlık Bilimleri Fakültesi (SBF); hemşirelik, fizyoterapi ve rehabilitasyon, çocuk gelişimi, ebelik, beslenme ve diyetetik, sağlık kurumları yöneticiliği ve iş sağlığı ve güvenliği, bölümleri olmak üzere yedi bölümden oluşmaktadır. Fakülte, henüz eğitim öğretim hayatına başlamamış olan, beslenme ve diyetetik bölümü, iş sağlığı ve güvenliği bölümü ve sağlık kurumları yöneticiliği bölümleri hariç, aktif olarak eğitim verilen diğer dört bölümde yaklaşık olarak 2700 öğrenciye sahiptir.

Teknoloji Fakültesi (TF) ise; elektronik ve haberleşme mühendisliği, bilişim sistemleri mühendisliği, enerji sistemleri mühendisliği, endüstriyel tasarım mühendisliği, makine mühendisliği, mekatronik mühendisliği ve imalat mühendisliği olmak üzere yaklaşık 2300 öğrencisi ile 7 bölümden oluşmaktadır.

Ölçeğin farklı özelliklere sahip örneklemeler üzerinde de uygulanabilirliğini göstermek amacıyla sağlık alanından ve sağlık dışı alandan öğrenciler örnekleme alındı.

3.3. Araştırmanın Evren Ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 2017-2018 eğitim öğretim yılı bahar döneminde, Karabük Üniversitesi'nin Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde öğrenim gören 2700 ve Teknoloji Fakültesi'nde öğrenim gören 2300 öğrenci olmak üzere toplam 5000 öğrenci oluşturdu.

Örneklem grubunun sayısının belirlenmesi, ölçek madde sayısının oranlarına göre hesaplandı. Büyüköztürk (2002), faktör analizi çalışmalarında kullanılan ölçekteki madde sayısının 10 katı oranında bir örnekleme sahip olunması gerektiğini söylerken (Büyüköztürk 2002) Kline (2012), örneklem seçiminde; temsil edicilik gücü ve madde faktör analizleri için, madde başına en az 20 katılımcı olmasının daha doğru sonuçlar vereceğini savunmuştur (Kline 2013). Comrey ve Lee (1992)'ye göre ise; faktör analizi yapılacak bir çalışma grubunun seçiminde ölçüt olarak; "1000 ve üstünü" mükemmel, "500" çok iyi, "300" iyi, "200" orta, "100" kötü ve "50" çok kötü olarak belirtilmiştir (Comrey and Lee 2013, Kaya 2013). Bu bilgiler doğrultusunda 35 maddelik Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği için, en az Kline'nin tavsiye ettiği 35'in yirmi katı öğrenciye ulaşılması hedeflendi ve Comrey ve Lee (1992)'nin mükemmel olarak belirttiği 1000 kişilik örneklem grubu yakalanmaya çalışıldı. Ancak ölçeğin hepsini doldurmayan ve sistematik olarak aynı cevapları verdiği düşünülen öğrencilerin verileri araştırma kapsamı dışında tutulduğunda, lisans düzeyindeki 900 gönüllü öğrenci araştırmanın örneklemini oluşturdu.

3.4. Dahil Olma Kriterleri

Araştırmaya 2017-2018 Eğitim-Öğretim yılında Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi ve Teknoloji Fakültesinde öğrenim gören, devamlı olan ve çalışmaya katılım konusunda gönüllü olan öğrenciler dahil edildi.

3.5. Dahil Olmama Kriterleri

Araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde okula devam etmeyen ve araştırmaya katılım konusunda gönüllülük göstermeyen öğrenciler ile diğer fakültelerde öğrenim

gören öğrenciler araştırma kapsamı dışında tutuldu. Ölçeği eksik dolduran ve sistematik olarak aynı cevapları verdiği düşünülen öğrencilerin verileri araştırma bulgularına dahil edilmedi.

3.6. Veri Toplama Araçları

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan form; öğrencilerin cinsiyetini, yaşını, medeni durumunu, okuduğu fakülteyi, kaçınıcı sınıfta olduğunu, daha önce herhangi bir ruh sağlığı dersi alıp almadığını, tanısı konulmuş herhangi bir kronik ya da fiziksel hastalığının veya ruhsal bir hastalığının bulunup bulunmadığını, genel sağlık durumunu nasıl algıladığını sorgulayan 10 sorudan oluşmaktadır (EK 1).

3.6.2. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği

Avustralyalı psikolog O'Connor ve arkadaşı RSO'ya yönelik yapılan tüm çalışmaları içine alan psikometrik bir ölçek geliştirmek istemiş ve 2015'te 'Mental Health Literacy Scale' (MHLS/RSOÖ) geliştirmişlerdir (EK 2).

O'Connor ve arkadaşı geliştirdikleri bu ölçekle, bireylerin RSO'larının hangi kısmında desteğe ihtiyacı olduğunu belirleyebilmeyi ve RSO'yu iyileştirmeye yönelik yapılan müdahalelerin etkinliğini değerlendirebilmeyi amaçlamıştır (O'Connor and Casey 2015).

Bu yaklaşımla sistematik olarak 6 alt boyutlu bir ruh sağlığı okuryazarlığı modeli oluşturulmuş ve RSOÖ;

- Ruhsal bozuklukları tanıma becerisi alt boyutunda 8 soru, (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ve 8. Sorular)
- Risk faktörleri ve sebepleri bilgisi alt boyutunda 2 soru, (9 ve 10. Sorular)
- Kendi kendine tedavi bilgisine alt boyutunda 2 soru, (11 ve 12. Sorular)
- Mevcut profesyonel yardım bilgisi alt boyutunda 3 soru, (13,14 ve 15)
- Ruhsal bozukluklar hakkında bilginin nereden edinileceği bilgisi alt boyutunda 4 soru, (16, 17, 18 ve 19. Sorular)

- Ruhsal Hastalığı tanımayı ve uygun yardım arama davranışını destekleyen tutumlar alt boyutunda toplam 16 sorudan (20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34 ve 35. Sorular) oluşturulmuştur.

RSOÖ'nün puanlanması ise, tüm maddelerin toplanması sonucunda oluşturulur ve tersten puanlanan maddeler de yer almaktadır. Ölçek puanı arttıkça RSO düzeyi artmaktadır. Toplam 35 soruluk ölçek için 5'li ve 4'lü likert tipi derecelendirme kullanılmıştır. 4'lü likert dereceli cevaplar için: hiç mümkün değil (1puan), mümkün değil (2puan), mümkün (3puan), kesinlikle mümkün (4puan); 5'li likert dereceli cevaplar için: kesinlikle katılmıyorum/kesinlikle isteksizim (1puan), katılmıyorum/isteksizim (2puan), kararsızım (3puan), katılıyorum/istekliyim (4 puan), kesinlikle katılıyorum/kesinlikle istekliyim (5 puan)'dır. Ölçeğin tersten puanlanacak maddeleri ise: 10, 12, 15, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 ve 28. maddelerdir. Ölçekten alınabilecek maksimum puan:160, minimum puan: 35'tir.

RSOÖ, RSO'nun tanımında yer alan tüm bileşenleri karşıladığını ve teorik olarak anlamlı bir yapı sergilediğini göstermiştir. İç tutarlılık, içerik geçerliği, yapısal geçerlilik ve hipotez testlerinden uygun yeterlilik almıştır. RSOÖ'nün cronbach alfası 0,873'tür. Değişmezlik güvenilirliği (test-tekrar test) için iki hafta sonra tekrar uygulanmış ve yeterli güvenilirlik sağlamıştır. ($r/69=0.797$, $p<0.001$) Ölçeğin yapı geçerliliği testi Genel Yardım Arama Ölçeği ve Kessler Psikolojik Stres Ölçeği ile değerlendirilmiştir.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri öğrencilere uygulanan iki veri toplama formu kullanılarak toplandı.

1- Kişisel Bilgi Formu (EK 1)

2- Türkçe uyarlaması yapılan Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (EK 1)

Veriler, Mayıs 2018- Haziran 2018 tarihleri arasında örneklem kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmak istediklerini sözel olarak beyan eden 900 üniversite öğrencisinden toplandı. Araştırmacı tarafından çalışmanın amacı öğrenciler

açıklandıktan sonra tekrar sözel onamları alınarak veri toplama araçları word belgesi halinde dağıtıldı ve öğrencilere dağıtılan veri toplama araçlarının nasıl doldurulacağı hakkında açıklamada bulunuldu. Veri toplama araçları öğrenciler tarafından öz-bildirim yöntemi ile doldurulduktan sonra araştırmacıya teslim edildi. Formların doldurulması yaklaşık 15 dakika sürdü.



TEZ ÇALIŞMA PLANI



3.8. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler

Bu başlık altında ölçek uyarlama sürecinde bilimsel olarak kullanılan yöntemler ve araştırmacının bu bilgiler ışığında izlediği yol aktarılacaktır.

Belli bir kültüre ait bir dilde geliştirilmiş ölçekler, o kültüre ve o dile ait anlayış, kavram ve örnekleme yansıtır. Geliştirilen bir ölçeğin diğer kültürlerde ve o kültüre ait dillerde anlamlı ve uygulanabilir olması için sistemli bir şekilde yapılan; anlamsal, kültürel ve istatistiksel işlemleri içeren çalışmalara ‘kültürler arası ölçek uyarlaması’ denir (Şahin 1994, Deniz 2007, Çüm ve Koç 2013, Karakoç ve Dönmez 2014).

Ölçek uyarlama çalışmaları, ölçeğin dil uyarlamasının yapılması ile başlar ve sonrasında, ölçeğin yapısal ve psikometrik özelliklerinde değişimler olup olmadığını saptamak üzere bir dizi anlamsal, kültürel ve istatistiksel işlemleri içeren yöntemlerle devam eder (Aksayan ve Gözüm 2002). RSOÖ Türkçe uyarlama çalışmasında kullanılan yöntemler Tablo 3’te belirtilmiştir:

Tablo 3. RSOÖ’nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmalarında Kullanılan Yöntemler

Geçerlilik Testleri	Yöntemler
Dil Geçerliliği	Grup geri çeviri yöntemi ile dil uyarlaması kullanıldı.
İçerik/Kapsam Geçerliliği	Dawis Yöntemi ile uzman görüşlerine dayalı Kapsam Geçerlik İndekleri (KGI) hesaplandı.
Yapı/Kavram Geçerliliği	Açımlayıcı Faktör Analiz Yöntemi (AFA) (Faktör çıkarmada Temel Bileşenler Analizi) ve Doğrulayıcı Faktör Analiz Yöntemi kullanıldı. <ul style="list-style-type: none">• AFA’da; KMO değeri, Barlett Testi, Faktör Yükleri, Özdeğer, Kikare ve Varyans Oranları hesaplandı.• DFA’da; Uyum İndexleri hesaplandı.
Güvenilirlik Testleri	Yöntemler
İç tutarlılık	Cronbach Alpha Katsayısı ve Madde Toplam Korelasyon Puanları hesaplandı.
Yarıya Bölme Metodu	Guttman Split-Half katsayısı hesaplandı.

3.8.1. Geçerlilik Testlerinde Kullanılan Yöntemler

3.8.1.1. RSOÖ'nün Dil Uyarlamasında Kullanılan Yöntemler

Ölçek çevirilerinde literatürde çeşitli yöntemler mevcuttur (Campbell and Russo 2001, Hambleton and Merenda 2005, Akbaş ve Korkmaz 2007). Bu çalışmada dil uyarlama çalışması için; grup geri çeviri yöntemi olarak bilinen Hambleton, Merenda ve Spielberger (2005)'in örnek çeviri süreci esas alındı. Bu çeviri süreci dört aşamadan oluşmaktadır (Hambleton and Merenda 2005);

Birinci aşama-İlk çeviri: Bu adımda her iki dil ve kültür konusunda uzmanlık derecesinde bilgiye sahip, nitelikli ve tecrübeli çevirmenler, orijinal ölçeği hedef dile çevirirler. Bunun için alanda çalışan İngilizceyi iyi derecede bilen ve ana dili Türkçe olan farklı meslek gruplarından oluşan 7 uzman tarafından (1 akademisyen psikiyatrist, 1 akademisyen psikiyatri hemşiresi, 1 akademisyen sosyal çalışmacı ve 4 İngilizce okutman) Türkçe'ye çevrildi (EK 3).

İkinci Aşama-Bağımsız değerlendirme: Çevirisi yapılan ölçek üçüncü bir bağımsız çevirmenler tarafından, önce orijinal ölçeği görmeden ölçek üzerinde düzeltmelerini yapmalı daha sonra orijinal ölçeği görerek yeniden incelemeler yapmalı, maddelerin anlaşılabilirliği, ifadelerin düzgünlüğü gibi konularda da görüşlerini belirtmelidirler. Bu madde gereğince araştırmacı ve iki danışman ile birlikte, her madde için en uygun çeviri ortak bir Türkçe metinde birleştirildi ve oluşturulan metin dil, anlam uygunluğu ve kavram eşdeğerliliği açısından tekrar değerlendirildi. Bazı sözcük ve tümcelerde değişiklikler yapılarak Türkçe formun son hali oluşturuldu.

Üçüncü Aşama-Geri çeviri: Revize edilen ölçek kaynak dile geri çevrilir. Geri çeviri işlemi bittikten sonra, orijinal ölçek ile geri çevrilmiş olan ölçek karşılaştırılır. Bunun için her iki dili iyi bilen ölçeğin orijinal formunu görmeyen farklı meslek mensubu 3 dil uzmanı (1 akademisyen psikolog, 1 okutman ve 1 klinisyen) (EK 3) tarafından Türkçe'den İngilizce'ye geri çevrildi. Uzmanlardan gelen İngilizce çeviriler araştırmacı ve iki tez danışmanı ile birlikte yeniden inceleyerek tek bir çeviri de birleştirildi ve oluşturulan ölçek, ölçeğin sahibine gönderildi. Ölçek sahibinden de alınan geri bildirimlerle gerekli düzeltmeler tekrar yapılarak ölçeğin son hali oluşturuldu.

Dördüncü Aşama-Son kontrol: Son versiyonunu almış olan ölçek, anadili hedef dil olan yanıtlayıcılar üzerinde uygulanır ve yanıtlayıcıların ölçekle ilgili görüşleri alınır. Bunun için oluşturulan ölçek, sağlık alanını temsil eden hemşire ve akademisyen hemşirelerden ve sağlık dışı alanı temsil eden mühendislik öğrencilerinden oluşturulan 20 kişilik bir örnekleme uygulandı ve katılımcılardan ölçek hakkında görüş bildirmeleri istendi. Görüşler ve geri bildirimler doğrultusunda gerekli ifadeler tekrar düzenlenerek ölçeğin son hali oluşturulmuş oldu.

3.8.1.2. RSOÖ'nin İçerik/Kapsam Geçerliğinde Kullanılan Yöntemler

Ölçek uyarlama çalışmalarında ölçeğin dil eş değeri sağlandıktan sonra geçilecek olan aşama kapsam geçerliliği aşamasıdır. Kapsam geçerliliği, ölçek maddelerinin ölçülmek istenen alanı ne derecede kapsayıp kapsamadığını gösterir. Ölçeğin, kapsam geçerliliği analizinde uzman görüşlerine dayalı nitel veriler iki farklı yöntem sayesinde istatistiksel nicel verilere dönüştürülür (Lewis Tekniği ve Dewis Tekniği) (Hergüner 2010, Çam ve Baysan Arabacı 2010).

Bu çalışmada uzman görüşlerinden alınan nitel verileri, istatistiksel nicel verilere dönüştürmek için 'Davis Tekniği' kullanıldı. Davis tekniğinde uzman görüşleri, çok uygun (4 puan), uygun (3 puan), biraz uygun (2 puan) ve uygun değil (1 puan) şeklinde dördüncü derecelendirme ile değerlendirilir ve *çok uygun/uygun* seçeneğini işaretleyen uzman sayısı toplam uzman sayısına bölünür ve her bir maddeye ilişkin 'kapsam geçerlik indeksi' hesaplanır. KGİ puanı için 0,80 değeri ölçüt olarak alınır. Bu indeks değeri uzmanların ölçekte yer alan her bir madde için o maddeyi gerekli ve yeterli görüp görmediklerini belirler. Davis tekniği için en az üç en fazla yirmi uzman görüşü gereklidir (Yurdağül 2005, Hergüner 2010, Çam ve Baysan Arabacı 2010).

Bu bilgiler ışığında RSOÖ maddelerinin dil ve ifade açısından uygunluğunun değerlendirilmesi, kapsam geçerliliğinin belirlenmesi amacıyla, ülkemizdeki çeşitli hemşirelik fakültelerinin öğretim üyelerine e-posta yoluyla ulaşılarak Türkçeleştirilen ölçek formu gönderildi ve konu ile ilgili uzman görüşleri alındı (EK 4). Uzmanlardan her bir maddeye 1 ve 4 arasında puan vermeleri (Çok uygun (4 puan), Uygun (3 puan), Biraz uygun (2 puan) ve Uygun değil (1 puan)) istendi.

Toplam 14 uzmandan gelen değerlendirmeler neticesinde, uzmanlardan gelen öneriler de dikkate alınarak, ölçekte yeniden düzenlemeler yapıldı ve her bir maddeye verilen puanlarla ilk olarak kapsam geçerlilik oranları (KGO) hesaplandı.

Böylelikle dil uyarlama ve kapsam geçerliliği aşaması tamamlanmış olan RSOÖ, daha sonra 900 kişilik bir öğrenci grubuna uygulandı ve toplanan verilerle ölçęin yapı geçerliliği test aşamasına geçildi.

3.8.1.3. RSOÖ'nün Yapı/Kavram Geçerliliğinde Kullanılan Yöntemler

Açımlayıcı faktör analizinde öncelikle örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığını belirlemek üzere Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ve değişkenlerin birbirleri ile korelasyon gösterip göstermediklerini belirlemek üzere Barlett testi uygulandı,

Ardından faktör analizine geçildi. Faktör analizinde faktör çıkarma yöntemi olarak 'Temel Bileşenler Analizi' yöntemi kullanıldı ve faktör çıkartmada, minimum faktör yükü 0.50 değeri baz alındı ve 0,50 üzeri faktör yükleri iyi olarak kabul edildi. Alt boyutların açıkladığı varyans oranını hesaplayabilmek ve alt boyut sayısına karar verebilmek için her bir alt boyutun özdeğeri hesaplandı.

Temel Bileşenler Analizi ile çıkarılan maddelerden sonra, 22 maddeli bir ölçek olarak tanımlanan RSOÖ'nün faktör yapısını doğrulamak ve uyum indekslerini değerlendirmek için DFA yapıldı.

3.8.1.3. RSOÖ'nün Güvenirlik Testlerinde Kullanılan Yöntemler

RSOÖ maddelerinin homojenliğini yani iç tutarlılığını gösterebilmek için Cronbach alfa katsayısı hesaplandı. RSOÖ maddelerinin ölçmesi beklenen yapıyı ne derece etkin ve yeterli ölçtüğünü belirleyebilmek adına ölçek maddelerinden alınan puanlar ile ölçek toplam puanları arasındaki ilişkiye (madde toplam korelasyon puanı) bakıldı. Güvenirliğin bir diğer ölçütü olan yarıya bölme metodu ile ölçęin bir yarısından alınan puanlar ile diğer yarısından alınan puanlar karşılaştırıldı; Guttman Split-Half katsayısı hesaplandı.

3.8.1.4. RSOÖ'nün Geçerlik Ve Güvenirlik Testlerinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

IBM SPSS Statistics 23 ve IBM SPSS AMOS 23 (Analysis of Moment Structures) programları kullanıldı. Çalışmanın verileri SPSS programında oluşturulan veri tabanına elle girildikten sonra verileri test etmek için; ketegorik değişkenler için frekans dağılımları, sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (standart sapma değeri, yüzdelikler, ortalama değeri ve ki-kare değeri) kullanıldı. Kişisel bilgi formunun değerlendirilmesinde öğrencilerin sosyo-demografik değişken özellikleri için sayı ve yüzde dağılımları hesaplandı. İki gruplu kategorik değişkenlerde aralarındaki farkın/ilişkinin incelenmesinde bağımsız t testi kullanıldı; demografik değişkenlere göre RSOÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları bağımsız t testi ile değerlendirildi. İki sayısal değişken arasındaki ilişkinin incelenmesinde pearson korelasyon analizi kullanıldı; madde toplam korelasyonları ve faktörler arasındaki korelasyonlar hesaplanırken Pearson korelasyon analizinden yararlanıldı. Çalışmada p değeri için 0,05'den küçük değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.9. Araştırma Etiği

Araştırmanın uygulanabilmesi için Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 28 Mart 2018 tarih ve 4/11 sayılı karar no ile onay alınmıştır (EK 5). Araştırmanın yürütüldüğü Sağlık Bilimleri Fakültesi ve Teknoloji Fakültesi Dekanlığı'ndan çalışma izni alınmıştır (EK 6). Ölçeği geliştirenlerden O'Connor ile iletişime geçilerek yazılı kullanım izni alınmıştır (EK 7). Ayrıca araştırmaya katılacak öğrencilerle görüşülerek, uygulamadan önce araştırma ile ilgili gerekli bilgiler verilmiş, sözlü onamları alınarak sadece gönüllü olanların araştırmaya katılımı sağlanmıştır. Öğrencilerin sorulara daha güvenilir cevaplar vermesi ve kendilerini rahat hissedebilmeleri için bilgilerin gizli kalacağı ve araştırma dışında herhangi bir yerde kullanılmayacağına dair açıklama yapılmıştır. Anketlere isim ya da tanılayıcı herhangi bir bilgi yazmaları istenmemiştir.

3.10. Araştırma Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Durumlar

Araştırmanın örneklemini sadece üniversite öğrencilerinin oluşturması araştırmanın sınırlılıklarındandır. Ulusal literatürde ruh sağlığı okuryazarlığı ve ruh sağlığı okuryazarlığı ölçme araçları hakkında alan yazının yetersiz olması araştırmada karşılaşılan güçlüklerdendir. Paralel yapı geçerliliği için ulusal literatürde benzer yapıyı ölçen başka bir ölçme aracının bulunmaması ve RSOÖ'nün kriter geçerliliğinin test edilememesi araştırmanın sınırlılıklarındandır.

3.11. Araştırmanın Güçlü Yanları

RSOÖ'yü Türkçe'ye uyarlama sürecinin; hem halk sağlığı alanında hem de ruh sağlığı alanında uzman danışmanlar ile yürütülmesi, literatürde RSO'yu ölçen en yeni ve psikometrik özellikler bakımından en kaliteli ölçek olarak tanınması, RSOÖ'nün her kesime (sağlık çalışanlarına, topluma ve tüm yetişkin yaş grubuna) uygulanabilir özellikte olması ve RSOÖ'nün Türkiye'de koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde RSO'yu değerlendirebilen ilk ölçek olması araştırmayı güçlü kılan yönlerdir.

İlerleyen zamanlarda tüm ülkeler için standart bir ölçme aracı olabilme potansiyeline sahiptir, birçok ülke RSOÖ'yü kullanmaktadır bu sayede farklı popülasyonlar, kültürler veya coğrafi bölgelerdeki RSO seviyeleri karşılaştırılabilir (O'Connor and Casey 2015, Vermaas 2016, Agnes 2017, Cho and Choi 2017, Gorczynski et al. 2017, Dang et al. 2018, Noroozi et al. 2018).

Bu tez çalışma sonucunda Türkiye'de RSO'yu belirlemek üzere geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı literatüre kazandırılmıştır.

4. BULGULAR

RSOÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasından elde edilen bulgular beş başlık halinde sunulmuştur.

1. Öğrencilerinin sosyo-demografik özelliklerine yönelik bulgular
2. RSOÖ'nün geçerliğine yönelik bulgular
3. RSOÖ'nün güvenilirliğine yönelik bulgular
4. Faktörlerin Adlandırılması
5. RSOÖ'nün Maddelerine Verilen Cevapların Dağılımı

4.1 Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Yönelik Bulgular

Tablo 4. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılım (N=900)

		n	%
Cinsiyet	Erkek	423	47,0
	Kadın	477	53,0
Medeni durum	Evli	14	1,6
	Bekar	886	98,4
Bölüm	SBF	372	41,3
	TF	528	58,7
Psikiyatri dersi almış olmak	Evet	349	38,8
	Hayır	551	61,2
Kronik hastalık varlığı	Evet	72	8,0
	Hayır	828	92,0
Fiziksel hastalık varlığı	Evet	46	5,1
	Hayır	854	94,9
Ruhsal bir hastalık varlığı	Evet	59	6,6
	Hayır	841	93,4
		Ort±SS	
Yaş		22,0±2,2	
Genel Sağlık algısı		7,76±1,7	

Çalışmaya katılan öğrencilerin cinsiyet dağılımına bakıldığında, %47,0'si erkek, %53,0'ü kadındır. Öğrencilerin fakültelere göre dağılımına bakıldığında; %41,3'ü Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencisi, %58,7'si ise Teknoloji Fakültesi öğrencisidir. Öğrencilerin medeni durumları incelendiğinde, %1,6'sı evli, %98,4'ü bekadır. Öğrencilerin daha önce psikiyatri dersi alıp almama durumları incelendiğinde; %38,8'i psikiyatri dersi almış, %61,2'si psikiyatri dersi almamıştır. Öğrencilerin yaş ortalamaları $22,0 \pm 2,2$, genel sağlık algısı puan ortalamaları $7,76 \pm 1,7$ 'dir (Tablo 4).

4.2. RSOÖ'nin Geçerliliğine Yönelik Bulgular

4.2.1. RSOÖ'nin Kapsam/İçerik Geçerliliğine Yönelik Bulgular

RSOÖ'nin kapsam geçerliliği on dört uzman tarafından değerlendirilerek, uzmanların verdiği puanlar ile Kapsam Geçerlik İndek değerleri (KGİ) hesaplandı (EK 4) (Tablo 5).

Tablo 5. Ölçek Maddelerine Ait Kapsam Geçerliliği Oranları

Maddeler	KGO	KGİ
RSO1	0,93	
RSO2	1,00	0,96
RSO3	1,00	
RSO4*	1,00	
RSO5*	0,93	
RSO6	1,00	
RSO7	0,93	
RSO8	0,93	
RSO9*	1,00	
RSO10*	0,93	
RSO11*	0,86	
RSO12*	0,86	
RSO13*	1,00	
RSO14*	0,86	
RSO15*	0,79	
RSO16	0,93	
RSO17*	1,00	0,98
RSO18	1,00	
RSO19	1,00	
RSO20*	0,93	
RSO21	1,00	
RSO22	1,00	
RSO23	1,00	
RSO24*	0,93	0,96
RSO25	0,93	
RSO26	0,93	
RSO27	0,93	
RSO28	0,93	
RSO29	0,86	
RSO30	0,86	
RSO31	0,93	
RSO32	0,93	0,89
RSO33	0,93	
RSO34*	0,93	
RSO35	0,86	

*Bir sonraki Faktör analizi aşamasında ölçekten çıkartılacak olan maddeleri temsil etmektedir.

Tablo 5’te RSOÖ’nün tüm maddelerinin KGİ değerlerinin aritmetik ortalaması alınarak bulunan alt boyutlara ait KGİ değerleri verilmiştir. Buna göre RSOÖ’nün her bir maddesinin KGİ değeri; en küçük 0,89 değerinden büyük bulundu.

4.2.2. RSOÖ’nin Yapı Geçerliliğine Yönelik Bulgular

Tablo 6. RSOÖ’nün Faktör analizine Uygunluğuna Yönelik Veriler

Kaiser Meyer Olkin (KMO)		0,833
	χ^2	5451,616
Bartlett Sphericity Testi	Sd	231
	P	0,000***

p<0,05 **p<0,01 *p<0,001*

KMO değeri 0,833, Barlett testi sonucu χ^2 : 5451,616, sd:231, $p<0,001$ olarak hesaplandı. Bulunan KMO ve Barlett testi sonuçlarına göre; örneklem büyüklüğünün yeterli ve değişkenler arasında anlamlı ve yüksek düzeyde ilişkinin olduğu tespit edildi ve faktör analizi uygulamak için uygun olduğu sonucuna varıldı (Tablo 6).

Faktör analizi aşamasında faktör çıkarma tekniği olarak “Temel Bileşenler Yöntemi”nden yararlanıldı. Faktör yükü 0,5’in altında kalan maddeler ve RSOÖ’nün orijinal formunda bu maddelerden oluşan alt boyutlar ölçekten çıkarıldı (13 madde; 4,5,9,10,11,12,13,14,15,17,20,24,34 numaralı maddeler) (Tablo 7).

Tablo 7. Orijinal RSOÖ’nden Çıkarılan Alt Boyutlar Ve Maddeleri

Orijinal RSOÖ Alt Boyutları	Madde Numaraları
Ruhsal Bozuklukları Tanıma Becerisi	1, 2, 3, 4* , 5* , 6, 7 ve 8
Risk faktörleri ve sebepleri Bilgisi*	9* ve 10*
Kendi Kendine Tedavi Bilgisi*	11* ve 12*
Mevcut Profesyonel Yardım Bilgisi*	13*, 14* ve 15*
Ruhsal Bozukluklar Hakkında Bilgiyi Nereden Edineceğine Yönelik Bilgi	16, 17* , 18 ve 19
Hastalığı Tanımayı ve Uygun Yardım Arayışını Destekleyen Tutumlar	20* , 21, 22, 23, 24* , 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34* ve 35

**RSOÖ faktör analizleri sonucu ölçekten çıkarılan alt boyutlar ve maddeler*

RSOÖ’nün orijinal formuna uygulanan faktör analizleri sonrasında Türk kültüründe 22 maddesinin geçerlilik aldığı ve bu 22 maddenin de dört alt boyutta (F1, F2, F3 ve F4) yığılım gösterdiği görüldü (Bkz Tablo 9 ve Şekil 3).

Faktörlerin Adlandırılması

RSOÖ’nün faktör analizleri sonucunda kalan 22 maddenin yığılım gösterdiği F1, F2, F3 ve F4 alt boyutları uzman görüşleri doğrultusunda adlandırıldı (Tablo 8).

Tablo 8. RSOÖ'nün Faktör Analizinden Sonra Alt Boyutların Adlandırılması

	Orijinal Ölçekteki madde numaraları	Uzman Görüşleri ile Faktörlerin Adlandırılması	Türkçe RSOÖ'ne karşılık gelen madde numaraları
F1:	29, 30, 31, 32, 33, 34* ve 35	Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Tutum	1, 2, 3, 4, 5 ve 6
F2:**	20* , 21, 22, 23, 24* , 25, 26, 27 ve 28	Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum	7, 8, 9, 10, 11, 12 ve 13
F3:	1, 2, 3, 4* , 5* , 6, 7 ve 8	Ruhsal Bozuklukları Tanıma	14, 15, 16, 17, 18 ve 19
F4:	16, 17* , 18 ve 19	Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma	20, 21 ve 22

*Türkçe RSOÖ'nden çıkarılan alt boyutlar ve maddelerdir.

** Maddeleri tersten puanlanacaktır.

RSOÖ Türkçe uyarlamasında ortaya çıkan bu dört alt boyut uzman görüşleri doğrultusunda; Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Tutum alt boyutu, Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum alt boyutu, Ruhsal Bozuklukları Tanıma alt boyutu ve Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma alt boyutu olarak adlandırıldı. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Tutum alt boyutu toplam 6 maddeden, Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum alt boyutu tersten puanlanacak olan toplam 7 maddeden, Ruhsal Bozuklukları Tanıma alt boyutu toplam 6 maddeden ve Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma alt boyutu toplam 3 maddeden oluştu.

RSOÖ'nün alt boyutlarına göre özdeğerleri, varyans açıklama oranları ve faktör yükleri ve RSOÖ'nün toplam varyans oranları Tabloda 9'da verilmiştir.

Tablo 9. RSOÖ ve Alt Boyutlarının Faktör Yapıları

	<i>Sorular</i>	<i>Yükler</i>	<i>Varyans Açıklama Oranı</i>	<i>Özdeğeri</i>
F1. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Tutum	rso31	0,795	15,952	3,509
	rso30	0,789		
	rso32	0,779		
	rso29	0,771		
	rso33	0,729		
	rso35	0,699		
F2. Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum	rso27	0,743	13,325	2,931
	rso26	0,730		
	rso28	0,699		
	rso23	0,582		
	rso25	0,580		
	rso22	0,549		
F3. Ruhsal Bozuklukları Tanıma	rso2	0,667	12,064	2,654
	rso3	0,666		
	rso7	0,664		
	rso1	0,634		
	rso8	0,610		
	rso6	0,597		
F4. Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma	rso16	0,749	8,964	1,972
	rso19	0,744		
	rso18	0,733		
RSOÖ			50,305	

*Ölçekten çıkartılan maddelere tabloda yer verilmemiştir.

RSOÖ'nün orijinal formundaki 35 maddeli 6 alt boyutlu yapısının, Türkçe versiyonunda 22 maddeli 4 alt boyutlu bir yapı ile eşleştiği görüldü.

F1; Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Tutum alt boyutunun özdeğerinin 3,5, açıkladığı varyans oranının %15,9 ve faktör yükleri dağılımlarının 0,6-0,7 aralığında olduğu,

F2; Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum alt boyutunun özdeğerinin 2,931, açıkladığı varyans oranının %13,3 ve faktör yükleri dağılımlarının 0,5-0,7 aralığında olduğu,

F3; Ruhsal Bozuklukları Tanıma alt boyutunun özdeğerinin 2,654, açıkladığı varyans oranının %12,064 ve faktör yükleri dağılımlarının 0,59-0,66 aralığında olduğu,

F4; Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma alt boyutunun özdeğerinin 1,972, açıkladığı varyans oranının %8,964 ve faktör yükleri dağılımlarının 0,73-0,74 aralığında olduğu bulundu ve bu dört alt boyut birlikte toplam varyansın %50,305'ini açıkladı.

Tablo 10. RSOÖ'nün Alt Boyutlarının Kolerasyon Matrisi

		F1	F2	F3	F4	RSOÖ
F1. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Tutum	r	1	-0,054	0,044	0,078	0,587
	p		0,104	0,186	0,020*	0,000***
F2. Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum	r		1	-0,185	-0,136	0,527
	p			0,000***	0,000***	0,000***
F3. Ruhsal Bozuklukları Tanıma	r			1	0,359	0,427
	p				0,000***	0,000***
F4. Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma	r				1	0,407
	p					0,000***

* $p < 0,05$ *** $p < 0,001$

F1; Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Tutum alt boyutu ile **F4;** Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma alt boyutu arasında pozitif yönde düşük seviyede bir ilişki bulunurken ($p < 0,05$), bu iki alt boyut ile **RSO** arasında pozitif yönde yüksek seviyede bir ilişki bulundu ($p < 0,001$).

F2; Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum alt boyutu ile **F3;** Ruhsal Bozuklukları Tanıma alt boyutu ve **F4;** Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma alt boyutu arasında negatif yönde düşük seviyede bir ilişki bulunurken ($p < 0,05$), **F2;** Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum alt boyutu ile **RSO** arasında pozitif yönde orta seviyede bir ilişki bulundu ($p < 0,05$).

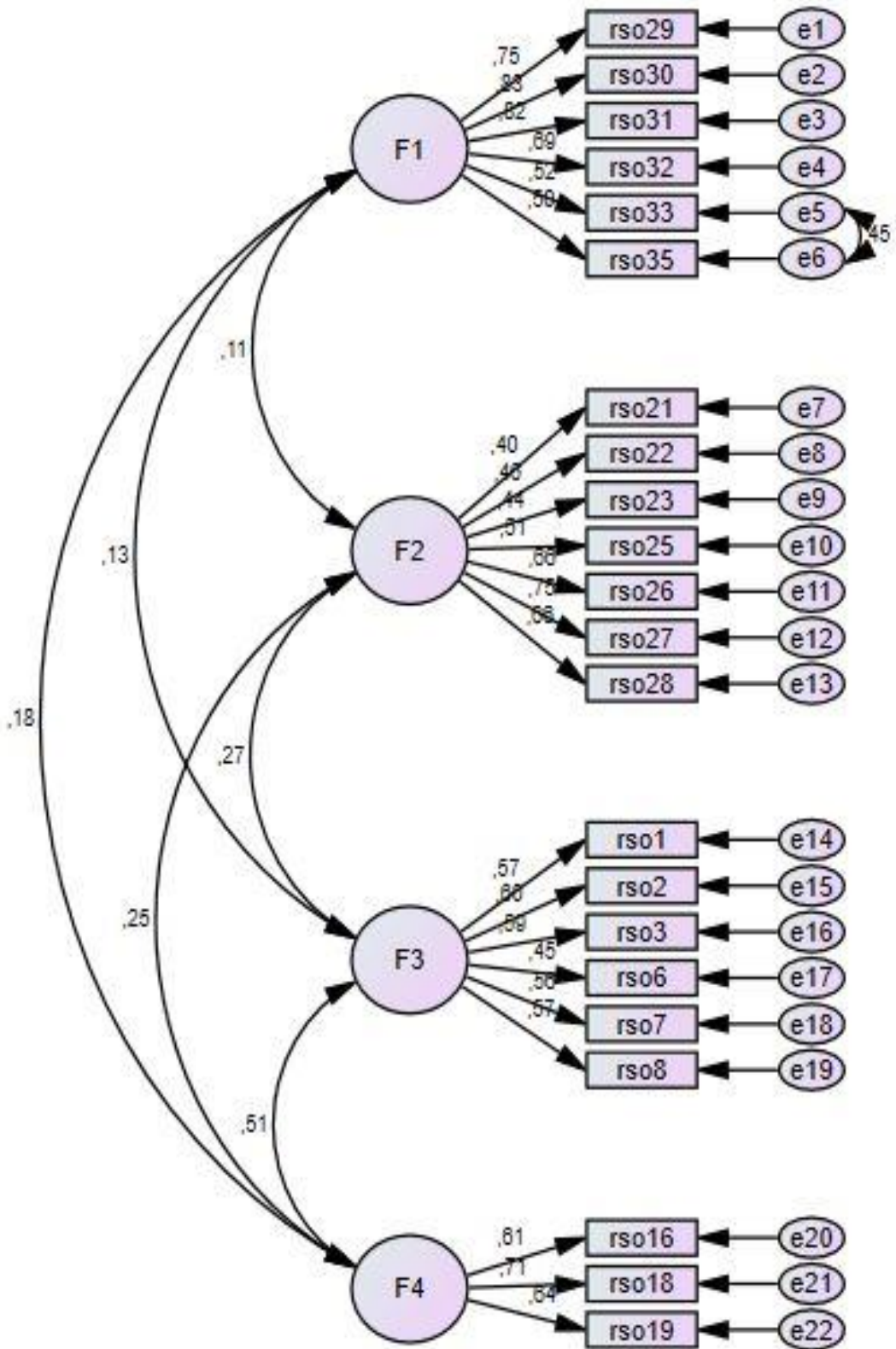
F3; Ruhsal Bozuklukları Tanıma alt boyutu ile **F4;** Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma alt boyutu ve **RSO** arasında pozitif yönde orta seviyede bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$).

F4; Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma alt boyutu ile **RSO** arasında pozitif yönde orta seviyede bir ilişki bulundu ($p < 0,05$).

AFA'da Temel Bileşenler Analizi sonucu elde edilen 22 maddeli 4 alt boyutlu RSOÖ yapısının Türk üniversite öğrencilerinde doğrulanıp doğrulamayacağı değerlendirmek ve modifikasyon endekslerini (MI) inceleyerek sorunlu maddeleri tanımlamak için DFA uygulandı.

İlk aşamada alt boyutların gizil değişken, alt boyutu oluşturan maddelerin de gösterge değişken olarak kabul edildiği 1. dereceden doğrulayıcı faktör analizi modeli oluşturuldu (Şekil 3).





Şekil 3. 4 Alt Boyutlu 1. Dereceden Doğrulayıcı Faktör Analizi Modeli

İkinci aşamada ise, model tahmin edilirken yapısal eşitlik modellerinde yaygın olarak kullanılan ve verilerin normal dağılım göstermediği durumlarda dahi güvenilir sonuçlar veren Maximum Likelihood yöntemi kullanıldı. Likelihood yöntemi ile gösterge değişkenlerin (ölçek maddelerinin) hatalarını, gizil değişkenlerin (ölçek alt boyutlarının) varyans oranlarını ve gizil değişkenlerden gösterge değişkenlere giden yollara ilişkin regresyon katsayılarını içeren değerleri tahmin edebilmek amaçlandı. AMOS 23.0 programı yönlendirmesi ile modifikasyon düzeltmesi için kovaryans yolları kuruldu; uyum indekslerine iyileştirme yapmak için kullanılan modifikasyon yöntemlerinden biri olarak, en yüksek modifikasyon indeks değerine sahip olan 33 ve 35 numaralı maddelerin hata terimleri arasında çift yönlü bir ilişki kurularak yapının bu şekilde boyutlar arasındaki kovaryans oranına bakıldı (Şekil 3).

Tablo 11. Standart Regresyon Katsayıları

			Standart Regresyon Katsayıları
rso29	←	F1	0,755***
rso30	←	F1	0,828***
rso31	←	F1	0,815***
rso32	←	F1	0,688***
rso33	←	F1	0,525***
rso35	←	F1	0,501***
rso21	←	F2	0,401***
rso22	←	F2	0,456***
rso23	←	F2	0,438***
rso25	←	F2	0,507***
rso26	←	F2	0,664***
rso27	←	F2	0,749***
rso28	←	F2	0,659***
rso1	←	F3	0,574***
rso2	←	F3	0,598***
rso3	←	F3	0,590***
rso6	←	F3	0,455***
rso7	←	F3	0,559***
rso8	←	F3	0,572***
rso16	←	F4	0,612***
rso18	←	F4	0,705***
rso19	←	F4	0,642***

*: $p < 0,05$ **: $p < 0,01$ ***: $p < 0,001$

Gizil değişkenlerin (ölçek alt boyutlarının), gösterge değişkenler (ölçek maddeleri) tarafından açıklandığını ve etki düzeylerini göstermek üzere standardize regresyon katsayılarından yararlanıldı (Tablo 11).

Tablo 12. RSOÖ Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İyiliği İndeksleri ve Kabul Edilebilir Değer Aralıkları

İndeksler	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Ölçek Değerleri
X^2/sd	$0 \leq X^2/sd \leq 3$	$3 \leq X^2/sd \leq 4$	2,821
GFI	$0.95 \leq GFI \leq 1$	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$	0,944
TLI	$0.95 \leq TLI \leq 1$	$0.90 \leq TLI \leq 0.95$	0,920
CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1$	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$	0,930
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.08$	0,045
SRMR	$0 \leq SRMR \leq 0.08$	$0.05 \leq SRMR \leq 0.10$	0,0510

Elde edilen uyum iyiliği indeksleri değerlerinden; X^2/sd , RMSEA değerlerinin iyi uyum ve SRMR, GFI, TLI, CFI değerlerinin de kabul edilebilir uyum sağladığı görüldü (Meydan ve Şeşen 2011, Tabachnick and Fidell 2001).

4.3. RSOÖ'nin Güvenirliliğine Yönelik Bulgular

Tablo 13. RSOÖ ve Alt Boyut Güvenirlikleri

	Maddeler	Madde-Toplam Korelasyon	Madde Çıkarılırsa Cronbach's Alfa Değeri	Cronbach's Alfa
F1: Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Tutum	rso29	0,424	0,752	0,854
	rso30	0,474	0,749	
	rso31	0,407	0,753	
	rso32	0,345	0,757	
	rso33	0,165	0,768	
	rso35	0,193	0,767	
F2: Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum	rso21	0,253	0,764	0,758
	rso22	0,265	0,763	
	rso23	0,278	0,761	
	rso25	0,311	0,759	
	rso26	0,373	0,755	
	rso27	0,460	0,748	
	rso28	0,401	0,752	
F3: Ruhsal Bozuklukları Tanıma	rso1	0,287	0,761	0,729
	rso2	0,316	0,759	
	rso3	0,290	0,760	
	rso6	0,214	0,764	
	rso7	0,308	0,759	
	rso8	0,336	0,758	
F4: Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma	rso16	0,246	0,763	0,690
	rso18	0,363	0,756	
	rso19	0,275	0,761	
RSOÖ				0,767

RSOÖ'nün ve her bir alt boyutunun Cronbach Alfa katsayıları hesaplandı. RSOÖ'nin Cronbach Alfa katsayısı 0,767 bulundu.

Ölçeğin madde toplam korelasyon puanına bakıldığında ise; 33 ve 35 numaralı maddelerin en küçük madde toplam korelasyon puanına sahip olduğu görüldü (sırasıyla 0,165 ve 0,193). Yarıya bölme metodu ile araştırma verileri rasgele yarıya bölünerek birinci yarı puanları ile ikinci yarı puanları karşılaştırıldı. Guttman Split-Half katsayısı olarak bilinen değer $r=0,870$ bulundu.

4.5. RSOÖ ve Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamaları

Tablo 14. RSOÖ ve Alt Boyutları Toplam Puan Ortalamaları

	Ortalama	Std. Sapma	Min.	Maks.
Ruhsal Bozuklukları Tanıma	17,9	3,2	6,0	24,0
Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma	10,9	2,3	3,0	15,0
Ruhsal Hastalığa Yönelik Tutum	17,7	5,3	7,0	35,0
Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Tutum	16,2	4,5	6,0	30,0
RSOÖ	62,9	7,8	34,0	96,0

RSOÖ'nün ve alt boyutlarının puan ortalamalarına bakıldığında; Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Tutum alt boyutu puan ortalaması $16,2\pm 4,5$, Ruhsal Hastalığa Yönelik Tutum alt boyutu puan ortalaması $17,7\pm 5,3$, Ruhsal Bozuklukları Tanıma alt boyutu puan ortalaması $17,9\pm 3,2$ ve Ruhsal Sağlık Bilgisine Ulaşma alt boyut puan ortalaması $10,9\pm 2,3$; ve ve RSOÖ puan ortalaması $62,9\pm 7,8$ bulundu (Tablo 14).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde aşağıdaki şu araştırma soruları tartışılacaktır;

1. Bireylerin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyini ölçmek için oluşturulan RSOÖ'nün Türkçe uyarlaması geçerli midir?

2. Bireylerin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyini ölçmek için oluşturulan RSOÖ'nün Türkçe uyarlaması güvenilir midir?

5.1. Bireylerin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyini ölçmek için oluşturulan RSOÖ'nün Türkçe uyarlaması geçerli midir?

RSOÖ'nün Türk kültürüne uyarlanmasında dil geçerliliği için grup geri çeviri yöntemi olarak bilinen Hambleton; Merenda ve Spielberger (2005)'in dört aşamalı örnek çeviri süreci esas alınarak dil uyarlaması yapıldı.

İlk çeviri: RSOÖ, İngilizceyi iyi derecede bilen ve ana dili Türkçe olan farklı meslek gruplarından oluşan 7 uzman (1 akademisyen psikiyatrist, 1 akademisyen psikiyatri hemşiresi, 1 akademisyen sosyal çalışmacı ve 4 İngilizce öğretmeni) (EK 3) tarafından Türkçe'ye çevrildi. *Bağımsız değerlendirme:* Bu madde gereğince araştırmacı ve iki danışmanı ile birlikte, her madde için en uygun çeviri ifadesi belirlenerek ortak bir Türkçe metinde birleştirildi ve oluşturulan metin dil, anlam uygunluğu ve kavram eşdeğerliliği açısından tekrar değerlendirildi. Bazı sözcük ve tümcelerde değişiklikler yapılarak Türkçe formun son hali oluşturuldu. *Geri çeviri:* Bu aşama için RSOÖ'yü, her iki dili iyi bilen ölçeğin orijinal formunu görmeyen farklı meslek mensubu 3 dil uzmanı (1 akademisyen psikolog, 1 öğretmen ve 1 klinisyen) (EK 3) tarafından Türkçe'den İngilizce'ye geri çevrildi. Uzmanlardan gelen İngilizce çeviriler araştırmacı ve iki tez danışmanı ile birlikte yeniden incelenerek tek bir çeviri de birleştirildi ve oluşturulan ölçek, ölçeğin sahibine gönderildi. Ölçek sahibinden de alınan geri bildirimlerle gerekli düzeltmeler tekrar yapıldı ve ölçeğin son hali oluşturuldu. Son kontrol: Oluşturulan ölçek, uzman klinik hemşire ve

akademisyen hemşirelerden oluşan 20 kişilik bir örnekleme uygulandı (pilot çalışma) ve katılımcılardan ölçek hakkında görüş bildirmeleri istendi. Görüşler ve geri bildirimler doğrultusunda gerekli ifadeler tekrar düzenlenerek ölçeğin son hali oluşturulmuş oldu.

Ölçeğin, kapsam geçerliliği analizinde uzman görüşlerine dayalı nitel veriler iki farklı yöntem sayesinde istatistiksel nicel verilere dönüştürülür (Lewis Tekniği ve Dewis Tekniği) (Hergüner 2010, am ve Baysan Arabaci 2010). Bu alışmada ‘Davis Tekniği’nden yararlanıldı ve uzmanların her bir maddeye 1 ile 4 arasında puan vermeleri (*ok uygun (4 puan), uygun (3 puan), biraz uygun (2 puan) ve uygun değil (1 puan)*) istendi. Daha sonra *ok uygun* ve *uygun* seçeneğini işaretleyen uzman sayısı toplam uzman sayısına bölündü ve her bir maddeye ilişkin ‘Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI)’ hesaplandı.

KGI’de 0,80 ölçüt değer olarak kabul edilir ve Davis tekniği için en az üç en fazla yirmi uzman görüşüne ihtiyaç duyulur (Yurdagül 2005, Hergüner 2010, am ve Baysan Arabaci 2010). RSO’nn herbir maddesi 14 uzman tarafından değerlendirildi (EK 4). Uzmanların değerlendirmesi sonucunda RSO’nin her bir maddesi için KGI değerleri 0,80’den yüksek bulundu ve bulgular RSO kapsam geçerliliği konusunda yeterliliğini gösterdi (Tablo 5).

Böylelikle dil geçerliliği tamamlanmış ve kapsam geçerliliği sınanmış olan ölçek daha sonra 900 kişilik bir ğrenci grubuna uygulandı ve toplanan verilerle ölçeğin yapı geçerliliği test aşamasına geçildi.

Yapı geçerliliği testinde en iyi modeli arayan araştırmacılar için; değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek, örnekleme büyüklüğünün yeterli olup olmadığını ve verilerin normal dağılıp dağılmadığını kontrol etmek için öncelikle açımlayıcı faktör analizinin yapılması ve sonrasında ise ölçeğin faktör yapısını incelemek için doğrulayıcı faktör analizinin yapılması önerilmektedir (Kılınç ve Kamer 2010, apık 2014, Güngör 2016, Teke ve Arabaci 2018).

Açımlayıcı faktör analizinde öncelikle; elde edilen verilerin faktör analizine uygunluğunu değerlendirebilmek adına Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ve Barlett testleri uygulandı. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi örnekleme büyüklüğünün yeterli olup

olmadığını belirler ve KMO, 0 ile 1 arasında değerler alır. KMO'nun 0,50'nin altındaki değerleri örneklem büyüklüğünün faktör analizine uygun olmadığını ifade eder. Barlett testi ise değişkenlerin birbirleri ile korelasyon gösterip göstermediklerini belirtir ve elde edilen değerler $p \leq 0,05$ ise verilerin faktör analizine uygun olduğunu gösterir (Tavşancıl 2002, Bozdoğan ve Öztürk 2008).

RSOÖ'nün KMO değeri 0,83, Barlett testi değerleri $X^2: 5451,616$, $sd:231$, $p < 0,001$ olarak hesaplandı. Bulunan KMO ve Barlett testi sonuçlarına göre; örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu ve değişkenler arasında anlamlı ve yüksek düzeyde ilişkilerin olduğu tespit edildi (Tablo 6). Faktör analizi uygulamak için uygun bulundu.

Faktör analizi, ölçek maddelerinin, tanımlanan özellikleri (alt boyutları) ne derece doğru ölçtüğünü gösterir (Büyüköztürk 2008, Karakoç ve Dönmez 2014). Ölçekteki maddeler arasında belli bir düzen olup olmadığını ve bu maddelerin farklı alt boyutlarda gruplanıp gruplanmayacağını analiz etmede kullanılan yapı geçerliği tekniğidir (Gözüm ve Aksayan 2003, Esin 2014, Karakoç ve Dönmez 2014). Faktör analizinde faktör çıkarma yöntemi olarak bir çok yöntem kullanılır en sık kullanılanı 'Temel Bileşenler Analizi' yöntemidir (Büyüköztürk 2002). Faktör yükleri alt boyutların kararlılığını gösterir. Bir alt boyutun kararlı bir yapı sergilemesi için en az 3 maddeden oluşması gerekir ve bu maddelerin faktör yüklerinin de yüksek olması gerekir. Faktör yükünün minimum değeri hakkında farklı görüşler mevcuttur; kimi kaynaklarda 0,30, kimi kaynaklarda 0,32 bildirilirken (Taş ve Okur 2015, Karaman 2017), kimi kaynaklarda 0,40 ya da daha yüksek olması gerektiği bildirilir (Şencan 2005).

Faktör çıkarma yöntemi olarak temel bileşenler analizi kullanıldı ve faktör çıkartmada, minimum faktör yükü 0.50 olarak kriter alındı. Faktör analizleri sonucunda 13 maddenin minimum faktör yükü değerinin (0,50'nin) altında kaldığı görüldü ve bu maddeler (4,5,9,10,11,12,13,14,15,17,20,24,34 numaralı maddeler) ölçekten çıkarıldı (Tablo 7).

Bir alt boyutun kararlı bir yapı sergileyebilmesi için en az 3 maddeden oluşması gerekir (Karaman 2015). Orijinal ölçekte çıkartılan maddelerden; 9 ve 10 numaralı maddeler "Risk Faktörleri ve Sebepleri Bilgisi" alt boyutunu, 11 ve 12 numaralı maddeler "Kendi Kendine Tedavi Bilgisi" alt boyutunu ve 13, 14 ve 15 numaralı maddeler ise

“Mevcut Profesyonel Yardım Bilgisi” alt boyutunu temsil etmekteydi ve bu alt boyutlar yalnızca 2 ya da 3 maddeden oluşmaktaydı (Tablo 7). Bu yüzden çıkarılan maddelerin düşük faktör yükü değerlerinin sebebinin ölçeğin orijinal formunda yer alan uygunsuz alt ölçek-madde sayısı yapısı ile ilgili olduğu düşünüldü.

Bu maddelerin çıkarılması ile orijinal ölçekte yer alan bu üç alt boyutta, ölçeğin Türkçe versiyonundan çıkarılmış oldu ve böylelikle RSOÖ'nün Türkçe versiyonu kalan 3 alt boyut ile tanımlanmıştır. Ancak orijinal ölçekte “Hastalığı Tanımayı ya da Uygun Yardım Arama Davranışını Destekleyen Tutumlar” olarak tek bir alt boyut altında yer alan 20'den 35'e kadar olan maddelerin, iki ayrı yöne yığılım gösterdiği görüldü (Şekil 3). Ayırışan bu iki yön, uzman görüşleri doğrultusunda iki ayrı alt boyut isminde adlandırıldı (Tablo 8). Tek bir yönde yığılım gösteren; 21, 22, 23, 25, 26, 27 ve 28. maddeler “Ruhsal Hastalığa Yönelik Tutum” alt boyutu olarak ve diğer bir yönde yığılım gösteren 29, 30, 31, 32, 33, 35. maddeler “Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Tutum” alt boyutu olarak adlandırıldı. Böylelikle O'Connor ve arkadaşının 35 maddeli ve 6 alt boyutlu ölçeği, Türkçe versiyonunda 22 maddeli ve dört alt boyutlu yapısı ile eşleşti.

Öz değer, alt boyutlarca açıklanan varyans oranını hesaplamak ve alt boyut sayısına karar vermek için kullanılan bir katsayıdır. Öz değeri 1'den büyük olan alt boyutlar anlamlı kabul edilir (Şencan 2005). Dört alt boyutlu olarak tanımlanan RSOÖ'nün her bir alt boyutunun öz değerlerine bakıldığında 1,9 ve 3,5 arasında değiştiği görüldü. Sonuçlar RSOÖ'nin her bir alt boyutunun 1'den büyük anlamlı öz değerlere sahip olduğunu gösterdi (Tablo 9).

Ölçek alt boyutlarının toplam varyansı %50-75 oranları arasında açıklaması yeterli kabul edilmektedir (Şencan 2005). RSOÖ'nün her bir alt boyutunun açıkladığı varyans oranlarının %8,9 ve %15,9 arasında değiştiği görülürken tüm alt boyutlarının birlikte toplam varyansın %50,3'ünü açıkladığı görüldü (Tablo 9). Bu bilgiler doğrultusunda RSOÖ'nin yeterli toplam varyans oranına sahip olduğu görüldü.

Doğrulayıcı faktör analizi, açımlayıcı faktör analizi ile sınanan yapının alt boyutları arasındaki ilişkinin ne derece yeterli düzeyde olduğunu, hangi maddelerin hangi alt boyutlarla ilişkili olduğunu ve alt boyutların modeli açıklamada ne derece yeterli olduğunu

belirler (Özdamar 2004). DFA için uyum indeksleri kullanılır. RSOÖ'nün DFA'sında kullanılan uyum indeksleri kısaca şunlardır (Tablo 12);

X²/sd: Ki-kare istatistiği evren kovaryans matrisi ile örneklem kovaryans matrisinin uyumuna bakar ve testin sonucunun anlamlı çıkması matrisler arasında fark olduğu anlamına gelir. Sınanan modelin kabul edilebilir olması için ki-kare değerinin anlamlı çıkmaması beklenir. Ki-kare değeri örneklem büyüklüğünden çok çabuk etkilenir bu yüzden örneklem büyüklüğünden daha az etkilenen X²/sd oranına bakılır. Bu değer 2 ve 2'nin altında olması modelin iyi bir model olduğunu, 5 ve 5'in altında olması modelin kabul edilebilir bir model olduğunu gösterir (Tabachnick ve Fidell 2001, Meydan ve Şeşen 2011, Erkorkmaz, Etikan vd. 2013, Çapık 2014, Esin 2014, Teke ve Arabacı 2018). RSOÖ'nün X²/sd değeri 2,8 bulundu ve RSOÖ'nün X²/sd değeri için kabul edilebilir bir uyum gösterdiği saptandı.

Uyum İyiliği İndeksi (Goodness of Fit Index) (GFI): Modelin örneklemdeki kovaryans matrisini ne derece ölçtüğünü gösterir. 0.90'a eşit ya da üstünde olması uyumun olduğunu gösterir (Tabachnick ve Fidell 2001, Meydan ve Şeşen 2011, Erkorkmaz, Etikan vd. 2013, Çapık 2014, Esin 2014, Teke ve Arabacı 2018). RSOÖ'nün GFI değeri 0,94 bulundu ve RSOÖ'nün GFI değeri için kabul edilebilir bir uyum gösterdiği saptandı.

Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (Non-Normed Fit Index/Tucker-Lewis Index) (NNFI/TLI): Bu indeks GFI testinin yüksek örneklem hacmindeki eksikliğini gidermede kullanılır. TLI değeri 0 ile 1 aralığında değer alır. Ancak bu indeks normlaştırılmamış olduğundan bu aralığın dışında da değerler alabilir. Daha yüksek NNFI değerleri daha iyi uyumun olduğunu gösterir. Bu indeksin değeri 0.95'ten büyükse iyi uyum, 0.90'dan büyükse kabul edilebilir uyum söz konusudur (Tabachnick ve Fidell 2001, Meydan ve Şeşen 2011, Erkorkmaz, Etikan vd. 2013, Çapık 2014, Esin 2014, Teke ve Arabacı 2018). RSOÖ'nün TLI değeri 0.92 bulundu ve RSOÖ'nün TLI değeri için kabul edilebilir bir uyum gösterdiği saptandı.

Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index) (CFI): Değişkenler arasında hiç bir ilişkinin olmadığını varsayan bir model ile kurulan model arasındaki ilişkiyi verir. 0.90'a eşit ya da üstünde olması uyumun olduğunu gösterir (Tabachnick ve Fidell 2001, Meydan ve Şeşen 2011, Erkorkmaz, Etikan vd. 2013, Çapık 2014, Esin 2014,

Teke ve Arabacı 2018). RSOÖ'nün CFI değeri 0,93 bulundu ve RSOÖ'nün CFI değeri için kabul edilebilir bir uyum gösterdiği saptandı.

Kök Artık Kareler Ortalaması Uyum İndeksi (Root Mean Square Error of Approximation) (RMSA): Ana kütledeki yaklaşık uyumun bir ölçüsüdür; yaklaşık ortalamaların karekökü ile hesaplanır. RMSEA'nın 0,05'ten küçük olması uyumun iyi olduğunu, 0,08'ten küçük olması uyumun kabul edilebilir olduğunu gösterir (Tabachnick ve Fidell 2001, Meydan ve Şeşen 2011, Erkorkmaz, Etikan vd. 2013, Çapık 2014, Esin 2014, Teke ve Arabacı 2018). RSOÖ'nün RMSA değeri 0,04 bulundu ve RSOÖ'nün RMSA değeri için iyi bir uyum gösterdiği saptandı.

Kök Artık Kareler Ortalaması Uyum İndeksi (Root Mean Square Residual) (RMR) ve Standartlaştırılmış Kök Artık Kareler Ortalaması Uyum İndeksi (Standardized Root Mean Square Residual) (SRMR): RMR değeri sıfıra yaklaşması test edilen modelin daha iyi uyum iyiliğine sahip olduğunu gösterir. Standardize edilmiş şekline SRMR uyum iyilik indeksi denir. SRMR'nin 0.10'dan küçük olması uyumun olduğunu gösterir (Tabachnick ve Fidell 2001, Meydan ve Şeşen 2011, Erkorkmaz, Etikan vd. 2013, Çapık 2014, Esin 2014, Teke ve Arabacı 2018). RSOÖ'nün SRMR değeri 0.05 bulundu ve RSOÖ'nün SRMR değeri için kabul edilebilir uyum gösterdiği saptandı.

5.2. Bireylerin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyini ölçmek için oluşturulan RSOÖ'nün Türkçe uyarlaması güvenilir midir?

Güvenirlilik, aynı ölçeğin bağımsız ölçümleri arasındaki duyarlılık, tutarlılık ve kararlılıktır (Çakmur 2012). Yani aynı amaçla yapılacak ikinci bir ölçme işleminde aynı sonuçları vereceği anlamına gelir (Ercan ve İsmet 2004). Bir ölçme aracının güvenirliliğini değerlendirmede cronbach alfa değeri, madde toplam korelasyon puanı ve yarıya bölme (split half) gibi birden çok yöntem kullanılmaktadır (Hergüner 2010, Yaman 2010, Teke ve Arabacı 2018).

Cronbach alfa değeri ölçekteki maddelerin homojenliğini gösterir. Maddeler arası korelasyon ortalamalarını da hesaba katarak iç güvenirliliği hesaplar (Aktürk ve Acemoğlu 2012, Çakmur 2012). Cronbach alfa değerinin değerlendirme kriterleri; $0.00 \leq \alpha \leq 0.40$ ise; ölçek güvenilir değildir, $0.40 \leq \alpha \leq 0.60$ ise; ölçek düşük güvenirliliktir, $0.60 \leq \alpha \leq 0.80$ ise;

oldukça güvenilirdir ve $0.80 \leq \alpha \leq 1.00$ ise; ölçek yüksek derecede güvenilirdir şeklindedir (Tavşancıl 2006).

RSOÖ'nün her bir alt boyutunun cronbach alfa değerleri en düşük 0,690 ve en yüksek 0,854 arasında ve her bir alt boyut 'oldukça güvenilir' ve 'yüksek derecede güvenilir' bir cronbach alfa değeri gösterdi. RSOÖ'nün cronbach alfa değeri ise 0,767 bulundu. (Tablo 13). Bu değere göre ölçeğin 'oldukça güvenilir' bir ölçek olduğu saptandı.

Literatürde RSOÖ'nün kullanıldığı bazı diğer çalışmalarda bulunan cronbach alfası değerleri aşağıdaki gibidir;

- Orjinal ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,873 (O'Connor and Casey 2015),
- RSOÖ-Vietnamca versiyonunda öğretmenler örneklemini üzerinde yapılan çalışmada cronbach alfa değeri 0,72 (Dang et al. 2018),
- RSOÖ-Farsça versiyonunda toplum örneklemini üzerinde yapılan çalışmada cronbach alfa değeri 0,74 (Noroozi et al. 2018),
- RSOÖ-Portekizce versiyonunda cronbach alfa değeri 0,849 (Agnes 2017),
- RSOÖ-Korece versiyonunda ruhsal bozukluğu olan bir örneklem üzerinde yapılan çalışmada cronbach alfa değeri 0,80 (Cho and Choi 2017),
- RSOÖ'nün kullanıldığı ABD'de farkı mezhep grubu hristiyan din adamları üzerinde yapılan çalışmada cronbach alfa değeri 0,85 (Vermaas 2016),
- RSOÖ'nün kullanıldığı İngiltere'de üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada ise cronbach alfa değeri 0,839 bulunmuştur (Gorczynski et al. 2017).

RSOÖ'nün güvenilirliğinin bir diğer ölçütü olan madde-toplam puan korelasyonu, , test maddelerinden alınan puanlar ile testin toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklar. Her bir maddeye ait yüksek korelasyon katsayısı, o maddenin ölçülen kuramsal yapıyla bağlantısının yüksek olduğunu, ilgili ölçek maddesinin ölçülmesi amaçlanan niteliği ölçmede etkin ve yeterli olduğunu gösterir (Çakmur 2012). Madde-toplam korelasyon puanı 0.30'un altında değer gösteren ölçek maddelerinin (örneklem sayısı 400 veya üzeri olduğunda bu değer 0.20 olarak alınır), sorunlu olduğu düşünülür ve bu maddeler ölçekten çıkartılabilir. Ancak bulunan bu değer maddeleri elemek için tek başına yeterli değildir; ilgili maddenin cronbach alfa değeri üzerindeki etkisi değerlendirilerek karar verilmelidir (Şencan 2005, Alpar 2012).

Ölçeğin farklı maddelerinin aynı özelliği ölçmede ne kadar tutarlı olduğunun bir diğer göstergesi de yarıya bölme (split half) metodu ile bulunan Guttman Split-Half katsayısı'dır. Ölçek bir grup örnekleme uygulanır ve her iki yarımın puanları hesaplanır. Bu iki yarımın karşılaştırılmasıyla bulunan Guttman Split-Half katsayısı güvenilirliğin derecesini belirler (Aktürk ve Acemoğlu 2012).

RSOÖ'nün madde-toplam korelasyon puanları 33 ve 35 numaralı maddeler hariç, tüm maddelerinin madde-toplam korelasyon puanı 0,30 değerinin üstünde bulundu (Tablo 13). Bu değer altında kalan 33 ve 35 numaralı maddelerin ölçekten çıkarıldıktan sonraki cronbach alfa değerinin değişimi değerlendirildi ve maddelerin çıkarılmasının Cronbach alfa değerini önemli derecede değiştirmedeği görülerek (Tablo 13), maddelerin ölçekte kalmasına karar verildi. Yarıya bölme metodu ile bulunan Guttman Split-Half katsayısı $r=0,870$ $p<0.05$ bulundu ve ölçeğin iki yarısından alınan puanların anlamlı derecede yüksek korelasyon gösterdiği görüldü.

RSOÖ Türkçe versiyonunda RSOÖ toplam puanı (Min=34, Max=96) olup örneklem grubunun toplam puan ortalaması $62,9\pm 7,8$ bulundu (Tablo 14). RSOÖ-Türkçe versiyonunun toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları için bir kesme noktası bulunmamakla birlikte toplam puan arttıkça RSO düzeyi artmakta, toplam puan düştükçe RSO düzeyi azalmaktadır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Ruh Sağlığı okuryazarlığı Ölçeği (RSOÖ)'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği amacıyla metodolojik olarak yürütülen bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki şu sonuçlara ulaşılmıştır:

- RSOÖ anlaşılabilirlik ve uygulanabilirlik açısından on dört uzmandan yeterlilik almıştır.
- RSOÖ'nün Kaiser-Mayer-Olkin değeri (KMO= 0,833) ve Bartlett's Testi ($\chi^2=5451,616$; $p=0,001$) sonuçları örneklem büyüklüğünün yeterli olduğunu ve değişkenlerin birbirleri ile ilişkili olduğunu göstermiştir, çalışma faktör analizi için uygun bulunmuştur.
- Faktör analizi sonucunda faktör yükü 0,50'den küçük 13 madde (4,5,9,10,11,12,13,14,15,17,20,24,34) çıkarılmış ve kalan maddelerle ölçek dört alt boyutta tanımlanmıştır.
- Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucunda RSOÖ'nün uyum indeksi değerlerinin, iyi uyum ve kabul edilebilir uyum gösterdiği bulunmuştur.
- RSOÖ'nün cronbach alfa güvenilirlik katsayısı sonucuna göre 'oldukça güvenilir' bir ölçek olduğu ($\alpha= 0,767$) belirlenmiştir.
- RSOÖ'nün her bir maddesinin madde toplam korelasyon puanları 0'30 değerinin üzerinde bulundu ve yarıya bölme metodu ile bulunan Guttman Split-Half katsayısı ($r=0,870$ $p<0.05$), ölçeğin ilk yarı ve ikinci yarıdan alınan puanlar arasında anlamlı derecede yüksek korelasyonun olduğunu gösterdi. RSOÖ'nün 6 alt boyutlu 35 maddeli yapısı RSOÖ'nün Türkçe versiyonunda 4 alt boyutlu, 22 maddeli bir yapı ile eşleşmiştir (EK 9).
- RSOÖ'nün Türkçe uyarlama çalışmasından elde edilen bulgular RSOÖ'nün Türk toplumunda geçerli ve güvenilir olduğunu kanıtlamıştır.

6.2. Öneriler

Literatüre kazandırılan RSOÖ ile ilk olarak ölçek farklı örneklem grupları üzerinde denenmeli ve farklı grupların RSO düzeylerini ortaya koyacak ve karşılaştırmalar sağlayacak kesitsel tanımlayıcı araştırmalara başlanmalıdır. Böylelikle toplumun ruh sağlıklarına yönelik hangi düzeyde ve RSO'nun hangi boyutunda desteğe ihtiyaç duydukları belirlenmeli ve toplumların ruh sağlığı okuryazarlık düzeylerini yükseltecek eğitim programları geliştirilmelidir. Verilecek olan eğitimlerin etkinliği de ulusal literatüre kazandırılan bu ölçek ile takip edilmelidir.



KAYNAKLAR

- Agnes R. (2017). Adaptation and validation of Mental Health Literacy Scale for Portuguese people. University of Coimbra, Institute for Intercultural and Interdisciplinary Studies in Almada, Master's Degree Thesis, Portuguese.
- Akbaş G, Korkmaz L. (2007). Ölçek Uyarlaması (Adaptasyon). *Türk Psikoloji Bülteni*, 13(40):15.
- Aksayan S, Gözüm S. (2002). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 4: 9-14.
- Aktürk Z, Acemoğlu H. (2012). Tıbbi araştırmalarda güvenilirlik ve geçerlilik. *Dicle Tıp Dergisi*, 39(2):316-319.
- Anderson BJ, Pierce D. (2012). Assumptions associated with mental health literacy training – Insights from initiatives in rural Australia. *Journal of Advances in Mental Health*, 10(3)
- Arkan B, Bademli K, Duman ZÇ. (2011). Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları: son 10 yılda Türkiye'de yapılan çalışmalar/attitudes of health professionals towards mental disorders: studies in Turkey during the last decade. *Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar*, 3(2): 214.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2013). Annual Report (2013-2014). Australian; Department of Australian Health Ministers Advisory Council and the Council of Australian Governments (COAG) Health Council
- Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J. (2007). Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives of internal medicine*, 167(14): 1503-1509.
- Balçık PY, Taşkaya S, Şahin B. (2014). Sağlık okur-yazarlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4): 321-326.
- Besiroğlu L, Akman N, Selvi Y, Aydın A, Boysan M, Ozbebit O. (2010). Mental health literacy concerning categories of obsessive-compulsive symptoms/Obsesif-kompulsif belirti kategorileri hakkında ruh sağlığı bilgisi. *Archives of Neuropsychiatry*, 47(2): 133-139.
- Bostancı N, Aştı N. (2004). Hemşirelerin ruh sağlığı bozuk olan bireylere karşı tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 17(2): 87-93.
- Bozdoğan AE, Öztürk Ç. (2008). Coğrafya ile ilişkili fen konularının öğretimine yönelik öz-yeterlilik inanç ölçeğinin geliştirilmesi. *Balıkesir Üniversitesi Necatibey Eğitim Fakültesi Elektronik Fen ve Matematik Eğitimi Dergisi*, 2(2): 66-81.
- Büyüköztürk Ş. (2002). Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 32(32): 470-483.
- Büyüköztürk Ş, Çokluk-Bökeoğlu Ö. (2008). Discriminant function analysis: concept and application. *Eurasian Journal of Educational Research (EJER)*, 33: 73-92.
- Caldwell TM, Jorm AF. (2000). Mental health nurses' beliefs about interventions for schizophrenia and depression: a comparison with psychiatrists and the public. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(4): 602-611.

- Campbell DT, Russo MJ. (2001). Social measurement, SAGE publications, Incorporated.
- Cesur B, Özdemir A, Yurtsal ZB. (2015). Health Literacy and Promotion of Health. Turkey at the Beginning of 21st Century: Past and Present (Ed: Efe R, Ayısıgı M, Duzbakar O, Arslan M.). ST. Kliment Ohridski University Press, Sofia.
- Cho SM, Choi S. (2017). Mental Health Literacy among People with Mental Disorder: Correlations with Socio-demographic Factors, Self-esteem, Family Support Health And Social Science, volume 44(4): 165-186
- Comrey AL, Lee HB. (2013). A first course in factor analysis, Psychology Press.2nd ed, New York.
- Çakmur H. (2012). Araştırmalarda ölçme-güvenilirlik-geçerlilik. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(3).
- 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 MO, Baysan-Arabacı L. (2010). Tutum ölçeği hazırlamada nitel ve nicel adımlar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 12(2):59-71.
- Çapık C. (2014). Geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 17(3).
- Çüm S, Koç N. (2013). Türkiye’de psikoloji ve eğitim bilimleri dergilerinde yayımlanan ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarının incelenmesi. *Journal Of Educational Sciences and Practices*, 12(24).
- Dang HM, Weiss B, Lam T, Ho H. (2018). Mental Health Literacy And İntervention Program Adaptation İn The İnternationalization Of School Psychology For Vietnam. *Psychology in the schools*, 55(8).
- Deniz Z. (2007). Psikolojik ölçme aracı uyarlama. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 40(1): 1-16.
- Dursun OB. (2009). Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi Türkçe’ye uyarlama ve geçerlik çalışması, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık, İzmir,(Danışman: Yrd. Doç. Dr. Taner Güvenir)
- Erkorkmaz Ü, Etikan İ, Demir O, Özdamar K, Sanisoğlu SY. (2013). Doğrulayıcı faktör analizi ve uyum indeksleri. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 33(1): 210-223.
- Esin M.N. (2014). Veri Toplama Yöntem Ve Araçları & Veri Toplama Araçlarının Güvenirlik ve Geçerliği. İçinde: Erdoğan S., Nahcivan N., Esin M.N.(editörler) Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 193-233.
- Freedman DA, Bess KD, Tucker HD, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. (2009). Public health literacy defined. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5): 446-451.
- Gabriel A, Violato C. Depression literacy among patients and the public: a literature review. *Primary psychiatry*, 17(1).
- Gorczynski P, Sims-schouten W, Hill D, Wilson JC. (2017). Examining mental health literacy, help seeking behaviours, and mental health outcomes in UK university students. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 12(2):111-120.

- Göktaş, S, Işıklı B, Metintaş S. (2018). Ruh sağlığı okuryazarlığı-mental health literacy. *Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, (ISSN: 2564-6311) 3.2
- Gözüm S, Aksayan S. (2003). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için Rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 1(5): 3-14.
- Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10(1): 113.
- Güngör D. (2016). Psikolojide ölçme araçlarının geliştirilmesi ve uyarlanması kılavuzu. *Türk Psikoloji Yazıları*, 19: 104-112.
- Hambleton M, Merenda PF, Spielberger CD. (2005). Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment. Psychology Press.
- Henderson C, Evans-Lacko S, Thornicroft G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American journal of public health*, 103(5): 777-780.
- Hergüner S. (2010). Ölçme araçlarının kullanımı ile ilgili temel kavramlar.
- Holman D. (2015). Exploring the relationship between social class, mental illness stigma and mental health literacy using British national survey data. *Nordic Journal of Nursing Research*, Vol 19(4).
- Hongyang L, Huan Z, Yang S, Fan Z, Manoj S, Weiyun L, Yu Z, Genhui T, Jun Y, Yong Z. (2018). Assessment tools for health literacy among the general population: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*, 15(8):1711.
- Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. (1997). "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust*, 166(4): 182-186.
- Jorm AF, Korten A, Jacomb P, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. (2000). Mental health literacy. *British Journal of Psychiatry*, 177(5): 396-401.
- Jorm AF, Barney LJ, Christensen H, Highet NJ, Kelly CM, Kitchener BA. (2006). Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. *Australian New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 3-5.
- Jorm AF, Kitchener BA. (2011). Noting a landmark achievement: mental health first aid training reaches 1% of Australian adults.
- Jorm AF. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3): 231.
- Karakoç FY, Dönmez L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *TED*, 40(40).
- Karaman H. (2015). Açımlayıcı Faktör Analizinde Kullanılan Faktör Çıkartma Yöntemlerinin Karşılaştırılması. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Selehattin Gelbal).
- Karaman H, Atar B, Çobanoğlu-Aktan D. (2017). Açımlayıcı faktör analizinde kullanılan faktör çıkartma yöntemlerinin karşılaştırılması. *Gazi University Journal of Gazi Educational Faculty (GUJGEF)*, 37(3).
- Kaya MF. (2013). Sürdürülebilir kalkınmaya yönelik tutum ölçeği geliştirme çalışması. *Marmara Coğrafya Dergisi*, 28: 175-193.

- Kayahan M. (2009). Hemşirelik öğrencilerinin şizofreniye karşı tutumları ve psikiyatri eğitiminin etkisi. *J. Harran Univ. Med. Fac.*, 6(1): 27-34.
- Kelleci M, Doğan S, Ata EE, Avcı A, Sabancıoğulları S, Başeğmez F, İşkey M. (2011). Bir psikiyatri kliniğinde yatan hastaların psikotrop ilaç kullanma hakkında düşünceleri ve taburculuk sonrası telefonla izlem. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3): 128-135.
- Kelly CM, Jorm AF, Wright A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Medical Journal of Australia*, 187(7): S26.
- Kessler RC, Foster CL, Saunders WB, Stang PE. (1995). Social consequences of psychiatric disorders, I: educational attainment. *Am J Psychiatry*, 152(7): 1026-1032.
- Kılınç E, Kamer G. (2018). Okul yaralanmalarını önlemede sağlık inanç modelinin etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3): 467-475.
- Kitchener BA, Jorm AF. (2002). Mental health first aid training for the public: evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC psychiatry*, 2(1):10.
- Kitchener BA, Jorm AF. (2004). Mental health first aid training in a workplace setting: a randomized controlled trial [ISRCTN13249129]. *BMC psychiatry*, 4(1): 23.
- Kline R. (2013). Exploratory and confirmatory factor analysis. *Applied quantitative analysis in education and the social sciences*, 183-217.
- Kutcher S, Wei Y, Coniglio C. (2016). Mental health literacy: past, present, and future. *Can J Psychiatry*, 61(3): 154-158.
- Lauber C, Ajdacic-Gross V, Fritschi N, Stulz N, Rössler W. (2005). Mental health literacy in an educational elite—an online survey among university students. *BMC Public Health*, 5(1): 44.
- Meydan CH, Şeşen H. (2011). Yapısal eşitlik modellemesi AMOS uygulamaları. Detay Yayıncılık.
- Noroozi A, Khademolhosseini F, Lari H, Tahmasebi R. (2018). The Mediator Role of Mental Health Literacy in the Relationship Between Demographic Variables and Health-Promoting Behaviours. *Iran Journal Psychiatry Behaviour Science*, e12603.
- Nutbeam D. (1998). Evaluating health promotion—Progress, problems and solutions. *Health Promotion International*, 13(1): 27-44.
- Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3): 259-267.
- Oban G, Küçük L. (2011). Ergenlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı etkileyen etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(1): 31-39.
- O'Connor M, Casey L, Clough B. (2014). Measuring mental health literacy—a review of scale-based measures. *Journal of Mental Health*, 23(4): 197-204.
- O'Connor M, Casey L. (2015). The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Res*, 229(1-2): 511-516.
- Özdamar K. (2004). Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi. Kaan Kitabevi, Eskişehir.
- Özdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. (2010). Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Education Research*, 25(3): 464-477.

- Özyiğit Ş, Savaş H, Ersoy M, Yüce S, Tutkun H, Sertbaş G. (2004). Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin şizofreniye ilişkin tutumları. *Yeni Symposium*, 42(3): 105-112.
- Parker RM, Williams MV, Weiss BD, Baker DW, Davis TC, Doak CC, Doak LG, Hein K, Meade CD, Nurss J. (1999). Health literacy-report of the council on scientific affairs. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 281(6): 552-557.
- Pelikan JM, 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
- 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 RS, Keenan J. (2005). Health literacy: the gap between physicians and patients. *Am Fam Physician*, 72(3): 463-468.
- Simonds SK. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monographs*, 2(1_suppl): 1-10.
- Smith CL, Shochet IM. (2011). The impact of mental health literacy on help-seeking intentions: results of a pilot study with first year psychology students. *International Journal of Mental Health Promotion*, 13(2): 14-20.
- Şahin N. (1994). Psikoloji araştırmalarında ölçek kullanımı. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(33): 19-26.
- Şencan H. (2005). Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik Analizleri. Hüner Şencan, Ankara, s. 249-260.
- Tabachnick BG, Fidell LS. (2001). Computer-assisted research design and analysis. (Cilt 748). Boston: Allyn ve Bacon.
- Tanrıöver MD, Yıldırım HH, Demiray-Ready FN, Çakır B, Akalın HE. (2014). Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Sağlık-Sen Yayınları, Ankara.
- Taş H, Okur A. (2015). The development of reading attitude scale for gifted students: study validity and reliability. *Dil ve Edebiyat Eğitimi Dergisi*, 13(2) :79-95.
- Taşkın EO, Şen FS, Özmen E, Aydemir Ö. (2006). Kırsal kesimde depresyonlu hastalara yönelik tutumlar: sosyal mesafe ve etkileyen etmenler. *Türkiye'de Psikiyatri*, 8(1): 11-17.
- Tavşancıl E. (2002). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. 5.baskı, Nobel Akademi Yayınları, Ankara.
- Tay JL, Tay YF, Klainin-Yobas P. (2018). Mental health literacy levels. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(5): 757-763
- T.C Resmi Gazete. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 19 Nisan 2011. Sayı:27910, Başbakanlık Basımevi, Ankara.
- Teke C, Arabacı LB. (2018). Pozitif ruh sağlığı ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19: 21-28.
- Thompson A, Issakidis C, Hunt C. (2008). Delay to seek treatment for anxiety and mood disorders in an Australian clinical sample. *Behaviour Change*, 25(2): 71-84.

- Thornicroft G. (2007). Most people with mental illness are not treated. *The Lancet*, 370(9590): 807-808.
- T.C Sağlık Bakanlığı (2008). Eğitimciler İçin Ruh Sağlığı Eğitim Rehberi. Ankara
- T.C Sağlık Bakanlığı (2011). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ankara.
- Vermaas J. (2016). Clergy Characteristics as Predictors of Mental Health Literacy. Walden University, Counselor Education and Supervision, PhD thesis, ABD, (Consultant: Dr. Judy Green).
- Wang PS, Angermeyer M, Borges G, Bruffaerts R, Chiu WT, De Girolamo G, Fayyad J, Gureje O, Haro JM, Huang Y. (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's world mental health survey initiative. *World psychiatry*, 6(3): 177.
- Wei Y, McGrath PJ, Hayden J, Kutcher S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. *BMC Psychiatry*, 15: 291.
- Wei Y, McGrath P J, Hayden J, Kutcher S. (2016). Measurement properties of tools measuring mental health knowledge: a systematic review. *BMC psychiatry*, 16(1): 297.
- World Health Organization (WHO). (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates.
- Wright A, Jorm A, Harris M, McGorry P. (2007). What's in a name? Is accurate recognition and labelling of mental disorders by young people associated with better help-seeking and treatment preferences? *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*, 42(3): 244–250.
- Yildirim A, Ekinçi M. (2010). Ruhsal eğitimin şizofreni hastalarının ailelerinin aile işlevleri, hastaların sosyal destek düzeyleri ve tedaviye uyum üzerine etkisi/Effect of psychoeducation on family functioning of family members of patients with schizophrenia, on social support levels of patients, and treatment compliance. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11(3): 1951.
- Yılmaz M, Tiraki Z. (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür? *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 9. [Electronic Journal], <http://www.deuhyoedergi.org/index.php/DEUHYOED/article/view/237>
- Yılmazel G. Çetinkaya F. (2016). Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. *TAF Prev Med Bull*, 15(1): 69.
- Yurdugül H. (2005). Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. *XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi*, 1: 771-774.
- Yüksel EG, Taşkın E. (2005). Türkiye’de hekimler ve tıp fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve bilgileri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6: 113-121.
- İnternet: <https://www.abs.gov.tr> (Erişim Tarihi: 22.08.2018)
- İnternet: <https://www.nces.ed.gov.tr> (Erişim Tarihi: 20.08.2018)
- İnternet: <https://www.tuik.gov.tr> (Erişim Tarihi: 18.08.2018)
- İnternet: https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/atlas_nurses_2007/en/ (Erişim tarihi: 12 Ağustos 2018)

EK 1. VERİ TOPLAMA FORMU

Bu çalışma, *Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasını ve geçerlik güvenirliğini yapmak* amacıyla planlanmıştır. Lütfen her bir soruyu ve ölçek maddelerini boş bırakmadan yanıtlayınız. Sorulara ve ölçek maddelerine vereceğiniz yanıtlar, araştırma dışında bir amaçla kullanılmayacaktır. Her bir soruyu dikkatlice okuyarak vereceğiniz yanıtlar, araştırma sonuçları açısından önem arz etmektedir.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

KBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Bilimi Yüksek Lisans Öğrencisi
Emine Akdoğan

TANITICI BİLGİLER

1. Cinsiyetiniz: 1. () Erkek 2. () Kadın
2. Yaşınız:
3. Medeni durum: 1.() Evli 2. () Bekar
4. Bölümünüz:
5. Sınıfınız: 1. () 1. Sınıf 2. () 2. Sınıf 3. () 3. Sınıf 4. () 4. Sınıf
6. Kronik bir hastalığınız var mı? 1. () Evet 2. () Hayır
7. Fiziksel bir hastalığınız var mı? 1. () Evet 2. () Hayır
8. Ruhsal bir hastalığınız var mı? 1. () Evet 2. () Hayır
9. Genel sağlık durumunuzu aşağıdaki kutucuklardan 1 ile 10 arasında puanlayınız. (*En düşük 1, en yüksek puan 10'dur.*)

1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()	8 ()	9 ()	10 ()
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	--------

1. Çok olası değil: Olası olmadığına eminim. 2. Olası değil: Olası değil ancak emin değilim 3. Olası: Olası ancak emin değilim 4. Çok olası: Çok olası olduğuna eminim	Çok olası değil	Olası değil	Olası	Çok olası
1. Bir kişi başkalarıyla bir arada bulunmayı gerektiren (örneğin bir partide bulunmak gibi) ya da herhangi bir performans sergilemeyi gerektiren (örneğin bir toplantıda sunum yapmak gibi) kalabalık ortamlarda; başkaları tarafından değerlendirileceği, komik duruma düşeceği veya aşağılanacağı korkusuyla fazla gergin veya endişeli oluyorsa, sizce bu kişide Sosyal Fobi olma olasılığı nedir?				
2. Bir kişi endişe duymayı gerektirmeyen bir takım olaylar ve aktivitelere karşı yoğun endişe deneyimliyor ve bu endişesini kontrol etmede güçlük yaşıyorsa ve beraberinde kas gerginliği ve yorgunluk gibi fiziksel semptomları da varsa, sizce bu kişide Genel Anksiyete Bozukluğu olma olasılığı nedir?				
3. Bir kişi iki hafta veya daha uzun süren çökkün bir ruh hali yaşadysa ve bu kişide normal aktivitelere karşı zevk veya ilgi kaybı ile birlikte beslenme ve uyku düzeninde de değişiklikler görülüyorsa sizce bu kişide Majör Depresif Bozukluk olma olasılığı nedir?				
4. Sizce Kişilik Bozukluklarının ruhsal bozukluklar kategorisinde yer alma olasılığı nedir?				
5. Sizce Distiminin (Süregiden Depresyon) bir bozukluk olma olasılığı nedir?				
6. Sizce Agorofobi (Alan Korkusu) tanısının, kaçmanın zor veya utanç verici olduğu durumlardaki kaygıyı içermesi olasılığı nedir?				
7. Sizce Bipolar Bozukluk tanısının, abartılı coşku (yani taşkın) ve depresif (yani çökkün) duygu dönemlerini deneyimlemeyi içermesi olasılığı nedir?				
8. Sizce Madde Bağımlılığı tanısının, maddeye karşı fiziksel ve psikolojik tolerans içermesi (aynı etkiyi elde etmek için daha fazla maddeye ihtiyaç duyulması) olasılığı nedir?				
9. Sizce Türkiye’de genel olarak kıyaslandığında kadınların erkeklere göre ruhsal hastalıkların herhangi bir türünü daha fazla deneyimleme olasılığı nedir?				
10. Sizce Türkiye’de genel olarak kıyaslandığında erkeklerin kadınlara göre bir anksiyete(kaygı) bozukluğunu daha fazla deneyimleme olasılığı nedir?				

1. Çok yararlı olmaz: Yararlı olmadığına eminim 2. Yararlı olmaz: Sanırım yararlı olmaz ama emin değilim 3. Yararlı olur: Yararlı olabileceğini düşünüyorum ama emin değilim 4. Çok yararlı olur: Çok yararlı olduğuna eminim	Çok yararlı olmaz	Yararlı olmaz	Yararlı olur	Çok yararlı olur
11. Sizce uyku kalitesini artırmak; duygularını yönetmede güçlük çeken (örneğin çok kaygılı veya depresyonda olan) bir kişiye ne derece yararlı olur?				
12. Sizce endişe hissettiren tüm durum ve faaliyetlerden kaçınmak; duygularını yönetmede güçlük çeken bir kişiye ne derece yararlı olur?				

<p>1. Çok olası değil: Olası olmadığına eminim.</p> <p>2. Olası değil: Olası değil ancak emin değilim</p> <p>3. Olası: Olası ancak emin değilim</p> <p>4. Çok olası: Çok olası olduğuna eminim</p>	Çok olası değil	Olası değil	Olası	Çok olası
13. Sizce Bilişsel Davranış Terapisinin (BDT) olumsuz düşüncelerle baş etme ve yararlı davranışları artırmaya yönelik bir terapi olma olasılığı nedir?				
14. Ruh sağlığı uzmanları gizlilik ilkesine bağlı kalmak zorundadır. Sizce aşağıdaki durumun, ruh sağlığı uzmanına gizlilik ilkesi ihlaline izin veren bir durum olma olasılığı nedir? "O anda kişinin kendisine ve çevresine zarar verme riski yüksekse"				
15. Ruh sağlığı uzmanları gizlilik ilkesine bağlı kalmak zorundadır. Sizce aşağıdaki durumun, ruh sağlığı uzmanına gizlilik ilkesi ihlaline izin veren bir durum olma olasılığı nedir? "Eğer sorun hayati tehdit içermiyorsa ruh sağlığı uzmanı kişiyi daha iyi desteklemek için başkalarından yardım istiyorsa"				

Lütfen aşağıdaki ifadelere ne ölçüde katıldığınızı belirtiniz.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
16. Ruhsal hastalıklar hakkında nereden bilgi edineceğimi bildiğimden eminim.					
17. Ruhsal hastalıklar hakkında bilgisayar veya telefon kullanarak bilgi edineceğimden eminim.					
18. Ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi edinmek için bir uzmanla yüz yüze görüşme yapabileceğimden eminim.(örneğin sağlık profesyonelleriyle görüşmek)					
19. Ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinmek için kaynaklara ulaşabileceğimden eminim. (örneğin Sağlık profesyonelleri, internet, arkadaşlar)					
20. Ruhsal hastalığı olan insanlar, eğer isterlerse iyileşebilir.					
21. Ruhsal hastalıklar, kişisel zayıflık belirtisidir.					
22. Ruhsal hastalıklar gerçek bir tıbbi hastalık değildir.					
23. Ruhsal hastalığı olan insanlar tehlikelidir.					
24. Kendimde de de ruhsal problemler gelişmemesi için ruhsal hastalığı olan kişilerden uzak durmak en iyisidir.					
25. Ruhsal bir hastalığım olsaydı kimseye söylemezdim.					
26. Bir Ruh sağlığı uzmanıyla görüşmek, kişinin kendi sorunlarını yönetmede yeteri kadar güçlü olmadığı anlamına gelir.					
27. Ruhsal bir hastalığım olsaydı, bir ruh sağlığı uzmanından yardım istemezdim.					
28. Ruhsal bir hastalığa yönelik ruh sağlığı uzmanları tarafından sağlanan tedavinin etkili olmayacağına inanırım.					

<i>Lütfen aşağıdaki ifadelere ne ölçüde katıldığınızı belirtiniz:</i>	Kesinlikle istemem	Muhtemelen istemem	Kararsızım	Muhtemelen isterim	Kesinlikle isterim
29. Ruhsal hastalığı olan birisiyle komşuluk yapmayı ne kadar isterdiniz?					
30. Ruhsal hastalığı olan biriyle sosyal bir etkinliğe katılmayı ne kadar isterdiniz?					
31. Ruhsal hastalığı olan birisiyle arkadaş olmayı ne kadar isterdiniz?					
32. Ruhsal hastalığı olan birisiyle iş yerinizde yakın olarak çalışmayı ne kadar isterdiniz?					
33. Ruhsal hastalığı olan birisinin ailenizden biriyle evlenmesini ne kadar isterdiniz?					
34. Ruhsal hastalığı olduğunu bildiğiniz bir politikacıya oy vermeyi ne kadar isterdiniz?					
35. Ruhsal hastalığı olduğunu bildiğiniz bir kişiyi işe almayı ne kadar isterdiniz?					

EK 2. MENTAL HEALTH LITERACY SCALE

Mental Health Literacy Scale

The purpose of these questions is to gain an understanding of your knowledge of various aspects to do with mental health. When responding, we are interested in your degree of knowledge. Therefore when choosing your response, consider that:

Very unlikely = I am certain that it is NOT likely

Unlikely = I think it is unlikely but am not certain

Likely = I think it is likely but am not certain

Very Likely = I am certain that it IS very likely

1

If someone became extremely nervous or anxious in one or more situations with other people (e.g., a party) or performance situations (e.g., presenting at a meeting) in which they were afraid of being evaluated by others and that they would act in a way that was humiliating or feel embarrassed, then to what extent do you think it is likely they have **Social Phobia**

Very unlikely Unlikely Likely Very Likely

2

If someone experienced excessive worry about a number of events or activities where this level of concern was not warranted, had difficulty controlling this worry and had physical symptoms such as having tense muscles and feeling fatigued then to what extent do you think it is likely they have **Generalised Anxiety Disorder**

Very unlikely Unlikely Likely Very Likely

3

If someone experienced a low mood for two or more weeks, had a loss of pleasure or interest in their normal activities and experienced changes in their appetite and sleep then to what extent do you think it is likely they have **Major Depressive Disorder**

Very unlikely Unlikely Likely Very Likely

4

To what extent do you think it is likely that **Personality Disorders** are a category of mental illness

Very unlikely Unlikely Likely Very Likely

5

To what extent do you think it is likely that **Dysthymia** is a disorder

Very unlikely Unlikely Likely Very Likely

6

To what extent do you think it is likely that the diagnosis of **Agoraphobia** includes anxiety about situations where escape may be difficult or embarrassing

Very unlikely Unlikely Likely Very Likely

7

To what extent do you think it is likely that the diagnosis of **Bipolar Disorder** includes experiencing periods of elevated (i.e., high) and periods of depressed (i.e., low) mood

Very unlikely Unlikely Likely Very Likely

8

To what extent do you think it is likely that the diagnosis of **Drug Dependence** includes physical and psychological tolerance of the drug (i.e., require more of the drug to get the same effect)

Very unlikely Unlikely Likely Very Likely

9

To what extent do you think it is likely that in general in Australia, **women are MORE likely to experience a mental illness of any kind compared to men**

Very unlikely Unlikely Likely Very Likely

10

To what extent do you think it is likely that in general, in Australia, **men are MORE likely to experience an anxiety disorder compared to women**

Very unlikely Unlikely Likely Very Likely

When choosing your response, consider that:

- Very Unhelpful = I am certain that it is NOT helpful
- Unhelpful = I think it is unhelpful but am not certain
- Helpful = I think it is helpful but am not certain
- Very Helpful = I am certain that it IS very helpful

11

To what extent do you think it would be helpful for someone to **improve their quality of sleep** if they were having difficulties managing their emotions (e.g., becoming very anxious or depressed)

Very unhelpful Unhelpful Helpful Very helpful

12

To what extent do you think it would be helpful for someone to **avoid all activities or situations that made them feel anxious** if they were having difficulties managing their emotions

Very unhelpful Unhelpful Helpful Very helpful

When choosing your response, consider that:

- Very unlikely = I am certain that it is NOT likely
- Unlikely = I think it is unlikely but am not certain
- Likely = I think it is likely but am not certain
- Very Likely = I am certain that it IS very likely

13

To what extent do you think it is likely that **Cognitive Behaviour Therapy (CBT)** is a therapy based on challenging negative thoughts and increasing helpful behaviours

Very unlikely Unlikely Likely Very Likely

14

Mental health professionals are bound by confidentiality; however there are certain conditions under which this does not apply.

To what extent do you think it is likely that the following is a condition that would allow a mental health professional to **break confidentiality**:

If you are at immediate risk of harm to yourself or others

Very unlikely Unlikely Likely Very Likely

15

Mental health professionals are bound by confidentiality; however there are certain conditions under which this does not apply.

To what extent do you think it is likely that the following is a condition that would allow a mental health professional to **break confidentiality**:

if your problem is not life-threatening and they want to assist others to better support you

Very unlikely Unlikely Likely Very Likely

Please indicate to what extent you agree with the following statements:

	Strongly Disagree	Disagree	Neither agree or disagree	Agree	Strongly agree
16. I am confident that I know where to seek information about mental illness					
17. I am confident using the computer or telephone to seek information about mental illness					
18. I am confident attending face to face appointments to seek information about mental illness (e.g., seeing the GP)					
19. I am confident I have access to resources (e.g., GP, internet, friends) that I can use to seek information about mental illness					

Please indicate to what extent you agree with the following statements:

	Strongly Disagree	Disagree	Neither agree or disagree	Agree	Strongly agree
20. People with a mental illness could snap out if it if they wanted					
21. A mental illness is a sign of personal weakness					
22. A mental illness is not a real medical illness					
23. People with a mental illness are dangerous					
24. It is best to avoid people with a mental illness so that you don't develop this problem					
25. If I had a mental illness I would not tell anyone					
26. Seeing a mental health professional means you are not strong enough to manage your own difficulties					
27. If I had a mental illness, I would not seek help from a mental health professional					
28. I believe treatment for a mental illness, provided by a mental health professional, would not be effective					

Please indicate to what extent you agree with the following statements:

	Definitely unwilling	Probably unwilling	Neither unwilling or willing	Probably willing	Definitely willing
29. How willing would you be to move next door to someone with a mental illness?					
30. How willing would you be to spend an evening socialising with someone with a mental illness?					
31. How willing would you be to make friends with someone with a mental illness?					

	Definitely unwilling	Probably unwilling	Neither unwilling or willing	Probably willing	Definitely willing
32. How willing would you be to have someone with a mental illness start working closely with you on a job?					
33. How willing would you be to have someone with a mental illness marry into your family?					
34. How willing would you be to vote for a politician if you knew they had suffered a mental illness?					
35. How willing would you be to employ someone if you knew they had a mental illness?					

Scoring

Total score is produced by summing all items (see reverse scored items below). Questions with a 4-point scale are rated 1- very unlikely/unhelpful, 4 – very likely/helpful and for 5-point scale 1 – strongly disagree/definitely unwilling, 5 – strongly agree/definitely willing

Reverse scored items: 10, 12, 15, 20-28

Maximum score – 160

Minimum score – 35

Reference

O'Connor, M., & Casey, L. (2015). The mental health literacy scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy, *Psychiatry Research*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.064>

EK 3. RSOÖ DİL UYARLAMA ÇEVİRMEN LİSTESİ

Ölçeği İlk kez İngilizce'den Türkçeye Çeviri Yapan Uzmanlar Listesi		
<i>Adı Soyadı</i>	<i>Mesleği</i>	<i>Çalıştığı Kurum</i>
1. Prof. Dr. İsmail Ak	Psikiyatrist	Karabük Eğitim Araştırma Hastanesi
2. Doç Dr. Semra Karaca	Öğretim üyesi	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı
3. Dr. Öğr. Üyesi Sırma Oya Tekvar	Öğretim Üyesi	Karabük Üniversitesi İşletme Fakültesi Halkla İlişkiler ve Tanıtım Ana Bilim Dalı
4. Öğr. Gör. Emre Erdal	İngilizce okutman	Karabük Üniversitesi Safranbolu Meslek Yüksekokulu
5. Öğr. Gör. Arzu Aydın	İngilizce Okutman	Karabük Üniversitesi Yabancı Diller Yüksekokulu
6. Öğr. Gör. Esra Şafak	İngilizce Okutman	Karabük Üniversitesi Yabancı Diller Yüksekokulu
7. Öğr. Gör. Ayça Aktan	İngilizce Okutman	Karabük Üniversitesi Yabancı Diller Yüksekokulu
Ölçeği Türkçeden İngilizce'ye Çeviren Uzmanlar Listesi		
1. Doç. Dr. Hatem Öcal	Öğretim Üyesi	Karabük Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü
2. Öğr. Gör. Tuğba Özdemir	İngilizce Okutman	Karabük Üniversitesi Yabancı Diller Yüksekokulu
3. Ender Yalçinkaya Kalyan	Klinik Embriyolog	İspanya Leon Üniversitesi Doktora Öğrencisi

EK 4. RSOÖ KAPSAM GEÇERLİĞİ UZMAN LİSTESİ

<i>Adı Soyadı</i>	<i>Mesleği</i>	<i>Çalıştığı Kurum</i>
1. Dr. Nefise Kayka	Psikiyatrist	Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2. Ersin Aydın	Psikolog	Karabük Eğitim Araştırma Hastanesi
3. Dr Öğr. Üyesi Işıl Işık Andsoy	Öğretim Üyesi	Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hemşireliği
4. Dr. Öğr. Üyesi Arzu Akçan	Öğretim Üyesi	Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği
5. Doç. Dr. Saime Erol	Öğretim üyesi	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği
6. Arş. Gör. Sevgi Hür	Araştırma Görevlisi	Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
7. Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Meydanlıoğlu	Öğretim Üyesi	Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği
8. Dr Öğr. Üyesi Sevil Albayrak	Öğretim Üyesi	Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı
9. Doç. Dr. Selda Seçkinli	Öğretim Üyesi	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği
10. Dr. Öğr. Üyesi Kader Mert	Öğretim Üyesi	İzmir Bakırçay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği
11. Doç Dr. Öğr. Üyesi Nuray Orak	Öğretim Üyesi	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
12. Doç Dr. Gül Ünsal	Öğretim Görevlisi	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği
13. Dr. Öğr. Üyesi Deniz Alca	Öğretim Üyesi	Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü
14. Doç. Dr. Hatem Öcal	Öğretim Üyesi	Karabük Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

EK 5. ETİK KURUL İZİNİ

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Ü. Gülcan ŞEN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Karabük Üniversitesi			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 4/11	Tarih: 28.03.2018		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna “oybirliği” ile karar verilmiştir.			

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKAN / ADI / SOYADI	Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL	Anatomi	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Didem ADAHAN	Aile Hekimi	Karabük Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Seyit Ali KAYIŞ	Tıp Bilişimi ve Biyoistatistik	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Ü. Mehmet KARA	Tıbbi Biyokimya	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Ü. Yusuf ERSAN	Histoloji ve Embriyoloji	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Ü. Gülhan ÜNAL KOCAMAN	Periodontoloji	Karabük Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Ü. Nazan KARAHAN	Ebelik	Karabük Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Avukat Hüseyin ŞAHİN	Avukat	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunmadı

EK 6. KURUM İZİNLERİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 01/06/2018-E.3169



T.C.
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Genel Sekreterlik
Yazı İşleri Şefliği



Sayı : 32469041-302.14.06-3331
Konu : Anket Çalışması (Emine
AKDOĞAN)

04/06/2018

REKTÖRLÜK MAKAMINA

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bilimi Anabilim Dalı Öğretim elemanlarından, Dr. Öğr. Üyesi Gülcan ŞEN' in danışmanlığında Yüksek Lisans Programı 2014628302006 numaralı öğrencisi Emine AKDOĞAN "**Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması ,Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması**" konulu tez çalışmasını Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi ve Teknoloji Fakültesi öğrencileri ile gerçekleştirmeyi planlamaktadır.

Söz konusu çalışmanın Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi ve Teknoloji Fakültesi öğrencileri ile eğitim ve öğretimlerini aksatmayacak şekilde yapılması hususunda;

Gereğini olurlarınıza arz ederim.

Lütfü KÖM
Genel Sekreter

OLUR

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Refik POLAT
Rektör

Ek:Anket Çalışması (8 sayfa)

Dağıtım:
Gereği:
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Bilgi:
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına
Teknoloji Fakültesi Dekanlığına

Adres:Demir Çelik Kampüsü Rektörlük Binası Merkez/Karabük
Telefon:(370) 418-7900 Faks(370) 418-7902
e-Posta:genelsekreterlik@karabuk.edu.tr Elektronik Ağ:http://genssek.karabuk.edu.tr

Bilgi için: Oktay ÇATMA
Unvanı: Memur

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

EK 7. MENTAL HEALT LİTARACY SCALE İZİNİ

Mental Healt Literacy Skales Gelen Kutusu x



Emine Akdoğan <emineakdgn.78@gmail.com>

20 Eki 2017 Cum 14:54



Alici: Matt ▾

Hello Matt,

I want to do validity reliability study by adapting your mental health literacy scale to Turkish. I want permission from you for this. I also want to know that you ask for permission from Turkey for such a study. I think I am going to be a first in Turkey and I am excited about this. I want to prove that what is important to this issue that has not yet surfaced in my country with your support is to raise awareness. Thank you..



Matt O'Connor <M.O'Connor@stpeters.qld.edu.au>

23 Eki 2017 08:09



Alici: l.casey@griffith.edu.au, ben ▾

İngilizce ▾ > Türkçe ▾ İletiyi çevir

İngilizce için kapat x

Good afternoon Emine,

Thank you very much for your interest in the MHLS, it is always a pleasure to hear from a researcher with a similar interest in this area. There a number of projects underway to translate the MHLS but as far as I am aware, none translating it to Turkish

For the questions relating to Australia, we have been suggesting that researchers look at population level data for their country and modify the answer accordingly. In addition, given the changes in the DSM 5, we are suggesting that you modify:

Q5 to: To what extent do you think it is likely that **Persistent Depressive Disorder** (Dysthymia) is a disorder

Q8 to: To what extent do you think it is likely that the diagnosis of **Substance Abuse Disorder** can include physical and psychological tolerance of the drug (i.e., require more of the drug to get the same effect)

Please keep us updated on your research as we would be interested to hear how it progresses. And if you think there is any value in future collaboration, we would also be very interested in this

Matt

EK 8. RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ (Son Hali)

<i>Lütfen aşağıdaki ifadelere ne ölçüde katıldığınızı belirtiniz:</i>	Kesinlikle istemem	Muhtemelen istemem	Kararsızım	Muhtemelen isterim	Kesinlikle isterim
1. Ruhsal hastalığı olan birisiyle komşuluk yapmayı ne kadar isterdiniz?					
2. Ruhsal hastalığı olan biriyle sosyal bir etkinliğe katılmayı ne kadar isterdiniz?					
3. Ruhsal hastalığı olan birisiyle arkadaş olmayı ne kadar isterdiniz?					
4. Ruhsal hastalığı olan birisiyle iş yerinizde yakın olarak çalışmayı ne kadar isterdiniz?					
5. Ruhsal hastalığı olan birisinin ailenizden biriyle evlenmesini ne kadar isterdiniz?					
6. Ruhsal hastalığı olduğunu bildiğiniz bir kişiyi işe almayı ne kadar isterdiniz?					

<i>Lütfen aşağıdaki ifadelere ne ölçüde katıldığınızı belirtiniz.</i>	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
7. Ruhsal hastalıklar, kişisel zayıflık belirtisidir.					
8. Ruhsal hastalıklar gerçek bir tıbbi hastalık değildir.					
9. Ruhsal hastalığı olan insanlar tehlikelidir.					
10. Ruhsal bir hastalığım olsaydı kimseye söylemezdim.					
11. Bir Ruh sağlığı uzmanıyla görüşmek, kişinin kendi sorunlarını yönetmede yeteri kadar güçlü olmadığı anlamına gelir.					
12. Ruhsal bir hastalığım olsaydı, bir ruh sağlığı uzmanından yardım istemezdim.					
13. Ruhsal bir hastalığa yönelik ruh sağlığı uzmanları tarafından sağlanan tedavinin etkili olmayacağına inanırım.					

<p>5. Çok olası değil: Olası olmadığına eminim.</p> <p>6. Olası değil: Olası değil ancak emin değilim</p> <p>7. Olası: Olası ancak emin değilim</p> <p>8. Çok olası: Çok olası olduğuna eminim</p>	Çok olası değil	Olası değil	Olası	Çok olası
14. Bir kişi başkalarıyla bir arada bulunmayı gerektiren (örneğin bir partide bulunmak gibi) ya da herhangi bir performans sergilemeyi gerektiren (örneğin bir toplantıda sunum yapmak gibi) kalabalık ortamlarda; başkaları tarafından değerlendirileceği, komik duruma düşeceği veya aşağılanacağı korkusuyla fazla gergin veya endişeli oluyorsa, sizce bu kişide Sosyal Fobi olma olasılığı nedir?				
15. Bir kişi endişe duymayı gerektirmeyen bir takım olaylar ve aktivitelere karşı yoğun endişe deneyimliyor ve bu endişesini kontrol etmede güçlük yaşıyorsa ve beraberinde kas gerginliği ve yorgunluk gibi fiziksel semptomları da varsa, sizce bu kişide Genel Anksiyete Bozukluğu olma olasılığı nedir?				
16. Bir kişi iki hafta veya daha uzun süren çökkün bir ruh hali yaşadysa ve bu kişide normal aktivitelerine karşı zevk veya ilgi kaybı ile birlikte beslenme ve uyku düzeninde de değişiklikler görülüyorsa sizce bu kişide Majör Depresif Bozukluk olma olasılığı nedir?				
17. Sizce Agorofobi (Alan Korkusu) tanısının, kaçmanın zor veya utanç verici olduğu durumlardaki kaygıyı içermesi olasılığı nedir?				
18. Sizce Bipolar Bozukluk tanısının, abartılı coşku (yani taşkın) ve depresif (yani çökkün) duygu dönemlerini deneyimlemeyi içermesi olasılığı nedir?				
19. Sizce Madde Bağımlılığı tanısının, maddeye karşı fiziksel ve psikolojik tolerans içermesi (aynı etkiyi elde etmek için daha fazla maddeye ihtiyaç duyulması) olasılığı nedir?				

<i>Lütfen aşağıdaki ifadelere ne ölçüde katıldığınızı belirtiniz.</i>	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
20. Ruhsal hastalıklar hakkında nereden bilgi edineceğimi bildiğimden eminim.					
21. Ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi edinmek için bir uzmanla yüz yüze görüşme yapabileceğimden eminim.(örneğin sağlık profesyonelleriyle görüşmek)					
22. Ruhsal hastalıklar hakkında bilgi edinmek için kaynaklara ulaşabileceğimden eminim. (örneğin Sağlık profesyonelleri, internet, arkadaşlar)					

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: EMİNE AKDOĞAN
Adres Bilgileri: Bağlarbaşı mah. İnce kaya cad. Karaüzümler sit.A blok.
Kat:2 Daire:3 Safranbolu/KARABÜK
Ev Tel 03704128000
Cep Tel 05547472206
E-posta emineakdgn.78@gmail.com

Kişisel Bilgiler

Cinsiyet Bayan
Doğum Tarihi 03/11/1988
Medeni Durum Bekar
Uyruk T.C.
Sürücü Belgesi B

Kariyer Hedefi

- Sağlık Bilimleri Fakültelerinin araştırma görevlisi kadrolarında yer alabilmek; 8 yıllık mesleki tecrübemi de aktarabileceğim araştırmalar yapmak, bilime katkı sağlamak ve profesyonel sağlık uygulayıcıları yetiştirebilmek.

İş Deneyimleri

07/2010-08/2011 Ankara Bayındır Hastanesi Kalp Damar cerrahi Yoğun Bakım-
Koroner Yoğun Bakım-Genel Yoğun Bakım (rotasyonlu)

08/2011-08/2014 Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Kalp Damar
Cerrahisi Yoğun Bakım

08/2014-2017 Karabük Eğitim Araştırma Hastanesi Cerrahi Yoğun Bakım

28/04/2017-31/08 2017 Somali Mogadişhu Recep Tayyip Erdoğan Eğitim Araştırma
Hastanesi Erişkin Yoğun Bakım (4 ay süreli Geçici Görevlendirme)

08/2018- ... Halen Karabük Eğitim Araştırma Hastanesi Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi'nde
çalışmaktayım.

Eğitim Bilgileri

Lisans : 06/2010 Bülent Ecevit Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu

Yüksek Lisans : Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Bilimi (2014-2018)

Tez Konusu : Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe Uyarlanması,
Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

İngilizce: B2
YDS/YÖKDİL puanı: 78,9
ALES Puanı: 71.6

Akademik Deneyimler:

2016-2017 (Güz-Bahar Dönemi) Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Dersi İntörn öğrencileri için staj danışmanlığı (geçici
görevlendirme usulunca- öğretim görevlisi kadrosu)

2017- 2018 (Güz Dönemi) Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk
Gelişimi Bölümü (Anne-çocuk Sağlığı ve Aile içi Etkileşim dersleri için geçici
görevlendirme usulunca- öğretim görevlisi kadrosu)

